



HAL
open science

Suivi gynécologique de prévention et consultations de contraceptions dans l'activité des sages-femmes libérales du Réseau de Périnatalité Alpes Isère (RPAI) : enquête 2019

Maurine Mosca

► To cite this version:

Maurine Mosca. Suivi gynécologique de prévention et consultations de contraceptions dans l'activité des sages-femmes libérales du Réseau de Périnatalité Alpes Isère (RPAI) : enquête 2019. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02287464

HAL Id: dumas-02287464

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02287464>

Submitted on 13 Sep 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.

AVERTISSEMENT

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

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

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

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

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

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAIEUTIQUE

**Suivi gynécologique de prévention et
consultations de contraceptions dans l'activité des
sages-femmes libérales du Réseau de Périnatalité
Alpes Isère (RPAI)
Enquête 2019**

Par MOSCA Maurine
[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le : 20 juin 2019

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

2019

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAIEUTIQUE

**Suivi gynécologique de prévention et
consultations de contraceptions dans l'activité des
sages-femmes libérales du Réseau de Périnatalité
Alpes Isère (RPAI)
Enquête 2019**

Par MOSCA Maurine
[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le : 20 juin 2019

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

2019

RESUME :

Objectif : Décrire l'activité et la typologie des actes réalisés par les sages-femmes libérales (SFL) du Réseau de Périnatalité Alpes Isère (RPAI) dans le cadre de leur activité de gynécologie de prévention et de contraception. Recueillir leur sentiment d'efficacité personnelle ainsi que leurs opinions sur ces activités.

Méthodes : Etude descriptive, déclarative sur les pratiques professionnelles des SFL du RPAI, sur la période du 1^{er} septembre 2018 au 31 octobre 2018, via un questionnaire en ligne.

Résultats : Le taux de participation était de 26.6 %. La part moyenne des consultations de gynécologie de prévention sur la période était de 16 % et celle des consultations de contraception de 8 %. Quarante pour cent des SFL répondantes pratiquaient le suivi gynécologique et 84 % des consultations de contraception. Le sentiment d'efficacité personnelle moyen est plus élevé chez les SFL ayant eu une plus forte activité sur la période.

Conclusion : L'activité des SFL du RPAI est principalement dédiée au suivi de grossesse. Cependant les SFL désirent développer leur activité en gynécologie et en contraception.

Mots clés : Sages-femmes libérales, sages-femmes, activité, gynécologie, contraception, sentiment d'efficacité personnelle.

ABSTRACT :

Objectives: Determine and describe the amount of preventional gynecological and contraceptive consultations in the activity of the RPAI freelance midwives. Collect their self-efficacy and opinion about this activity.

Methods: Descriptive study, declarative on professional RPAI freelance midwives practices, from September 1st to October 31^{sh}, through an online questionnaire.

Results: Participation rate was 26.6%. The average part of the preventional gynecological consultations on the period of the study was 16% and the average part of contraceptive consultations was 8%. Eighty percent of the responding freelance midwives practiced gynecological follow up and 84% practiced contraceptive consultations. Average freelance midwives self-efficacy is more important for the ones with a high activity during the period.

Conclusion: RPAI freelance midwives activity is dedicated at pregnancy follow up for the most part. However freelance midwives desire to develop their activities in gynecological and contraception

Key words: Freelance midwives, midwives, activity, gynecological, contraception, self-efficacy

REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du Jury :

Mme Chantal SEGUIN, Directrice du Département de Maïeutique, UFR de Médecine Grenoble, UGA, Présidente du Jury ;

M le Professeur Thierry DEBILLON, PU-PH en réanimation néonatale et néonatalogie, Hôpital Couple Enfant, CHU de Grenoble Alpes, Co-président du Jury ;

Mme Stéphanie WEISS, Sage-Femme coordinatrice, CH Métropole Savoie Chambéry, Sage-Femme invitée ;

Michèle BREUILLE, Sage-Femme Libérale à Gières, Directrice de ce mémoire ;

Claudine MARTIN, Sage-Femme Enseignante, Ecole de Sages-Femmes, Département de Maïeutique UFR de Médecine Grenoble Alpes, UGA, co-directrice de ce mémoire ;

Je remercie plus particulièrement :

Michèle BREUILLE, Sage-Femme Libérale à Gières, Directrice de ce mémoire ;

Pour son intérêt, son investissement, son soutien, pour tout ce qu'elle m'a appris et la confiance qu'elle m'accorde.

Claudine MARTIN, Sage-Femme Enseignante, Ecole de Sages-Femmes, Département de Maïeutique CHUGA/UFR de Médecine Grenoble Alpes, co-directrice de ce mémoire ;

Pour ses nombreuses relectures, ses conseils, pour le temps accordé à l'élaboration de ce mémoire.

Les Sages-Femmes Libérales du Réseau de Périnatalité Alpes Isère ;

Pour avoir pris le temps de répondre à cette étude.

Je remercie plus particulièrement :

Mes amies de promotion ;

Pour ces 4 années inoubliables et pour toutes les suivantes

Ma famille, mes amis et plus particulièrement Thomas ;

Pour m'avoir soutenue et avoir toujours cru en moi

TABLE DES MATIERES :

RESUME.....	2
REMERCIEMENTS	4
TABLE DES MATIERES	7
ABREVIATIONS	9
I. Introduction :.....	10
II. Matériel et méthode.....	13
1. Type et lieu.....	13
2. Population.....	13
3. Durée de l'étude	13
4. Recueil de données.....	13
5. Questionnaire	14
6. Critères de jugements	14
6.1. Critère principal	14
6.2. Critères secondaires	15
7. Méthode statistique	15
III. Résultats	17
1. Caractéristique de la population	17
2. Objectif principal.....	19
3. Objectifs secondaires.....	21
3.1. Typologie des différents actes de gynécologie de prévention et de contraception réalisés.....	21
3.2. Sentiment d'efficacité personnelle.....	22
3.2.1. Gynécologie de prévention.....	22
3.2.2. Contraception	24
3.3. Enquête d'opinion.....	26
IV. Discussion	31
1. Limites de l'étude.....	31
2. Méthode de recueil	31
3. Biais.....	32
4. Résultats	32
5. Revues de la littérature	34
5.1. Population étudiée.....	34
5.2. Objectif principal	35

5.3. Objectifs secondaires	38
8. Conclusion	44
VII. Références bibliographiques	46
VIII. Annexes	48
Annexe 1 : Questionnaire	48
Annexe 2 : Méthodes de contraception utilisée en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge.....	54

ABREVIATIONS

SF : Sage-Femme

SFL : Sage-Femme Libérale

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

Loi HSPT : Loi Hôpital Santé Patient Territoire

GML : Gynécologue Médical Libéral

RPAI : Réseau de Périnatalité Alpes Isère

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SaFIR : Sage-Femme Isère Réseau

SEP : Sentiment d'Efficacité Personnelle

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

FCU : Frottis Cervico Utérin

CO : Contraception Orale

DIU : Dispositif Intra Utérin

CCP : Consultation de Contraception et de Prévention

DPC : Développement Professionnel Continu

I. Introduction :

La profession de sage-femme (SF) est en constante évolution et les compétences de la SF ne cessent de se développer.

En 2002, la formation s'intègre au cursus universitaire et à la PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé, faisant passer les études de quatre à cinq ans. Depuis 2009, cette formation est intégrée au cursus universitaire et donc au système Licence Master Doctorat (LMD), permettant aux SF d'obtenir des diplômes inter universitaires dans de nombreux domaines (gynécologie, addictologie, contraception, échographie...) et leur ouvre l'accès à la recherche scientifique.

Auparavant très majoritairement hospitalières, les SF se tournent de plus en plus vers l'exercice libéral [1]. En effet, en 2014, les sages-femmes libérales (SFL) représentaient 16.43 % de la profession, contre 20,76 % en 2018. [2]

Depuis 2009, la loi Hôpital Santé Patient Territoire (loi HSPT) [3] permet aux SF d'effectuer le suivi gynécologique de prévention et de contraception. Les SF peuvent désormais prescrire, renouveler, effectuer la pose et le retrait, et effectuer le suivi de tous les types de contraception ainsi que le suivi gynécologique de la femme en bonne santé.

Cet élargissement des compétences place les SF comme acteurs primordiaux de la prévention de la santé des femmes et s'inscrit dans une volonté d'un meilleur accès aux soins. Les SFL en sont les premières concernées, elles peuvent désormais suivre les femmes en bonne santé de l'adolescente à la femme ménopausée. Aujourd'hui, la SF ne s'occupe donc plus uniquement de la femme enceinte et de l'accouchée.

Le Réseau de Périnatalité Alpes Isère (RPAI) [4] rassemble les acteurs de la périnatalité du département de l'Isère travaillant en maternité, néonatalogie, maison de naissance, Protection Maternelle et Infantile (PMI), et dans le secteur libéral. Il rassemble tous les métiers de la

périnatalité : SF, pédiatres, puéricultrices, psychiatres, psychologues, médecins du SAMU 38, médecins généralistes et échographistes. Au sein du RPAI, les SF forment un réseau individualisé, le réseau SaFIR (Sage-Femme Isère Réseau) il réunit toutes les SF des différents établissements appartenant au RPAI, mais également les SFL souhaitant y adhérer.

Le réseau SaFIR permet la coordination entre les SF et la continuité des soins. Les SF adhérentes s'engagent à respecter les protocoles, outils et référentiels mis en place par le Réseau ainsi que le code de déontologie de la profession. Les SFL adhérentes s'engagent à une disponibilité 7 jours sur 7 (avec obligation de remplacement lors des absences) et à un délai de réponse rapide aux patientes.

Le département de l'Isère est un des 11 départements français comptant le plus grand taux de SFL pour 100 000 femmes en âge de procréer soit plus de 53.3 SFL/100 000 femmes en 2018[5]. Parallèlement la densité de gynécologues médicaux libéraux (GML) en Isère diminue chaque année : de 2013 à 2018, elle est passée de 13.8 à 11 GML/100 000 femmes de plus de 15ans[6]. La gynécologie de prévention et le suivi de contraception vont donc prendre une place de plus en plus importante dans l'activité des SFL.

Le suivi de gynécologie de prévention est intégré dans les objectifs de stage des étudiants sages-femmes depuis la loi HSPT de 2 009 [7]. Cette compétence est donc une acquisition récente pour les SF, or l'âge moyen des SFL en France est de 40.8 ans [8], la majorité des SFL n'ont donc pas fait de suivi gynécologique de prévention et de consultation de contraception durant leur formation initiale. Comment les SFL se sentent-elles compétentes pour effectuer ces actes ? Une des possibilités pour répondre à cette question est d'utiliser le Sentiment d'Efficacité Personnelle (SEP).

Le SEP, a été défini dans les années 1980 par Albert Bandura, [9] docteur en psychologie, comme la croyance en ces propres capacités à organiser et exécuter les lignes de conduites requises pour produire une tâche précise et contextualisée. Cette croyance est construite par

quatre principales sources d'information : les expériences acquises (un succès/échec dans la réalisation de l'acte), l'apprentissage social (par observation des pairs lors du succès/échec de la réalisation d'un acte), la persuasion par autrui (avis renvoyé par des personnes d'intérêts) et l'état physiologique et émotionnel.

Nous nous demandons quelle est la part de l'activité des SFL consacrée à la gynécologie de prévention et aux consultations de contraception ? Notre hypothèse est que la part de la gynécologie de prévention et des consultations de contraceptions dans l'activité des SFL est de 30 %. Cette hypothèse a été fixée après estimation de la part de la gynécologie de prévention dans l'activité de la SFL Directrice de ce mémoire.

L'objectif principal de notre étude est de quantifier la part des consultations de contraception et les consultations de suivi gynécologique de prévention dans l'activité des SFL du RPAI sur une période donnée. Les objectifs secondaires de notre étude seront de décrire la typologie de leur activité de gynécologie de prévention et de contraception, et d'évaluer leur SEP pour ce type d'activité et de recueillir leur opinion à propos de la réalisation de celles ci.

II. Materiel et méthode

1. Type et lieu

Il s'agissait d'une étude descriptive, déclarative sur les pratiques professionnelles des SFL du RPAI.

2. Population

Ont été incluses dans l'étude toutes les SFL du RPAI en activité en 2018 et ayant signé la charte d'appartenance au réseau SaFIR.

Ont été exclues les sages-femmes libérales échographistes.

3. Durée de l'étude

Les SFL ont été recrutées du 23 novembre 2018 au 19 janvier 2019.

4. Recueil de données.

Les SFL ont été contactées via leur adresse mail relevées sur l'annuaire du RPAI dont certaines corrigées par l'annuaire du site du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF). Nous leur avons envoyé le lien de l'enquête ainsi qu'un code personnel permettant d'accéder au questionnaire.

Deux rappels ont été effectués par mail : le premier le 10 décembre 2018 et le second le 7 janvier 2019. Chacun de ces rappels contenait le lien de l'enquête et le code personnel pour y accéder.

5. Questionnaire

Il s'agissait d'un questionnaire anonyme en ligne composé de 43 questions regroupées en groupes de questions, d'une durée d'environ 15min. (Annexe 1)

Le questionnaire contenait plusieurs parties : la première concernait la part d'activité réalisée en matière de gynécologie de prévention et de suivi de contraception sur la période du 1er septembre 2018 au 31 octobre 2018 (soit 43 jours ouvrés) ainsi que le SEP. La deuxième partie recueillait l'opinion des SFL sur ce type activités.

La dernière partie concernait les caractéristiques personnelles de la SFL : sexe, âge, année d'obtention du diplôme, caractéristiques de l'activité libérale...

Nous avons diffusé ce questionnaire via Lymesurvey, logiciel d'enquêtes statistiques, de sondage et de création de formulaire en ligne. Ce questionnaire a été testé au préalable par la directrice de mémoire ainsi que par 3 SFL exerçants hors du RPAI.

6. Critères de jugements

6.1. Critère principal

Le critère de jugement principal était la part des consultations de gynécologie de prévention et de contraception dans l'activité totale des SFL. Il était demandé aux SFL d'indiquer le nombre de consultations de gynécologie de prévention effectuées, de consultations de contraception effectuées ainsi que le nombre de consultations toutes activités confondues sur la période. La consultation de gynécologie de prévention est ici définie comme une consultation comprenant un examen gynécologique, avec ou sans Frottis Cervico Utérin (FCU), et une palpation mammaire. La consultation de contraception étant ici définie comme la prescription d'une Contraception Orale (CO), la pose ou le retrait d'un Dispositif Intra Utérin (DIU) ou d'un implant.

6.2. Critères secondaires

Les critères de jugement secondaires étaient :

➤ La typologie des différents actes de gynécologie de prévention et de contraception réalisés sur cette période : FCU, prescription de CO, pose et retrait de DIU, pose et retrait d'implant contraceptif. Les SFL étaient ensuite interrogées sur la fréquence de réalisation de ces actes : « entre 1 et 5 », « entre 5 et 10 », « entre 10 et 15 » ou « plus de 15 ». Si la fréquence était de zéro (réponse « non ») plusieurs explications étaient proposées : « manque de temps », « manque de connaissance », « manque de formation », « manque de demande /d'opportunité » ou « autre ».

➤ Le SEP a été recueilli à l'aide d'une échelle graduée de zéro à 10 sur laquelle les SFL pouvaient se situer avec un curseur. Zéro étant identifié comme « pas du tout compétent(e) » et dix étant identifié comme « très compétent(e) » Pour traiter les résultats nous avons classé les réponses inférieures à cinq comme « peu compétente », les réponses comprises entre cinq et sept comme « compétente » et celles supérieures à sept comme « très compétente ».

➤ L'opinion des SFL, quant à leur activité en gynécologie, a été recueillie grâce à des affirmations auxquelles elles devaient répondre par « pas du tout d'accord », « plutôt pas d'accord », « plutôt d'accord » ou « totalement d'accord », et par des questions ouvertes.

7. Méthode statistique

Les données recueillies ont été importées depuis le logiciel Limesurvey et analysées à l'aide des logiciels Excel et R4web. Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et le pourcentage. Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart type.

Le nombre de consultations de gynécologie de prévention et le nombre de consultations de contraception ont été traités séparément. Nous avons rapporté le nombre de consultations

toutes activités confondues sur la période donnée à un nombre de consultation par jour pour une meilleure compréhension des résultats. Nous avons isolé la borne supérieure pour répondre à l'objectif principal.

Nous avons répartis les SFL en tenant compte de la distribution du nombre de consultations pour chaque type d'activité selon les intervalles quartiles en arrondissant à l'entier le plus proche.

III. Résultats

Les pourcentages ont été arrondis au dixième. La population de SFL de notre étude étant féminine à 100 % le féminin a été utilisé pour décrire les résultats.

1. Caractéristique de la population

Figure 1 : Diagramme d'inclusion

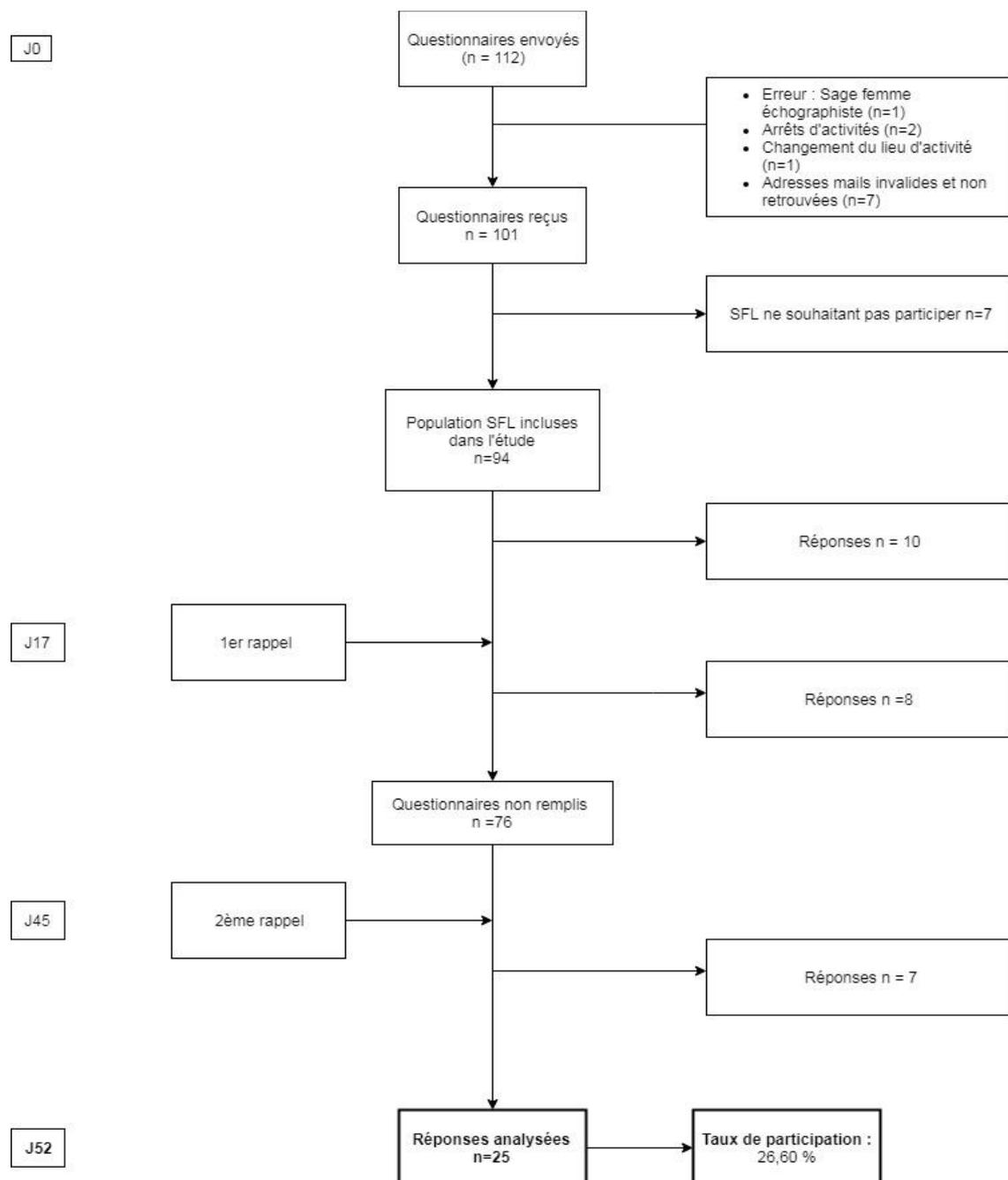


Tableau I : Caractéristiques de la population étudiée (n=25)

		n (%) 25 (100%)
Genre	Femme	25 (100)
Âge : m. (e.t) = 43 (7.54)	[30 ; 40] ans	11 (44)
	[41 ; 50] ans	5 (20)
	[51 ; 60] ans	9 (36)
Caractéristiques professionnelles :		
-Année d'obtention du diplôme d'état : 1999 (8,14)	1980 - 1989	4 (16)
	1990 – 1999	5 (20)
	2000 – 2009	15 (60)
	>2010	1 (4)
-Ecole d'obtention du diplôme d'état	Auvergne Rhône Alpes	16 (64)
	(Dont Grenoble)	13 (81.25)
	France	8 (32)
	Etranger	1 (4)
-Année de début de l'activité libérale m. (e.t) = 2006 (6.28) (2 manquantes)	1980-1989	1 (4)
	1990-1999	1 (4)
	2000-2009	12 (48)
	>2009	9 (36)
Mode d'exercice	Libéral exclusif	21 (84)
	Mixte	3 (12)
	Maison de santé	1 (4)
Type d'exercice	Seule	9 (36)
	Association	13 (52)
	Collaboration	3 (12)
	Remplaçante	0 (0)
Formation complémentaire en gynécologie / contraception		20 (80)

L'année de début de l'exercice libéral était manquante pour 2 SFL

La population est composée de 25 femmes soit 100 % de l'effectif, avec une moyenne d'âge de 43 ans. Quarante-quatre pourcent de l'échantillon a un âge compris entre 30 et 40 ans.

Vingt-quatre SFL ont obtenu leur Diplôme d'Etat avant 2 009 soit 96 % et une SFL a obtenu son diplôme d'état après 2 010 soit 4 %. Seize SFL ont obtenu leur Diplôme d'Etat dans une des écoles de la région Auvergne Rhône Alpes, soit 64 %.

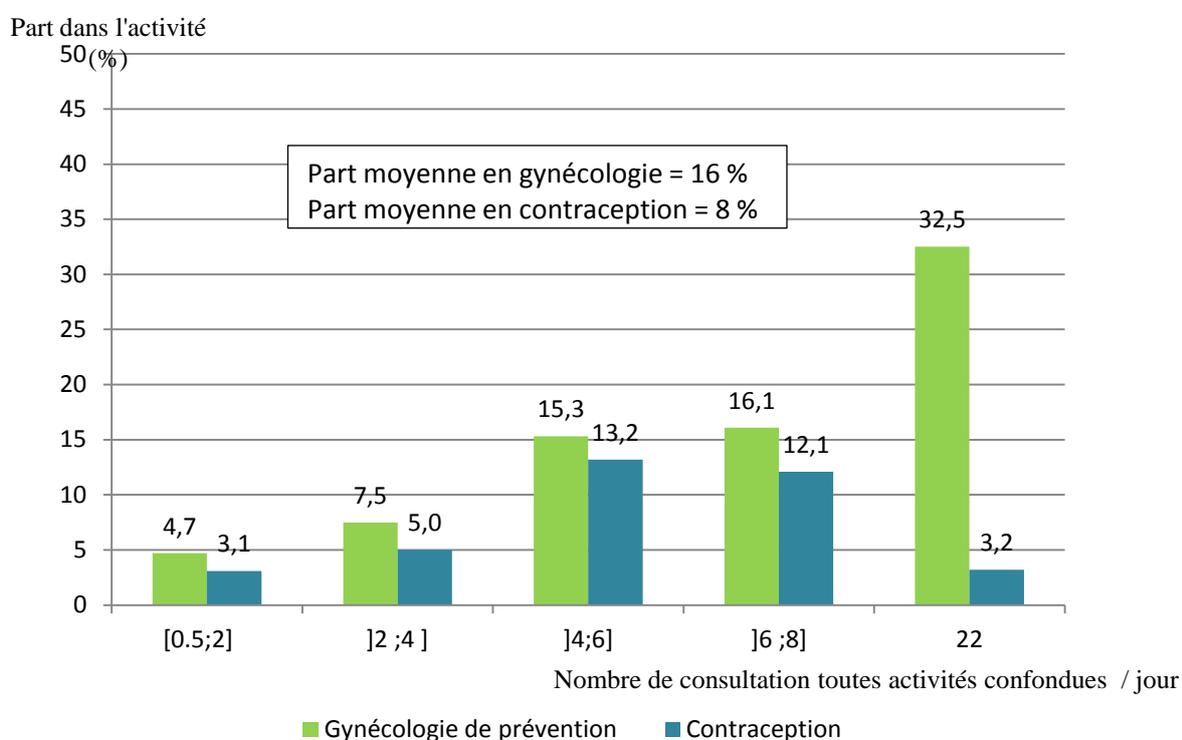
L'ancienneté d'installation est de 12 ans en moyenne.

Vingt-et-une SFL avaient une activité libérale exclusive soit 84% de l'échantillon. Treize SFL travaillaient en association soit 52% de l'échantillon.

Vingt SFL, soit 80 %, avaient une formation complémentaire en gynécologie ou en contraception.

2. Objectif principal

Figure 2 : Part de la gynécologie de prévention et des consultations de contraception en fonction du nombre de consultation toutes activités confondues par jour n = 24



Concernant l'activité globale :

- Les SFL déclarent avoir réalisé en moyenne quatre à cinq consultations par jour (4.5/jour).
- Une SFL, a déclarée ne pas avoir effectué de consultation durant la période, nous l'avons exclue de l'objectif principal.

- Six SFL, soit 24 %, ont réalisé entre une consultation tous les deux jours et deux consultations par jour sur la période donnée
- Six SFL, soit 24 %, ont réalisé entre deux et quatre consultations par jour sur la période donnée
- Six SFL, soit 24 %, ont réalisé entre quatre et six consultations par jour sur la période donnée
- Cinq SFL, soit 20 %, ont réalisé entre six et huit consultations par jour sur la période donnée
- Une SFL, soit 4.2 %, a réalisé en moyenne 22 consultations par jour sur la période donnée

La part de la gynécologie de prévention est de : 4.7 % pour les SFL ayant effectué entre une consultation tous les deux jours et deux consultations par jour, 7.5 % pour les SFL ayant effectué entre deux et quatre consultations par jour, 15.3 % pour les SFL ayant effectué entre quatre et six consultations par jour, 16.1 % pour les SFL ayant effectué entre six et huit consultations par jour et de 32.5 % pour la SFL ayant effectué 22 consultations par jour.

La part des consultations de contraception est de : 3.1 % pour les SFL ayant effectué entre une consultation tous les deux jours et deux consultations par jour, 5.0 % pour les SFL ayant effectué entre deux et quatre consultations par jour, 13.2 % pour les SFL ayant effectué entre quatre et six consultations par jour, 12.1 % pour les SFL ayant effectué entre six et huit consultations par jour et de 3.2 % pour la SFL ayant effectué 22 consultations par jour.

En moyenne, quelque soit le nombre de consultations effectuées sur la période, la part de la gynécologie de prévention dans l'activité est de 16 %, celle de la contraception est de 8 %.

3. Objectifs secondaires

3.1. Typologie des différents actes de gynécologie de prévention et de contraception réalisés

Tableau II : Réalisation des différents actes de gynécologie de prévention et de contraception sur la période de deux mois n=24

Actes	Population n = 24 (100%)	
	Oui n(%)	Non n (%)
Prescription CO	19 (79.2)	5 (20.8)
- Moins de 10	10 (52,6)	
- Plus de 10	9 (47.4)	
Pose/ Retrait DIU	19 (79.2)	5 (20.8)
- Moins de 10	11 (57.9)	
- Plus de 10	8 (42.1)	
Pose / Retrait implant	8 (33.3)	16 (66.7)
- Moins de 10	8 (100)	
- Plus de 10	0 (0)	
Frottis Cervico Utérin	20 (83.3)	4 (16.7)
- Moins de 10	12 (60)	
- Plus de 10	8 (40)	

Dix-neuf SFL déclarent avoir réalisé au moins une prescription de CO sur la période soit 79.2 % de la population.

Dix-neuf SFL déclarent avoir réalisé au moins une pose ou un retrait de DIU soit 79.2 % de la population. Cependant plus de la moitié d'entre elles (57.9 %) en ont effectué moins de 10 sur la période.

Seize SFL soit 66.7 %, déclarent ne pas avoir réalisé une pose ou un retrait d'implant sur la période. Les huit SFL en ayant réalisé, déclarent en avoir réalisé moins de 10 sur la période.

Vingt SFL ont effectué des FCU soit 83.3 % de la population. Soixante pourcent d'entre elles en ont effectué moins de 10 sur la période.

- Sur les 16 SFL n'ayant pas effectué de pose ou de retrait d'implant, 10 SFL (62.5 %) évoquent un manque de demande / d'opportunité, cinq SFL (31.3 %) un manque de formation, et quatre SFL (16,7 %) un manque de confiance.
- Cinq SFL ont indiqué ne pas avoir effectué de consultation de suivi gynécologique, soit 20 %. Une était en congé maternité sur la période, une a une activité centrée sur l'allaitement, deux n'en ont pas pratiqué par choix personnel, et une n'a pas souhaité en indiquer la raison.
- Quatre SFL, soit 16 % ont indiqué ne pas avoir effectué de consultation de contraception. Une était en congé maternité sur la période, une a une activité centrée sur l'allaitement et deux n'en ont pas pratiqué par choix personnel.

3.2. Sentiment d'efficacité personnelle

Le SEP est noté sur dix. Trois catégories ont été réalisées : une note entre zéro et cinq est considérée comme « peu compétente », une note supérieure à cinq et inférieure à sept est considérée comme « compétente », une note supérieure à sept est considérée comme « très compétente ».

3.2.1. Gynécologie de prévention

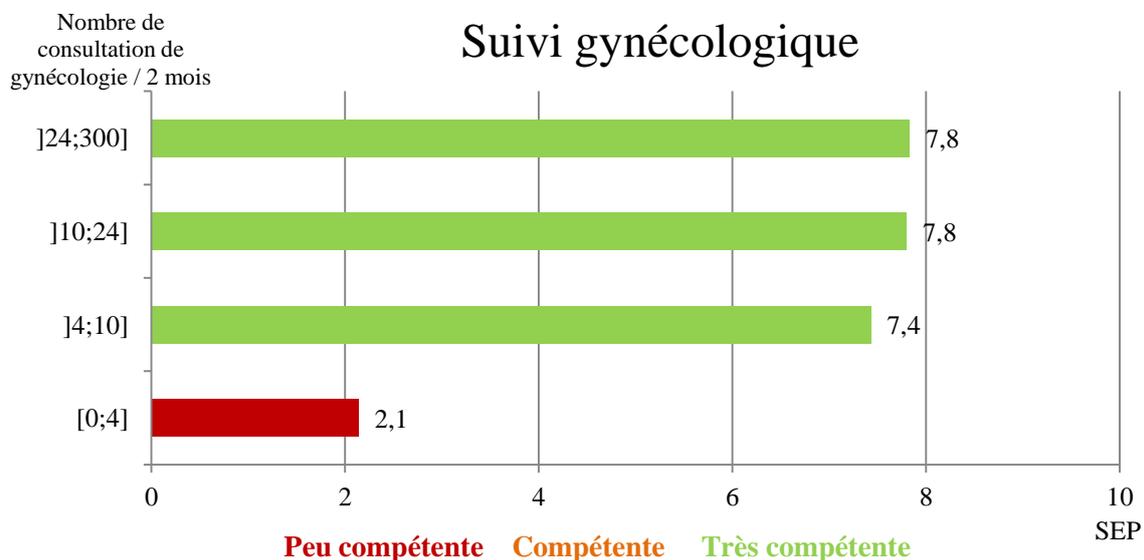
Il a été réalisé quatre catégories selon les intervalles quartiles en arrondissant à l'entier le plus proche, du nombre de consultations de gynécologie effectuées sur la période.

Sept SFL (28 %) ont réalisé entre zéro et quatre consultations de gynécologie sur la période.

Sept SFL (28 %) ont réalisé entre quatre et 10 consultation de gynécologie sur la période.

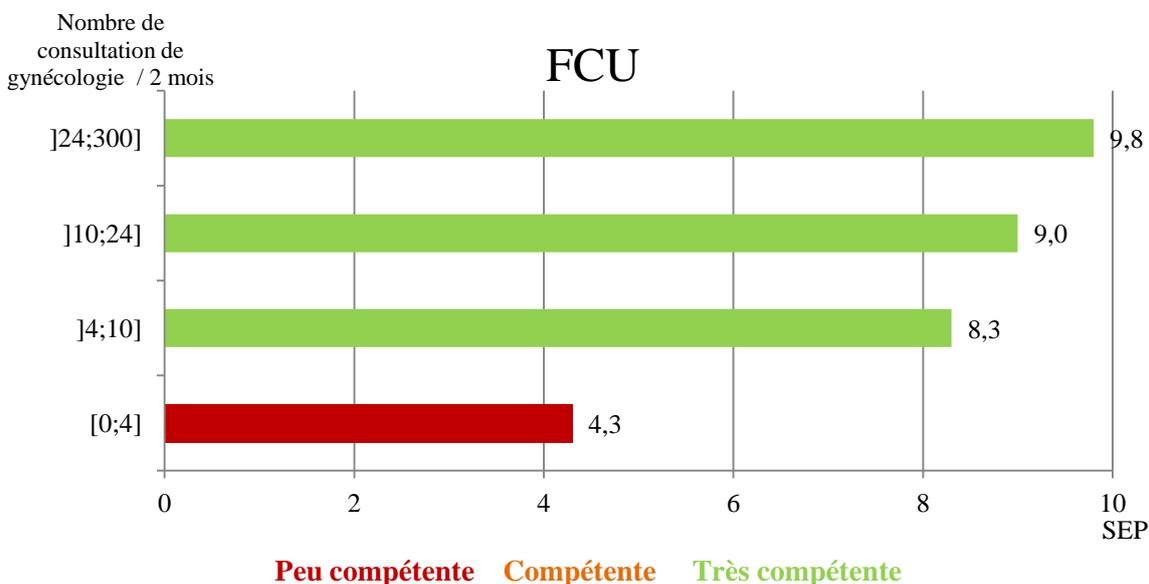
Cinq SFL (20 %) ont réalisé entre 10 et 24 consultations de gynécologie sur la période. Six SFL (24%), ont réalisé entre 24 et 300 consultations de gynécologie sur la période.

Figure 3 : Sentiment d'efficacité personnelle pour le suivi gynécologique en fonction du nombre de consultations de gynécologie effectuées n = 25



Les SFL répondantes, ayant réalisé plus de quatre consultations de gynécologie sur la période, se sentent très compétentes pour le suivi gynécologique contrairement à celles en ayant effectué moins de quatre, qui se sentent peu compétentes.

Figure 4 : Sentiment d'efficacité personnelle pour la réalisation des FCU en fonction du nombre de consultations de gynécologie effectuées n = 25



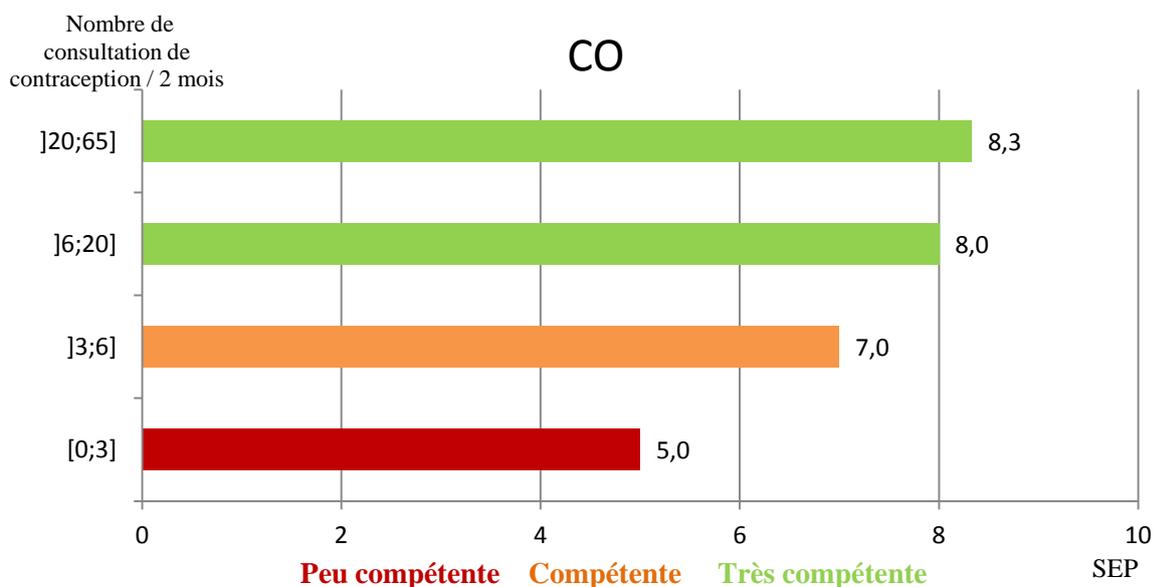
Le SEP moyen, pour la réalisation des FCU, des SFL, ayant réalisé plus de quatre consultations de gynécologie de prévention sur la période, est supérieur à huit, elles se sentent donc très compétentes. Le SEP moyen pour la réalisation des FCU, des SFL ayant réalisé moins de quatre consultations de gynécologie sur la période est inférieur à cinq, elles se sentent peu compétentes.

3.2.2. Contraception

Il a été réalisé quatre catégories selon les intervalles quartiles en arrondissant à l'entier le plus proche, du nombre de consultations de contraception effectuées sur la période.

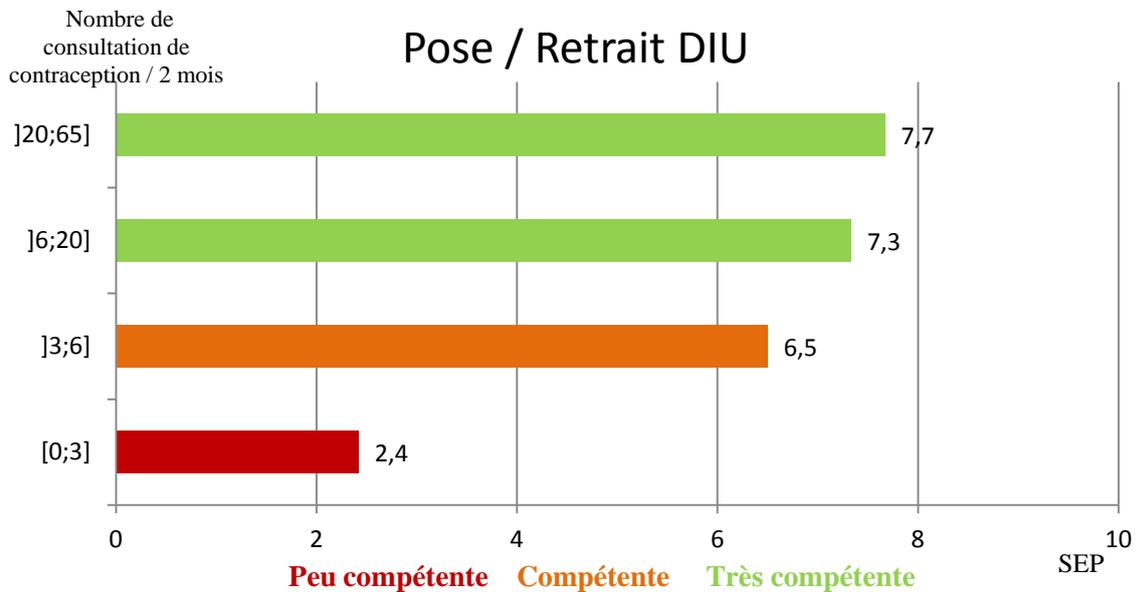
Sept SFL (28 %), ont réalisé entre zéro et trois consultations de contraception sur la période. Six SFL (24 %), ont réalisé entre trois et six consultations de contraception sur la période. Six SFL (24 %), ont réalisé entre six et 20 consultations de contraception sur la période. Six SFL (24 %), ont réalisé entre 20 et 65 consultations de contraception sur la période.

Figure 5 Sentiment d'efficacité personnelle pour la prescription de CO en fonction du nombre de consultations de contraception effectuées n = 25



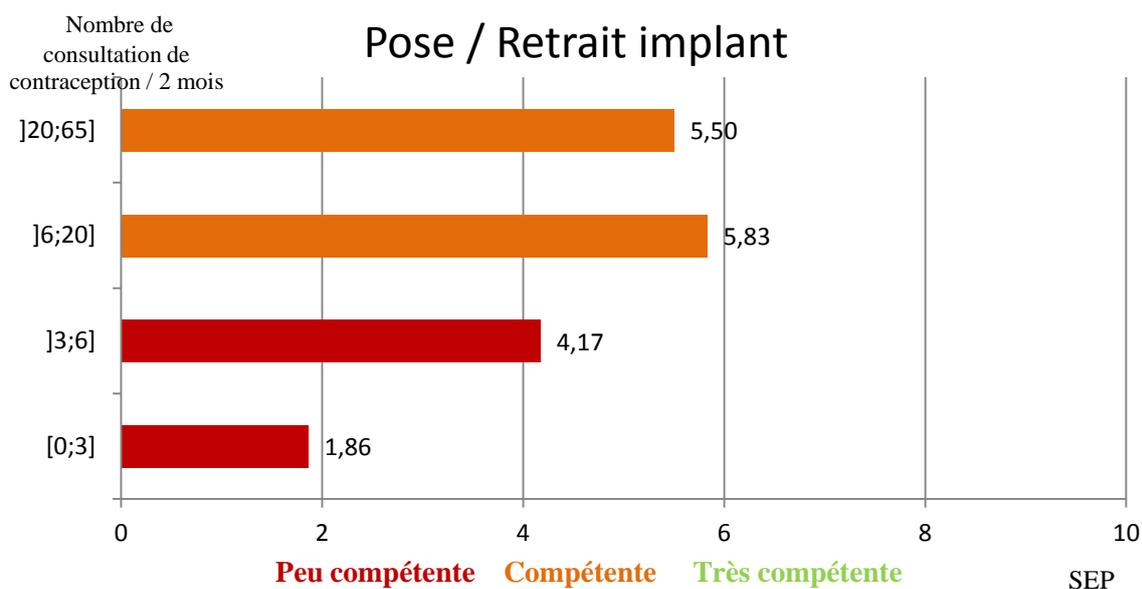
Le SEP moyen pour la prescription de CO, des SFL répondantes, ayant effectué plus de trois consultations de contraception sur la période, est supérieur à sept. Les SFL se sentent compétentes et très compétentes pour la réalisation de prescription de CO.

Figure 6 Sentiment d'efficacité personnelle pour la pose / le retrait de DIU en fonction du nombre de consultations de contraception effectuées n = 25



Le SEP moyen pour la pose ou le retrait d'un DIU est de 2.4 pour les SFL ayant effectué moins de trois consultation de contraception sur la période ; elles se sentent peu compétentes. Il est de 7.7 pour les SFL ayant effectué plus de 20 consultations de contraception sur la période : elles se sentent très compétentes.

Figure 7 Sentiment d'efficacité personnelle pour la pose / le retrait d'implant en fonction du nombre de consultations de contraception effectuées n = 25

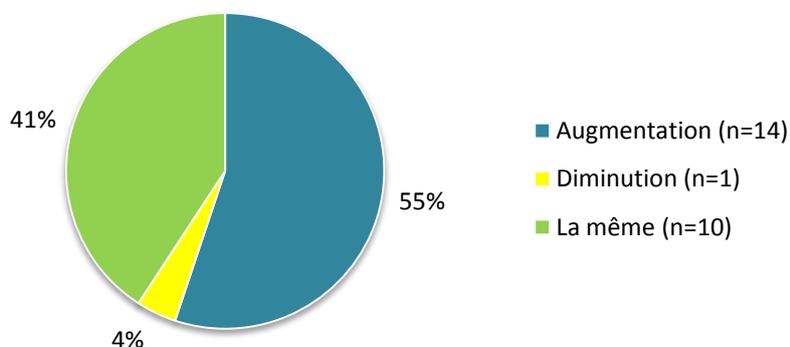


Quelque soit le nombre de consultations effectuées sur la période, le SEP moyen des SFL est inférieur à sept pour la pose et le retrait d'implant.

3.3. Enquête d'opinion

3.3.1. Gynécologie de prévention et contraception

Figure 7 : Estimation par les SFL de la variation en un an de leur activité en gynécologie de prévention et en contraception (n=25)

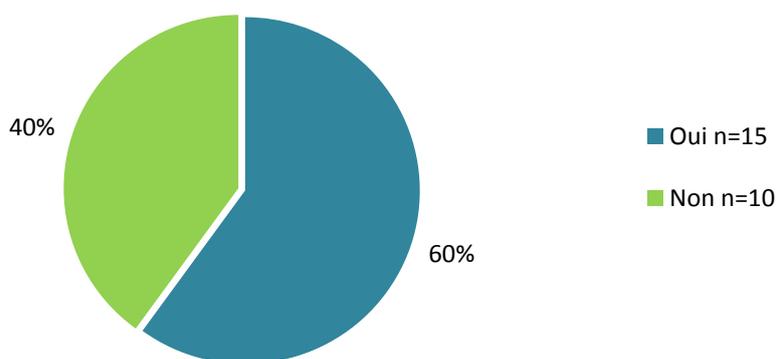


Quatorze SFL, soit 55% déclarent que leur activité en gynécologie de prévention et en contraception a augmenté par rapport à la même période en 2 017.

La SFL ayant déclaré que son activité était en diminution est la SFL qui était en congé maternité sur la période.

- Quatre-vingt huit pourcent des SFL aimeraient développer leur activité en gynécologie de prévention (13 SFL « totalement d'accord », 9 SFL « d'accord »).
- Cent pourcent des SFL pensent que l'autorisation pour les SF d'effectuer le suivi gynécologique de prévention est une bonne chose (21 SFL « totalement d'accord », 4 SFL « d'accord »). Cent pourcent des SFL pensent que l'autorisation pour les SF de prescrire tout type de contraception est une bonne chose (19 SFL « totalement d'accord », 6 « d'accord »)

Figure 8 : Souhait d'obtenir de nouvelles compétences en gynécologie de prévention et en contraception (n=25)



Quinze SFL, soit 60 %, souhaiteraient obtenir plus de compétences. Les compétences souhaitées sont : « la prescription d'antibiotiques pour les infections génitales basses », « la prescription de colpotrophine pour faciliter les FCU des femmes ménopausées », « la possibilité d'effectuer des colposcopies ». Les raisons pour lesquelles 40 % des SFL ne

souhaitent pas de nouvelles compétences sont : le fait que « *la profession doit rester centrée sur la physiologie* », « *l'évolution des compétences est suffisante* » et le souhait « *de maintenir notre identité professionnelle et garder notre expertise* ». Sont également cités « *la peur de se disperser* » « *le souhait de ne pas avoir plus de responsabilités* », et que le « *temps de formation nécessaire est conséquent* ».

3.3.2. Formations complémentaires

Tableau III : Formations complémentaires effectuées par les SFL (n=25)

	Population n=25 (100%)
Formations complémentaires	Effectuée 20 (80)
Suivi gynécologique de prévention	13 (52)
Suivi gynécologique de prévention approfondissement	2 (8)
Péri ménopause et ménopause	2 (8)
Contraception appliquée à la SF	2 (8)
DIU IVG, contraception et sexualité	2 (8)
Suivi gynécologique et contraception de l'adolescente	2 (8)
Sexologie	1 (4)
Autres	2 (8)

Vingt SFL, soit 80 %, ont effectué une ou plusieurs formation(s) complémentaire(s) en gynécologie ou en contraception. Treize SFL, soit 52 %, ont effectué une formation en suivi gynécologique de prévention.

Dix SFL, soit 40 %, ont indiqué avoir l'intention d'effectuer une formation complémentaire dans les deux ans à venir.

Les cinq SFL n'ayant pas effectué de formation complémentaire en rapport avec ces activités sont celles ne pratiquant pas la gynécologie de prévention par choix et toutes sont diplômées avant 2 009.

Quarante pourcent (10 SFL) ont déclaré avoir l'intention d'effectuer une formation dans les deux ans à venir.

- Quatre vingt-seize pourcent des SFL trouvent l'accès aux formations complémentaires simple (18 SFL « d'accord », 6 SFL « d'accord »)
- Quatre vingt-seize pourcent des SFL estiment que leur formation initiale n'est pas suffisante pour pratiquer correctement ces activités (12 SFL « pas du tout d'accord », 12 SFL « plutôt pas d'accord »).

3.3.3. Adressage et orientation des patientes

- Dix huit SFL, soit 72 %, sont « d'accord » avec le fait qu'il est simple d'identifier les situations sortant du champ de compétence de la SF, et six, soit 24 % ne sont « plutôt pas d'accord ».
- Treize SFL, soit 52 %, ne sont « plutôt pas d'accord » avec le fait qu'il est simple de demander l'avis d'un gynécologue ou d'un médecin en cas de situation sortant des compétences de la SFL et neuf, soit 36 %, sont « plutôt d'accord » avec cette affirmation.
- Quatorze SFL, soit 56 %, sont « d'accord » avec le fait qu'il est simple d'adresser une patiente à un gynécologue ou à un médecin en cas de situation sortant des compétences de la SF, huit, soit 32 %, ne sont « plutôt pas d'accord » avec cette affirmation.
- Douze SFL, soit 48% , ne sont « plutôt pas d'accord » avec le fait qu'il soit simple d'obtenir un retour du gynécologue ou du médecin en cas d'adressage, et neuf, soit 36 % sont « plutôt d'accord » avec cette affirmation.

IV. Discussion

1. Limites de l'étude

La principale limite de cette étude est le faible taux de participation (26.6 %). L'étude n'est pas extrapolable à l'échelle régionale et encore moins à l'échelle nationale. Le premier rappel ayant été fait peu de temps avant les fêtes de fin d'année nous avons effectué un deuxième rappel début janvier 2019 afin de palier à ce faible taux de participation. Ces deux rappels ont permis d'obtenir 15 réponses supplémentaires.

Les enquêtes interrogeant les SFL, ont des taux de participations inférieurs à 50 % (P. André : taux participation 44 % [10], M. Hoffman : taux de participation 53% [11], L. Hornecker [12] : 43.3%). Les SFL, répondant peu aux enquêtes et la longueur de notre questionnaire peuvent expliquer notre faible taux de participation.

2. Méthode de recueil

La méthode de recueil choisie peut également expliquer le faible taux de participation. La nécessité de calculer leur activité sur les deux mois écoulés a pu rebuter certaines SFL, ce qui peut expliquer le faible taux de participation. Nous avons estimé à 15 min le temps nécessaire pour compléter le questionnaire mais cette durée a pu être sous estimée.

Cette estimation ainsi que le nombre de questions étaient donnés dans le mail d'invitation envoyé aux SFL, ce qui a pu limiter le nombre de participation. Pour palier à cela nous avons choisi de présenter en premier les questions concernant l'objectif principal, puis les questions concernant les SFL, seules les premières questions nécessitaient une recherche d'informations, afin d'augmenter le taux de réponses.

Nous avons choisi d'utiliser un questionnaire en ligne associé à un code personnel pour permettre aux SFL de le remplir en plusieurs fois et de prendre le temps nécessaire.

Toutes les questions de l'enquête en ligne étaient obligatoires pour passer à la question suivante, ceci nous a permis de pouvoir interpréter 100 % des questionnaires remplis cependant cela a pu également diminuer le taux de participation.

3. Biais

Il existe un biais de sélection du fait des non réponses : on peut penser que les SFL ne pratiquant pas le suivi gynécologique de prévention ne se sont pas senties concernées par le sujet, et n'ont pas souhaité répondre.

On retrouve un biais de mémorisation, les SFL ont dû comptabiliser le nombre de consultations effectuées dans les différentes activités, nous ne pouvons pas exclure qu'il y ait eu des erreurs. De plus, il était demandé aux SFL d'estimer la fréquence de réalisation des différents actes grâce à des catégories pré définies : cela fait appel à la mémoire et peut orienter les réponses.

La nomenclature générale des actes de SF [13], est la même pour une consultation de grossesse, de contraception et de gynécologie sans acte supplémentaire. Nous n'avons pas pu utiliser la nomenclature pour quantifier les différents types de consultations.

4. Résultats

Nous avons choisi de présenter la part des consultations de gynécologie de prévention et des consultations de contraception en fonction de l'activité moyenne journalière des SFL.

Nous avons défini quatre catégories selon la distribution des résultats, en fonction du nombre de consultations « toutes activités confondues » sur la période, et nous l'avons rapporté à un nombre de consultations moyen par jour ouvré. Nous avons choisi d'arrondir à l'entier le plus proche pour faciliter la lecture des résultats.

La SFL ayant effectué le plus de consultations (n=924) à été individualisée car son activité était largement supérieure aux autres SFL et il nous a paru nécessaire de traiter ses données de manière individuelle pour ne pas fausser les résultats. Une SFL a déclaré n'avoir effectué aucune consultation sur la période car étant en congés maternité. Toutefois, nous avons choisi de ne pas l'exclure de l'étude car ses réponses au SEP et à l'enquête d'opinion étaient interprétables, mais nous l'avons exclue des résultats à l'objectif principal et à la fréquence de réalisation des actes.

Les catégories faites en fonction de la répartition du nombre de consultations de gynécologie et de contraception ont été présentées en nombre de jours sur deux mois, les effectifs étant faibles, les présenter en nombre de consultations par jour les auraient rendus ininterprétables.

La distinction entre les consultations de contraception et celle de suivi de gynécologie à été faite pour plusieurs raisons : une femme consultant pour la prescription d'une contraception n'aura pas toujours d'examen gynécologique, notamment l'adolescente [14], à contrario une consultation de suivi gynécologique n'aboutit pas forcément à la prescription d'une contraception.

L'HAS, dans sa fiche mémo sur la contraception [15], présente tous les moyens de contraception : méthodes hormonales oestroprogestative (pilule, patch, anneau vaginal) et progestative (pilule, implant, injection intramusculaire), les DIU (cuivre, levonorgestrel), les méthodes barrières (préservatifs masculins et féminins, diaphragme et cape cervicale, spermicides), les méthodes naturelles et les méthodes de stérilisations définitives. En 2016, [16] 36.5 % des femmes en âge de procréer et ne souhaitant pas de grossesse, utilisait la CO, 25.6 % avaient un DIU, 15 % utilisaient des préservatifs, 4.5 % avaient eu recours à la stérilisation définitive, 4.3% un implant contraceptif (Annexe 2).

Au vu des ces informations nous avons choisi :

- D'intégrer à l'étude uniquement les moyens de contraception les plus utilisés et étant dans les compétences de la SF : à savoir la CO, les DIU et l'implant.
- La stérilisation définitive n'étant pas dans les compétences de la SF nous ne l'avons pas intégrée à l'étude.
- Les différents types de CO et de DIU n'ont pas été différenciés afin de faciliter les réponses.
- La pose ou le retrait des différents moyens de contraception n'ont pas été différenciés pour faciliter les réponses. De plus, le retrait d'un DIU ou d'un Implant est très fréquemment associé à la pose d'un nouveau
- Au moment de la réalisation de notre étude, les préservatifs masculins n'étaient pas encore remboursés par la sécurité sociale [17]. Ils n'ont donc pas été intégrés à l'étude.

5. Revues de la littérature

5.1. Population étudiée

En 2018, l'âge moyen des SFL libérales en Isère est de 41 ans [8], l'âge moyen de notre population de SFL est de 43ans et 44 % se situe dans une tranche d'âge de 30 à 40 ans. Les SFL en Isère ont pour 72 % une activité libérale exclusive, elles représentent 84 % dans notre étude. En ces deux points notre population et la population départementale sont relativement comparables.

Une précédente étude effectuée sur les SFL du RPAI en 2012 [10], montrait des caractéristiques semblables aux nôtres : l'âge moyen était de 43 ans, l'ancienneté du Diplôme d'Etat était de 19 ans, les SFL avaient une activité libérale exclusive à 83 % (82 % dans notre

étude), elles travaillaient en association pour 43 % d'entre elles contre 52 % dans notre étude. En six ans, et malgré le renouvellement des SFL avec de nouvelles installations, des changements d'activités, les départs à la retraite, le profil des SFL répondant du RPAI est resté le même.

5.2. Objectif principal

Dans notre étude la part des consultations de gynécologie de prévention dans l'activité totale des SFL était en moyenne de 16 %, et 8 % pour les consultations de contraception.

On peut voir que la part des consultations de gynécologie est inférieure à 8 % dans l'activité des SFL effectuant moins de quatre consultations par jour et est supérieure à 15 % dans l'activité des SFL effectuant plus de quatre consultations par jour. De même, la part des consultations de contraception est inférieure à 5 % pour les SFL effectuant moins de quatre consultations par jour et supérieur à 12 % pour celles effectuant plus de quatre consultations par jour.

Ceci peut s'expliquer par le fait qu'une SFL, ayant un volume d'activité plus faible, privilégie les actes possédant des cotations plus élevées comme la Préparation à la naissance et à la parentalité (SF 12), l'entretien prénatal précoce (SF 15), les visites à domiciles (SF 16.5, SF 12) et les surveillances de grossesse pathologiques (SF 9, SF 12, SF 15, SF 19, SF 19) par rapport à une consultation cotée CSF (23€).

Pour rappel : la clé de cotation SF correspond à un coefficient de 2€80. Au moment de l'étude la cotation MSF (majoration SF) de 2€ n'était pas entrée en vigueur.

On peut imaginer que les SFL n'éprouvent pas toutes le même intérêt pour l'activité gynécologique et la contraception. Notre population étant en très grande majorité diplômée

avant 2009, ces activités n'étaient pas incluses dans leur formation initiale, il leur a été nécessaire d'effectuer des formations complémentaires.

Des formations complémentaires nécessitent des moyens financiers et du temps, donc une certaine motivation, cela peut expliquer qu'une SFL n'éprouvant pas un grand intérêt pour la gynécologie ne cherche pas à développer son activité dans ce domaine.

Inversement, une SFL éprouvant de l'intérêt pour ces activités, et les développant en proposant une grande offre de soins, (suivi gynéco, poses et retrait de DIU et d'implant...) va s'adresser à un plus grand nombre de patientes et va ainsi augmenter son volume d'activité.

Les résultats de la SFL ayant effectué en moyenne 22 consultations par jour sont très marginaux. Elle a un volume d'activité très largement supérieur aux autres SFL, ceci pourrait s'expliquer par son lieu d'exercice (Grenoble) lui donnant une plus grande visibilité, et sans doute par son grand intérêt pour l'activité de gynécologie.

M. Petit, en 2013 [18], a mené une étude auprès des femmes et des SF de Haute Normandie et de Normandie, faisant un état des lieux du suivi gynécologique de prévention. Elle montrait que les SFL répondant estimaient à 6.11 % la part du suivi gynécologique et de contraception dans leur activité. L'auteur retrouvait que 70.37 % de la population des SFL interrogées, pratiquait le suivi gynécologique de prévention. On retrouve donc une part inférieure à celle de notre étude. Il est cependant difficile de comparer les SFL des deux études tant par les caractéristiques d'âge, de début d'activité libérale (1996 en moyenne, soit 10 ans de plus que notre étude) que par la démographie de SFL des deux départements. En effet en 2014, la démographie de SFL pour 100 000 femmes en âge de procréer en Auvergne-Rhône-Alpes était quasiment le double de celle de Normandie (16.1 contre 28.8 pour 100 000 femmes en âge de procréer). La densité de GML était de 9.9 GML / 100 000 femmes de plus de 15 ans en Normandie et de 13.8 en Isère, [6] soit un ratio de 1.6 SFL pour un GML en Normandie et de 2 SFL pour un GML en Isère.

Cette étude est la seule retrouvée qui rapportait la part de l'activité de gynécologie de prévention dans l'activité des SFL. Nous avons comparé à d'autres études la proportion de SFL pratiquant le suivi gynécologique et de contraception.

Dans l'étude de 2012, P. Andrée, analysait [10] l'activité et les revenus des SFL du RPAI. En septembre 2012, 35 % des SFL déclaraient avoir effectué des consultations de gynécologie de prévention. Dans notre étude 80 % des SFL ont déclaré en avoir effectué. On peut constater une très forte augmentation. L'auteur rapportait que 76 % des SFL souhaitaient développer leur activité en gynécologie et en contraception. Les SFL du RPAI ont donc effectivement développé leur activité. Elles aspirent à continuer à la développer dans ce domaine puisque, dans notre étude, 88 % des SF souhaiteraient développer leur activité.

Une étude menée en 2014 [19] , à propos de l'activité gynécologique et de contraception auprès des SFL de Savoie et Haute Savoie, montrait que 47 % avaient une activité gynécologique et 45 % une activité en contraception. La population de SFL était plus jeune que celle de notre étude (39 ans) et les diplômées en 2009 ou postérieurement représentaient 22 % de la population. Néanmoins dans cette étude comme dans la nôtre, l'année moyenne d'obtention du diplôme était 1999, les SFL avaient une activité libérale exclusive à 84 %.

Les populations de ces trois études étant comparables en de nombreux points, on peut constater une très forte augmentation de la part des SFL exerçant ces activités entre 2012 et 2018.

5.3. Objectifs secondaires

5.3.1. Typologie des actes concernant la gynécologie de prévention et la contraception

La contraception la plus utilisée par les femmes Françaises en 2016 était la pilule (seule ou en association avec le préservatif) (annexe 2), elle était utilisée par plus de 33 % des femmes en âge de procréer. En tenant compte que la CO progestative est très régulièrement prescrite en post partum immédiat, on peut penser que c'est une contraception que les SF prescrivent régulièrement et pour laquelle elles sont à l'aise. On retrouve également cela dans nos résultats : 79.2 % des SFL en ont réalisé.

De la même manière le taux de SFL réalisant des poses ou des retraits de DIU (79.2 %) est cohérent avec le pourcentage de femmes utilisant ce moyen de contraception en France : 25.6 % en 2016. Les SFL sont amenées à rencontrer des femmes désirant un DIU plus ou moins régulièrement, c'est ce que montre la fréquence de réalisation, bien qu'une grande majorité des SFL répondantes aient pratiqué cet acte, elles sont 57.9 % à en avoir effectué moins de 10 fois sur la période.

Le FCU faisant partie intégrante du suivi gynécologique et devant être réalisé chez toutes les femmes de 25 à 65 ans, à raison de deux FCU à un an d'intervalle puis un tous les trois ans, il semble normal que les SFL pratiquant le suivi gynécologique, fassent des FCU. C'est ce que montrent nos résultats : 83.3 % des SFL déclarent en avoir réalisé sur la période, ce résultat est également cohérent avec la part de SFL n'ayant pas pratiqué de consultation de gynécologie : 20 %.

Soixante pourcent des SFL ayant effectué des FCU déclarent en avoir effectué moins de 10 sur la période, ceci est cohérent avec la part du suivi gynécologique dans l'activité des SFL (16 %), sa fréquence de réalisation est en lien avec celle du suivi gynécologique.

En ce qui concerne la pose et le retrait d'implant contraceptif plusieurs raisons peuvent expliquer le faible taux de réalisation : 33.3 %.

- L'implant contraceptif est peu utilisé par les femmes Françaises : 4.3 % d'entre elles
- Son retrait est un geste technique pouvant nécessiter une formation et de l'expérience [20]. Or son faible taux d'utilisation ne permet pas d'acquérir de la pratique. Ce sont d'ailleurs les réponses retrouvées chez les SFL interrogées n'ayant pas pratiqué de pose ou de retrait d'implant sur la période : 40 % d'entre elles évoquent un manque de demande, 20 % un manque de formation et 16 % un manque de confiance.

5.3.2. Sentiment d'efficacité personnelle

Les SFL se sentent, majoritairement, très compétentes pour effectuer le suivi gynécologique.

Les SFL se sentant peu compétentes, sont celles n'effectuant pas de suivi gynécologique par choix et donc celles n'ayant pas effectué de formation.

Les formations complémentaires permettent aux SFL de se sentir compétentes pour la réalisation du suivi gynécologique.

Les SFL ayant réalisé moins de quatre consultations sur la période se sentent peu compétentes pour réaliser des FCU alors que celles ayant effectué plus de 24 consultations sur la période se sentent très compétentes. Le FCU est un examen incontournable du suivi gynécologique, sa réalisation est fréquente, ce qui permet aux SFL de se sentir rapidement compétentes pour effectuer ce geste.

Le SEP moyen pour la prescription de CO est toujours supérieur à cinq, quelque soit le nombre de consultations effectuées sur la période. Ceci s'explique par le fait que la prescription de la CO est simple à réaliser car ses indications, contres indications et son suivi sont bien connus des SFL. C'est également un moyen de contraception que toutes les SFL ont

été amenées à prescrire ou ont vu prescrire durant leur carrière ou leurs études : en primo prescription, renouvellement d'ordonnance, en post partum. Et ainsi, même chez les SFL ne pratiquant pas de suivi de contraception le SEP moyen est supérieur à cinq. Ceci explique que les SFL répondantes se sentent compétentes ou très compétentes pour cet acte.

Inversement nous avons vu que la pose et le retrait d'implant est très peu pratiqué par les SFL du RPAI. Ceci explique que le SEP moyen soit inférieur à sept quelques soit le nombre de consultations effectuées sur la période et que les SFL se sentent peu compétentes pour réaliser ces actes. Les SFL n'ont pas l'opportunité d'acquérir de l'expérience et les patientes sont peu en demande de ce moyen de contraception.

Le SEP moyen pour la pose du DIU est quasiment multiplié par un facteur trois entre les SFL ayant effectué moins de trois consultations de contraception sur la période et celles ayant effectué plus de 20 consultations sur la période. Ceci s'explique par le fait que la pose d'un DIU est une technique nécessitant de l'expérience, ainsi une SFL ayant l'habitude d'en poser ou d'en retirer se sentira plus compétente qu'une SFL en posant peu.

Les SFL ayant une plus forte activité en gynécologie de prévention et en contraception ont un SEP moyen supérieur à celles ayant une activité plus faible.

5.3.3. Enquête d'opinion

En 2012 [10], 83 % des SFL du RPAI interrogées avaient indiqué être sollicitées par les patientes pour pratiquer des actes de gynécologie de prévention et de contraception et 76 % étaient intéressées par la pratique de ces compétences.

Dans notre étude, 55 % des SFL estiment que leur activité en gynécologie de prévention et en contraception est en augmentation. Ces deux résultats se complètent et montrent que les SFL

du RPAI ont répondu aux sollicitations des patientes en augmentant au fur et à mesure leur part d'activité en gynécologie et en contraception.

En 2012 [10], 35 % des SFL avaient bénéficié d'une formation en gynécologie et 46 % en contraception, 83 % d'entre elles envisageaient d'en effectuer à l'avenir. Dans notre étude nous avons pu voir que 80 % des SFL avaient déjà effectué des formations complémentaires et 40 % envisageaient d'en effectuer (soit pour la première fois soit pour compléter leur formation).

Une majorité d'entre elles estiment que leur formation initiale n'est pas suffisante pour pratiquer correctement ces activités. Ce résultat est à nuancer par le fait que les SFL de notre étude ont toutes (sauf une) obtenues leur Diplôme d'Etat avant l'intégration de ces activités dans les programmes des études de SF.

Les SFL du réseau se sont donc formées pour répondre aux sollicitations des patientes et ainsi ont pu augmenter la part de la gynécologie et de la contraception dans leur activité.

L'Etat et l'assurance maladie ont créé l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (DPC) et l'Organisme Gestionnaire du DPC, permettant aux SFL d'obtenir des indemnités forfaitaires lors de formations [21]. Ceci répond à l'obligation de formation continue des SF. Cela encourage les SFL à effectuer des formations complémentaires qui peuvent tout de même engendrer des frais de déplacements, de logements...

Cependant on relèvera des difficultés dans leur pratique. En effet, bien que les SFL estiment simple d'identifier les situations sortant de leurs compétences, elles ne sont pas toutes d'accord sur le fait qu'il soit simple de demander un avis, d'adresser, et d'avoir un retour d'un gynécologue ou d'un médecin lors de situations pathologiques.

En fonction du lieu de travail de la SFL (maison de santé pluridisciplinaire, cabinet seule ou en association) et de son réseau de professionnel de santé, il est plus ou moins simple d'être en contact avec un gynécologue ou un médecin.

En effet, une SFL travaillant en maison de santé dans laquelle exerce un gynécologue, aura plus de simplicité à demander un avis ou à adresser une patiente, alors qu'une SFL travaillant seule dans son cabinet et n'ayant pas de gynécologue dans son réseau éprouvera certainement plus de difficultés.

Il aurait été intéressant d'étudier le réseau des SFL et les professionnels avec lesquels elles sont en association afin de pouvoir le mettre en lien avec leur facilité d'adressage.

Bien que les compétences ne cessent de se modifier, les SFL sont 60 % à souhaiter en obtenir de nouvelles. Cette volonté semble surtout viser les limites de prescription de la SF comme par exemple pour la prescription d'antibiotiques per os pour les infections génitales basses.

5.4. Démographie médicale en Isère

La démographie des SFL et des GML en Isère a beaucoup évolué ces dernières années : en effet en 2014, la densité de SFL était de 40.8 pour 100 000 femmes en âge de procréer et 13.8 GML pour 100 000 femmes de plus de 15 ans [5,6]. Soit environ trois SFL pour un GML.

En 2018, la densité de SFL était de 53.5 pour 100 000 femmes en âge de procréer et de 11 GML pour 100 000 femmes de plus de 15 ans. Soit environ cinq SFL pour un GML.

Depuis 2009, seul trois internes ont été formés à la gynécologie médicale à Grenoble [22] alors que l'âge moyen des GML, en Isère, est de 61.9 ans. Avec les départs en retraite et l'absence de remplaçants la démographie des GML va continuer à diminuer.

Les SFL, en Isère, vont donc sans doute prendre une place de plus en plus importante dans le suivi gynécologique des femmes. Cela laisse à penser que la part de l'activité de gynécologie de prévention et de contraception va continuer à augmenter dans l'activité des SFL du RPAI.

8. Conclusion

L'hypothèse de départ était que la part de la gynécologie de prévention et de la contraception représentait 30 % de l'activité des SFL du RPAI. Or nous avons retrouvé des résultats très inférieurs à ceux attendus, la part dans l'activité globale ne représente, en moyenne, pas plus de 16 % pour la gynécologie et 8 % pour la contraception. L'activité des SFL semble être principalement dédiée à l'accompagnement à la parentalité. L'hypothèse de départ était fausse.

Cependant nous avons pu noter une très forte augmentation de la part des SFL du RPAI pratiquant ces activités : de 35 % en 2012 à 80 % en 2018. Ceci montre bien l'évolution de la profession et l'intégration de ces compétences par les SFL dans leur activité.

Le SEP moyen des SF quant à ces compétences est très hétérogène en fonction du type d'actes et de la part de l'activité consacrée à la gynécologie de prévention et à la contraception.

Nous avons également noté que les SFL éprouvent la nécessité d'effectuer des formations complémentaires pour pratiquer correctement ces activités.

Depuis notre étude, une nouvelle compétence a été attribuée aux SF en février 2019 : la première consultation de contraception et de prévention (CCP) des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans, déjà effectuée par les gynécologues et les médecins généralistes, prise en charge à 100% au tarif de 46€. Bien que déjà réalisée en pratique par les SF, ceci permet aux patientes d'être prises en charge à 100 % et aux SF de la coter comme une CCP et non pas comme une simple consultation.

Cette CCP, s'inscrit dans une volonté d'une plus grande prévention de la santé des femmes. Elle encourage les adolescentes à consulter un professionnel de santé spécialisé pour le suivi gynécologique, leur permettant d'accéder à une meilleure information quand aux IST,

grossesse non désirée, et sur le fonctionnement de leur corps. Cela encourage également les professionnels à consacrer plus de temps à cette consultation, temps nécessaire à sa bonne réalisation.

A l'issue de notre travail nous nous demandons quelle va être l'évolution de la profession dans les années à venir ? La part de l'activité de gynécologie de prévention et de contraception va-t-elle continuer à augmenter dans l'activité totale des SFL au vue de la pénurie annoncée de GML ? De nouvelles compétences vont-elles être accordées aux SF, notamment en terme de prescription ?

VII. Références bibliographiques

- [1] ONDPS. Les sages-femmes une profession en mutation. 2016.
- [2] ASIP-Santé RPPS, traitements Drees. Tableau 2. Effectifs des sages-femmes par secteur d'activité, mode d'exercice global, zone d'activité 1, sexe et tranche d'âge données au 1er janvier. <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3752> (accessed May 4, 2019).
- [3] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009.
- [4] RPAI. RPAI: acteurs, missions, établissements concernés et territoire. RPAI n.d. <https://www.rpai-perinat.org/exemple-de-page/> (accessed April 18, 2018).
- [5] ASIP-Santé RPPS, traitements Drees. tableau 5. Densité des sages-femmes par zone d'activité 1 et mode d'exercice global. DataDress données au 1er janvier. http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,490,497,970,982 (accessed May 4, 2019).
- [6] ASIP-Santé RPPS, traitements Drees., INSEE, estimations de population,. Tableau 7. Densité de médecins par spécialité, modes d'exercice regroupés et zone d'inscription. DataDress n.d. <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3795> (accessed May 4, 2019).
- [7] Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Bulletin Officiel N° 15 :Diplôme d'État de sage-femme 2013.
- [8] ASIP-Santé RPPS, traitements Drees. Tableau 4. Age moyen des sages-femmes : par mode d'exercice global, zone d'activité principale, secteur d'activité et sexe. DataDress données au 1er janvier. <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3754> (accessed May 4, 2019).
- [9] Lecomte J. Les applications du sentiment d'efficacité personnelle. Savoirs 2004;Hors série:59–90.
- [10] André P. Activité et revenu des sages-femmes libérales du réseau de périnatalité Alpes-Isère : enquête déclarative. Diplôme d'Etat de Sage-femme. Université Grenoble Alpes, 2013.
- [11] Hoffmann M. Droit de prescription de la contraception : opinion des sages-femmes et nouvelles pratiques. Diplôme d'Etat de Sage-femme. Université Grenoble Alpes, 2011.
- [12] Hornecker L. La place de la sage-femme libérale dans la stratégie diagnostique de l'endométriome. Diplôme d'Etat de Sage-femme. Académie de Paris Université Pierre et Marie Curie Ecole de Sage-Femme Saint Antoine, 2018.
- [13] NGAP. Nomenclature Générale des Actes Professionnels 2018.
- [14] HAS. fiche mémo : Contraception chez l'adolescente. 2018.
- [15] HAS. Contraception : prescription et conseil femmes. 2013.

- [16] Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016 - Contraception 2016:8.
- [17] Arrêté du 14 février 2019 portant inscription du préservatif masculin lubrifié SORTEZ COUVERTS ! du laboratoire POLIDIS au titre I de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. n.d.
- [18] Petit M. Suivi gynécologique de prévention et consultations de contraception : état des lieux auprès des femmes et des sages-femmes de Haute-Normandie. Diplôme d'Etat de Sage-femme. Centre Hospitalier Universitaire de Rouen, 2013.
- [19] Garancini É. Pratique de consultations de gynécologie et de contraception chez les sages-femmes libérales de Savoie et Haute-Savoie : enquête déclarative réalisée sur l'année 2014. Diplôme d'Etat de Sage-femme. Université Grenoble Alpes, 2015.
- [20] Bensouda-Grimaldi L, Jonville-Béra A-P, Beau-Salinas F, Llabres S, Autret-Leca E. Implanon® : difficultés d'insertion et de retrait, échecs contraceptifs. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 2005;33:986–90. doi:10.1016/j.gyobfe.2005.10.016.
- [21] L'Agence nationale du DPC. Agence Nationale Du DPC 2018. <https://www.mondpc.fr/mondpc/agencenationale/dpc/19> (accessed May 4, 2019).
- [22] Grenoble : rangs limites d'affectation et postes pour les Epreuves Classantes Nationales (ECN / ENC). Remede.org n.d. http://www.remede.org/internat/rangs-enc.html?mode=det&conv_chu=Grenoble (accessed May 4, 2019).

VIII. Annexes

Annexe 1 : Questionnaire

Suivi gynécologique de prévention et consultation de contraception par les sages-femmes libérales du Réseau de Périnatalité Alpes Isère (RPAI).

1^{ère} Partie : A propos de votre activité en Gynécologie et de contraception :

1 - Combien avez-vous effectué de consultations de suivi gynécologique de prévention :

2 - Combien avez-vous effectué de consultations de contraception ?

3 - Combien avez-vous effectué de consultations toutes activités confondues ?

4 - Pensez vous que votre activité en suivi gynécologique de prévention et en consultation de contraception est :

- En augmentation
- En diminution
- La même

5 - Vous sentez-vous compétent(e) pour le suivi gynécologique de prévention ?

0 = Pas du tout compétent(e) 10 = Très compétent(e)

0 ●—————● 10

6 - Avez-vous effectué des Frottis Cervico Utérins ?

- Oui
- Non

a - *Si non* : Vous n'en avez pas effectué, pourquoi selon vous ?

- Manque d'opportunité/ de demande
- Manque de temps
- Manque de formation
- Manque de confiance
- Autre :

b - *Si oui* : Combien estimez-vous en avoir effectué ?

- 1 – 5
- 5 – 10
- 10 -15
- > 15

7 - Comment évaluez-vous votre compétence pour effectuer des FCU ?

0 = Pas du tout compétent(e) 10 = Très compétent(e)

0 ●—————● 10

8 - Avez-vous effectué des prescriptions de contraception orale ?

- Oui
- Non

a - *Si non* : Vous n'en avez pas effectué, pourquoi selon vous ?

- Manque d'opportunité/ de demande
- Manque de temps
- Manque de formation
- Manque de confiance
- Autre :

b - *Si oui* : Combien estimez-vous en avoir effectué ?

- 1 – 5
- 5 – 10
- 10 -15
- > 15

9 - Comment évaluez-vous votre compétence pour effectuer des prescriptions de contraception orale ?

0 = Pas du tout compétent(e) 10 = Très compétent(e)

0 ●—————● 10

10 - Avez-vous effectué des poses ou des retraits d'implants contraceptifs ?

- Oui
- Non

a - *Si non* : Vous n'en avez pas effectué, pourquoi selon vous ?

- Manque d'opportunité/ de demande
- Manque de temps
- Manque de formation
- Manque de confiance
- Autre :

b - *Si oui* : Combien estimez-vous en avoir effectué ?

- 1 – 5
- 5 – 10
- 10 -15

- > 15

11 - Comment évaluez-vous votre compétence pour effectuer des poses ou des retraits d'implants ?

0 = *Pas du tout compétent(e)* 10 = *Très compétent(e)*

0 ●—————● 10

12 - Avez-vous effectué des poses ou des retraits de Dispositifs Intra-Utérins (DIU) ?

- Oui
- Non

a - *Si non* : Vous n'en avez pas effectué, pourquoi selon vous ?

- Manque d'opportunité/ de demande
- Manque de temps
- Manque de formation
- Manque de confiance
- Autre :

b - *Si oui* : Combien estimez-vous en avoir effectué ?

- 1 – 5
- 5 – 10
- 10 -15
- > 15

12 - Comment évaluez-vous votre compétence pour effectuer des poses et/ou des retraits de DIU ?

0 = *Pas du tout compétent(e)* 10 = *Très compétent(e)*

0 ●—————● 10

Partie 2 : Enquête d'opinion

1 - L'autorisation d'effectuer le suivi gynécologique de prévention est une bonne chose :

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Totalelement d'accord

2 - L'autorisation d'effectuer des consultations de contraception est une bonne chose :

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Plutôt d'accord

- Totalement d'accord

3 - L'autorisation de prescrire tout type de contraception est une bonne chose :

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Totalement d'accord

4 - Vous aimeriez développer votre activité en suivi de gynécologie de prévention.

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Totalement d'accord

5 - Vous aimeriez développer votre activité en consultation de contraception.

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Totalement d'accord

6 - Votre formation initiale est suffisante pour pratiquer correctement ces activités :

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Totalement d'accord

7 - L'accès à des formations sur la gynécologie et/ou sur la contraception est simple

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Totalement d'accord

8- Il est simple d'identifier les situations sortant des compétences de la sage-femme.

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Totalement d'accord

9 - Il est simple de demander l'avis d'un gynécologue ou d'un médecin en cas de situation sortant de vos compétences.

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord

- Plutôt d'accord
- Totalement d'accord

10 - Il est simple d'adresser une patiente à un gynécologue ou à un médecin en cas de situation sortant de vos compétences

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Totalement d'accord

11 - Il est simple d'obtenir un retour du gynécologue ou du médecin après adressage.

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Totalement d'accord

12 – Avez-vous des commentaires ? Des remarques ?

Partie 3 : Caractéristiques personnelles

1 - Vous êtes : Un homme / Une femme

2 - Votre âge :

3 - Année d'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme :

4 - Ecole d'obtention du Diplôme d'Etat :

5 - Année de début de votre activité libérale :

6 - Vous travaillez :

- Seul(e)
- En association
- En collaboration
- En temps que remplaçant(e)
- Autre :

7 - Votre mode d'exercice :

- Libéral exclusif
- Mixte
- Maison de santé
- Autre :

8 - Avez-vous effectué une/des formation(s) complémentaire(s) pour le suivi gynécologique de prévention et le suivi de contraception ?

- Oui

- Non

a - Si oui : Laquelle / lesquelles ?

b- Si non : Pour quelle(s) raison(s) n'en avez-vous pas effectué ?

9 - Avez-vous l'intention d'effectuer une/des formation(s) complémentaire(s) pour le suivi gynécologique de prévention et le suivi de contraception dans les deux ans à venir ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

a - Si oui : Laquelle / lesquelles ?

b - Si non : Pour quelle(s) raison(s) n'en avez-vous pas effectué ?

10 - Aimerez-vous avoir plus de compétences ?

- Oui
- Non

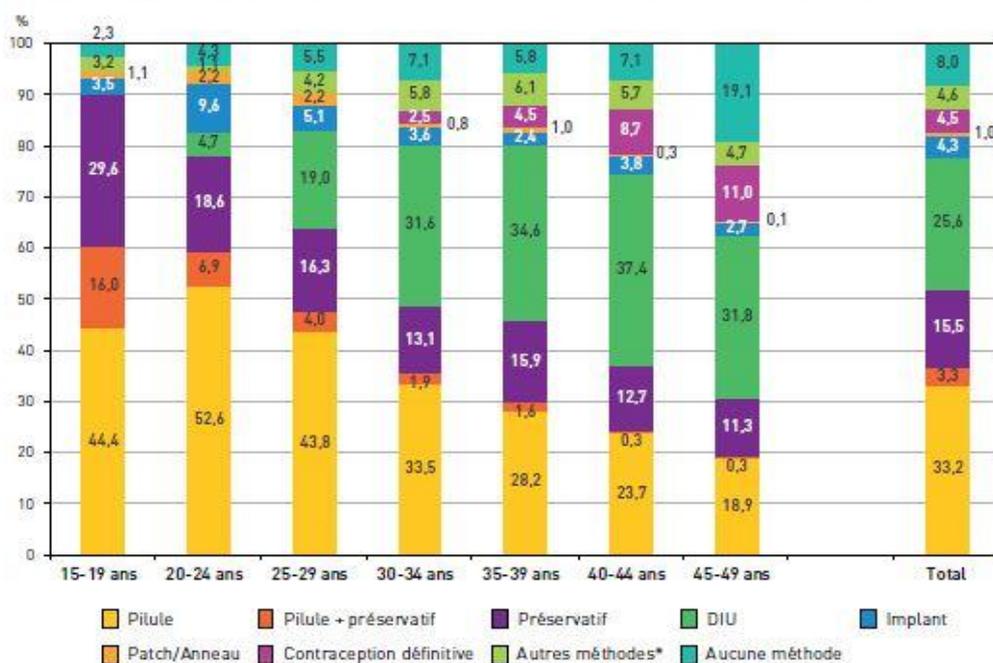
a - Si oui : Laquelle / lesquelles ?

b - Si non : Pour quelle(s) raison(s) ?

11 - Avez-vous des remarques ? Des commentaires ?

Annexe 2 : Méthodes de contraception utilisée en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge. Baromètre Santé 2016 : « Quatre ans après la crise de la pilule, évolutions se poursuivent »

FIGURE 1 | Méthodes de contraception utilisées en France en 2016 par les femmes concernées par la contraception selon leur âge



Champ : femmes de 15-49 ans résidant en France métropolitaine, non enceintes, non sériées, ayant eu une relation sexuelle avec un homme au cours des douze derniers mois et ne souhaitant pas avoir d'enfant.
* Cette catégorie comprend le diaphragme, la cage et les méthodes dites traditionnelles telles que la symphysiothermie, la méthode des températures et le retrait.
Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France

RESUME :

Objectif : Décrire l'activité et la typologie des actes réalisés par les sages-femmes libérales (SFL) du Réseau de Périnatalité Alpes Isère (RPAI) dans le cadre de leur activité de gynécologie de prévention et de contraception. Recueillir leur sentiment d'efficacité personnelle ainsi que leurs opinions

Méthodes : Etude descriptive, déclarative sur les pratiques professionnelles des SFL du RPAI, sur la période du 1er septembre 2018 au 31 octobre 2018, via un questionnaire en ligne.

Résultats : Le taux de participation était de 26.6 %. La part moyenne des consultations de gynécologie de prévention sur la période était de 16 % et celle des consultations de contraception de 8 %. Quarante pour cent des SFL répondantes pratiquaient le suivi gynécologique et 84 % des consultations de contraception. Le sentiment d'efficacité personnelle moyen est plus élevé chez les SFL ayant eu une plus forte activité sur la période donnée.

Conclusion : L'activité des SFL du RPAI est principalement dédiée au suivi de grossesse. Cependant les SFL désirent développer leur activité en gynécologie et en contraception.

Mots clés : Sages-femmes libérales, sage-femme, activité, gynécologie, contraception, sentiment d'efficacité personnelle.

ABSTRACT :

Objectives: Determine and describe the amount of preventional gynecological and contraceptive consultations in the activity of the RPAI freelance midwives. Collect their self-efficacy and opinion.

Methods: Descriptive study, declarative on professional RPAI freelance midwives practices, from September 1st to October 31st, through an online questionnaire.

Results: Participation rate was 26.6%. The average part of the preventional gynecological consultations on the period of the study was 16% and the average part of contraceptive consultations was 8%. Eighty percent of the responding freelance midwives practiced gynecological follow up and 84% practiced contraceptive consultations. Average freelance midwives self-efficacy is more important for the ones with a high activity during the period.

Conclusion: RPAI freelance midwives activity is dedicated at pregnancy follow up for the most part. However freelance midwives desire to develop their activities in gynecological and contraception

Key words: Freelance midwives, midwives, activity, gynecological, contraception, self-efficacy