



HAL
open science

Connaissance des femmes sur le suivi gynécologique de prévention : étude menée en région PACA

Sophie Lardanchet

► **To cite this version:**

Sophie Lardanchet. Connaissance des femmes sur le suivi gynécologique de prévention : étude menée en région PACA. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02381103

HAL Id: dumas-02381103

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02381103>

Submitted on 26 Nov 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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales

Aix*^UMarseille Université

École de Maïeutique

CONNAISSANCE DES FEMMES SUR LE SUIVI GYNÉCOLOGIQUE DE PRÉVENTION : ÉTUDE MENÉE EN REGION PACA

Présenté et publiquement soutenu
Le 24 avril 2019

Par

LARDANCHET Sophie

Née le 02 Octobre 1994 à Pertuis (84)

Pour l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme
Année universitaire 2018/2019

Membres du jury (par ordre alphabétique) :

- DESCAMPS Mylène, sage-femme enseignante et directrice de mémoire
- NINA Cécile, sage-femme enseignante
- GILLES Michel, sage-femme

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

École de Maïeutique

CONNAISSANCE DES FEMMES SUR LE SUIVI GYNÉCOLOGIQUE DE PRÉVENTION : ÉTUDE MENÉE EN REGION PACA

Lardanchet Sophie
Née le 02 octobre 1994

Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme

Année universitaire 2018-2019

Validation 1^{ère} session 2019 : oui non

Mention : Félicitations du Jury

Très bien

Bien

Assez bien

Passable

Validation 2^{ème} session 2019 : oui non

Mention :

Visa et tampon de l'école

**CONNAISSANCE DES FEMMES SUR LE
SUIVI GYNÉCOLOGIQUE DE PREVENTION**

**Enquête menée de février à septembre 2018
sur la population féminine de 18 à 75 ans
en Provence-Alpes-Côte-D'azur**

Remerciements

Merci ...

À toutes les personnes qui m'ont soutenu et encouragé dans l'élaboration de ce mémoire.

À Mylène Descamps, sage-femme enseignante et directrice de ce mémoire, pour son aide, ses précieux conseils et sa disponibilité.

À l'ensemble des femmes qui ont participé à mon étude, pour leur temps et leurs témoignages, sans qui ce travail n'aurait pu aboutir.

À ma mère et mon père, pour leurs relectures assidues et surtout, pour tout ce qu'ils ont fait, tout ce qui m'a permis d'en arriver là aujourd'hui.

À mes trois frères pour leur présence.

À Annie, pour ses relectures et sa présence toujours bienveillante.

À Lucie, qui m'a tant interrompu dans la rédaction de ce mémoire.

À Paule, merci pour tout ce que tu fais pour nous.

À Laura, Valentine, et surtout Anna-Maria sans qui ces années d'étude auraient été bien moins drôles et pétillantes. Merci pour votre présence.

À tous mes animaux sans qui je ne serais rien ...

Et pour finir, je remercie de tout cœur, mon amoureux pour sa patience, son dévouement, son soutien, son Amour. Merci de m'avoir supporté, parfois. Merci d'être là chaque jour, tout simplement.

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION..... | 1 |
| MATERIELS ET METHODE | 6 |
| • Rappel de l'objectif principal et des objectifs secondaires | |
| • Type d'étude | |
| • Recueil de données | |
| • Population étudiée – critères d'étude | |
| • Variables étudiées | |
| • Traitement des données et analyse statistique | |
| RESULTATS | 9 |
| • Caractéristiques de la population étudiée | |
| • Appréciation du suivi gynécologique de prévention des femmes | |
| • Reflet de la connaissance des femmes sur le suivi gynécologique de prévention des femmes habitant en région PACA | |
| • Connaissance des femmes sur les compétences des professionnels pouvant effectuer le suivi gynécologique de prévention et plus particulièrement les sages-femmes | |
| • Adhésion à un suivi ou un éventuel suivi gynécologique de prévention par une sage-femme | |
| ANALYSE ET DISCUSSION | 28 |
| • Limites et intérêts de l'étude | |
| • Profil de la population étudiée | |
| • Connaissance sur le suivi gynécologique de prévention des femmes | |
| • Connaissance des femmes sur les compétences des professionnels réalisant le suivi gynécologique de prévention et particulièrement les sages-femmes | |
| • Le suivi gynécologique de prévention des femmes | |
| • Appréciation et adhésion à un suivi gynécologique de prévention par une sage-femme | |
| CONCLUSION | 50 |

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

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

Introduction

La profession de sage-femme est une profession médicale, à compétences définies, qui ne cesse d'évoluer afin de répondre à un besoin de santé publique : la santé des femmes. Elle est définie dans le Code de Santé Publique.

D'après le Code de Santé Publique, livre premier « professions médicales », quatrième partie « professions de santé », titre V « profession de sage-femme », les sages-femmes peuvent réaliser les actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant (1). Plus récemment, leurs compétences ayant été élargies, les sages-femmes peuvent également réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention ainsi que des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse (1). Les sages-femmes doivent savoir dépister des pathologies ou des « situations à risque » et dans ce cas, orienter les femmes concernées vers un médecin (1) (2).

Ces extensions de compétences ont eu lieu en 2009 avec la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST). Cette loi est axée sur la prévention et la santé publique, et s'oriente ainsi vers une logique de suivi global et continu des femmes tout au long de la vie génitale. La sage-femme est le seul professionnel de santé dont le rôle est de prendre en charge la physiologie et ceci dès le début de la vie, avec un rôle d'éducation et de prévention.

La population française est composée de 33 450 613 femmes, dont 26 677 651 ayant plus de 18 ans soit 79,7% de la population française féminine (INSEE, Institut National de la Statistique et des Études Économiques, décembre 2018). Il n'y a pas d'âge recommandé pour consulter afin de commencer un suivi gynécologique de prévention. Cependant, le dépistage du cancer du col de l'utérus est recommandé à partir de 25 ans (3). Le début des rapports sexuels peut également constituer un point de départ pour le suivi gynécologique de prévention, afin que soit mise en place une contraception efficace, une prévention contre les infections sexuellement transmissibles (IST), l'âge du premier rapport sexuel s'élevant aujourd'hui à 17,6 ans pour les filles (INPES, Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, 2016).

La consultation gynécologique de prévention représente un réel enjeu de santé publique. Elle comprend la prescription de contraception, le dépistage des IST et la prévention des cancers gynécologiques.

La contraception est une méthode visant à éviter, de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde ou, s'il y a fécondation, la nidation de l'œuf fécondé. C'est la femme qui participe activement au choix de son moyen de contraception en discussion avec le professionnel de santé prescripteur, c'est-à-dire le médecin généraliste, le gynécologue ou la sage-femme. Les principales méthodes de contraception sont la pilule, le dispositif intra-utérin (DIU), les préservatifs (masculins et féminins), l'implant, le patch et l'anneau. Elles permettent d'éviter la survenue d'une grossesse non désirée ainsi que d'éviter de potentielles interruptions volontaires de grossesses (IVG). En 2017, 216 700 IVG ont été réalisées en France métropolitaine, soit 14,4 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans (4). Ce taux est encore plus élevé en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) avec 21,4 IVG pour 1000 femmes en 2017 (4).

Les IST sont des infections provoquées par des bactéries, des virus ou des parasites qui se transmettent lors des pratiques sexuelles. Les principales IST sont des infections par le virus du SIDA (virus de l'immunodéficience humaine VIH), la chlamydia, les hépatites B et C, la syphilis, les virus du papillome humain (HPV, human papillomavirus), le gonocoque, les mycoses vaginales, l'herpès génital. Le meilleur moyen de se protéger des IST est d'utiliser un préservatif (féminin ou masculin) avec un gel lubrifiant pour toute pénétration (5), ainsi que réaliser un dépistage des IST à chaque changement de partenaire stable. Ce dépistage peut être prescrit par des sages-femmes, médecins généralistes et gynécologues dans différentes structures : milieu hospitalier, cabinet libéral, centre de planification et d'éducation familiale, centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic. Malgré ces larges possibilités, les IST ne cessent de se propager. Le nombre de nouveaux diagnostics d'infections à Chlamydia et à gonocoque a augmenté régulièrement depuis 2010 en PACA (6)(7). La propagation de la syphilis en PACA tend à diminuer depuis 2016, même si cette tendance reste à confirmer. Le taux de découverte de séropositivité VIH en région PACA était supérieur à la moyenne nationale en 2016 (74 par million d'habitants versus 55 par millions d'habitants) (8).

La prévention des cancers gynécologiques se traduit par le dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein. Le dépistage du cancer du col de l'utérus est fondé sur la réalisation d'un frottis cervico-utérin (FCU) à un rythme triennal après 2 FCU normaux réalisés à un an d'intervalle, entre 25 et 65 ans (9). La population éligible à ce dépistage est composée de 17 000 000 de femmes âgées de 25 à 65 ans (tous les 3 ans), et le taux de participation au dépistage était de seulement 61,2% entre 2010 et 2014 (10) alors même que ce cancer est responsable de 1100 décès par an environ (11). Le dépistage du cancer du sein a pour cible les femmes âgées de 50 à 74 ans et consiste en un examen clinique des seins et une mammographie de dépistage tous les deux ans, en dehors de la présence de facteurs de risques (12).

La population éligible au programme de dépistage organisé est de 10 millions de femmes âgées de 50 à 74 ans tous les deux ans, soit 5 millions de femmes en 2016. Le taux de participation était de seulement 50,7% cette année-là (10), alors même que ce cancer reste de loin le plus fréquent chez la femme et est responsable d'environ 12 000 décès par an (13).

Malgré la nécessité et l'importance d'un suivi gynécologique de prévention, il apparaît que 22% des femmes n'ont pas de suivi gynécologique régulier (14). D'après une étude menée par le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF) en 2017, seulement 54% des femmes connaissent la possibilité de s'adresser à une sage-femme pour leur contraception, et 69% se disent prêtes à avoir recours à ces professionnelles pour leur contraception. Une étude OpinionWay réalisée en 2011 a montré que 19% des femmes n'avaient pas de suivi régulier depuis au moins 2 ans, 6% des femmes n'avaient jamais consulté en gynécologie de prévention et 1 femme sur 5 n'avait pas réalisé de FCU depuis plus de 5 ans ou n'en avait jamais fait. Parmi les femmes qui n'effectuent pas de suivi gynécologique de prévention, les raisons principales invoquées sont une absence de problème de santé (28%), un délai trop long pour obtenir un rendez-vous (14%), un âge ne nécessitant pas d'être suivie régulièrement (14%), un déménagement (11%), une absence de professionnel autour de chez soi (7%), trop de frais à engager (6%) ou d'autres raisons (20%) (15).

Ces constats nous amènent à nous interroger sur les connaissances qu'ont les femmes concernant le suivi gynécologique de prévention. En connaissent-elles l'existence ? Connaissent-elles les professionnels de santé auxquels elles peuvent s'adresser ? Le but de ce mémoire est d'apprécier les connaissances des femmes à propos du suivi gynécologique de prévention.

Une étude a été menée avec pour question de recherche :

« Quelles sont les connaissances des femmes de 18 à 75 ans en région Provence-Alpes-Côte d'Azur concernant le suivi gynécologique de prévention et de quelle façon y adhèrent-elles ? »

Les objectifs de recherche sont donc :

- **Décrire la connaissance des femmes sur le suivi gynécologique de prévention et plus particulièrement sur les compétences des sages-femmes**
- **Décrire le suivi gynécologique de prévention des femmes**

Matériels et méthode

1) Rappel de l'objectif principal et des objectifs secondaires

Les objectifs de l'étude ont été :

- Décrire la connaissance des femmes sur le suivi gynécologique de prévention et plus particulièrement sur les compétences des sages-femmes
- Décrire le suivi gynécologique de prévention des femmes

2) Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, de type transversale multicentrique réalisée à partir de questionnaires distribués aux femmes.

3) Recueil de données

Ce questionnaire a été distribué au format papier et a également été mis en ligne (annexe I). Le questionnaire se présente sous forme de questionnaire à choix multiple (QCM). Il est composé de deux parties :

- La première concerne les informations générales (telles que l'âge, la profession, la parité) et les informations spécifiques (telles que la réalisation ou non d'un suivi gynécologique de prévention, la fréquence, le professionnel réalisant le suivi)
- La deuxième partie contient des questions sur le contenu du suivi gynécologique de prévention, les compétences des différents professionnels et notamment de la sage-femme mais aussi sur la possibilité d'envisager ou non un suivi gynécologique de prévention par une sage-femme.

a) Questionnaire distribué au format papier

Le questionnaire a été distribué à des femmes dans différents lieux publics : gare SNCF, jardins publics, rue, lieux culturels. La prospection avait lieu à différents jours de la semaine et divers horaires afin de mieux représenter la population générale. Le QCM était rempli en présence de l'enquêtrice.

L'effectif des réponses par questionnaire papier est de 90 réponses sur 742, soit 12,1% des réponses totales. 10 femmes rencontrées dans la rue n'ont pas souhaité participer à l'étude.

b) Questionnaire publié en ligne

Le questionnaire a été diffusé sur les réseaux sociaux par le moyen de « groupes » de personnes situées en région Provence-Alpes-Côte-D'azur (PACA), groupes n'ayant pas de rapport avec le médical ou le paramédical ni avec les études de santé. Il se présentait sous un QCM en trois temps. Il était demandé au préalable de ne pas retourner aux étapes précédentes. L'effectif des réponses par questionnaire en ligne est de 652 réponses sur 742 soit 87,9% des réponses totales.

4) Population étudiée – critères d'étude

La population à l'étude est la population générale féminine, de 18 à 75 ans. Le recueil des questionnaires s'est déroulé de février à septembre 2018.

Selon le critère d'inclusion, seules les femmes de 18 à 75 ans ont été interrogées.

Dans les critères de non inclusion sont retrouvées les femmes âgées de moins de 18 ans ou plus de 75 ans ainsi que les femmes ne parlant pas français.

Les critères d'exclusion ont permis d'écarter 84 questionnaires remplis par des étudiantes sages-femmes, 96 questionnaires pour remplissage incomplet et 21 questionnaires pour âge non compris entre 18 et 75 ans.

Au total 201 questionnaires ont été exclus et 10 femmes rencontrées dans la rue n'ont pas souhaité participer à l'étude.

5) Variables étudiées

Les variables à étudier sont de deux types :

- La partie générale contenant les questions d'identification tels que l'âge, la parité, le niveau d'étude.
- La partie plus spécifique, contenant les questions sur les connaissances relatives au suivi gynécologique de prévention dans sa globalité et aux compétences de la sage-femme, du gynécologue et du médecin généraliste.

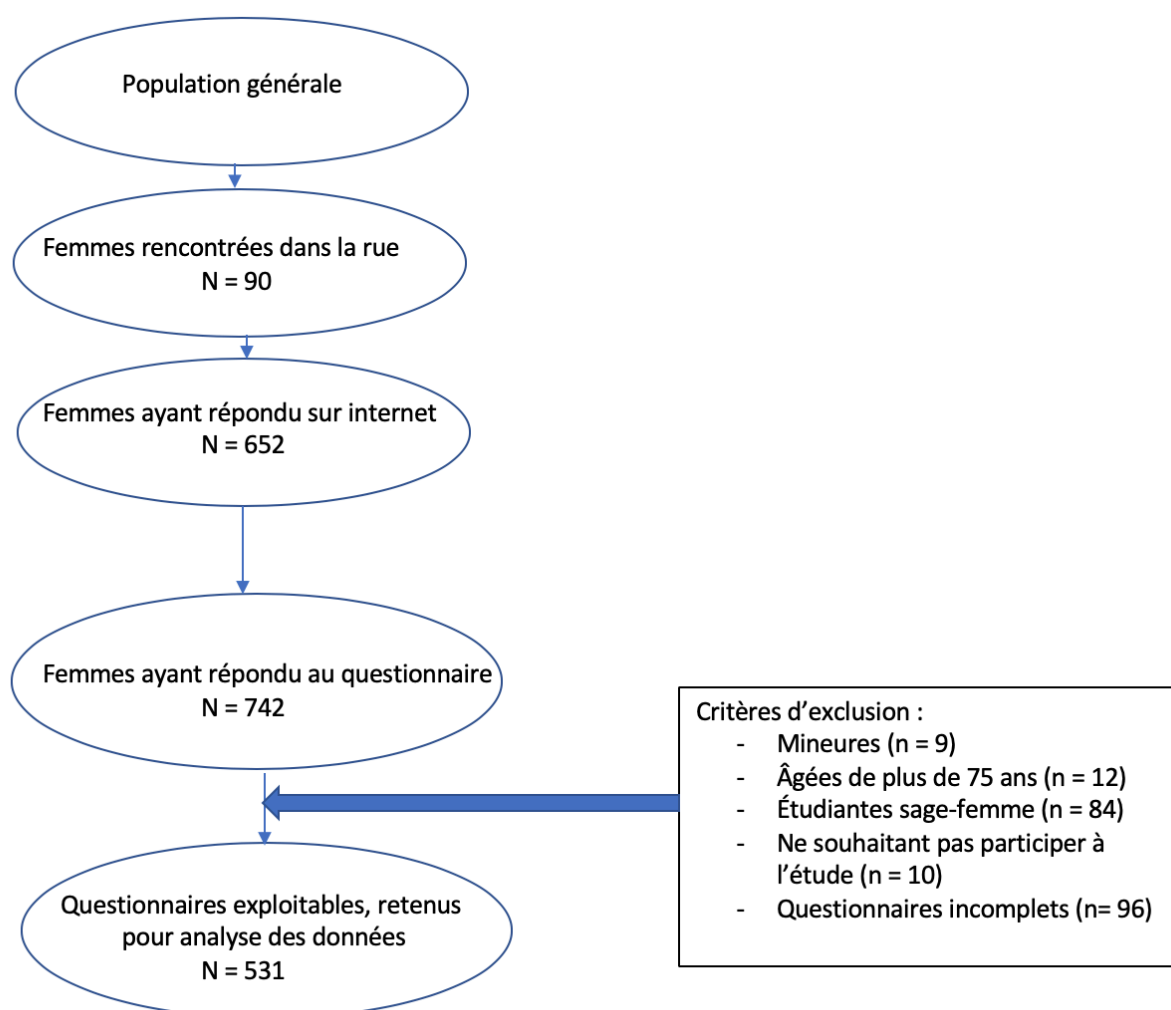
6) Traitement des données et analyse statistique

Les données ont été consignées dans un tableau Excel. L'analyse statistique a été effectuée avec le même logiciel.

Résultats

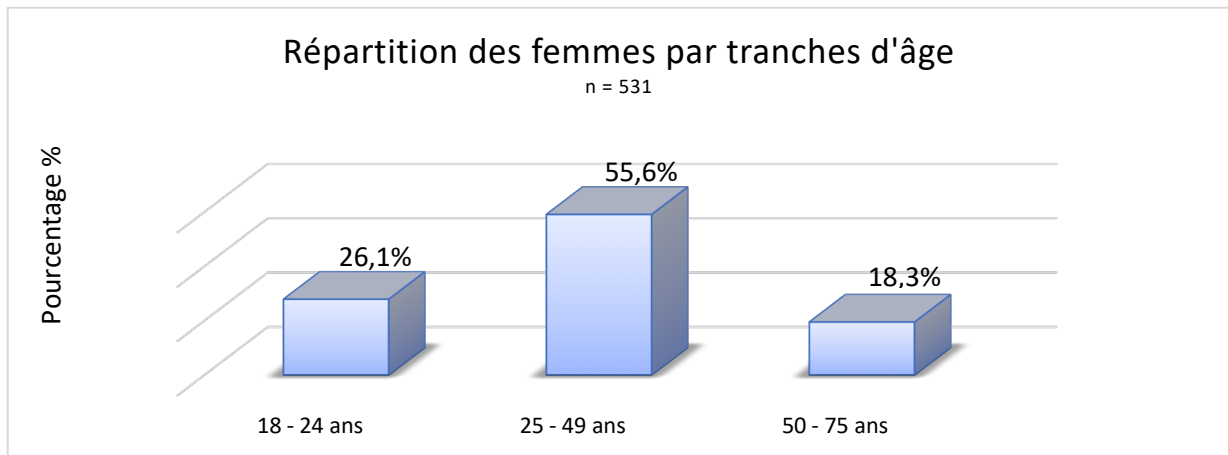
Les résultats portaient sur les 531 questionnaires exploitables. Les effectifs pouvaient varier selon les questions, les femmes n'étant pas concernées par toutes les catégories et sous catégories de ces questions, et certaines d'entre-elles n'étant pas à même d'y répondre.

Schéma 1 : diagramme d'inclusion (flowchart) de la population étudiée



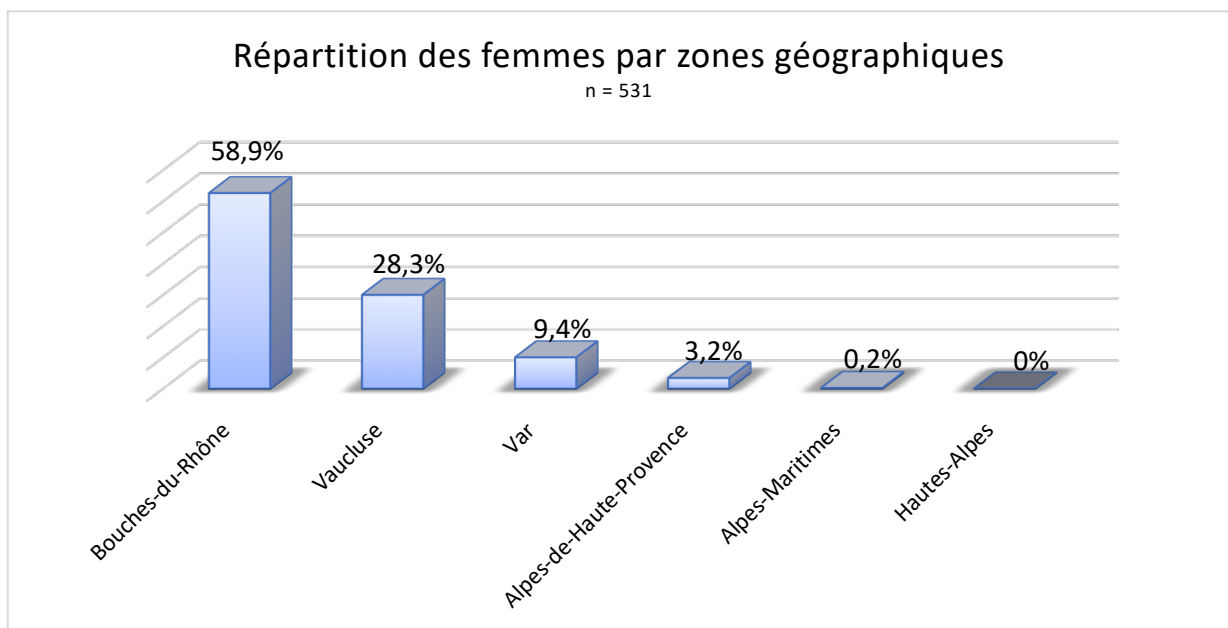
1) Caractéristiques de la population étudiée

Cette partie du questionnaire permettait de connaître l'âge, le département de résidence, le niveau d'étude, la situation professionnelle, la parité ainsi que la couverture sociale des femmes interrogées.

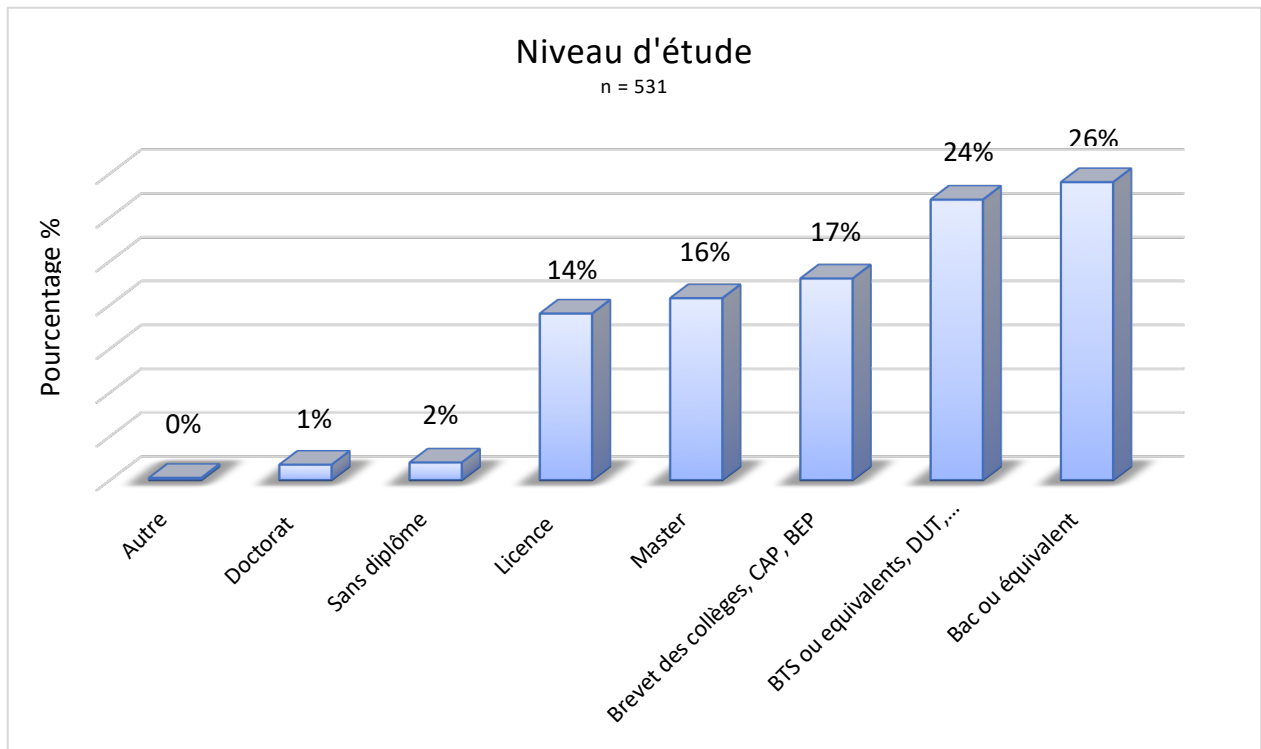


Parmi la population interrogée, 26,1% des femmes étaient âgées de 18 à 24 ans, 55,6% de 25 à 49 ans (25 ans étant l'âge recommandé pour débiter le dépistage du cancer du col de l'utérus) et 18,3% des femmes étaient âgées de 50 à 75 ans (50 ans étant l'âge recommandé pour débiter le dépistage du cancer du sein). La catégorie la plus représentée (25-49 ans) était composée de 295 femmes.

L'âge moyen des femmes était de 35,7 ans avec un écart-type à 13,4. La médiane se situait à 32 ans. L'âge minimum était de 18 ans et l'âge maximum de 74 ans.

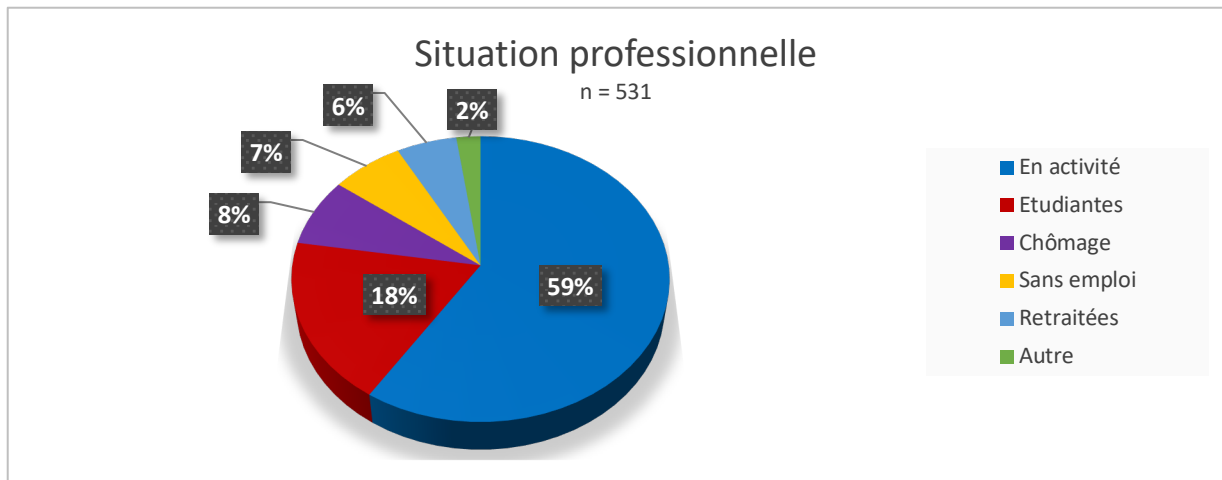


La grande majorité des femmes interrogées habitait dans le département des Bouches-du-Rhône (13) (58,9%). Le deuxième département le plus représenté était le Vaucluse (84) avec 28,3%, suivi par le Var (83) avec 9,4%. Les départements des Alpes-de-Haute-Provence (04) et des Alpes-Maritimes (06) étaient peu représentés avec respectivement 3,2% et 0,2%. Aucune femme résidant dans les Hautes-Alpes (05) n'avait participé à l'étude.



Le niveau d'étude des femmes interrogées pouvait être scindé en trois groupes :

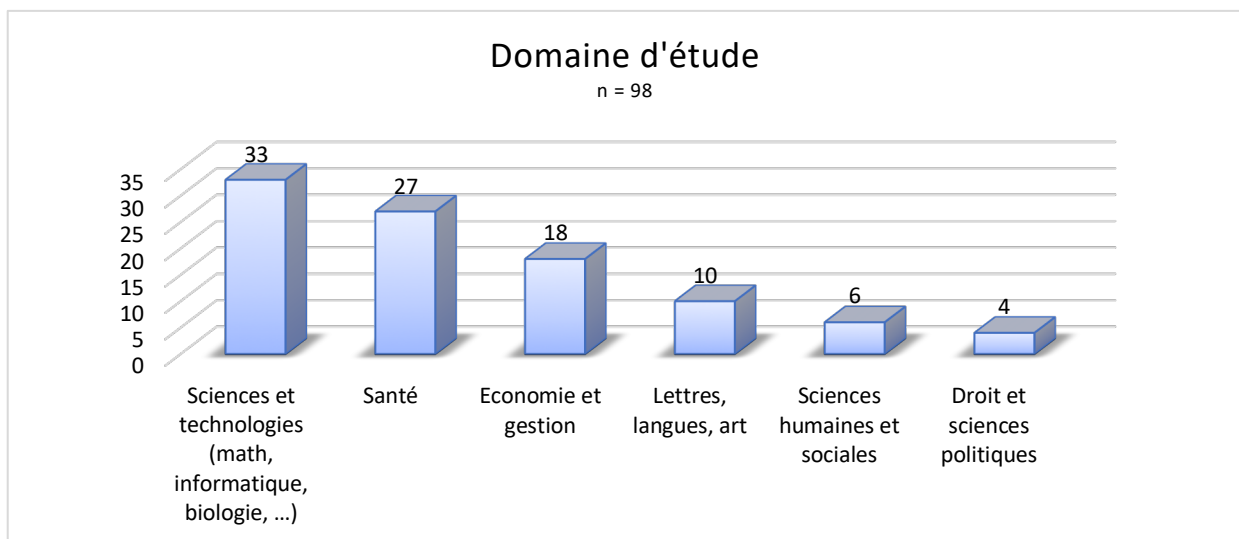
- Plus de la moitié des femmes avaient un bac/équivalent du bac (26%), un BTS/équivalent, DUT, DEUST, diplôme paramédical ou social (24%) ou une licence (14%)
- Le deuxième groupe comprenait les femmes ayant un niveau brevet des collèges/CAP/BEP (17%) ou n'ayant pas de diplôme (2%)
- 16% avaient un master et 1% un doctorat



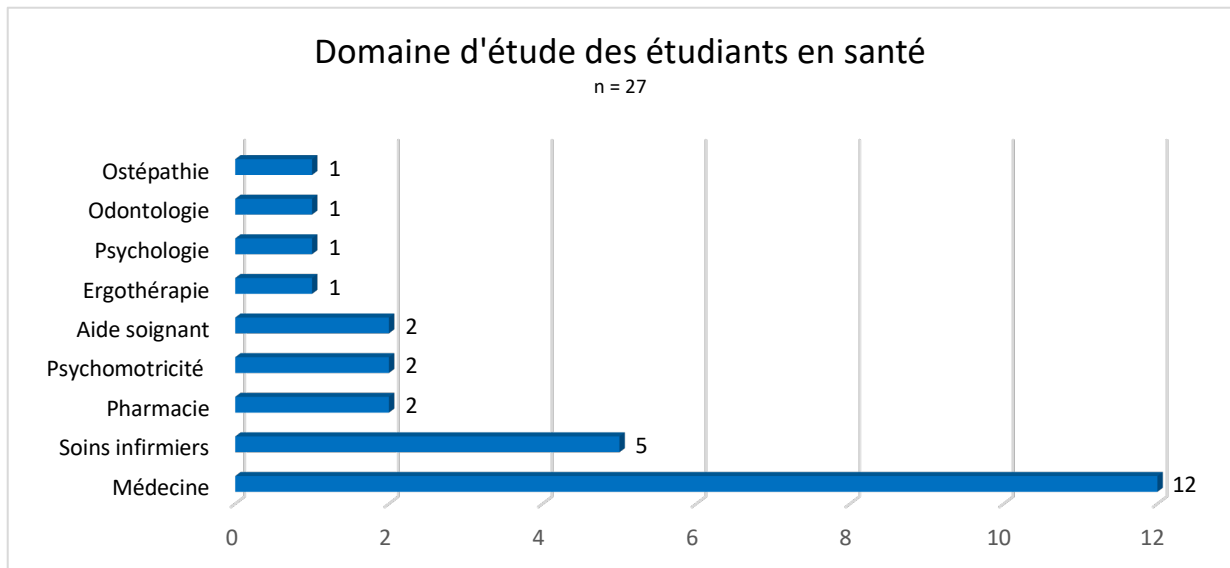
Sur le plan professionnel, une grande partie de l'effectif était en activité (59%). Le second groupe le plus représenté était formé par les étudiantes (18%). Les femmes au chômage (8%), sans emploi (7%), retraitées (6%) et les autres situations (2%) étaient ensuite retrouvées.

Parmi les autres situations (2%), étaient observées :

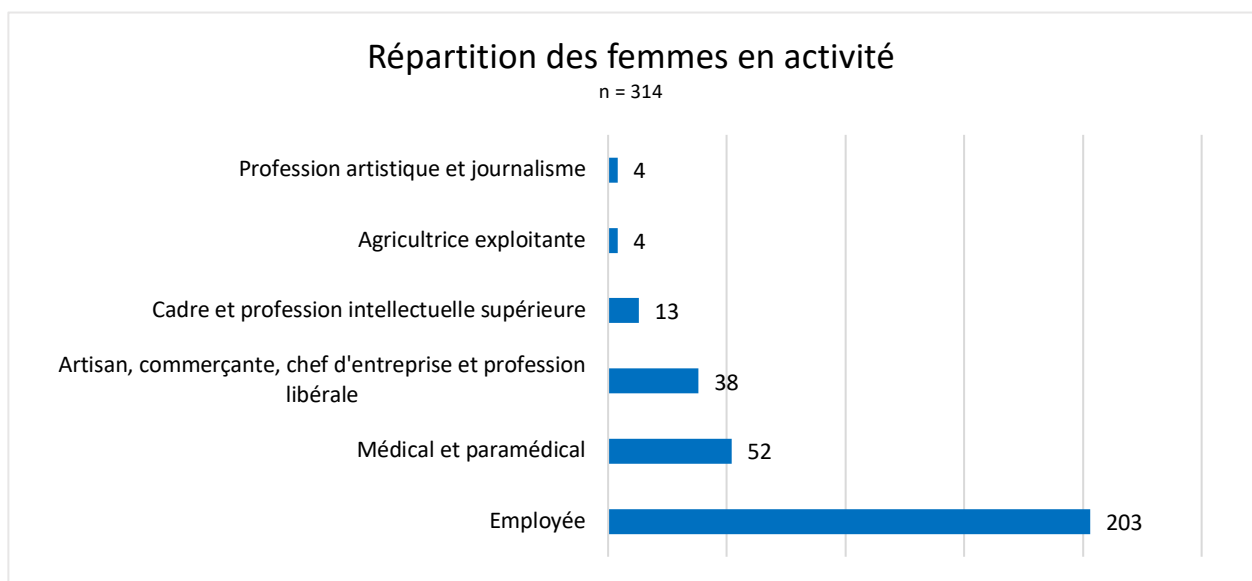
- 5 femmes en invalidité
- 5 femmes en congé maternité ou parental
- 1 femme en arrêt maladie
- 1 femme participant au service civique



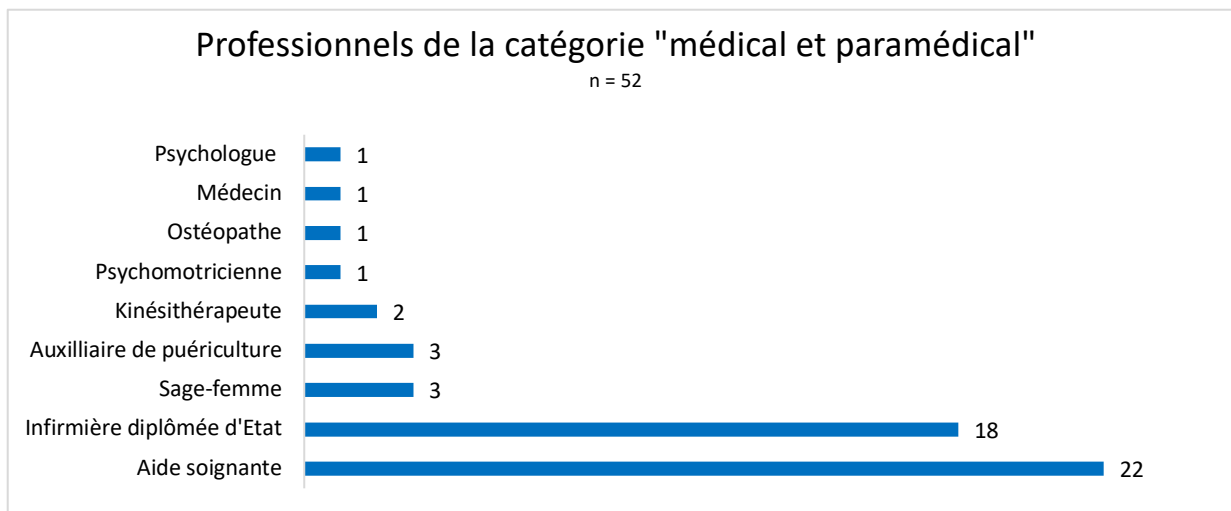
Les étudiantes représentaient un groupe de 98 personnes. Ce sont des étudiantes en science et technologies (33 étudiantes) et des étudiantes en santé (27 étudiantes) qui avaient majoritairement répondu au questionnaire. 18 étudiantes en économie et gestion avaient participé à l'étude, 10 étudiantes en lettres, langue ou art, 6 étudiantes en sciences humaines et sociales et 4 étudiantes en droit et sciences politiques. Aucune étudiante dans le domaine du sport n'avait participé à l'étude.



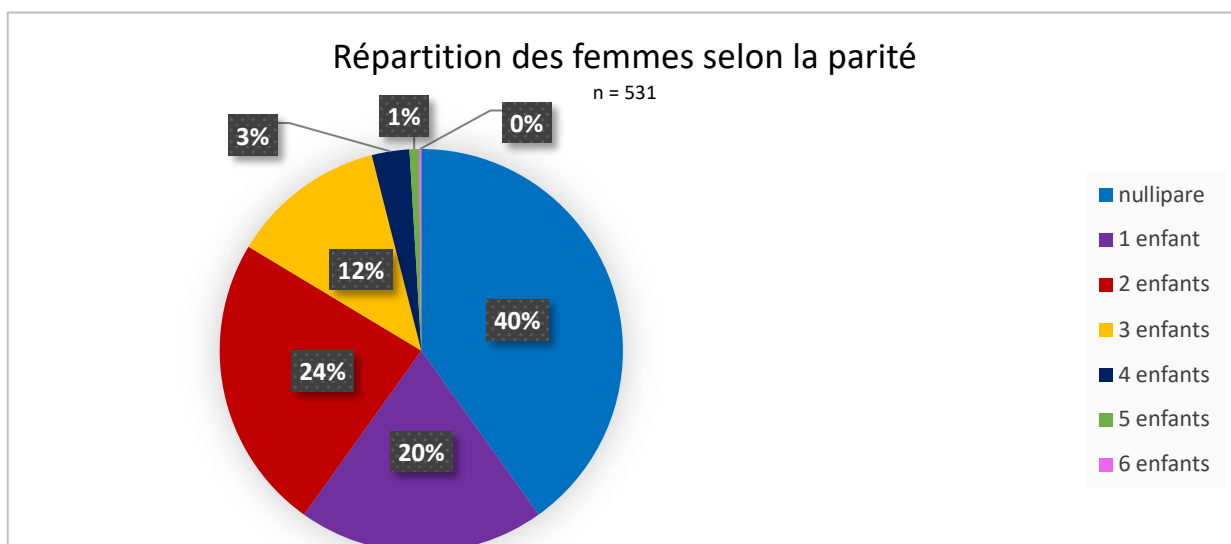
Parmi les étudiantes en santé qui représentaient un effectif de 27 personnes, la majorité étaient étudiantes en médecine (12), puis en soins infirmiers (5). Les autres domaines étaient moins représentés.



La plupart des femmes de l'effectif présentaient une activité en tant qu'employée (203 personnes). Les femmes travaillant dans le milieu médical ou paramédical représentaient un effectif de 52 personnes. Il y avait 38 femmes artisans, commerçantes, chef d'entreprise ou travaillant en libéral. Les autres catégories étaient moins représentées. Aucune femme n'appartenait à la catégorie « ouvrière ».



Au sein de la catégorie des personnes en activité, celles ayant sélectionné la sous-catégorie « médical et paramédical » (52 personnes) étaient pour la plupart des aides-soignantes et des infirmières diplômées d'État. Les sages-femmes n'avaient pas été exclues, car n'étant que 3 sur 531, elles étaient considérées comme faisant partie de la population générale.



Au sein de l'effectif :

- 213 femmes n'avaient pas d'enfant (40%)
- 105 femmes avaient 1 enfant (20%)
- 126 femmes avaient 2 enfants (24%)
- 87 femmes avaient 3 enfants ou plus (16%)

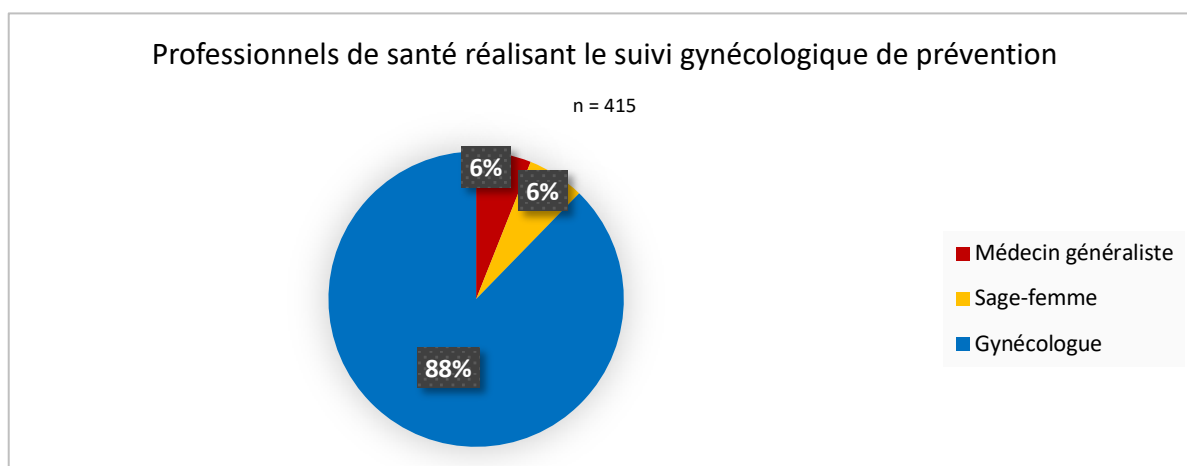
La moyenne s'élevait à 1,2 enfants par femmes, l'écart type était également de 1,2. Le minimum était 0 enfant, et le maximum 6 enfants. La médiane était située à 1 enfant.

La plupart des femmes étaient affiliées à la sécurité sociale (93%) et avaient une mutuelle (92%).

2) Appréciation du suivi gynécologique de prévention des femmes

Parmi les 531 femmes ayant participé à l'étude, 415 effectuaient un suivi gynécologique de prévention soit 78% et 116 n'en réalisaient pas, soit 22%.

Parmi les femmes ayant une profession médicale ou paramédicale (52 femmes), 87% étaient suivies contre 13% non suivies.

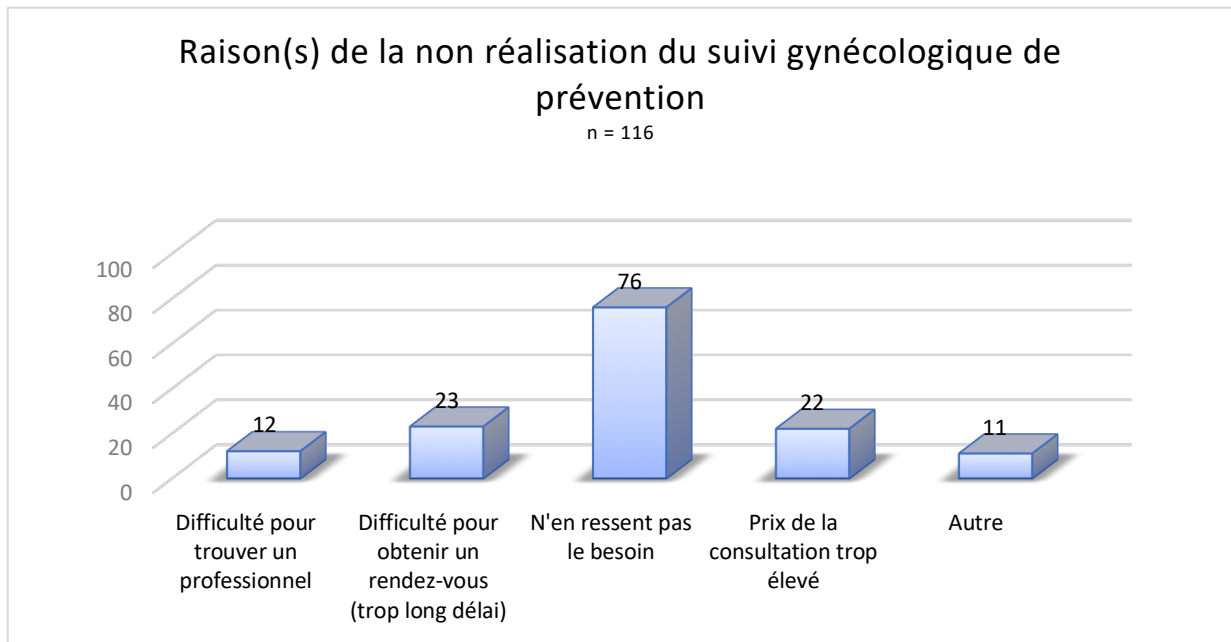


88% des femmes consultaient un gynécologue pour réaliser leur suivi gynécologique de prévention, 6% consultaient une sage-femme et 6% également un médecin généraliste.

Tableau 1 : taux de suivi gynécologique de prévention chez les nullipares et chez les femmes ayant au moins 1 enfant – n = 531

| | Oui | Non | Total | % Oui | % Non |
|------------|-----|-----|-------|-------|-------|
| Nullipares | 159 | 54 | 213 | 74,6% | 25,4% |
| ≥ 1 enfant | 267 | 51 | 318 | 84% | 16% |

Les femmes n'ayant pas d'enfant représentaient un échantillon de 213 personnes, elles effectuaient un suivi gynécologique de prévention dans 74,6% des cas contre 84 % pour les femmes ayant au moins 1 enfant (échantillon de 318 personnes). Les femmes ayant au moins 1 enfant sont plus suivies que les femmes nullipares ($p=0,05$).

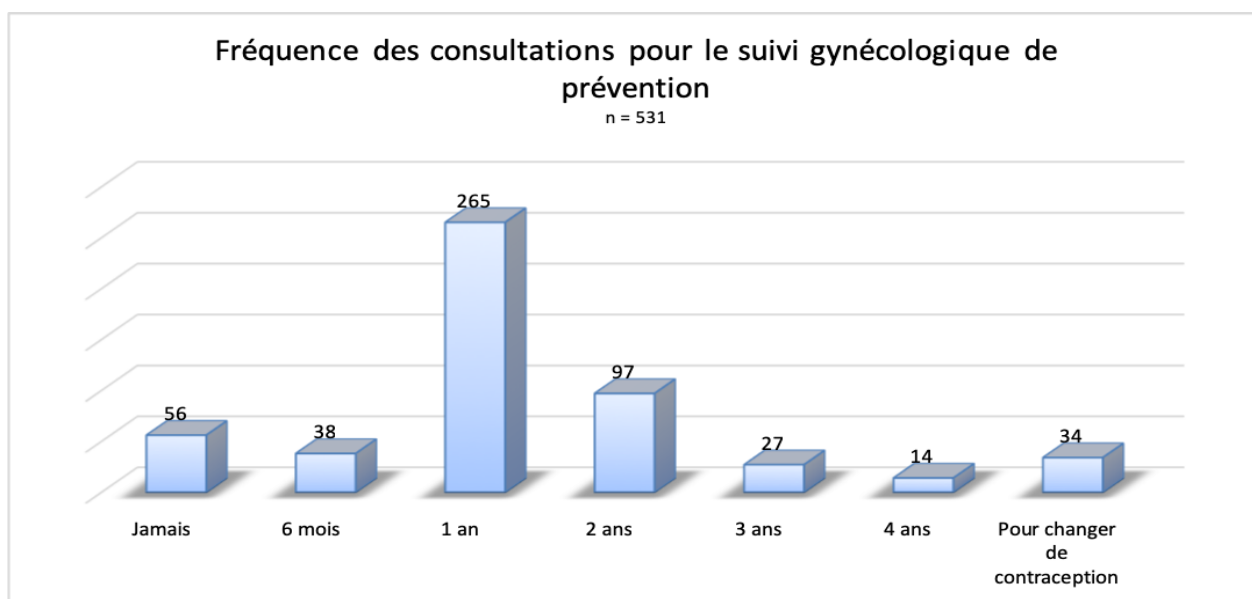


Les personnes ne réalisant pas de suivi gynécologique de prévention représentaient un groupe de 116 personnes. Les raisons expliquant cette absence de suivi étaient (plusieurs réponses possibles) :

- N'en ressent pas le besoin (76)
- Délai d'obtention d'un rendez-vous trop long (23)
- Tarif de la consultation trop élevé (22)
- Difficulté pour trouver un professionnel (12)
- Autres raisons (11)

Parmi les autres raisons, 3 catégories de réponses étaient citées :

- Peur : sentiment de gêne/honte (2), peur des discriminations (surpoids, obésité et allaitement long) (3), et peur de la douleur (2).
- Choix (absence d'« envie ») (3)
- Antécédent d'hystérectomie totale (1)



Une femme sur deux consultait une fois par an (fréquence recommandée en matière de gynécologie de prévention).

56 femmes ne consultaient jamais, soit 10,5% de l'échantillon total.

Tableau 2 : réalisation d'un frottis cervico-utérin régulier en fonction de l'âge – n = 531

| | Oui | Non | Total | %Oui | %Non |
|----------------------|-----|-----|-------|-------|-------|
| ≥ 25 ans et ≤ 65 ans | 308 | 73 | 381 | 80,8% | 19,2% |
| < 25 ans | 46 | 93 | 139 | 33,1% | 66,9% |
| > 65 ans | 8 | 3 | 11 | 72,7% | 27,3% |

80,8% des femmes ayant un âge supérieur ou égal à 25 ans estimaient qu'elles réalisaient un « frottis cervico-utérin régulier » (les recommandations étaient la réalisation d'un FCU triennal à partir de 25 ans jusqu'à 65 ans après 2 FCU normaux à 1 an d'intervalle).

33,1% des femmes de moins de 25 ans réalisaient des frottis cervico-utérin (FCU).

Enfin, 72,7% des femmes de plus de 65 ans réalisaient encore des FCU.

Fréquence de réalisation des FCU

n = 362



44% des femmes bénéficiaient d'un FCU tous les ans et autant de femmes tous les 2 ans. 9% des femmes en réalisaient à un rythme triennal et 3% tous les 4 ans.

3) Reflet de la connaissance des femmes sur le suivi gynécologique de prévention des femmes habitant en région PACA

Tableau 3 : synthèse du QCM à propos du contenu du suivi gynécologique de prévention – items à cocher, vrais ou faux – n = 531

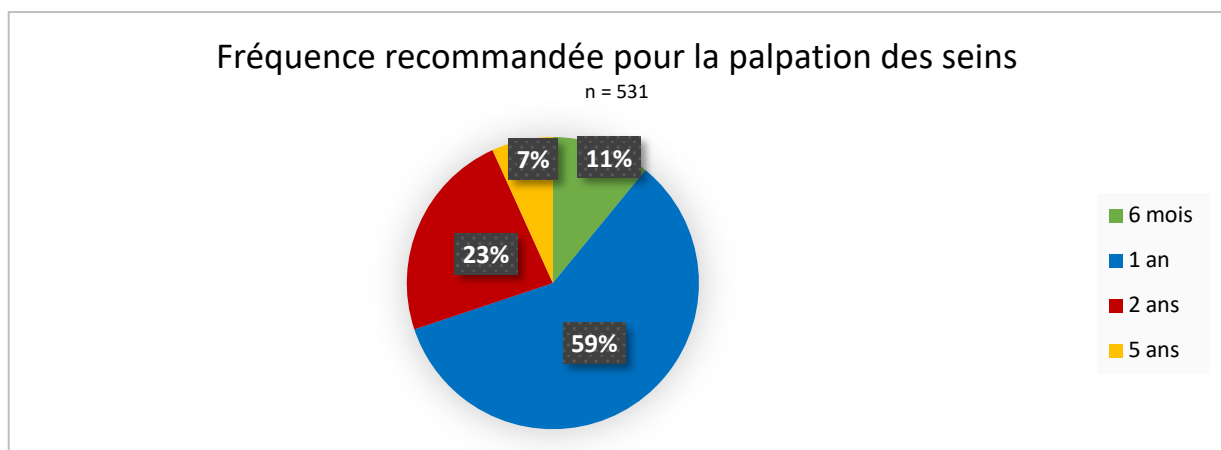
| <u>Réponses justes</u> | Réponse Oui | Réponse Non | % Oui | % Non |
|---------------------------------------|-------------|-------------|-------|-------|
| Dépistage des IST | 414 | 117 | 78% | 22% |
| Prévention des cancers gynécologiques | 480 | 51 | 90,4% | 9,6% |
| Vaccination contre le papillomavirus | 277 | 254 | 52,2% | 47,8% |
| Contraception | 436 | 95 | 82,1% | 17,9% |
| FCU | 495 | 36 | 93,2% | 6,8% |
| Examen des seins | 480 | 51 | 90,4% | 9,6% |

| <u>Réponses fausses</u> | Réponse Oui | Réponse Non | % Oui | % Non |
|--|-------------|-------------|-------|-------|
| IVG médicamenteuses | 143 | 388 | 26,9% | 73,1% |
| IVG par curetage | 89 | 442 | 16,8% | 83,2% |
| Chirurgie gynécologique | 126 | 405 | 23,7% | 76,3% |
| Prise en charge des cancers gynécologiques | 191 | 340 | 36% | 64% |

Cette question abordait le contenu de la consultation gynécologique de prévention. Plusieurs items étaient proposés, certains étaient vrais et d'autres sont faux.

Ce que les femmes estimaient le plus comme étant du suivi gynécologique de prévention étaient le FCU (93,2%), l'examen des seins (90,4%) et la prévention des cancers gynécologiques (90,4%). Venaient ensuite la contraception (82,1%) et le dépistage des IST (78%). La vaccination contre le papillomavirus était considérée comme faisant partie du suivi gynécologique de prévention par seulement 52,2% des femmes.

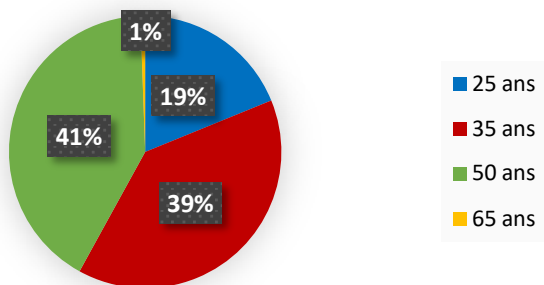
Pour ce qui est des items « faux », l'item le moins sélectionné par les femmes était l'IVG par curetage avec 16,8% et l'item le plus sélectionné était la prise en charge des cancers gynécologiques avec 36%.



A propos de la palpation des seins, 59% des femmes estimaient qu'elle doit être réalisée 1 fois par an, 23% tous les 2 ans, 11% tous les 6 mois et 7% tous les 5 ans.

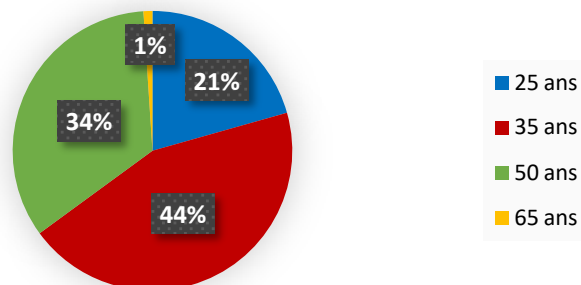
Âge recommandé pour débuter la mammographie

n = 531



Âge recommandé pour débuter la mammographie selon les femmes d'âge ≥ 50 ans

n = 97

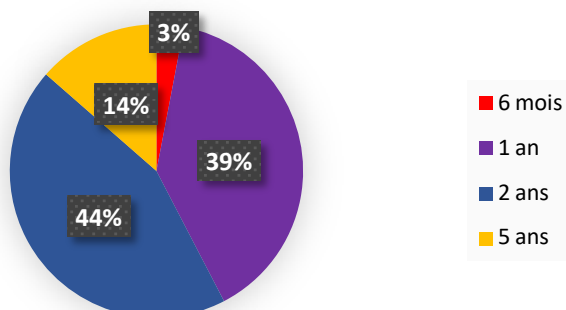


Au sein de l'effectif, 41% des femmes interrogées considéraient que les mammographies régulières devaient débuter à l'âge de 50 ans et 39% à l'âge de 35 ans.

Parmi les femmes ayant un âge supérieur ou égal à 50 ans (n = 97), c'est à dire celles concernées par ce dépistage, il y a plus de femmes qui considéraient que l'âge pour débuter les mammographies était 35 ans (44%), que de femmes qui considéraient que l'âge était de 50 ans (34%).

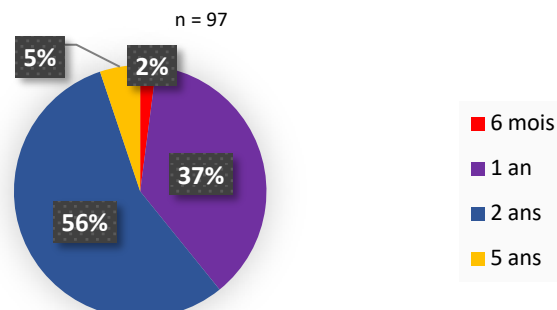
Fréquence recommandée de réalisation des mammographies

n = 531



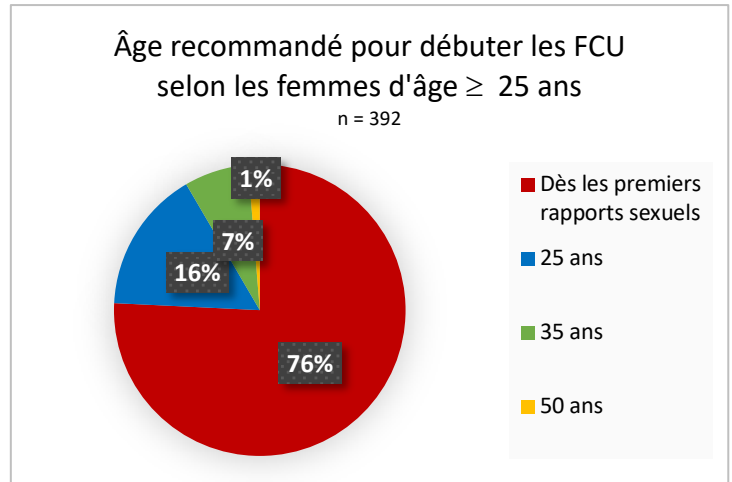
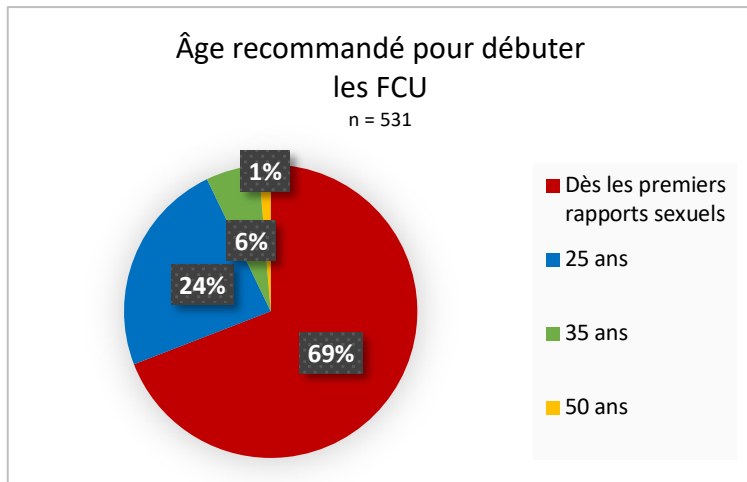
Fréquence recommandée de réalisation des mammographies selon les femmes d'âge ≥ 50 ans

n = 97

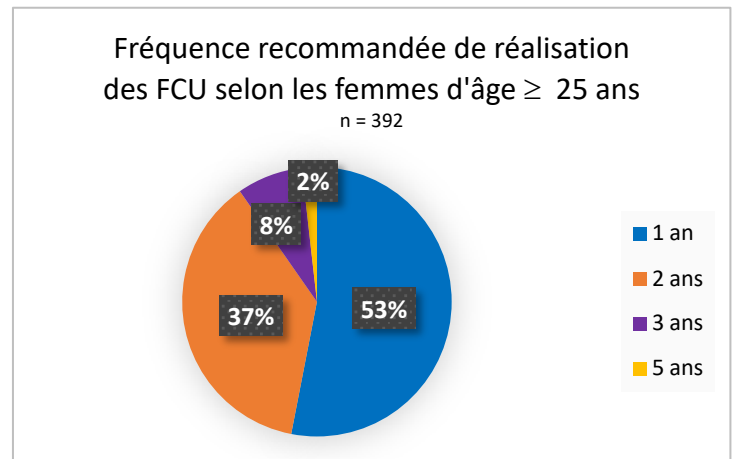
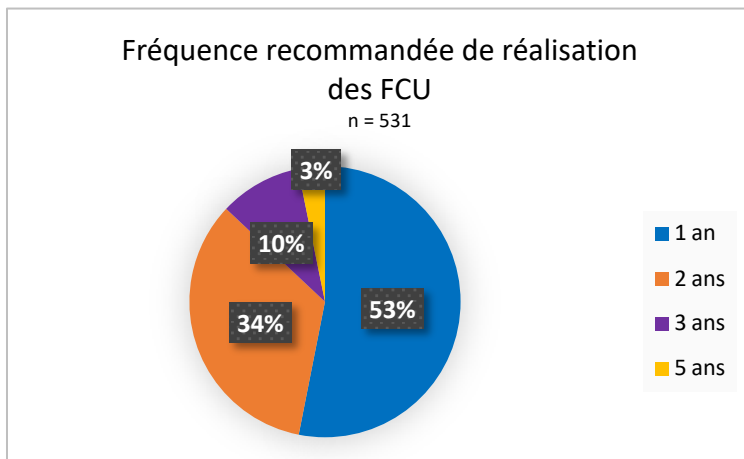


Parmi les 531 femmes interrogées, 44% connaissaient la fréquence recommandée de réalisation des mammographies, de 2 ans, contre 56% pour les femmes de 50 ans ou plus. Ces dernières, c'est-à-dire les femmes concernées par ce dépistage, connaissent donc mieux la fréquence recommandée pour les réaliser (p = 0,05).

Une grande partie des femmes pensaient que la fréquence recommandée pour les mammographies était de 1 an : cela s'observe au sein de l'effectif total (39%) mais aussi parmi celles ayant 50 ans ou plus (37%).

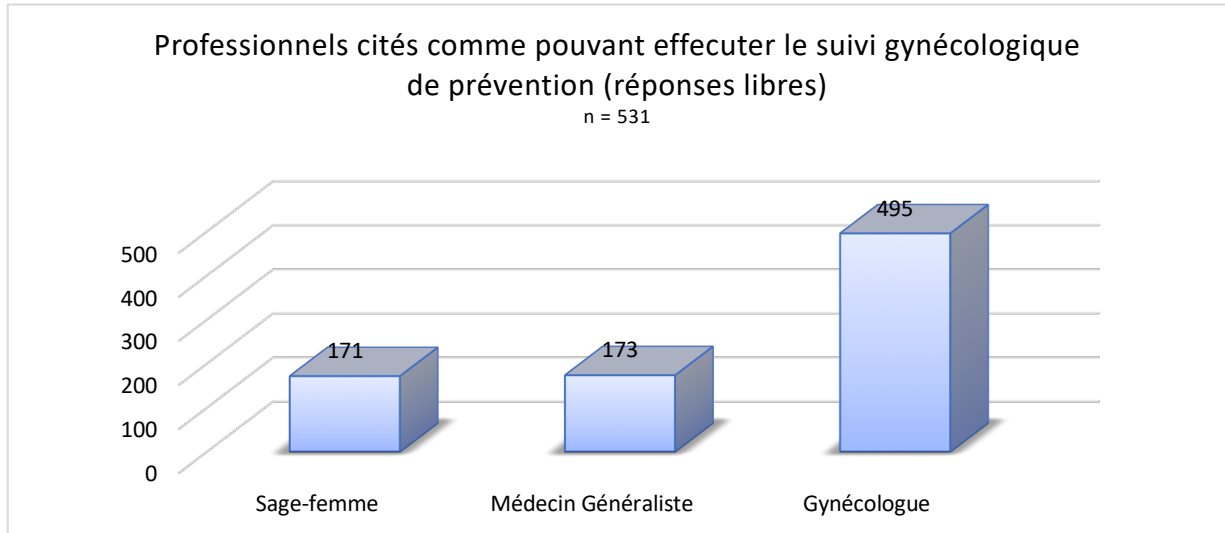


Concernant le FCU, la majorité des femmes pensaient que le moment recommandé pour débiter les FCU réguliers correspondait aux premiers rapports sexuels (69%). Seulement 24% d'entre elles avaient sélectionné l'âge de 25 ans, âge correspondant aux recommandations. Parmi les femmes de 25 ans ou plus, 76% avaient sélectionné le début des rapports sexuels et 16% seulement l'âge de 25 ans.

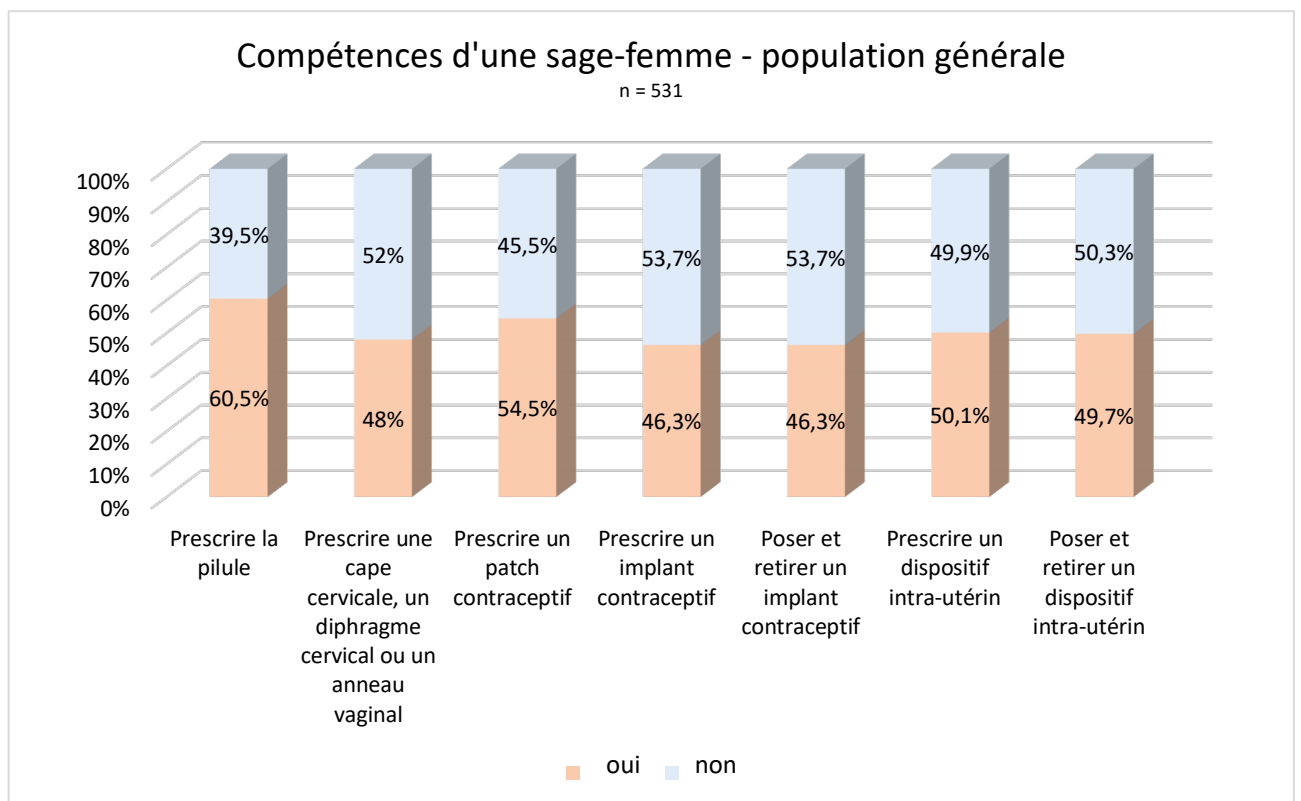


Au sein de l'effectif, 10% des femmes considéraient que la fréquence recommandée de réalisation des FCU était de 3 ans, 34% qu'elle était de 2 ans, et 53% qu'elle était de 1 an. Parmi les femmes de 25 ans ou plus, 8% considéraient que la fréquence recommandée de réalisation des FCU était de 3 ans, 37% qu'elle était de 2 ans et 53% qu'elle était de 1 an.

4) Connaissance des femmes sur les compétences des professionnels pouvant effectuer le suivi gynécologique de prévention et plus particulièrement les sages-femmes



Il avait été demandé aux femmes interrogées de citer librement les professionnels qui, selon elles, étaient habilités à prendre en charge les patientes pour le suivi gynécologique de prévention. Sur l'effectif, 93,2% avaient cité le gynécologue, 32,6% avaient cité le médecin généraliste et 32,2% la sage-femme.



La compétence de la sage-femme la plus reconnue par les femmes était la prescription de pilule contraceptive, à hauteur de 60,5% des femmes interrogées puis la prescription de patch contraceptif à hauteur de 54,5%. Les autres compétences avaient été sélectionnées à la même fréquence environ.

Il y a seulement 133 femmes, soit un quart des femmes de l'échantillon, qui avaient sélectionnées tous les items, et donc, toutes les compétences des sages-femmes en matière de contraception.

Les femmes avaient ensuite été interrogées sur certaines compétences communes aux sages-femmes, médecins généralistes et gynécologues. Les trois professionnels étaient proposés pour chacune des compétences. Les femmes cochaient ainsi le ou les professionnels qui, selon elle, pouvaient réaliser ces actes ou ces gestes.

En ce qui concerne l'IVG médicamenteuse, la compétence du gynécologue était reconnue par 98,9% des femmes. Les femmes considéraient pour 40,9% d'entre-elles que la sage-femme était compétente pour en réaliser et 40,3% d'entre-elles pour le médecin généraliste (graphique en annexe III).

La palpation des seins était une compétence mieux reconnue pour la sage-femme et le médecin généraliste, avec respectivement 67,4% et 66,5% de femmes qui considéraient que ces professionnels étaient compétents pour réaliser ce geste. 99% des femmes considéraient le gynécologue comme compétent pour effectuer la palpation des seins (graphique en annexe IV). Les professionnels les plus reconnus comme pouvant prescrire une mammographie par les femmes interrogées étaient les médecins généralistes et le gynécologue avec respectivement 90,6% et 97,6%. Les sages-femmes étaient largement moins reconnues, avec un taux de seulement 46,9% (graphique en annexe V).

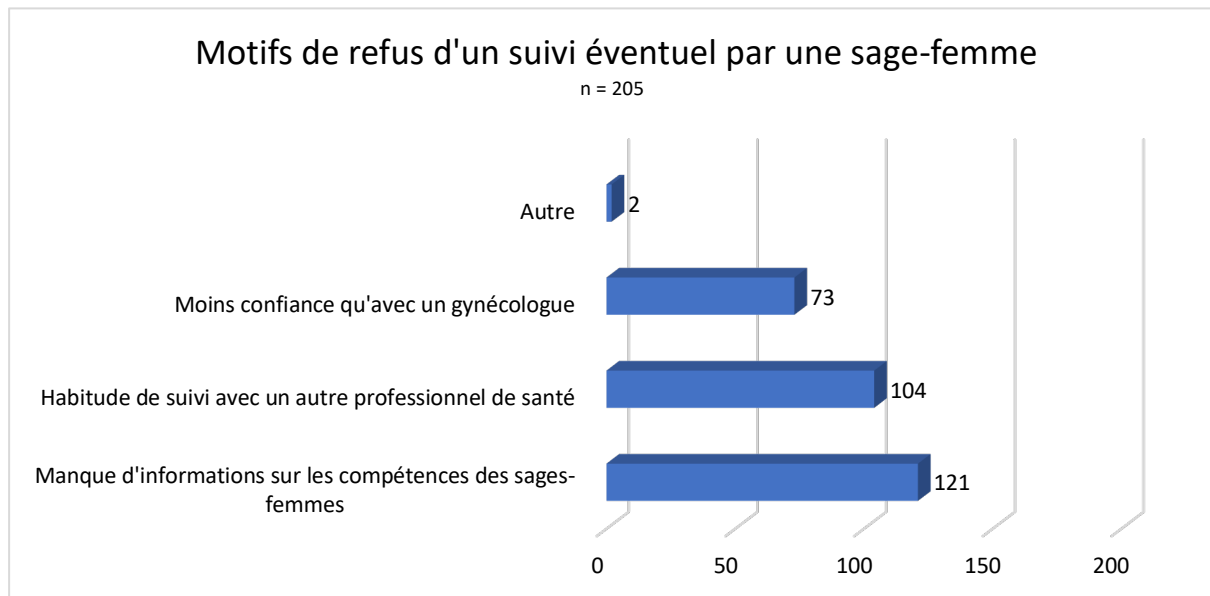
Concernant le FCU, la compétence des gynécologues était admise par 99,4% des femmes. Ce taux s'élevait à 53,9% pour le médecin généraliste et 52,3% pour la sage-femme (graphique en annexe VI).

98,3% des femmes interrogées considéraient le gynécologue comme étant compétent pour prescrire et réaliser le dépistage des infections sexuellement transmissibles, 87,8% des femmes pour les médecins généralistes et 55,6% pour les sages-femmes (graphique en annexe VII).

5) Adhésion à un suivi ou un éventuel suivi gynécologique de prévention par une sage-femme

Parmi les femmes interrogées, 61% d'entre-elles pouvaient envisager d'effectuer un suivi gynécologique de prévention avec une sage-femme, soit 326 femmes.

39% n'envisageaient pas de consulter une sage-femme pour réaliser ce suivi.



205 femmes sur 531 n'envisageaient pas un suivi ou un éventuel suivi par une sage-femme.

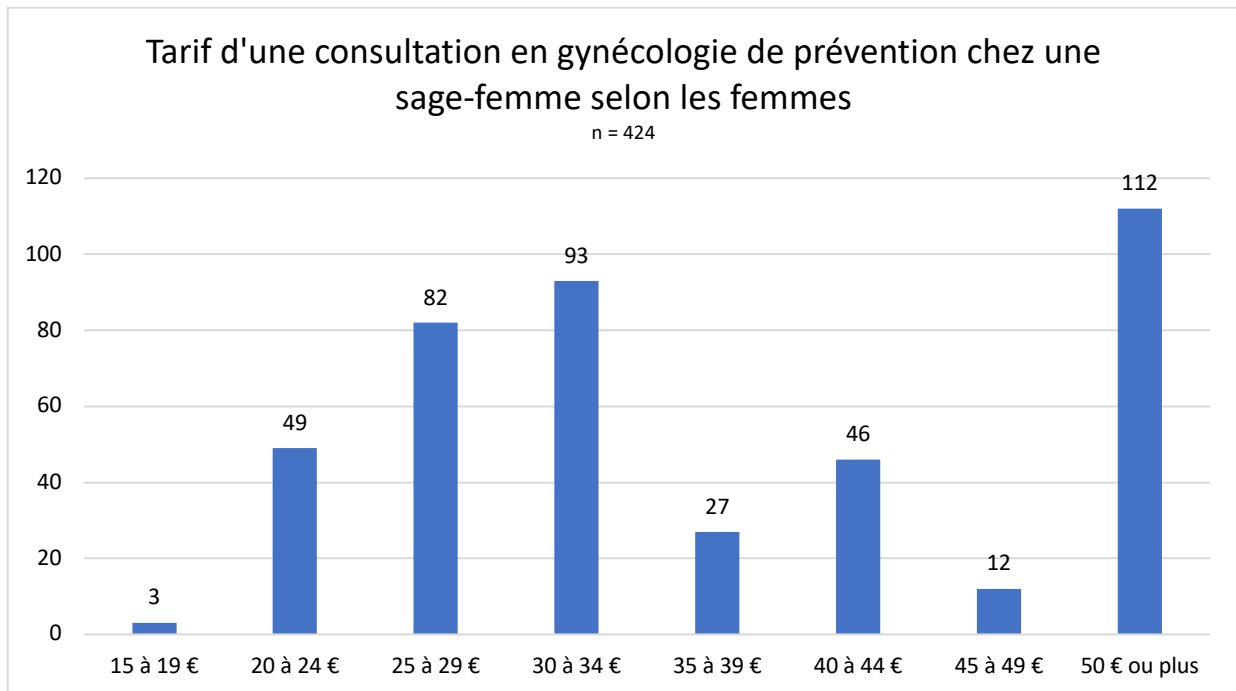
La raison majoritaire de ce refus était le manque d'informations sur les compétences des sages-femmes, cité par 59% d'entre-elles.

La deuxième raison était l'habitude d'un suivi avec un autre professionnel de santé, rapporté par 50,7% de ces femmes.

Le manque de confiance par rapport à un suivi par un gynécologue était indiqué par 35% des femmes.

Les autres raisons étaient :

- Suivi par un gynécologue en raison de pathologies gynécologiques (1 personne)
- Manque d'accessibilité (1 personne)



Le tarif imaginé par les femmes pour une consultation en gynécologie de prévention chez une sage-femme est présenté par catégories de prix. 107 femmes n'avaient pas répondu à cette question.

Les montants s'élevaient de 15€ à 80€, avec comme écart type 12,5. La médiane s'élevait à 30 €. La moyenne était de 36,3 €.

La réponse 23 € a été choisie par 27 personnes. Ce montant correspondait à la cotation d'une consultation de gynécologie de prévention chez une sage-femme aux dates où l'étude a été réalisée.

La réponse 25 € avait été affirmée par 64 personnes. Ce montant correspondait à la cotation d'une consultation en gynécologie de prévention chez une sage-femme à compter du 10 février 2019, c'est-à-dire à posteriori de l'étude. Ce montant correspondait également au prix d'une consultation chez un médecin généraliste.

Analyse et discussion

1) **Limites et intérêts de l'étude**

Du fait de la diffusion sur internet, la quantification du nombre de personnes ayant renoncé à répondre au questionnaire ne peut être connue. Il est donc difficile de mesurer le niveau d'implication de la population ciblée. Cependant la grande majorité des femmes rencontrées a accepté de participer à l'étude et a été ravie d'aider à la réalisation de ce mémoire. Elles ont notamment rapporté que cela leur a permis d'acquérir de nouvelles connaissances sur le suivi gynécologique de prévention et la profession de sage-femme. Une femme sur dix n'a pas souhaité répondre au questionnaire, la plupart d'entre elles ont indiqué ne pas avoir le temps, réalisant un biais de sélection.

Les personnes ayant répondu au questionnaire, que ce soit en ligne ou au format papier, sont certainement les femmes les plus concernées par ce sujet. Cela a probablement influencé les résultats en surestimant le niveau de connaissance.

Une partie des réponses ayant été recueillies auprès de femmes dans la rue, afin de mieux représenter la population générale, un biais de sélection a été introduit, dépendant de l'enquêtrice qui a « sélectionné » les femmes abordées.

Les différentes catégories socio-professionnelles ne sont pas représentées de manière uniforme. En effet, les femmes ayant participé à l'étude sont en grande majorité employées ou étudiantes. Certaines catégories telles que « agricole-exploitante » ou « ouvrière » sont très peu ou pas représentées.

L'échantillon de la population étudiée s'élevant à 531 ne permet pas d'élargir les résultats à la population générale des femmes en France. Il s'agit tout de même d'une population relativement élevée, qui permet de donner de la crédibilité à l'étude. Du fait que l'enquête ait été réalisée dans la région PACA, le niveau de connaissance des femmes en matière de gynécologie de prévention a probablement été sous-estimé. En effet, la région PACA présente un fort taux de population défavorisée avec 17,4% de sa population vivant sous le seuil de pauvreté en 2015 (16). Cependant, ce biais a été probablement limité car le niveau d'éducation de la population étudiée était supérieur à la moyenne nationale. Il faut également noter que la majorité des femmes ayant répondu au questionnaire se situaient dans les départements des Bouches-du-Rhône, du Vaucluse et du Var mais dans les Alpes-Maritimes, les Hautes-Alpes et les Alpes de Haute-Provence elles sont peu représentées.

Certaines questions ont potentiellement pu influencer les réponses des interrogées, et ainsi surestimer le niveau de connaissance. En effet, les femmes interrogées auraient pu revenir en arrière en découvrant les dernières questions à propos du tarif d'une consultation chez une sage-femme et de la possibilité d'envisager de consulter une sage-femme pour la gynécologie de prévention. Cependant, il leur était indiqué, oralement pour les questionnaires papier et en préambule pour les questionnaires en ligne, de ne pas revenir sur les questions précédentes.

2) Profil de la population étudiée

Les femmes interrogées ont en moyenne 35,7 ans, ce qui est en dessous de la moyenne nationale de 42,8 (INSEE, 2018). La classe d'âge 25-49 ans est majoritairement représentée. Cela correspond probablement aux femmes les plus concernées par le sujet de cette étude. En effet, l'âge moyen des mères à l'accouchement est de 30,6 ans (INSEE, 2018). Cela implique le suivi de grossesse, la rencontre avec des sages-femmes et des gynécologues et donc, la possibilité d'obtenir de nouvelles informations relatives au suivi obstétrical et gynécologique. La rencontre avec les sages-femmes peut également permettre aux patientes d'en apprendre plus sur le métier de sage-femme, en particulier sur les compétences des sages-femmes en suivi gynécologique de prévention.

55% des femmes ayant répondu au questionnaire ont fait des études supérieures. Selon l'INSEE, en 2017, 37,4% des femmes de 25 à 64 ans avaient un diplôme de l'enseignement supérieur (17). Le niveau d'éducation de la population étudiée semble donc être plus élevé que celui de la population féminine française. Cela a peut-être entraîné une surestimation du niveau de connaissance des femmes interrogées. Les femmes ayant un bon niveau socio-économique ont un meilleur accès aux soins et à l'information.

En 2017, la catégorie socio-professionnelle la plus représentée chez les femmes était la catégorie « employée ». Elle représentait 42,9% des femmes (18). Il en est de même pour la population étudiée où cette catégorie représente un taux de 64,6% des femmes. Elles ont donc un niveau d'éducation supérieur mais la majorité est employée et n'accède pas à des fonctions de cadre. Cela a probablement limité la surestimation de leurs connaissances par rapport à la population générale.

Le nombre moyen d'enfant par femme au sein de l'effectif est de 1,2. En France, l'indicateur conjoncturel de fécondité s'établissait à 1,9 enfants par femme en 2018 (19). Les femmes interrogées ont moins d'enfant que la moyenne nationale, cela peut s'expliquer par une moyenne d'âge moindre par rapport à la moyenne d'âge nationale. En effet, plus l'âge des femmes est important, plus la probabilité qu'elles aient déjà un ou plusieurs enfants augmente.

En conclusion, les femmes de l'effectif semblent être légèrement plus jeunes, avec un niveau d'éducation supérieur et moins d'enfants que la moyenne nationale. Malgré cela, les caractéristiques sociodémographiques se rapprochent de celles de la population générale et sont relativement larges de par la taille importante de l'effectif.

3) Connaissance sur le suivi gynécologique de prévention des femmes

Les femmes sont relativement bien informées sur le contenu du suivi gynécologique de prévention. En effet, les taux de réponses exactes varient 78% à 93,2%, mis à part la vaccination contre le papillomavirus où le taux de réponses exactes était de 52,2%.

Cette vaccination est recommandée pour les jeunes filles entre 11 et 14 ans par le Haut Conseil de la Santé Publique, avec un âge de rattrapage limité à 19 ans révolus (20). En effet, cette vaccination est d'autant plus efficace que les jeunes filles n'ont pas encore été exposées au risque de l'infection par les papillomavirus humains (HPV). Chez la femme comme chez l'homme, l'infection par les HPV représente l'infection sexuellement transmissible la plus fréquente à l'échelle mondiale (21).

Le manque de connaissance des femmes de la population générale à propos de la vaccination contre les HPV peut trouver différentes explications. En effet, les vaccins disponibles ont essuyé de multiples critiques.

Ces vaccins sont disponibles depuis 2007 seulement (22) et l'évaluation de l'impact vaccinal à long terme nécessite encore plusieurs années. Les vaccins ne ciblaient que les génotypes 16 et 18 des HPV, et non l'ensemble des HPV oncogènes. Cependant, depuis août 2018, le Gardasil 9® a été commercialisé. Il s'agit d'un vaccin nonavalent contre les infections à HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 52, 58). C'est le Gardasil 9® qui est recommandé pour toutes primo-vaccination dans le cadre de la prévention des infections à HPV.

Les critiques ciblent aussi la coexistence de deux programmes de prévention du cancer du col utérin : vaccination HPV et dépistage par le FCU (23). Enfin, certains soulèvent la possibilité d'un éventuel « sentiment de protection » vis-à-vis des HPV des personnes vaccinées, diminuant ainsi la pratique des FCU chez ces mêmes personnes et entraînant un retard au diagnostic d'éventuelles lésions (24).

Ces différents aspects peuvent expliquer, en partie, la faible couverture vaccinale de la population française concernant le vaccin contre les HPV. En effet, seulement 17,2% des jeunes filles avaient reçu au moins 1 dose vaccinale à 15 ans en fin d'année 2015 (25). Il n'est donc pas étonnant que seulement 52,2% de l'effectif considère la vaccination contre le HPV comme faisant partie du suivi gynécologique de prévention, certaines d'entre-elles n'en ayant peut-être jamais entendu parler.

Santé Publique France a créé fin 2018 un nouvel espace sur vaccination-info-service.fr, dédié aux professionnels de santé. Cet espace comprend de nombreux contenus d'ordre réglementaire, juridique et pratique. Des ressources pour aider à la pratique sont également disponibles et téléchargeables. Cela permet de réunir les informations nécessaires à la pratique et permet aux professionnels de santé de tenir à jour leurs connaissances en matière de

vaccination. Dans le même objectif, des outils pédagogiques ont été créés : calendriers de vaccinations, brochures d'informations, affiches. Ils peuvent être commandés afin d'être affichés, distribués et ainsi permettre l'information des patients.

Concernant plus spécifiquement la vaccination contre le HPV, un dépliant a été publié en septembre 2018, pour permettre la communication au grand public. En mai 2018, une « fiche repères – état des lieux des connaissances – papillomavirus et cancer » à destination des professionnels de santé a été publiée (26). Elle souligne que les deux méthodes de prévention pour lutter contre les cancers liés aux HPV déjà existantes, à savoir la vaccination contre les HPV et le dépistage du cancer du col de l'utérus, doivent être renforcées. Il apparaît, plus récemment, un troisième levier potentiel : l'approche non genrée de la vaccination contre les HPV. La Haute Autorité de Santé est en cours d'évaluation de l'opportunité de l'extension aux garçons de la vaccination contre les HPV. En effet, la transmission du papillomavirus se réalise par voie sexuelle. La vaccination de l'ensemble de la population permettrait une diminution de la transmission, et donc une diminution de l'incidence de ces infections.

La prévention des cancers gynécologiques a été sélectionnée par 90,4% des femmes comme étant intégrée à la gynécologie de prévention. Elle englobe la réalisation de FCU, la palpation des seins, la mammographie mais également la vaccination contre le HPV.

Le FCU consiste en un prélèvement cellulaire au niveau du col de l'utérus, effectué afin de repérer d'éventuelles anomalies cellulaires, pouvant évoquer la présence d'une lésion précancéreuse ou d'un cancer du col utérin. Il permet une prise en charge précoce et rapide, et ainsi, l'augmentation des chances d'une guérison de la maladie.

Le FCU est considéré comme de la gynécologie de prévention par plus de 9 femmes sur 10 interrogées. Ce taux élevé peut être nuancé par certaines fausses idées que se font ces femmes sur les modalités de ce dépistage.

En effet, 7 sur 10 d'entre-elles estiment que sa réalisation doit débiter dès les premiers rapports sexuels, et seulement 1 sur 4 dès 25 ans. Ce dépistage reste fondé sur la réalisation de FCU réguliers dès l'âge de 25 ans (9).

Les femmes de plus de 25 ans considèrent pour 3 sur 4 d'entre-elles que les FCU doivent débiter au moment des premiers rapports sexuels. Elles ne sont donc pas bien informées sur les modalités de ce dépistage, alors même qu'elles sont en âge d'en bénéficier.

Une femme interrogée sur deux estime que la fréquence recommandée de réalisation des FCU est de 1 an. Ce taux est identique parmi les réponses des femmes de plus de 25 ans. Seulement 1 femme sur 10 de l'effectif total estime qu'il doit être effectué tous les 3 ans. Pourtant, ce dépistage reste fondé sur la réalisation d'un FCU à un rythme triennal, après 2 FCU normaux réalisés à 1 an d'intervalle, entre 25 et 65 ans (9).

Malgré ces 9 femmes sur 10 qui envisagent le FCU comme de la gynécologie de prévention, les femmes méconnaissent les modalités de ce dépistage. La fréquence de réalisation est bien souvent surestimée. Il existe une croyance collective selon laquelle le moment pour débiter la réalisation de FCU réguliers est le début des rapports sexuels, alors que l'âge du premier rapport sexuel s'élève aujourd'hui à 17,6 ans pour les filles (INPES, Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, 2016). L'impact d'une pose de spéculum ou de prélèvement cervico-utérin à cet âge-là pourrait probablement être une expérience désagréable pour ces jeunes filles. Il est à observer que la couverture réelle de la population n'est pas optimale. Plus de la moitié des femmes de 25 à 65 ans ne sont pas ou trop peu souvent dépistées et seulement 10% bénéficient d'un dépistage dans l'intervalle recommandé (9). Pour que les bénéfices attendus du dépistage puissent être observés, il faut que le niveau de participation soit élevé.

Ainsi, une meilleure compréhension des facteurs associés à la participation ou non au dépistage semble nécessaire, bien que certains facteurs soient déjà identifiés, tel que le niveau social, l'âge, certaines affections de longue durée ou encore le manque d'information (27). Cela permettrait de mettre au point des actions afin d'améliorer le taux de participation au dépistage.

La méconnaissance des femmes concernant le FCU est un problème, alors même que chaque année en janvier, à l'occasion de la Semaine européenne de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus, le Ministère en charge de la santé et les caisses d'assurance maladie mènent une campagne d'information centrée sur le dépistage de ce cancer. Ces campagnes s'inscrivent dans la perspective de la mise en œuvre du programme national de dépistage organisé, conformément au plan cancer 2014-2019.

Entre 2010 et 2012, une expérimentation avait été menée dans 13 départements : une invitation et relance des femmes de 25 à 65 ans non testées dans les 3 dernières années puis estimation de l'impact de cette organisation de dépistage sur la couverture, la qualité des échantillons et la prévalence des frottis anormaux. Le gain du dépistage organisé, avait été estimé à 12% (28).

La généralisation de cette invitation au dépistage du cancer du col de l'utérus à l'ensemble du territoire était prévue pour 2018, et est effective depuis février 2019. Un objectif de cette généralisation était de permettre une réduction des inégalités d'accès aux mesures de prévention du cancer du col de l'utérus. En effet, les jeunes femmes non vaccinées contre le HPV et les femmes ne participant pas au dépistage par FCU appartiennent plutôt aux catégories sociales les plus modestes (29).

L'arrêté du 4 mai 2018 paru au Journal Officiel a ajouté le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus dans les programmes de santé, qui comportait déjà le programme organisé du cancer du sein (depuis 2004) et le programme de dépistage organisé du cancer colorectal (depuis 2009) (30). L'évaluation de la participation des femmes au dépistage sera évaluée par Santé Publique France.

Parallèlement à ces avancées, les campagnes réalisées chaque année ne semblent pas avoir d'impact suffisant sur les populations, puisque les femmes en âge de réaliser ces dépistages ne sont pas mieux informées concernant ses modalités. En janvier 2017, une campagne (radio, presse, réseaux sociaux, web) a été lancée, visant particulièrement les non-participantes, à savoir les femmes de plus de 45 ans et/ou en situation de vulnérabilité sociale, populations également ciblées par la campagne de 2018.

La prévention du cancer du sein est réalisée par la palpation des seins une fois par an et la réalisation de mammographies. Cela devrait être idéalement accompagné d'un auto-examen des seins par les femmes. L'autopalpation regroupe un ensemble de gestes qui, réalisés régulièrement, permettent d'avoir une connaissance de l'anatomie de ses seins et de constater d'éventuelles modifications et ainsi, détecter toute anomalie. C'est un atout supplémentaire pour la santé des femmes mais il ne se substitue en aucun cas à la palpation annuelle par le professionnel de santé réalisant le suivi gynécologique de prévention (31).

Le cancer du sein est, en France, le plus fréquent des cancers chez la femme et la première cause de décès par cancer (12).

L'examen des seins est considéré comme de la gynécologie de prévention par 9 femmes interrogées sur 10. Il consiste en l'inspection et la palpation des seins et des aires ganglionnaires à la recherche d'anomalies, pouvant caractériser une tumeur ou un cancer. La HAS recommande un examen clinique mammaire annuel réalisé par un professionnel de santé chez toutes les femmes, qu'elles présentent ou non des facteurs de risques de cancer du sein ou non, à partir de l'âge de 25 ans (12). C'est cette fréquence qui est moins connue par les femmes sollicitées : 4 femmes sur 10 ont sélectionné une périodicité moindre ou augmentée. Il existe une méconnaissance concernant les modalités du dépistage.

L'existence de ces approximations met en évidence que les femmes ne sont pas toujours bien informées lors des consultations gynécologiques de prévention, ou qu'elles ne sont pas toujours réceptives aux messages transmis.

La mammographie est recommandée, en l'absence de facteurs de risques pour lesquels un dépistage spécifique du cancer du sein est recommandé, entre l'âge de 50 et 74 ans (12). L'âge de 50 ans a été sélectionné par seulement 4 femmes sur 10 interrogées. Ce faible résultat peut être nuancé par la probable sélection de l'âge « 35 ans » par des femmes ayant des facteurs de risques de cancer du sein et donc, réalisant pour leur part des mammographies depuis l'âge de 35 ans.

La fréquence 2 ans a été désignée par 4 femmes sur 10 seulement, fréquence recommandée entre 50 et 74 ans (12). Au sein du groupe de femmes ayant un âge supérieur ou égal à 50 ans, donc ayant l'âge de réaliser le dépistage, presque 6 femmes sur 10 ont sélectionné « 2 ans ». Les femmes concernées font l'objet d'un dépistage organisé au niveau national. Toutes les femmes de 50 à 74 ans sont invitées par courrier à effectuer une mammographie tous les 2 ans. Cela semble améliorer leur connaissance sur les modalités de la réalisation des mammographies.

Santé Publique France estime que le programme français est de bonne qualité mais que cependant, les taux de participation restent insuffisants (32). En effet, après une montée entre 2004 et 2008 puis une phase de stabilisation, le taux de participation a commencé à diminuer et atteint 50,1% en 2016 (32). Malgré sa gratuité et les invitations lancées aux femmes concernées par la sécurité sociale, des évaluations ont montré que la participation au programme de dépistage organisé est particulièrement insuffisante auprès des femmes économiquement défavorisées (33).

Parmi ces femmes, les questions de santé sont jugées moins vitales que les préoccupations du quotidien (se nourrir, se loger) et sont souvent repoussées au second plan (34). Les femmes âgées de 50 à 74 ans n'ayant recours à aucun dépistage ont souvent un niveau socio-économique plus bas, un suivi médical irrégulier et se préoccupent peu de leur santé (35).

Le 11 avril 2017, le CNOSF ainsi que les différentes instances représentatives de sage-femme, professionnelles et étudiantes, ont demandé la rectification du plan lancé par le Ministère des Affaires sociales et de la Santé concernant le dépistage organisé du cancer du sein. En effet, ce dernier omettait les sages-femmes parmi les professionnels de santé y participant. Le dépistage et la prévention constituent pourtant le cœur de métier de cette profession. La connaissance des femmes sur les compétences des sages-femmes doit pouvoir passer par ces campagnes d'informations, qui sont délivrées au grand public. La profession de sage-femme doit être associée aux promotions concernant les dépistages organisés afin qu'un plus grand nombre de femmes sachent que ces professionnelles ont l'aptitude de réaliser ces actes. Cela permettrait d'augmenter la connaissance des femmes sur les compétences des sages-femmes mais aussi qu'un plus grand nombre puissent bénéficier des dépistages et qu'elles aient le choix du praticien.

Le dépistage des IST se traduit par la recherche d'agents responsables de maladies (virus, bactéries, parasites) qui peuvent se transmettre au cours de relations sexuelles. Les IST regroupent différentes infections telles que le VIH, les hépatites B et C, l'herpès, les gonocoques, les chlamydiae, la syphilis, les HPV (36). Au sein de l'étude, 78% des femmes considèrent le dépistage des IST comme de la gynécologie de prévention. C'est un taux satisfaisant, le préservatif et le dépistage des IST étant les meilleurs remparts contre la propagation de ces infections.

Il semble évident que plus les femmes sont informées sur l'existence de ces dépistages, et leur importance, plus elles se feront dépister et éviteront les conduites sexuelles à risques.

La prévention est définie par la HAS, elle consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies. Ce dépistage peut être considéré comme au cœur de la prévention gynécologique. Afin de lutter contre la propagation incessante des IST, le préservatif Eden® est remboursé depuis décembre 2018. Cela permet de replacer les professionnels, dont les sages-femmes, au cœur de la prévention et de permettre une plus large accessibilité aux préservatifs qui restent le seul moyen d'éviter la transmission des IST.

L'utilisation d'une contraception efficace permet d'éviter l'apparition d'une grossesse non désirée, et par conséquent, le nombre d'IVG. En 2015, 16 407 IVG ont été réalisées dans la région PACA (37). L'item « contraception » a été sélectionné par plus de 8 femmes sur 10. Elle est donc majoritairement considérée comme de la gynécologie de prévention.

Les femmes ayant participé à l'étude sont globalement bien informées sur le contenu du suivi gynécologique de prévention avec 8 à 9 femmes sur 10 qui considèrent le FCU, la prévention des cancers gynécologiques, l'examen des seins, la contraception et le dépistage des IST comme en faisant parti. Ce n'est cependant pas le cas pour la vaccination contre le papillomavirus pour laquelle les femmes semblent moins bien informées (5 femmes sur 10).

Ainsi, au-delà du fait que les femmes ne sont pas toujours bien informées sur les modalités du suivi et des dépistages, leur comportement face au suivi gynécologique de prévention est également influencé par des facteurs plus personnels, liés au vécu et aux représentations de certains actes ou professionnels par exemple. De nombreuses femmes tentent de reporter l'examen clinique, d'autres ne considèrent pas la palpation des seins comme faisant partie de l'examen gynécologique, certaines sont étonnées de ne pas avoir de frottis annuel (38).

En région PACA, un programme qui vise à augmenter les connaissances de la population dans le domaine de la sexualité a été mis en place. Depuis 2006, les collégiens bénéficient d'un programme éducatif de prévention concernant la sexualité et la contraception. Un module optionnel pour les étudiants en médecine et maïeutique a été mis en place par le professeur Florence Bretelle. Ces derniers réalisent des interventions dans les collèges, notamment dans les domaines de la prévention des IST et des difficultés en matière de sexualité et de contraception.

Un des objectifs de ce programme est, au-delà de la sensibilisation des futur médecin et l'amélioration de leurs connaissances dans ce domaine, de permettre l'information des adolescents et par ce biais, diminuer les conduites à risques et les grossesses non désirées (39). L'information systématique d'une population jeune peut être un levier efficace afin d'améliorer les connaissances de cette population.

4) Connaissance des femmes sur les compétences des professionnels réalisant le suivi gynécologique de prévention et particulièrement les sages-femmes

En 2017, le CNOSF a réalisé un sondage IFOP auprès d'un échantillon représentatif de la population française féminine âgée de 15 ans ou plus. Il a été mis en évidence que 46% des femmes ne savaient pas qu'une sage-femme pouvait prescrire une contraception. Ce taux avait diminué depuis l'année 2014, où il s'élevait à 51% des femmes. Entre ces deux dates, en 2016, une campagne nationale sur le rôle et les compétences des sages-femmes avait été lancée par le ministère des affaires sociales et de la santé (40). L'objectif était de faire connaître la diversité des missions des sages-femmes, notamment en matière de contraception, vaccination, consultation gynécologique de prévention et IVG médicamenteuse. Cette campagne n'a eu que peu d'impact et a probablement été trop peu diffusée.

En effet, le passage de 46 à 51% en 3 ans de femmes qui savent que les sages-femmes peuvent prescrire une contraception, est un résultat faible. Cette campagne semble avoir eu trop peu d'impact sur la population générale.

Lorsqu'il a été demandé aux femmes interrogées quels étaient les professionnels qui, selon elles, étaient compétents pour assurer le suivi gynécologique de prévention, seulement 3 femmes sur 10 ont cité les sages-femmes. Ce résultat se situe dans la même ligne et met en évidence que la campagne sur la sensibilisation aux compétences des sages-femmes n'a pas eu l'impact attendu sur la population générale.

Les médecins généralistes ont été cités à la même fréquence et les gynécologues par plus de 9 femmes sur 10. La sage-femme compétente pour réaliser le suivi gynécologique de prévention n'est pas encore reconnue en tant que telle par une grande partie de la population, alors même que cela fait 10 ans que les sages-femmes sont compétentes dans ce domaine, depuis la loi HPST de 2009.

Le gynécologue est majoritairement reconnu par les femmes pour réaliser le suivi gynécologique de prévention. En effet, 97,6% à 99,4% des femmes l'estiment compétent pour réaliser la palpation des seins, la prescription d'une mammographie, le FCU et la prescription et réalisation du dépistage des IST. Il semble être le professionnel le plus reconnu par les femmes en matière de gynécologie de prévention, ce qui n'est pas étonnant d'un point de vue historique, sachant que les sages-femmes ont acquis ces compétences seulement depuis 2009.

Le médecin généraliste est lui aussi largement reconnu pour la prescription de mammographies et la prescription du dépistage des IST (environ 9 femmes sur 10). Entre 5 et 7 femmes sur 10 les estiment compétents pour réaliser la palpation des seins et le FCU. Ces résultats sont corrects, pour le médecin généraliste, qui a vraiment une place centrale dans la prise en charge des familles, avec un grand rôle de prévention.

La compétence la moins reconnue est la réalisation des IVG médicamenteuses par 4 femmes sur 10. La reconnaissance des femmes concernant les compétences des médecins généralistes est donc contrastée en fonction des actes, gestes ou prescriptions. Ainsi, certaines de leurs compétences nécessitent d'être davantage promues, ces médecins étant des professionnels de premier recours.

En ce qui concerne la sage-femme, la réalisation d'IVG, est reconnue par 4 femmes sur 10, la prescription de mammographie et la contraception par 4 à 5 femmes sur 10. Le FCU et le dépistage des IST sont considérés par 5 à 6 femmes sur 10 comme faisant partie de leurs qualifications, et ce taux s'élève à presque 7 femmes sur 10 pour la palpation des seins. La profession de sage-femme est la moins reconnue, par les femmes, parmi les différents acteurs participant au suivi gynécologique de prévention des femmes.

L'apparition d'une grossesse non désirée peut entraîner la femme à réaliser une IVG. Leur survenue est directement liée à la contraception : absence de contraception, mauvaise utilisation de contraception, échec de contraception. La contraception doit être adaptée et choisie par la femme qui l'utilise. Une contraception efficace limite le risque de grossesse non désirée et donc, a une incidence sur le nombre d'IVG. La région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) présente un nombre important d'IVG : 21,4 IVG pour 1000 femmes en 2017, contre 14,4 en France métropolitaine (4). Ces dernières années, l'évolution des IVG est marquée par un décalage progressif des IVG vers des âges plus jeunes, cette intervention concernant plus souvent qu'auparavant des femmes âgées de moins de 25 ans et des mineures (41). Les sages-femmes peuvent avoir un rôle dans la prescription de contraception chez ces jeunes femmes, cette prescription ne se limite pas aux femmes ayant déjà accouché.

Selon le sondage réalisé par le CNOSF en 2017, presque une femme sur deux ne savait pas que la sage-femme pouvait prescrire une contraception. Les réponses qu'ont pu apporter les femmes interrogées se rapprochent de ce chiffre, en matière de contraception. En effet, 46 à 50% des femmes considèrent que les sages-femmes peuvent prescrire un implant contraceptif et le poser, prescrire un dispositif intra-utérin et le poser, prescrire une cape cervicale, un diaphragme cervical ou un anneau vaginal. 54 à 61% pensent que la sage-femme est compétente pour prescrire un patch contraceptif ou prescrire la pilule.

Ces résultats sont à nuancer car seulement 21% des femmes interrogées ont sélectionné toutes les compétences. Ainsi, seulement 1 femme sur 5 semble réellement informée sur le fait que les sages-femmes peuvent prescrire de façon autonome les contraceptifs, en dehors de situation pathologique. Il existe donc une méconnaissance des femmes concernant les compétences des sages-femmes et en particulier au sujet de la contraception.

Dans la vie d'une femme, la première consultation avec une sage-femme se situe souvent au moment d'une première grossesse, l'âge moyen de la maternité étant situé à 30,6 ans en 2018 (INSEE). Par conséquent, les sages-femmes ont peu ou pas l'occasion de vacciner les jeunes filles contre le papillomavirus, ni de leur prescrire une contraception. La profession est essentiellement féminine et les sages-femmes libérales sont de plus en plus jeunes. En 2010, leur moyenne d'âge était de 50 ans et seulement 1% avaient moins de 30 ans. En 2015, cette moyenne d'âge est passée à 40,7 ans et 31,7% d'entre-elles ont moins de 31,7 ans (42). Les messages de prévention et d'éducation auprès des jeunes filles peuvent être d'autant mieux intégrés par une transmission de pair à pair. Les jeunes filles peuvent s'identifier au professionnel qui les prend en charge, trouver un environnement rassurant, se sentir plus concernées et impliquées.

Une étude réalisée dans la cadre d'une thèse en 2015 en Île de France, a permis de mettre en évidence que cette méconnaissance ne concernait pas que les femmes, mais aussi les professionnels de santé et en particulier les internes en médecine générale (43). Par exemple, la pose de DIU était connue comme compétence des sages-femmes par seulement 40% des internes, 36% lorsqu'il s'agissait de la réalisation de FCU ou encore 33% à propos de la pose d'un implant contraceptif.

Cela peut s'expliquer par le fait que depuis 1967 jusqu'à 2009, seuls les médecins étaient autorisés à prescrire des contraceptifs (44).

Ce n'est que depuis 10 ans, avec la loi HPST de 2009, que la profession de sage-femme a bénéficié d'un élargissement de ses compétences, avec entre autres, la prescription de contraception.

Il paraît cohérent que les femmes aient moins de connaissance sur les compétences des sages-femmes en matière de gynécologie de prévention. Il faut que l'information concernant les différents professionnels compétents en gynécologie de prévention, puisse être délivrée aux femmes afin qu'elles puissent choisir le professionnel de leur choix et ainsi, être actrices de leur suivi gynécologique de prévention.

Le manque de connaissance au sujet des compétences des sages-femmes concernant la gynécologie de prévention touche les femmes mais également les internes en médecine générale et, par conséquent, les médecins généralistes de demain.

Le CNOSF réaffirme régulièrement le rôle des sages-femmes en matière de gynécologie de prévention. En effet, suite à une enquête publiée par Le Monde en décembre 2017 ou encore un article publié sur le site « France info » en février 2019, le CNOSF a trouvé nécessaire de rappeler par des communiqués de presse, que les gynécologues ne sont pas les seuls à pouvoir assurer le suivi gynécologique de prévention des femmes.

Les médias alarmaient sur la « *pénurie de gynécologues médicaux attribuant des conséquences délétères sur la santé des femmes* » mais tout en faisant abstraction du rôle des sages-femmes. Le CNOSF a été contraint de rappeler que chaque femme doit pouvoir choisir son praticien pour son suivi gynécologique de prévention, et que ce choix ne serait réellement éclairé que si l'information reçue était loyale et complète.

5) Le suivi gynécologique de prévention des femmes

Au sein de la population étudiée, 22% des femmes ne réalisaient pas de suivi gynécologique de prévention. Cela se rapproche des 19% rapportés par un sondage OpinionWay réalisé en 2011 (45) et le taux est identique à celui mis en évidence par un sondage réalisé en 2017 par le CNOSF (14). Ainsi, une partie relativement importante des femmes n'est pas suivie et par conséquent, échappe aux dépistages et mesures de prévention mises en place lors de ces consultations.

Les raisons rapportées par les femmes pour lesquelles elles n'étaient pas suivies en prévention gynécologique étaient essentiellement qu'elles n'en ressentaient pas le besoin. Cet argument était largement en tête. Venaient ensuite de trop longs délais pour obtenir un rendez-vous et un prix de la consultation trop élevé. Effectivement, plus d'un quart des femmes interrogées pensaient que le tarif de la consultation par une sage-femme était supérieur à 50 euros. Enfin, la difficulté pour trouver un professionnel était énoncée. D'autres arguments plus anecdotiques présentés étaient la peur (sentiment de gêne ou de honte, peur des discriminations dues à un surpoids, une obésité ou un allaitement long, et peur de la douleur), par choix, ou en raison d'un antécédent d'hystérectomie totale.

La plupart des femmes interrogées étaient suivies par un médecin gynécologue pour la gynécologie de prévention (88%). Seulement 6% consultaient une sage-femme, et 6% un médecin généraliste. Le gynécologue était majoritairement consulté, comme c'était le cas en 2008. Selon un sondage réalisé pour la Fédération Nationale du Collège de Gynécologie, 70% consultaient un gynécologue plutôt qu'un médecin généraliste (46).

Selon une étude réalisée dans le cadre d'une thèse en 2017, les femmes semblent percevoir le gynécologue comme étant le professionnel idéal pour assurer le suivi gynécologique, même celles ayant toujours été suivies par leur médecin généraliste, par exemple (38).

Pourtant, toutes les patientes interrogées et notamment celles étant suivies par une sage-femme ou un médecin généraliste se disaient satisfaites de leur suivi et accordaient leur confiance au professionnel.

Seule 1 femme sur 2 consultait tous les ans, c'est à dire la fréquence recommandée.

Au sein de la population étudiée, 80,8% des femmes ayant un âge entre 25 et 65 ans estimaient qu'elles réalisaient un FCU régulier. Il est à noter que 33,1% des femmes de moins de 25 ans et 72,7% des femmes de plus de 65 ans réalisaient des FCU, alors même que ces âges ne sont pas compris dans la fourchette d'âge recommandée pour réaliser ce dépistage. Les recommandations ne sont donc pas systématiquement respectées par les professionnels de santé qui réalisent ces dépistages. Les recommandations concernant le FCU datent de juillet 2010, soit 9 ans, laissant un temps suffisamment long aux professionnels de santé pour être informés de celles-ci.

Il est possible de faire la même constatation pour la fréquence de réalisation de ces FCU. En effet, 44% des femmes en réalisent tous les 1 an, et 44% tous les 2 ans. Seulement 9% des femmes en réalisent tous les 3 ans. Les recommandations en matière de FCU sont la réalisation d'un FCU à un rythme triennal après la réalisation de deux FCU normaux à un an d'intervalle.

Le fait que les femmes qui réalisent des FCU en bénéficient trop souvent peut probablement s'expliquer par le fait que certaines patientes sont demandeuses et souhaitent avoir un FCU par an. Peut-être que certains professionnels le réalisent de manière biennale au cas où la femme tarderait pour sa consultation annuelle suivante, et ainsi, ne pas dépasser les 3 ans.

Tous les tests de dépistages ont pour objectif de diminuer la morbidité et la mortalité des femmes et augmenter l'espérance et la qualité de vie. Il s'agit d'une question de santé publique. Il existe certains obstacles qui expliquent les mauvais taux de suivi gynécologie et de réalisation de ces dépistages : la connaissance des femmes sur les modalités qui reste parfois médiocre, l'accès aux professionnels de santé parfois compliqué (accessibilité, délais pour obtenir un rendez-vous, difficulté pour trouver un professionnel), l'appréhension voire la peur (de la douleur, de la gêne, du jugement). Or le rôle des professionnels est d'accompagner, de prévenir, d'éduquer, de guider les patients, quel que soit le contexte. Les professions médicales s'engagent à soigner sans discrimination ni jugement aucun.

6) Appréciation et adhésion à un suivi gynécologique de prévention par une sage-femme

6 femmes interrogées sur 10 ont déclaré envisager s'adresser à une sage-femme pour un suivi ou un éventuel suivi gynécologique de prévention.

Parmi celles qui ne l'envisageaient pas, la raison principalement citée était le manque d'informations sur les compétences des sages-femmes pour 60%, puis l'habitude de suivi avec un autre professionnel de santé. Enfin les femmes ont exprimé le manque de confiance par rapport au suivi avec un gynécologue pour 35% d'entre elles.

Il y a plus de la moitié de ces femmes qui souhaiterait en savoir plus sur les compétences des sages-femmes. Ces informations peuvent être délivrées par des campagnes d'information organisées par le CNOSF par exemple, mais aussi et surtout par les sages-femmes elles-mêmes.

En effet, lors de l'entretien prénatal précoce par exemple, ou lors de consultations après l'accouchement, dans le cadre de la consultation post-natale ou encore la rééducation du périnée, il est possible d'informer les femmes sur le suivi gynécologique de prévention recommandé, sur la contraception, le FCU ou encore leur communiquer la possibilité d'être suivie par une sage-femme. D'autant plus que cela permettrait aux patientes de s'adresser à un moins grand nombre de professionnels de santé, permettant une prise en charge globale et l'établissement d'un lien et d'une relation de confiance.

Le tarif imaginé par les femmes pour une consultation en gynécologie de prévention s'élevait de 15 à 80 €. La moyenne était de 36,3 €. La cotation pour cette consultation s'élevait à 23 € aux dates de l'étude. Cette réponse avait été indiquée par seulement 27 personnes, soit par seulement 5,4% des femmes. Le tarif imaginé par les femmes est donc largement supérieur au tarif réel. Cela peut être un frein pour certaines femmes, et surtout celles ayant une situation socio-économique précaire. En effet, concernant l'accès aux soins, les femmes les plus précaires sont caractérisées par un non suivi gynécologique, entre autres (47). De plus les actions de communication en direction du grand public et notamment les campagnes concernant les dépistages ont peu d'impact sur le taux de participation au dépistage organisé des femmes en situation de précarité car la condition de précarité engendre de nombreux freins financiers, géographiques ou liés au défaut d'accès à l'information (48).

La réponse 25 € avait été affirmée par 15% des femmes. Ce montant correspondait à la cotation d'une consultation en gynécologie de prévention chez une sage-femme à compter du 10 février 2019, c'est-à-dire ultérieurement à l'étude. En effet, la cotation de la consultation de gynécologie de prévention des sages-femmes a été revalorisée.

La population de gynécologues tend à diminuer ces dernières années. Ils étaient 128 gynécologues médicaux en 2016 en région PACA (49) inscrits aux tableaux des Ordres départementaux alors que leur nombre s'élevait à 241 en 2013 (50). Sur la période 2008 – 2013, les effectifs avaient déjà diminué de 11% (50). Il y a donc une régression progressive du nombre de gynécologues, se traduisant parfois par de longs délais afin d'obtenir un rendez-vous. La réalisation du suivi gynécologique de prévention (des femmes ne présentant pas de pathologie) par les sages-femmes, pourrait permettre de limiter ces temps d'attente. En effet, le CNOSF a recensé 2134 sages-femmes en région PACA au 1^{er} janvier 2017 (51).

Conclusion

Ce mémoire sur le thème de « la connaissance des femmes sur le suivi gynécologique de prévention » a été réalisé entre février et septembre 2018. Les données ont été recueillies grâce à un questionnaire, en vingt principaux points et sous catégories, élaboré de manière à obtenir des informations précises.

En région PACA ce sont 742 femmes qui ont été sondées et 531 femmes ont été retenues pour cette étude, une partie d'entre elles n'étant pas dans les critères du mémoire (tranche d'âge, réponses incomplètes, étudiante sage-femme ...).

Cette étude fait principalement ressortir quatre points.

78% à 93% des femmes ont une connaissance du contenu de la gynécologie de prévention (sauf pour la vaccination contre le papillomavirus avec 52%) mais les modalités concernant les gestes, dépistages et actes sont mal connues.

Les femmes ne bénéficient pas d'un suivi gynécologique « idéal », la fréquence de consultations recommandée n'est respectée que par une sur deux parmi celles qui réalisent un suivi, et les recommandations ne sont pas toujours appliquées.

Les compétences des gynécologues en matière de gynécologie de prévention sont très reconnues par les femmes. Cette opinion est plus contrastée quand il s'agit des médecins généralistes. En ce qui concerne les sages-femmes, il existe une méconnaissance des femmes vis-à-vis de leurs compétences en gynécologie de prévention, bien qu'elles exercent dans ce domaine depuis 2009. Seulement 3 femmes sur 10 ont cité la profession de sage-femme comme compétente dans ce domaine.

L'adhésion des femmes à un suivi gynécologique de prévention par une sage-femme était contrastée, seulement 6 femmes sur 10 pouvaient envisager s'adresser à une sage-femme, principalement en raison d'un manque de connaissance sur leurs compétences.

Les sages-femmes, les médecins généralistes et les gynécologues sont habilités à suivre les femmes en bonne santé pour la gynécologie de prévention, même si la plupart sont suivies par les gynécologues. Compte tenu de la démographie médicale, à savoir la diminution constante du nombre de gynécologues, les sages-femmes pourraient contribuer à améliorer le suivi des femmes.

Améliorer la connaissance des femmes sur la gynécologie de prévention et sur la nécessité du dépistage, leur fréquence et leurs modalités permettrait d'impacter leur prise en charge. Il faudrait également que les femmes aient connaissance des différents praticiens aptes à réaliser les examens et le suivi.

Développer le suivi par une sage-femme inciterait les femmes à consulter et rendrait le dépistage accessible pour un nombre plus important d'entre elles. En effet, l'approche, le contact, la pratique et la disponibilité de la sage-femme sont des qualités essentielles pour inviter les femmes au suivi gynécologique de prévention. Cela pourrait se mettre en place dans le cadre d'une étroite collaboration entre les différents praticiens, en développant la communication interprofessionnelle.

L'information délivrée aux femmes sur les compétences des sages-femmes est probablement actuellement insuffisante. Elle pourrait être améliorée, par les professionnels de santé auprès des femmes, mais aussi de manière indirecte par l'assurance maladie, des campagnes promotionnelles, des dépliants informatifs, les réseaux sociaux ...

Les sages-femmes en protection maternelle infantile (PMI) pourraient participer et réaliser les informations et les cours d'éducatons à la sexualité qui sont dispensés aux collégiens et aux lycéens. Cela pourrait compléter les interventions d'éducation et de prévention à la sexualité et à la contraception qui sont réalisées dans les collèges de la région PACA par les étudiants en médecine dans le cadre d'un module optionnel sous la responsabilité du Professeur Florence Bretelle. En effet, les sages-femmes pourraient présenter aux élèves leurs différentes compétences, notamment en matière de gynécologie de prévention et de contraception, et les informer que la consultation d'une sage-femme est possible avant même le début de leur vie génitale.

Depuis la rentrée 2018, le service sanitaire mis en place par le Ministère des Solidarités et de la Santé permet des interventions par des étudiants en santé dans différents lieux publics (établissements scolaires, entreprises, structure médico-sociales, ...) qui abordent différents thèmes de santé publique. Cela peut constituer un levier permettant d'informer la population générale sur les compétences des sages-femmes

La réalisation d'études similaires dans d'autres régions serait également intéressante afin de comparer les connaissances des femmes et d'observer les manières dont elles sont suivies.

En conclusion, la sage-femme, par ses compétences spécifiques autour de la maternité, mais aussi sa vocation de praticienne au potentiel multi compétences, sa connaissance de la physiologie de la femme de l'adolescence à la fin de sa vie, pourrait être une actrice fondamentale et incontournable dans le suivi gynécologique de prévention.

Références bibliographiques

1. Code de la santé publique - Article L4151-1. Code de la santé publique.
2. Code de la santé publique - Article L4151-3. Code de la santé publique.
3. Haute Autorité de Santé - Dépistage du cancer du col de l'utérus en France [Internet]. [cité 26 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1122010/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-en-france
4. DREES. 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017 [Internet]. France; 2018 sept [cité 26 janv 2019]. Report No.: 1081. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1081.pdf>
5. Santé publique France. Le livre des Infections Sexuellement Transmissibles [Internet]. 2016 [cité 12 nov 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1211.pdf>
6. Santé publique France - Infections sexuellement transmissibles (IST) : préservatif et dépistage, seuls remparts contre leur recrudescence [Internet]. [cité 26 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/Accueil-Presses/Tous-les-communiqués/Infections-sexuellement-transmissibles-IST-preservatif-et-depistage-seuls-remparts-contre-leur-recrudescence>
7. Santé publique France. Bulletin de santé Publique - Infections sexuellement transmissibles [Internet]. Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse; 2018 sept [cité 26 janv 2019] p. 8. Disponible sur: https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2018-09/BSP_IST_Paca_2018_v2.pdf
8. Santé publique France. Bulletin de veille sanitaire VIH - Sida [Internet]. Provence-Alpes-Côte d'Azur: Santé Publique France; 2017 déc [cité 26 janv 2019] p. 8. Disponible sur: https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2017-11/BVS25_1.pdf
9. HAS. Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France (juillet 2010). J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. mai 2011;40(3):279-82.
10. Institut national du cancer. Les cancers en France en 2017 - L'essentiel des faits et chiffres. 2018 mars.
11. Santé publique France. Cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 26 janv 2019]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Donnees-par-localisation/Cancer-du-col-de-l-uterus>
12. HAS. Haute Autorité de Santé - Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage [Internet]. [cité 26 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage
13. Institut national du cancer. Cancer du sein - Quelques chiffres [Internet]. [cité 26 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Quelques-chiffres>
14. Contraception : les femmes sont-elles suffisamment informées ? [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 26 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/contraception-les-femmes-sont-elles-suffisamment-informees/>
15. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. La contraception et les Françaises: une information suffisante ? [Internet]. 2017 sept [cité 26 janv 2019]. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2017/09/Dossier_contraception.pdf

16. INSEE. Niveau de vie et pauvreté par région - Insee [Internet]. 2015. Disponible sur: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwiznKKS_tTgAhXxyIUKHangB5oQFjABegQICBAC&url=https%3A%2F%2Fwww.insee.fr%2Ffr%2Fstatistiques%2Ffichier%2F3549496%2FREVPMEN18_F1.18_niv-pauv-reg.pdf&usg=AOvVaw2F0yunlDztXGPWPIESAOvE
17. INSEE. Diplôme le plus élevé selon l'âge et le sexe en 2017 | Insee [Internet]. [cité 18 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416872#tableau-Donnes>
18. INSEE. Catégorie socioprofessionnelle selon le sexe et l'âge en 2017 | Insee [Internet]. [cité 18 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2489546#tableau-Donnes>
19. INSEE. Fécondité – Bilan démographique 2018 | Insee [Internet]. [cité 18 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892259?sommaire=1912926#consulter-sommaire>
20. HCSP. Infections à HPV des jeunes filles : révision de l'âge de vaccination [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2012 sept [cité 18 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=302>
21. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Observatoire régional de santé (Provence-Alpes-Côte d'Azur). Baromètre cancer 2005. Saint-Denis: Éd. INPES; 2006.
22. HCSP. Vaccination contre les papillomavirus humains 16 et 18 par un vaccin bivalent [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2007 déc [cité 18 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=19>
23. Yahia M-BBH. Données et outils pour l'optimisation de l'impact de la vaccination prophylactique contre les papillomavirus humains en France. 2015;212.
24. Monsonogo J, éditeur. Traité des infections et pathologies génitales à papillomavirus pages 487-496. Paris: Springer-Verlag; 2007.
25. Vaccins anti-HPV : la couverture française et internationale [Internet]. REVUE GENESIS. [cité 18 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.revuegenesis.fr/vaccins-anti-hpv-la-couverture-francaise-et-internationale/>
26. La vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains (HPV) pour prévenir le cancer du col de l'utérus - Agents infectieux [Internet]. [cité 24 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Facteurs-de-risque-et-de-protection/Agents-infectieux/Prevenir-le-cancer-du-col-de-l-uterus>
27. Bernard E, Saint-Lary O, Haboubi L, Breton JL. Dépistage du cancer du col de l'utérus : connaissances et participation des femmes. Sante Publique (Bucur). 6 août 2013;Vol. 25(3):255-62.
28. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 24 févr 2019]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/2-3/2017_2-3_1.html
29. Santé publique France - 11e semaine européenne de prévention du cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 20 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/11e-semaine-europeenne-de-prevention-du-cancer-du-col-de-l-uterus>
30. Arrêté du 4 mai 2018 relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.
31. Cancerdusein.org - L'auto-examen des seins [Internet]. [cité 10 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.cancerdusein.org/le-depistage/lauto-examen-des-seins>
32. Santé publique France - Quelles performances pour le programme de dépistage organisé du cancer du sein en France ? [Internet]. [cité 24 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Quelles-performances-pour-le-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-en-France>

33. Kalecinski J, Régnier-Denois V, Ouédraogo S, Dabakuyo-Yonli TS, Dumas A, Arveux P, et al. Dépistage organisé ou individuel du cancer du sein ? Attitudes et représentations des femmes. *Sante Publique (Bucur)*. 10 juin 2015;Vol. 27(2):213-20.
34. N° 1678 - Rapport sur les résultats du dépistage du cancer du sein (rapporteur : M. Marc Bernier) [Internet]. [cité 24 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-off/i1678.asp>
35. Duport N, Ancelle-Park R, Boussac-Zarebska M, Uhry Z, Bloch J. Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer du sein : étude FADO-sein. :6.
36. Arrêté du 3 octobre 2000 relatif aux consultations de dépistage anonyme et gratuit.
37. Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur - Département des études, enquêtes et évaluations. STATISS 2016 - Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social. :35.
38. BLIN A. Suivi gynécologique hors grossesse: contenu idéal des consultations selon les patientes, étude qualitative. 2017.
39. Programme d'éducation à la sexualité et à la contraception - Evaluation du programme - Rapport réalisé par la cellule d'Evaluation Médicale [Internet]. 2008 [cité 22 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.reseaperinatmed.fr/wp-content/uploads/2018/04/Rapport-Evaluation-Module-Sexo-2007-2008-160708-1.pdf>
40. Sages-femmes : compétences et missions [Internet]. [cité 20 févr 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/sages-femmes>
41. Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. *Rev Francaise Aff Soc*. 22 juin 2011;(1):116-47.
42. Contact Sages-Femmes N°45 - page 4. mars 2016 [cité 22 déc 2019]; Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2016/01/CONTACT-N45.pdf>
43. GIRARDOT A. Connaissance des compétences des sages-femmes libérales par les internes de médecine générale d'Île-de-France [Internet]. [cité 20 févr 2019]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4948_GIRARDOTCHAREYRON_these.pdf
44. Roux A, Ventola C, Bajos N. Des experts aux logiques profanes : les prescripteurs de contraception en France. *Sci Soc Sante*. 22 sept 2017;Vol. 35(3):41-70.
45. AUZANNEAU N. Les femmes et l'accès à la santé [Internet]. 2011 oct [cité 4 janv 2019]. Disponible sur: http://opinionlab.opinionway.com/dokumenty/opinionway_mgen_lmde_acces_sante_femmes_2011.pdf
46. DAVID M. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique, synthèse des résultats. Sondage réalisé pour la Fédération Nationale des collèges de gynécologie médicale en mai 2008. 2008.
47. Labbé É, Moulin JJ, Guéguen R, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES. *Rev Ires*. 2007;n° 53(1):3-49.
48. Cambon L, Mangin G, Barthélémy L. Expérimentation d'une démarche participative sur le dépistage des cancers auprès de femmes en situation de précarité. *Sante Publique (Bucur)*. 2007;Vol. 19(6):513-23.
49. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2016 [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
50. Ordre National des Médecins. La démographie médicale en région Provence_alpes Côte-d'Azur - Situation en 2013 [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/paca_2013.pdf
51. CNOSF. Nombre de sage-femme par région et par genre [Internet]. [cité 16 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2017/11/Nombre-de-SF-par-genre.pdf>

Annexes

ANNEXE I : questionnaire à choix multiples ayant permis le recueil de données nécessaire à l'étude réalisée

A PROPOS DE VOUS :

1. **Age :**
2. **Ville de résidence :**
3. **Niveau d'étude :**

Sans diplôme

Brevet des collèges, CAP, BEP Baccalauréat ou équivalent

BTS (ou équivalents), DUT, DEUST, diplômes paramédicaux et sociaux

Licence

Master

Doctorat

Autre, précisez

4. **Situation professionnelle :**

Sans emploi

Chômage

Étudiant : votre discipline

En activité : votre profession.....

.....

5. **Nombre d'enfants :**

6. **Votre couverture sociale :**

Aucune

Aide médicale d'état (AME)

CMU

Sécurité sociale

7. **Vous possédez une mutuelle :**

OUI

NON

LE SUIVI GYNECOLOGIQUE DE PREVENTION

8. **Vous effectuez un suivi gynécologique de prévention :**

OUI

NON

➔ Si oui, par quel professionnel de santé

➔ Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

Difficulté pour trouver un professionnel

Difficulté pour obtenir un rendez-vous (trop long délai)

Vous n'en ressentez pas le besoin

Prix de la consultation trop élevé

Autre, précisez :

9. **D'après vous, quel(s) professionnel(s) de santé peu(ven)t assurer le suivi gynécologique de prévention ?**

.....

10. **A quelle fréquence effectuez-vous suivi pour votre suivi gynécologique de prévention ?**

Jamais

6 mois

1 an

2 ans

3 ans

4 ans

Uniquement lorsque j'ai envie de changer de contraception

Autre : précisez

11. **D'après vous, le suivi gynécologique de prévention peut contenir (plusieurs réponses possibles) :**

Dépistage des maladies sexuellement transmissibles

IVG médicamenteuses

IVG par curetage

Prévention des cancers gynécologiques

Contraception

Prise en charge des cancers gynécologiques

Frottis cervico-utérin

Chirurgie gynécologique

Examen des seins

Vaccination contre le papilloma-virus

12. D'après vous, une sage-femme est compétente pour (plusieurs réponses possibles) :

- Prescrire la pilule
- Prescrire une cape cervicale, un diaphragme cervical ou un anneau vaginal
- Prescrire un patch contraceptif
- Prescrire un implant contraceptif
- Poser et retirer un implant contraceptif
- Prescrire un dispositif intra-utérin (également appelé « stérilet »)
- Poser et retirer un dispositif intra-utérin (stérilet)

13. Vous effectuez un frottis cervico-utérin régulier ?

- OUI NON
- Tous les 1 an Tous les 3 ans
- Tous les 2 ans Tous les 4 ans

14. A votre avis, quel(s) professionnel(s) de santé peut prendre en charge une IVG médicamenteuse (plusieurs réponses possibles) ?

- Médecin généraliste Gynécologue Sage-femme

15. A propos de la palpation des seins, selon vous :

- A quelle fréquence doit-elle être réalisée par un professionnel de santé ?
 - 6 mois 1 an 2 ans 5 ans
- Quel(s) professionnel(s) peu(ven)t le réaliser (plusieurs réponses possibles) ?
 - Un médecin généraliste Un gynécologue Une sage-femme

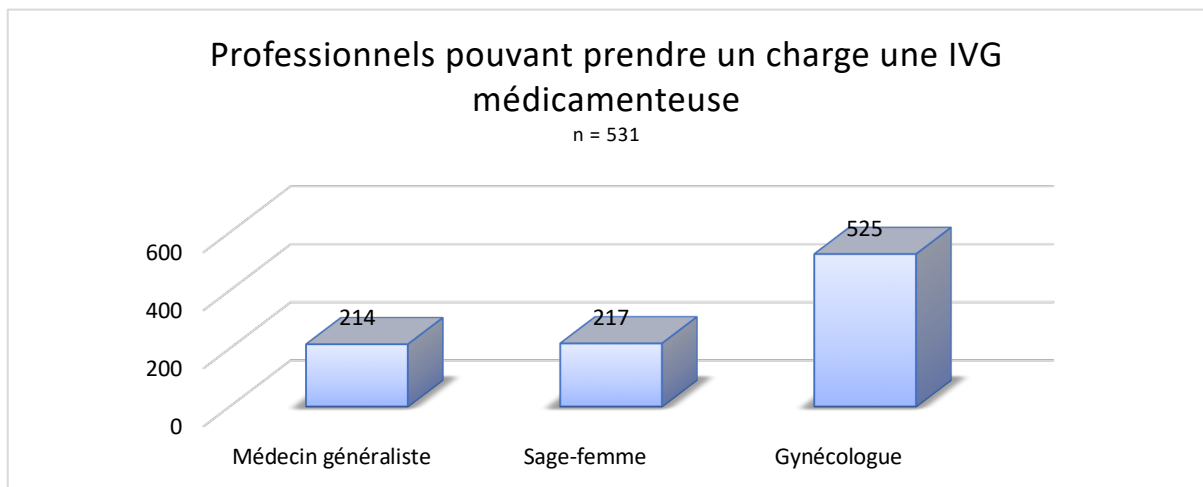
16. A propos de la mammographie, selon vous :

- A partir de quel âge doit-elle être pratiquée ?
 - 25 ans 35 ans 50 ans 65 ans
- A quelle fréquence doit-on réaliser une mammographie régulière ?
 - 6 mois 1 an 2 ans 5 ans
- Quel(s) professionnel(s) peu(ven)t vous prescrire une mammographie ?
 - Un médecin généraliste Un gynécologue Une sage-femme

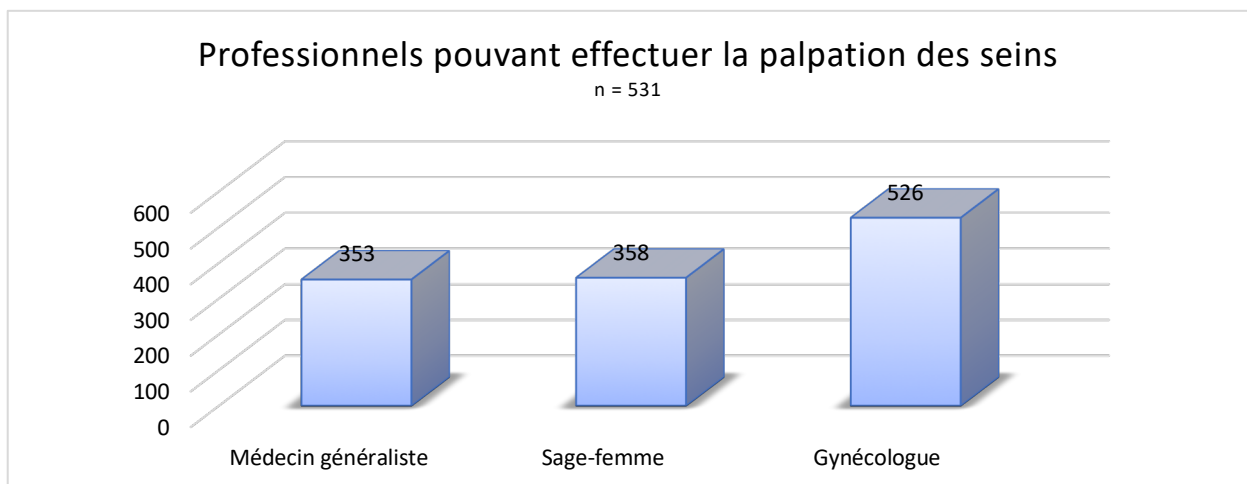
ANNEXE II : taux de suivi gynécologique de prévention chez les étudiants - n = 98

| | Oui | Non | Total | % Oui | % Non |
|---------------------------|-----|-----|-------|-------|-------|
| Étudiants en santé | 21 | 6 | 27 | 77,8% | 22,2% |
| Étudiants autres domaines | 57 | 14 | 71 | 80,3% | 19,7% |

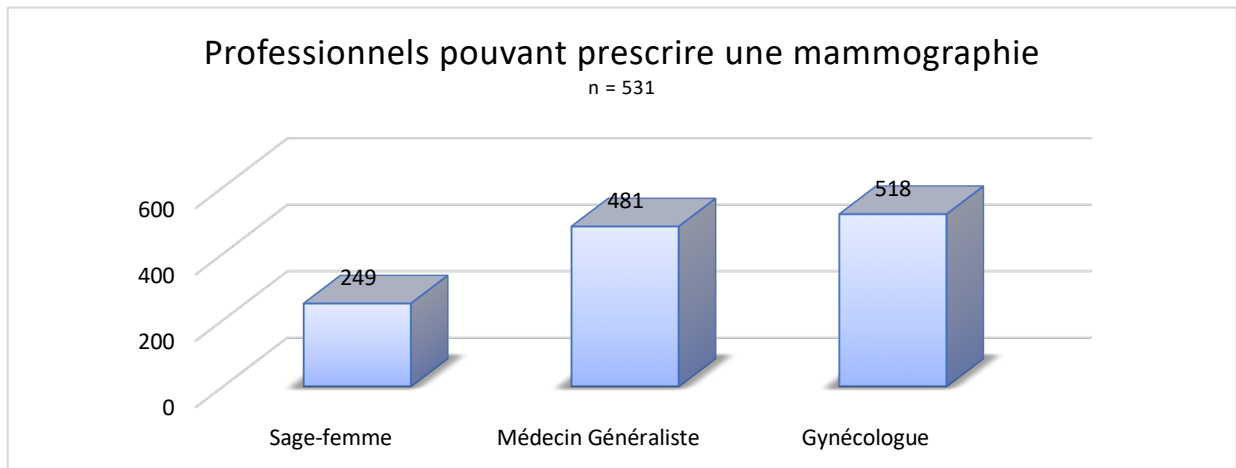
ANNEXE III : Professionnels pouvant prendre une charge une IVG médicamenteuse – n = 531



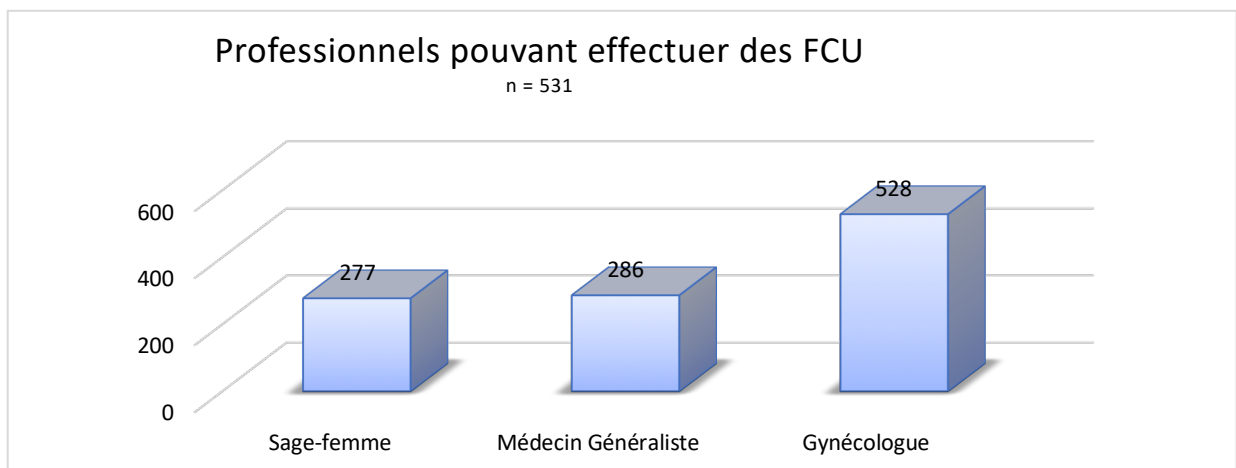
ANNEXE IV : Professionnels pouvant effectuer la palpation des seins – n = 531



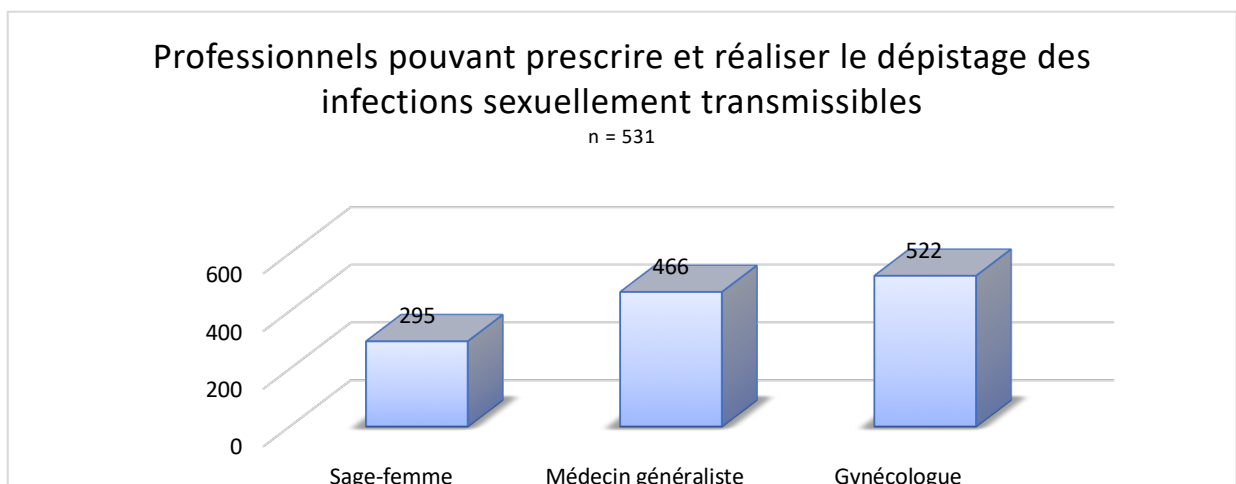
ANNEXE V : Professionnels pouvant prescrire une mammographie – n = 531



ANNEXE VI : Professionnels pouvant effectuer des FCU – n = 531



ANNEXE VII : Professionnels pouvant prescrire et réaliser le dépistage des IST – n = 531



Glossaire

- HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
- IST : Infections Sexuellement Transmissibles
- INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
- DIU : Dispositif Intra-Utérin
- IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
- VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
- HPV : Human Papillomavirus
- PACA : Provence Alpes Côtes d'Azur
- FCU : Frottis Cervico-Utérin
- CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes
- QCM : Questionnaire à Choix Multiple
- PMI : Protection Maternelle Infantile

Résumé

Objectifs de l'étude : Décrire la connaissance des femmes sur le suivi gynécologique de prévention et plus particulièrement sur les compétences des sages-femmes, ainsi que le suivi gynécologique de prévention dont bénéficient les femmes.

Matériels et méthodes : Cette étude a été menée avec une méthodologie de type transversale multicentrique. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire, distribué aux femmes ayant 18 à 75 ans habitant dans la région Provence-Alpes-Côte-D'azur, de février à septembre 2018.

Résultats : Sur les 531 femmes interrogées, la fréquence de consultation et la réalisation des dépistages ne suivaient pas toujours les recommandations de la Haute Autorité de Santé. Les connaissances des femmes concernant le contenu du suivi gynécologique de prévention étaient globalement satisfaisantes. Elles étaient médiocres concernant les modalités de dépistages des cancers gynécologiques. La sage-femme est moins reconnue par les femmes comme étant un professionnel compétent pour réaliser le suivi gynécologique de prévention, par rapport aux médecins généralistes et aux gynécologues. De nombreuses femmes déplorent manquer d'informations sur les compétences des sages-femmes, c'est la principale raison pour laquelle quatre femmes sur dix n'envisageraient pas s'adresser à une sage-femme pour ce suivi.

Conclusion : L'étude a permis de mettre en lumière le manque de connaissance des femmes sur le suivi gynécologique de prévention, ainsi que sur les compétences des sages-femmes et la possibilité qu'elles effectuent ce suivi. Une meilleure information des femmes semble être un levier efficace visant à améliorer leur suivi et intégrer la sage-femme au cœur de la gynécologie de prévention, en collaboration avec les gynécologues et les médecins généralistes.

Mots-clés : suivi gynécologique de prévention, sages-femmes, connaissances, compétences

Abstract

Purpose of the study : Describe the knowledge of women about preventive gynecological care and midwives skills, as well as preventive gynecological care undergone women.

Materials and method : This study was conducted with an observational, descriptive, cross-sectional multicenter methodology. Data was collected using a questionnaire distributed to women aged 18 to 75 living in the Provence-Alpes-Côte-D'azur region from February to September 2018.

Results : Out of 531 women interviewed, the consultation frequencys and screening patterns did not always follow the HAS's (Haute Autorité de Santé) recommendations. Women's knowledge regarding the content of preventive gynecological care was generally right, but were poor concerning the screening patterns for gynecological cancers. Midwives are less recognized by women as being a competent professional to perform gynecological monitoring of prevention, compared to general practitioners and gynecologists. Many women deplore the lack of information about midwives' skills, this is the main reason why four out of ten women would not consider consulting a midwife for preventive gynecological care.

Conclusion : This study highlighted the lack of knowledge of women about preventive gynecological care, and midwives skills and their possibility to carry out routine monitoring. Improving women's information seems to be an effective lever to improve their monitoring and integrate the midwives into the heart of preventive gynecology, in collaboration with gynecologists and general practitioners.

Key words : preventive gynecological care, midwives, knowledge, skills