



HAL
open science

**Suivi gynécologique de prévention en milieu rural :
difficultés rencontrées et place de la sage-femme : Étude
qualitative auprès de femmes ayant consulté une
sage-femme dans le département du Cher**

Adeline Duranthon

► **To cite this version:**

Adeline Duranthon. Suivi gynécologique de prévention en milieu rural : difficultés rencontrées et place de la sage-femme : Étude qualitative auprès de femmes ayant consulté une sage-femme dans le département du Cher. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03176475

HAL Id: dumas-03176475

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03176475>

Submitted on 22 Mar 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE CLERMONT-FERRAND

UNIVERSITÉ DE CLERMONT - AUVERGNE

Suivi gynécologique de prévention en milieu rural : difficultés rencontrées et place de la sage-femme

Étude qualitative auprès de femmes ayant consulté une sage-femme dans le département
du Cher.

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR

DURANTHON Adeline

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2020



**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITÉ DE CLERMONT - AUVERGNE

**Suivi gynécologique de prévention en milieu rural :
difficultés rencontrées et place de la sage-femme**

Étude qualitative auprès de femmes ayant consulté une sage-femme dans le département
du Cher.

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR

DURANTHON Adeline

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2020

Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement toutes les personnes qui m'ont menées jusqu'ici ...

Mme Inès Parayre, ma directrice de mémoire, pour avoir cru en moi, m'avoir soutenue, aidée et conseillée,

Mme Sabine Pacaut qui, après m'avoir formée, m'a offert l'opportunité de me guider jour après jour dans l'exercice de sage-femme libérale à ses côtés, et qui a accepté de participer au recrutement des patientes,

Mme Nathalie Pinol et Manuela De Carvalho, pour leur contribution lors de mes recherches et de l'élaboration de ma bibliographie,

Toutes les patientes qui ont accepté de donner de leur temps pour la réalisation des entretiens,

Mes amies, Marion, Mélissa, Caroline pour leurs pensées positives et leurs bons conseils,

Emilie, si précieuse par sa présence, son aide et son soutien inébranlable durant toutes ces années de formation,

Julie, ma belle-sœur, pour tout l'enrichissement qu'elle m'a apportée grâce à son investissement et son partage de connaissances, ainsi que Chantal, ma belle-mère pour la toute dernière relecture,

Claire, pour ses talents de traductrice,

Ma mère ainsi que mes sœurs, Virginie et Sophie, pour leurs judicieux conseils mais surtout pour m'avoir aidée à traverser toutes les difficultés de ses dernières années,

Mon père, parti trop tôt, pour qui j'avance chaque jour en espérant le rendre fier,

Mon conjoint, François, sans qui rien n'aurait été possible, qui en plus de son amour, m'a offert tout son temps et son soutien jours et nuits,

Enfin, ma plus grande force, mes enfants, pour qui je donnerai tout, Lola et Elliot.

**« C'était mal me connaître que d'imaginer que j'abandonnerais la
partie dès les premiers obstacles »**

Simone Veil

GLOSSAIRE

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

ARS : Agence Régionale de Santé

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

DIU : Dispositif Intra-Utérin

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

FCV : Frottis Cervico-Vaginal

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

INCa : Institut national du cancer

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRADO : Programme de Retour A Domicile Organisé

ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique

RPC : Recommandation pour la Pratique Clinique

RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

SGP : Suivi Gynécologique de Prévention

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. REVUE DE LITTÉRATURE	3
1.1. Suivi gynécologique en milieu rural	3
1.1.1. Suivi gynécologique de prévention.....	3
1.1.2. Accès aux soins de premiers recours	5
1.1.3. État des lieux en milieu rural.....	8
1.1.4. Situation en Centre - Val de Loire	11
1.2. Place de la sage-femme dans le suivi gynécologique de prévention	13
1.2.1. Compétences des sages-femmes et législation	13
1.2.2. Tendances et projections démographiques de la profession	16
1.2.3. Disparités interrégionales – Situation en Centre - Val de Loire.....	18
1.2.4. Information et communication sur la place de la profession	20
2. ÉTUDE ET OBJECTIFS	24
2.1. Objectifs	24
2.2. Type, durée et lieu de l'étude	24
3. MÉTHODE	24
3.1. Échantillon de l'étude	24
3.2. Mode de recueil des données	25
3.3. Déroulement de l'étude.....	26
3.4. Mode d'analyse des données.....	26
3.5. Aspects éthiques et réglementaires.....	27
4. RÉSULTATS	28
4.1. Présentation des entretiens et des participantes	28
4.2. Analyse des entretiens	29
4.2.1. Accès et modalités du suivi gynécologique en milieu rural.....	29
Première consultation gynécologique	29
Choix des professionnels.....	30
Qualité du suivi	33
4.2.2. La place de la sage-femme	38
Connaissances de la profession	38
Motivations de leur première consultation avec la sage-femme	40
L'opinion des femmes	41
5. DISCUSSION	44
5.1. Critique de l'étude	44
5.1.1. Atteinte de l'objectif.....	44
5.1.2. Intérêts et points forts.....	44
5.1.3. Limites de l'étude	45
5.2. Discussion des résultats	46
5.2.1. La population étudiée	46
5.2.2. Modalités d'accès et de suivi gynécologique	47
La première consultation gynécologique	47
Le professionnel de santé choisi pour la suite du suivi gynécologique	49
Conformité du suivi aux recommandations.....	52
5.2.3. Les difficultés rencontrées en milieu rural	53
Les freins liés à l'accessibilité	53
Les freins liés à la patiente	56
5.2.4. L'opinion des femmes sur la place de la sage-femme	57
Connaissances des femmes sur la profession	57
L'importance d'une sage-femme à proximité.....	59
Appréciation des femmes interrogées	61
5.3. Ouverture et projet d'action	63
CONCLUSION	66
BIBLIOGRAPHIE / ANNEXES	

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les sages-femmes ont vu leurs compétences en gynécologie s'élargir ces dernières années notamment à travers la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de juillet 2009. Cette loi aux enjeux majeurs a pour but de répartir de façon plus égalitaire l'offre de soins sur le territoire et de développer une politique de prévention et de santé publique (1).

En France, le suivi gynécologique de prévention (SGP) est recommandé une fois par an. Il peut être réalisé auprès d'un gynécologue, d'un médecin généraliste ou d'une sage-femme pour les femmes en bonne santé (2).

On constate une répartition hétérogène des médecins spécialistes tels que les gynécologues sur le territoire français. Par exemple, certains départements comptent moins de six gynécologues pour 100 000 femmes, selon les chiffres révélés par la direction de la recherche de l'évaluation et des statistiques (DREES 2015). Cependant le nombre de sages-femmes libérales, lui ne cesse de croître ces dernières années. Malgré cette évolution croissante, on observe toujours de fortes disparités concernant la régularité du suivi gynécologique, ceci pouvant être dû à une méconnaissance du rôle des sages-femmes dans le suivi gynécologique de prévention (3).

L'objectif principal de cette étude est de mettre en évidence les modalités d'accès et les difficultés rencontrées par les femmes vivant en milieu rural lors de leur suivi gynécologique. Nous avons également recueilli leur opinion au sujet de leur suivi gynécologique réalisé à présent par la sage-femme.

Dans un premier temps, une revue de littérature présentera le suivi gynécologique de prévention en milieu rural en développant le contexte actuel de l'offre de soin en France et en région Centre Val de Loire. Puis la place de la sage-femme dans le suivi gynécologique sera évoquée en détaillant l'extension de leurs compétences ainsi que le développement des cabinets libéraux dans ces zones isolées.

Dans un second temps, l'étude et ses objectifs seront présentés, la méthode de recherche sera décrite.

Enfin les entretiens réalisés auprès des patientes seront analysés, les résultats seront discutés et des projets d'actions seront mis en perspective.

REVUE DE LITTERATURE

1. REVUE DE LITTÉRATURE

1.1. Suivi gynécologique en milieu rural

1.1.1. *Suivi gynécologique de prévention*

Le dictionnaire français Larousse définit la gynécologie comme étant une « spécialité médicale consacrée à l'étude de l'organisme de la femme et de son appareil génital, du point de vue tant physiologique que pathologique ».

Le suivi gynécologique, lui désigne la réalisation d'un contrôle préventif régulier de l'organisme féminin et de l'appareil génital, auprès d'un professionnel de santé compétent.

Dès la puberté, il est recommandé aux femmes de consulter un professionnel de santé au moins une fois par an pour son suivi gynécologique. Cette prévention n'a donc pas de caractère obligatoire contrairement au suivi de grossesse.

Le suivi gynécologique de prévention permet d'accompagner la femme tout au long de sa vie, en particulier lors de certains événements comme la puberté, les premiers rapports sexuels, la grossesse, la période périnatale ainsi que la ménopause. Il a pour objectif de réaliser la prescription et le suivi de la contraception, la prévention et le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, le dépistage et traitement de toute autre pathologie gynécologique : problèmes de saignements, de sexualité ou de psychosexualité, d'infections sexuellement transmissibles (IST), d'infertilité, d'interruption volontaire de grossesse (IVG), ou de pathologie mammaire (4).

Les consultations de suivi gynécologique de prévention comportent :

- **un interrogatoire**, particulièrement important pour la recherche des antécédents familiaux et personnels susceptibles de placer la patiente dans une population à risque (de cancer du sein, de pathologies cardio-vasculaires...), les pathologies connues (hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie...)

- **un examen clinique**, en deux temps comprenant un examen général et un examen gynécologique,

- **la prescription d'éventuels examens complémentaires** (5).

Lors d'une première consultation de SGP, les antécédents gynécologiques sont repris minutieusement. Le professionnel de santé doit s'intéresser à l'âge de la ménarche, à la description des cycles et des menstruations, au dernier frottis cervico-vaginal (FCV) ou encore à la vaccination contre le cancer du col de l'utérus. La sexualité est abordée ainsi que la contraception en vue d'un éventuel renouvellement ou d'un changement de méthode contraceptive. A la suite de cet interrogatoire à lieu l'examen clinique qui comprend un examen général (taille, poids, indice de masse corporelle, tension artérielle, pouls), un examen abdominal et un examen des seins. A cela s'ajoute un examen gynécologique, avec la pose d'un spéculum afin d'observer l'aspect du col utérin, de la glaire cervicale et du vagin selon les circonstances de l'examen et l'âge de la patiente. Si nécessaire, un FCV est réalisé. Enfin, le professionnel effectue un toucher vaginal combiné au palper abdominal, à la recherche de masse ou de douleur à la mobilisation utérine. Si la patiente n'a pas encore eu de rapport sexuel, l'examen se limitera à l'examen général sauf en cas de pathologies nécessitant des gestes spécialisés.

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

Pour une homogénéité des pratiques, les professionnels prescrivant la contraception peuvent s'appuyer sur les recommandations pour la pratique clinique (RPC) de la Haute Autorité de Santé (HAS) publiée en 2013. Ces RPC indiquent par exemple quels contraceptifs prescrire en première intention, rappellent leurs efficacités respectives ou encore la conduite à tenir devant un échec de contraception (6). Concernant la prévention et le dépistage des cancers gynécologiques la HAS recommande d'effectuer :

- ✚ un frottis tous les trois ans à partir de 25 ans (sauf les deux premiers à un an d'intervalle),
- ✚ la vaccination contre le papillomavirus humain à partir de 11 ans,
- ✚ une mammographie tous les deux ans à partir de 50 ans (7).

En France, les professionnels pouvant effectuer ce suivi sont :

- les médecins généralistes,
- les gynécologues,
- les sages-femmes pour la femme ne présentant aucune pathologie.

Ces praticiens sont consultables en accès direct. Le patient peut consulter ces spécialistes sans avoir été orienté par son médecin traitant au préalable. Le patient est considéré comme étant dans le parcours de soins coordonnés, ainsi la prise en charge par la sécurité sociale sera classique à hauteur de 70 % (8). Le tarif conventionnel de ces consultations par une sage-femme ou un médecin traitant est de 23 euros contre 28 euros par un gynécologue (avec une majoration de deux euros pour les sages-femmes) (9).

1.1.2. Accès aux soins de premiers recours

Les soins de premier recours aussi appelés soins primaires ou soins de proximité, représentent le premier niveau de contact entre la population et le système de santé. En France, on pense souvent aux médecins généralistes mais aucun professionnel n'est exclu de la définition. Même s'il est vrai que ce dernier, le plus souvent choisi comme médecin traitant, joue un rôle particulier en tant qu'acteur pivot de l'offre de soin de proximité (10).

La France est le deuxième pays le plus peuplé d'Europe. Sa population est fortement concentrée dans certains départements notamment ceux d'Île-de-France, du Nord, et des Bouches-du-Rhône. Les départements dont la population décroît se concentrent dans le centre et le nord-est de la France métropolitaine, renforçant la diagonale du vide. Appelée aussi « diagonale de faible densité », c'est une large bande du territoire français allant de la Meuse aux Landes où les densités de population sont relativement faibles par rapport au reste de la France. On constate que cette diagonale concerne essentiellement le milieu rural.

Il n'existe pas de définition unanime définissant un milieu rural. En revanche, certaines caractéristiques de ce territoire sont partagées telles que la faible densité et la prééminence de l'activité agricole. L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) définit l'espace rural comme des zones dont la densité est inférieure à 150 habitants/km². Elle s'accorde à dire avec le Conseil de l'Europe, qu'il

s'agit d'un ensemble des zones situées en dehors des grands centres urbanisés (11). Jusqu'en 2011, l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) qualifiait le milieu rural comme un espace à dominante rurale, ou espace rural, qui regroupe l'ensemble des petites unités urbaines et communes rurales n'appartenant pas à l'espace à dominante urbaine (pôles urbains, couronnes périurbaines et communes multipolarisées). Désormais, elle définit le milieu rural comme les territoires se caractérisant en termes d'emplois (12).

Les espaces ruraux connaissent depuis une quinzaine d'années de profondes transformations les rapprochant des espaces urbains. Un nouveau dynamisme démographique s'accompagne d'une évolution des modes de vie, des comportements et des attentes des populations rurales en termes d'équipements et de services, se calquant désormais sur celles des populations urbaines. Ainsi en matière de services, la première attente des habitants des territoires ruraux concerne l'accès aux soins. Or, des limites apparaissent face au système de délivrance des soins dans de nombreuses régions dues aux facteurs suivants (13) :

- les densités médicales rurales sont inférieures à celles des villes. Cela concerne les médecins, généralistes et spécialistes, et tous les autres professionnels de santé. On constate une diminution de l'offre de travail des médecins libéraux due à une nouvelle génération de médecins qui aspirent à des carrières hospitalières et une croissance des médecins poursuivant leur exercice pendant leur retraite ;

- de nombreuses régions rurales de faible densité de population souffrent d'un éloignement des praticiens spécialistes et des structures hospitalières. On parle de plus en plus de désertification médicale ;

- les conditions d'exercice des médecins en milieu rural se dégradent. Ils rencontrent des difficultés pour organiser leurs remplacements et pour mettre à jour leurs connaissances. Les territoires ruraux manquent d'attractivité pour les professionnels de santé et pour leurs familles ;

- la demande de soin ne cesse de croître, en raison du vieillissement des populations de certaines régions, du développement des maladies chroniques ainsi que de l'arrivée de familles avec des jeunes enfants. On observe un vieillissement de la population française lié à l'arrivée aux âges élevés des générations du « baby-boom ». Les personnes de moins de 20 ans représentent un peu moins d'un quart de la population

de la France entière, ceux de 20 à 59 ans un peu plus de la moitié et les 60 ans et plus un peu plus du quart (chiffre en croissance continue) (14).

On peut penser que la difficulté d'accès aux soins primaires s'accroîtra dans les années à venir, avec des évolutions qui tendent à aggraver la situation actuelle y compris en termes de délai d'attente pour obtenir un rendez-vous. Selon les chiffres de Médecins du Monde, 50 % des personnes rencontrées sur des territoires ruraux, ont renoncé à un soin au cours des 12 derniers mois. 43 % de la population vivant en milieu rural déclare rencontrer des difficultés financières pour se faire soigner. 48 % évoquent des difficultés administratives pour finaliser leurs démarches de santé, 34 % évoquent des difficultés de transport (15).

Aujourd'hui, la pauvreté concerne plus de trois millions de personnes en France, soit 14,3 % de la population. La part des personnes en situation de précarité ne cesse d'augmenter et les inégalités sociales de santé de s'accroître. Ces indicateurs témoignent des difficultés d'accès aux soins des plus pauvres et de la réalité du retard ou du non-recours aux soins. Ce phénomène peut malheureusement être accentué en milieu rural où certaines zones sont affectées par l'inégale répartition de l'offre de soin, par le retrait progressif des services publics et par la diminution des réseaux de transport en commun contribuant à l'isolement des populations en difficulté.

Dans son dernier portrait des professionnels de santé, la DREES note que l'accessibilité à des spécialistes est « d'autant plus faible que l'on s'éloigne des pôles et que les pôles sont de moindre importance ». Pour l'accès aux gynécologues, l'offre disponible dans les grands pôles urbains est de sept à neuf fois supérieure à celle disponible dans les communes isolées, dans lesquelles on ne dénombre, dans cette spécialité, qu'un équivalent temps plein pour 100 000 habitants (16). C'est le patient qui se déplace systématiquement pour avoir recours à un gynécologue. La moitié des consultations a lieu à moins de 15 minutes de la commune de résidence, mais un quart a lieu dans une commune située à plus de 30 minutes.

Il se peut que les patients ne consultent pas le professionnel le plus proche pour plusieurs raisons.

- Le professionnel le plus proche peut être peu disponible, compte tenu d'une demande de soins excédant largement l'offre dans son rayon d'exercice ; le patient peut alors être amené à consulter un professionnel plus éloigné.

- Près des deux tiers des consultations qui ne se font pas au plus proche ont lieu dans une commune plus grande en matière de population ou d'emplois. Pour le gynécologue, elles ont lieu à près de 80 % dans une commune plus peuplée ou ayant plus d'emplois que la commune équipée la plus proche.

- Ce peut être notamment dans une commune sur le chemin ou le lieu de travail. C'est une opportunité d'accès à d'autres équipements présents dans les grandes villes.

- Une meilleure réputation du professionnel ou la fidélité du patient à un médecin traitant, surtout pour les patientes plus âgées et habituées à un médecin « de famille » est aussi retrouvé comme argument.

Lorsque les patientes ne se rendent pas au plus proche, le temps supplémentaire parcouru est de l'ordre d'une vingtaine de minutes pour les gynécologues (16).

L'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) est un nouvel instrument de mesure des disparités d'offre de soins. Développée par la DREES et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), l'APL propose une nouvelle mesure de l'accessibilité spatiale aux professionnels de santé libéraux. Elle dépasse et complète la simple mesure de distance au professionnel le plus proche. Elle prend en compte les déséquilibres potentiels entre l'offre et la demande de soins. Un professionnel est considéré comme accessible s'il exerce dans une commune située à moins de 15 minutes pour les médecins généralistes et à moins de 45 minutes pour les gynécologues. Le niveau d'activité des professionnels de santé est aussi pris en compte, grâce à l'utilisation d'équivalents temps plein (ETP). Elle intègre la demande de soins, en tenant compte des besoins différenciés selon l'âge (17).

1.1.3. État des lieux en milieu rural

Selon des projections récentes, si les comportements et la législation actuelle se poursuivent de cette façon, les effectifs de médecins libéraux tendront à diminuer jusqu'en 2027 (soit une perte de 24 % en médecins libéraux par rapport à 2012) (18).

En 2019, sept médecins généralistes sur dix estiment que l'offre de médecine générale dans leur zone d'exercice est insuffisante, et près de quatre sur cinq s'attendent à une baisse de cette offre dans les années à venir (19). La conséquence des départs en retraite des nombreux médecins formés avant l'instauration du *numerus clausus* (soit le nombre d'étudiants qui rentre en formation chaque année) dans les années soixante-dix,

ajoutée à la croissance de la population française, se traduira mécaniquement par une densité de médecin plus faible au niveau national (20). De plus, on observe une pénurie de gynécologues médicaux qui sévit depuis plusieurs années. L'arrêt de la formation spécifique à la gynécologie médicale en 1984 pendant près de 16 ans, pour des raisons économiques, les cessations d'activité, la désaffectation de la gynécologie obstétrique par les jeunes médecins a créé une diminution importante de l'effectif des gynécologues (21). Certains départements comptent moins de dix gynécologues obstétriciens pour 100 000 femmes. Selon les chiffres de la DREES le nombre de gynécologues médicaux a chuté de 42 % en dix ans.

Ainsi une étude de la DREES de janvier 2020, nous montrait que trois médecins généralistes sur dix déclarent se spécialiser en gynécologie dans 49 % des cas afin d'adapter leur pratique face à la baisse de spécialistes et aux difficultés d'orientation des patients (19). Les médecins généralistes de zones sous dotées, bénéficieraient davantage de formations relatives à la gynécologie que leurs confrères des autres zones. On constate que 37,2 % des médecins généralistes des zones sous dotées déclarent avoir effectué un stage hospitalier de gynécologie-obstétrique de troisième cycle (internat) contre seulement 29,5 % dans les autres zones (20). De ce fait, on constate qu'une proportion significativement plus élevée de médecins généralistes des zones moins dotées déclare que les suivis de grossesses et les suivis gynécologiques hors grossesse font partie de leur mission. Aussi, dans ce contexte, l'assurance maladie a mis en place la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) qui contribue à faire évoluer les pratiques pour atteindre les objectifs de santé définis par la convention. La ROSP du médecin traitant libéral et conventionné permet de valoriser l'atteinte d'objectifs ainsi que la progression réalisée. Elle est orientée sur trois points, dont un sur la prévention comprenant le dépistage du cancer du sein ou du col de l'utérus (22).

Pourtant une étude récente sur le comportement et les pratiques des médecins nous révélait que l'item relatif à la prévention des cancers du col de l'utérus de la ROSP, était significativement moins « réussi » par les médecins généralistes des zones les moins dotées (20). Ceci est dû à un cumul de difficultés. Les zones peu dotées en médecins généralistes sont également peu dotées en gynécologues. 68 % de la population dont l'accessibilité aux médecins est « faible » a également une accessibilité aux gynécologues « faible » entraînant de ce fait une plus grande difficulté à valider l'item de la ROSP relatif au dépistage du cancer du col de l'utérus (DREES 2016) (23).

En relation directe avec le manque de professionnel, une étude réalisée en 2019, nous montre que, comme pour la plupart des spécialistes, les délais d'attente pour décrocher un rendez-vous de gynécologie médicale sont de plus en plus importants, en particulier dans l'ouest et le centre de la France. Ainsi, faute de gynécologues disponibles, certaines femmes ne peuvent même plus prendre rendez-vous dans leur département.

A ce jour, en moyenne, une femme sur trois n'a pas eu de consultation de gynécologie au cours des trois dernières années et une femme sur quatre attend cinq mois ou plus avant de voir un gynécologue. L'enquête Harris Interactive confirmait ces disparités géographiques importantes en matière de délais d'attente pour une consultation gynécologique : s'il fallait compter 33 jours d'attente en moyenne pour obtenir un rendez-vous dans la zone Paris-Hauts-de-Seine, les patientes devaient attendre 73 jours dans le centre de la France (24).

En ce qui concerne la fréquence de réalisation de l'examen gynécologique (comprenant un examen clinique des seins, un toucher vaginal, une pose de spéculum...) par les médecins généralistes, elle serait plus faible dans les zones sous dotées. Ainsi, les patientes dans ces zones bénéficieraient d'un suivi gynécologique moins soutenu que dans les zones mieux dotées en médecins généralistes ou spécialistes.

Tableau I: Fréquence de consultations pour les suivis gynécologiques

	Suivis de grossesse		Suivis gynécologiques(hors grossesse)	
	Zones les moins dotées (N = 127)	Autres zones (N = 1139)	Zones les moins dotées (N = 127)	Autres zones (N = 1139)
Au moins une fois par jour	0,22 %	0,54 %	10,34 %	7,71 %
Au moins une fois par semaine	11,12 %	10,33 %	46,67 %	48,12 %
Au moins une fois par mois	29,14 %	27,64 %	27,14 %	26,42 %
Au moins une fois par trimestre	17,58 %	17,55 %	9,12 %	7,64 %
Moins/jamais	41,94 %	43,63 %	6,73 %	9,83 %

Soit N le nombre de médecins. Sources DRESS, URPS-ML et ORS PACA, pays de la Loire et Poitou-Charentes, panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, avril-juillet 2014

L'Institut national du cancer (INCa) confirme qu'il existe un lien entre la faible densité médicale et le dépistage du cancer du col non régulier par le frottis ainsi qu'un lien entre l'habitat rural et l'absence de suivi gynécologique (25).

En revanche, selon l'enquête Harris Interactive, interrogeant les médecins généralistes sur les fréquences des échanges qu'ils avaient avec d'autres professionnels de santé à propos des suivis gynécologiques (soit avec d'autres médecins généralistes, des gynécologues, des sages-femmes, des professionnels des centres de protection maternelle et infantile (PMI) ou encore des radiologues dans le cadre du dépistage du cancer du sein), en zones moins dotées, ne déclaraient pas des fréquences d'échanges inférieures. De ce point de vue, on ne pouvait donc pas dire qu'ils travaillaient d'une manière plus isolée que leurs confrères.

1.1.4. Situation en Centre - Val de Loire

La région Centre - Val de Loire regroupe deux millions et demi d'habitants avec une densité de 66 habitants/km² (équivalent à la moitié de la moyenne nationale), faisant d'elle une des régions les moins peuplées de France métropolitaine. Elle est composée essentiellement de départements dits ruraux, se caractérisant par une densité de population relativement faible, un paysage à couverture végétale prépondérante et en dehors de zones urbanisées. C'est le cas du département du Cher qui a une densité moyenne de 42,45 habitants/km² (26,27).

Dans ce département on compte 897 médecins inscrits au tableau de l'ordre au 1^{er} janvier 2018 soit 10 % des médecins de la région Centre - Val de Loire (28).

Tableau II: Données sur la démographie des généralistes et gynécologues dans la région du Centre - Val de Loir.

Département	Nb de Médecins Généralistes y compris MEP	Densité MG y compris MEP pr 100.000 hab.	Nb de MG sans Savoir Faire Complémentaire	Nb de MG avec Savoir Faire Complémentaire	Nb de MG avec Compétence Acupuncture/Homéopathie	Nb de Gynécologues	Densité Gynéco pr 100.000 Femmes 16-59 ans
18	198	64,47	153	45	8	18	23,07
28	258	59,46	210	48	9	21	18,10
36	163	68,45	127	28	8	8	14,51
37	581	95,84	472	109	21	35	20,91
41	250	75,13	208	44	13	12	14,18
45	457	67,77	385	72	11	39	21,24
Région	1878	72,85	1543	335	68	133	19,42

Source: RPPS/INSEE 27/02/2020

Selon un sondage réalisé en février 2019, consulter un gynécologue restait difficile dans la région. La moitié des femmes de plus de 50 ans résidant en Centre - Val de Loire n'avaient pas consulté de gynécologue durant les trois dernières années. C'est au-dessus de la moyenne nationale (45,5 %). Un record qui concernait également la catégorie des 15 - 49 ans avec 34,8 % des femmes qui étaient restées sans consulter pendant plusieurs années (soit quatre points au-dessus de la moyenne nationale) (24).

La pénurie de spécialistes et les délais d'attente trop longs sont les premières causes avancées pour expliquer la désertion des cabinets de consultations gynécologiques dans cette région considérée comme l'un des tout premiers déserts médicaux de France. Les délais atteignent 84 jours, alors qu'il faut compter 20 jours de moins en moyenne en France. Pour obtenir un rendez-vous chez un généraliste, cette fois, les délais d'attente tombent à huit jours en moyenne. Un temps qui paraît dérisoire comparé à celui des spécialistes.

Or, on sait que le suivi gynécologique régulier reste la méthode la plus efficace pour la détection des cancers précoces du sein et de l'utérus. Pour remédier à la situation, la région réfléchit notamment à la mise en place de consultations de télé-médecine. Mais, les patientes seront d'autant plus pénalisées qu'elles habitent en milieu rural, zone qui la plupart du temps n'est desservie que par une connexion internet insuffisante voire inexistante. Dans cette région, une surmortalité liée au cancer du sein a d'ailleurs été observée dans les départements du Cher et de l'Eure-et-Loir (plus 8 % par rapport à la moyenne nationale). Selon une enquête de 2016 menée par santé publique France ceci était probablement lié à un diagnostic plus tardif et une prise en charge moins efficace indépendamment du stade au moment du diagnostic (29).

Face à la diminution du nombre de médecins généralistes et de gynécologues sur ce territoire, les sages-femmes ont un rôle prépondérant à jouer auprès de ces patientes ne présentant pas de pathologie.

On peut donc s'interroger sur l'évolution et l'adaptation récente de la profession pour pallier ce manque d'accès aux soins de proximité.

1.2. Place de la sage-femme dans le suivi gynécologique de prévention

Dans le cadre des grandes orientations de la Stratégie Nationale de Santé et du Pacte Territoire Santé, différentes mesures gouvernementales sont venues renforcer la place et le rôle des sages-femmes dans notre système de santé.

1.2.1. Compétences des sages-femmes et législation

La profession de sage-femme est une profession médicale à part entière mais à compétences définies. Ces dernières sont précisées par le code de la santé publique. Les professions médicales sont les seules pouvant exercer des actes médicaux à proprement parlé et ayant un droit de prescription ne devant pas dépasser le cadre de leurs compétences.

Cette profession ordinale, depuis 1945, est aussi réglementée par le code de déontologie édité par le Conseil National de l'ordre des sages-femmes (CNOSF) (30).

Spécialistes de la grossesse physiologique, les sages-femmes interviennent à toutes les étapes : en consultation pour assurer son suivi, en salle de naissance lors de l'accouchement puis en suites de couches pour surveiller le rétablissement de la mère et le bon développement de l'enfant (article L. 4151-1 du Code de la santé publique). Elles doivent également être capables de dépister les pathologies ou les situations « à risque » et faire appel à un médecin si nécessaire (article L. 4151-3). Avec la publication de la loi du 9 août 2004, elles sont autorisées à faire la déclaration de grossesse et à pratiquer l'examen post-natal si l'accouchement s'est déroulé normalement. En *post-partum* elles sont aptes à pratiquer la rééducation du périnée.

Article L.4151-1 du Code de la santé publique

« L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention ainsi que d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique. »

A cette surveillance obstétricale se rajoute, depuis la loi HPST du 21 juillet 2009, des compétences de suivi gynécologique de prévention et de prescription de

contraception auprès de toutes les femmes en bonne santé. En 2016, deux nouvelles dispositions étendent leurs compétences, visant à renforcer leur rôle en matière de prévention et de prise en charge des femmes et des enfants : la prescription des interruptions volontaires de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse et la vaccination de l'entourage de la mère et du nouveau-né (31). La loi relative à la santé publique du 9 août 2004 autorisait déjà les sages-femmes à prescrire la contraception, mais uniquement dans des conditions particulières, telles que le *post-partum*, le *post-abortionum* ou dans le cadre de la contraception d'urgence. Leur champ de prescription était limité aux contraceptions (œstroprogestatives ou micro-progestatives), aux dispositifs cutanés ou transmuqueux (patch ou anneaux) et aux contraceptions mécaniques et naturelles (32). Ainsi, depuis la loi HPST, les sages-femmes voient leur champ de prescription s'étendre à toute la vie génitale de la femme en bonne santé. Elle leur offre la possibilité de prescrire, poser et retirer d'autres dispositifs contraceptifs tels que les dispositifs intra-utérin (DIU) ou les implants contraceptifs. Les sages-femmes peuvent également prescrire, délivrer et administrer des contraceptifs auprès de patientes mineures, ceci en dehors de tout recueil obligatoire au préalable, du consentement des titulaires de l'autorité parentale (33).

Depuis l'arrêté du 17 octobre 1983, les sages-femmes réalisent les frottis et avec la loi HPST, elles réalisent aussi le dépistage du cancer du sein, la vaccination contre le papillomavirus et la prescription des examens complémentaires nécessaires à l'activité gynécologique (dépister les infections sexuellement transmissibles, analyser les taux de cholestérol et autres indicateurs afin de vérifier que la méthode de contraception choisie ne mette pas en danger la patiente) (2).

Elles ont un rôle important d'information et d'écoute. Par exemple, lors d'une première consultation avec une adolescente, elle approche la fonctionnalité de son corps, la possibilité de grossesse, donne des outils pour bien vivre sa sexualité et aussi prévenir les grossesses non désirées. Cela passe essentiellement par le dialogue.

De plus, avec cette place si particulière dans la vie des femmes, la profession est en première ligne pour dépister les violences faites aux femmes ; elles sont au cœur de l'intimité.

Leur formation a donc été adaptée afin de permettre la mise en place d'une offre de soins de qualité pour les femmes en bonne santé. Le référentiel de formation s'appuie

sur le référentiel métier et compétences des sages-femmes. Les étudiants sages-femmes bénéficient d'un enseignement théorique à travers l'unité d'enseignement « gynécologie - santé génésique des femmes et assistance médicale à la procréation » dont les objectifs généraux sont retrouvés dans l'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de sage-femme (annexe 2) (34).

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

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

Cette formation théorique est complétée par des stages de pratiques cliniques. L'enseignement clinique a lieu dans les structures telles que les centres de planification, les centres d'orthogénie, les cabinets libéraux ou les établissements de santé publics ou privés.

Si les sages-femmes étaient déjà formées en gynécologie lors du précédent programme fixé par l'arrêté du 11 décembre 2001, le programme de 2011 a permis de revaloriser la formation clinique afin de permettre une pratique future de ces consultations. La formation clinique a en effet été multipliée par deux voire trois et demi en fonction des écoles de sages-femmes puisqu'elle passe de 120 heures en 2001 à 240 à 420 heures en 2011 (35).

A ce jour, les sages-femmes peuvent donc assurer la totalité du suivi gynécologique et obstétrical des femmes en bonne santé tout au long de leur vie. Ceci a permis la mise en place de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention dans les cabinets de sages-femmes libérales et dans les centres de protection maternelle et infantile où les sages-femmes désiraient développer cette activité, ainsi que dans certains hôpitaux.

L'évolution des textes réglementaires traduit le fait que leurs missions, leur rôle et leur mode d'exercice sont en pleine mutation, laquelle s'opère de façon concomitante à une très forte augmentation de l'effectif de sages-femmes, en particulier au mode d'exercice libéral.

1.2.2. Tendances et projections démographiques de la profession

En 2018, on dénombre 22 812 sages-femmes exerçant en France et une densité moyenne de 156,6 sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans (source RPPS / DREES) (36).

On constate une croissance importante des sages-femmes actives depuis les 20 dernières années, engendrée par la gestion du *numerus clausus*, permettant ainsi d'améliorer la prise en charge de la périnatalité et du suivi gynécologique tout en palliant la diminution annoncée du nombre de médecins gynécologues (37).

En effet, l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS), qui depuis 2013 est en charge de proposer aux ministres de la Santé et de l'Enseignement supérieur le nombre d'étudiant(e)s sages-femmes à former, constate que le flux entrant semble être en contradiction avec ce qui résulte de deux projections démographiques :

- les projections réalisées par la DREES qui montrent une forte augmentation de l'effectif de sages-femmes,
- les projections de l'INSEE qui montrent en revanche une stabilisation, voire une baisse du nombre de naissances.

Dans des temps plus récents, c'est l'élargissement du champ de compétences des sages-femmes à la santé génésique qui a été invoqué comme étant susceptible d'absorber cette croissance et d'éviter le possible chômage des nouvelles diplômées (38).

En réponse à cette évolution, mais aussi par envie d'une pratique autonome chez certaines professionnelles qui souhaitent exercer pleinement toutes les compétences de la sage-femme, l'exercice libéral se développe très rapidement.

Les statistiques des professions de santé de la DREES donnent un ordre de grandeur du poids relatif de chaque type d'exercice : le métier de sage-femme demeure principalement exercé en établissement de santé.

Parmi les sages-femmes actives en France :

- 63 % sont salariées hospitalières,
- 37 % exercent en ville dont
 - 21 % sont exclusivement libérales
 - 10 % exercent une activité mixte
 - 6 % ont une activité autre : PMI, centre de planification...

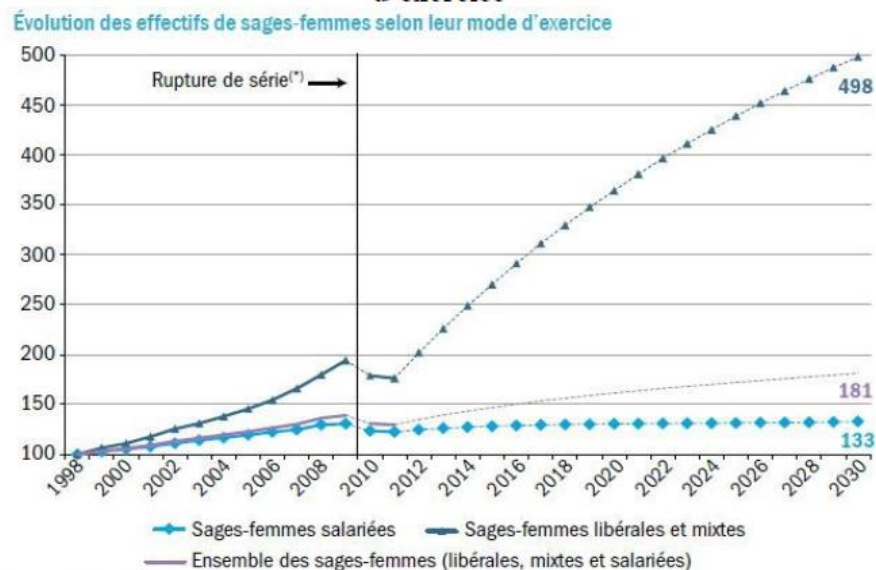
La part des sages-femmes en ville a déjà fortement augmenté au cours des 20 dernières années, passant de 14,3 % en 1998 (Répertoire Adeli 1998) à 37 % en 2018. La composante libérale et mixte est majoritaire et ce malgré un taux de croissance important des salariées en centre de PMI lequel demeure toutefois inférieur à la croissance des effectifs en cabinet. L'autre fait notable réside dans la part croissante des installations en cabinet de groupe (38).

Cette mutation professionnelle est expliquée par une augmentation de la demande de soins de ville adressée aux sages-femmes liée à la mise en place du PRADO (programme de retour à domicile organisé permettant une surveillance et accompagnement des femmes à la sortie de maternité mis en place par l'assurance maladie), la raréfaction sur certains territoires des médecins gynécologues, l'extension des compétences des sages-femmes hors du champ de la périnatalité, la volonté des pouvoirs publics d'organiser un premier niveau de recours pluridisciplinaire en ville dans lequel les sages-femmes auraient toute leur place.

Selon le CNOSF, sur l'hypothèse de comportements identiques à ceux observés sur la période récente, le nombre de sages-femmes exerçant en ville se situerait en 2030, entre 48 % et 45 % des actives soit de deux à deux fois et demi l'effectif actuel (37).

La DREES, quant à elle estime cette évolution à 36 %, soit une sage-femme sur trois alors que le nombre de sages-femmes salariées devrait rester pratiquement stable (+ 0,4 % par an) (39).

Figure 1: Evolution des effectifs de sages-femmes selon leur mode d'exercice



En raison du faible dynamisme de l'emploi salarié, les sages-femmes ont de plus en plus reporté leur activité sur l'exercice libéral. Si l'exercice libéral reste rare avant 30 ans, c'est sur cette classe d'âge qu'il a augmenté en proportion relative le plus rapidement. Il y a bien un nouvel attrait du libéral dès la sortie d'école ou après une expérience courte du salariat et non seulement un choix sous contrainte. Par rapport à la situation décrite en 2005 par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) qui indiquait une installation libérale en moyenne après dix ans passés comme salariées en établissements, une nouvelle enquête montrait une progression très importante des sages-femmes qui s'installaient en libéral dans les cinq années qui suivaient l'obtention de leur diplôme d'État (DE), et plus encore dans l'année même (40).

En effet si l'âge moyen des sages-femmes actives en France est de 40,3 ans, il est de 42,5 ans pour les sages-femmes libérales contre 39,3 pour les hospitalières (données recueillies par la DREES en 2018).

1.2.3. Disparités interrégionales – Situation en Centre - Val de Loire

Bien que la densité de sages-femmes ait fortement augmenté dans toutes les régions, les écarts entre régions n'ont pas été réduits. La profession de sage-femme n'est

toutefois pas celle qui présente la dispersion la plus forte, mais c'est la seule qui n'a profité d'aucune réduction des écarts en dix ans, si minime soit-elle.

La démographie des sages-femmes présente une disparité très importante entre les régions due à plusieurs facteurs, pyramide des âges, places de *numerus clausus*, mobilité des nouvelles diplômées à l'installation, etc. Ainsi en 2015, le coefficient de variation de la densité de sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans est de 17,4 % entre les régions.

Comme la population prise en charge évolue également différemment selon les régions selon les projections de l'INSEE, les disparités de l'offre de soins interrégionales ne feraient que s'amplifier davantage. Le coefficient de variation de densité passerait de 17,4 % en 2015 à 20,4 % en 2030.

La démographie des sages-femmes a été actualisée récemment se basant sur l'utilisation de la nouvelle méthodologie de zonage nationale, l'APL déterminant ainsi les zones caractérisées par une offre insuffisante de soins et celles caractérisées par une offre trop abondante au regard de la population (41). Concrètement, ce zonage permet la mise en place pour les sages-femmes de contrats en lien avec l'Assurance maladie, afin d'améliorer la répartition des sages-femmes libérales sur l'ensemble du territoire et donne droit à des aides à l'installation dans les zones sous dotées et très sous dotées.

L'ARS Centre - Val de Loire, a mis à jour sa cartographie des zones caractérisées par une offre insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles l'offre est particulièrement élevée concernant la profession de sage-femme dans la région (Annexe 1) (42).

En 2017, le CONSF recensait 893 sages-femmes inscrites dans la région Centre - Val de Loire dont 139 libérales sur 780 actives. Dans le Cher, sur les 79 sages-femmes inscrites au Conseil de l'Ordre, 72 avaient une activité en cours, dont 10 en cabinet libéral exclusivement et cinq en activité mixte (hospitalière et libéral) (43).

La démographie des sages-femmes de la région Centre Val de Loire a été actualisée début 2020 grâce au chiffrage de l'INSEE et on peut constater une croissance du nombre d'installations en cabinet libéral. En février 2020, 17 sages-femmes exerçaient en tant que sage-femme libérale, augmentation aussi constatée au niveau régional avec 67 nouvelles installations.

Tableau III: Données sur l'ensemble des sages-femmes libérales du Centre - Val de Loire

Département	Nb de Sage-femmes	Densité Sage-femmes pr 100.000 Femmes 16-59 ans	Nb de Sage-femmes de moins de 50 ans	Part des moins de 50 ans dans les Sages-Femmes	Densité Sage-femmes moins de 50 ans pr 100.000 Femmes 16-59 ans
18	17	21,79	13	76,47	16,66
28	33	28,45	23	69,70	19,83
36	13	23,57	10	76,92	18,13
37	67	40,02	55	82,09	32,86
41	28	33,10	18	64,29	21,28
45	50	27,24	35	70,00	19,07
Région	206	30,08	153	74,27	22,34

Source RPPS/INSEE 27/02/2020

Comme l'indiquait à plusieurs reprises l'étude du CNOSF relative à l'accès à l'emploi, il était certain qu'il était nécessaire de réfléchir précisément et de manière prospective à ce que devait être l'offre et la densité de sages-femmes jugées optimales pour couvrir les besoins (44).

L'évolution croissante des installations en libérale, augmentant l'accès aux soins de dépistage et de prévention gynécologique, pourrait donc améliorer les délais d'attente en désengorgeant les cabinets des médecins généralistes et gynécologues déjà saturés, et qui aujourd'hui refusent de prendre de nouveaux patients.

Les sages-femmes ont donc un rôle primordial à jouer dans la santé génésique des femmes, en leur offrant une nouvelle prise en charge plus accessible en termes de délai de rendez-vous et de proximité en s'installant dans ces zones sous dotées.

1.2.4. Information et communication sur la place de la profession

Les femmes françaises ont la chance d'avoir un large choix de professionnels à qui confier leur suivi gynécologique et avec qui discuter de leur contraception. Contrairement à d'autre pays d'Europe, où les nouvelles compétences attribuées aux sages-femmes font rarement partie de leur domaine d'activité, hormis en Suède et en Norvège où celles-ci n'ont pas la possibilité de prescrire la contraception.

Face à la difficulté pour certaines femmes de trouver un gynécologue, comme l'évoquait le quotidien *Le Monde* en 2017 dans son enquête, le Conseil National de l'Ordre des sages-femmes a réaffirmé le rôle fondamental de celles-ci (45). Pour des

consultations de suivi de prévention, consulter une sage-femme permettrait de désengorger les cabinets gynécologiques. Elles sont compétentes pour repérer les pathologies et elles se doivent de passer la main dès qu'elles en font le diagnostic (frottis anormal, douleurs pelviennes ou infertilité...). De même, seul un gynécologue-obstétricien sera compétent pour le suivi des femmes avec des antécédents ou une pathologie préexistante (épilepsie, diabète, troubles thyroïdiens, etc.). Il s'agit d'utiliser les spécialistes à bon escient afin de pallier en partie à la pénurie de gynécologues. Mais il semblerait que l'avantage du large choix de praticiens, laisse aussi les femmes face à un choix cornélien. On constate que certaines femmes, encore aujourd'hui, auraient tendance à s'adresser à des professionnels sur-spécialisés alors qu'elles n'en auraient pas l'obligation. De ce fait, comme le propose le Collège National des sages-femmes (CNSF), la HAS pourrait rédiger des recommandations pour le suivi gynécologique, de la même façon que celles faites pour le suivi et l'orientation des femmes enceintes. Cette démarche permettrait aux femmes de mieux identifier les sages-femmes comme acteur de première ligne pour le suivi gynécologique de prévention et les situations relevant de leur compétence. Ces lignes directives pourraient aider les sages-femmes à mieux clarifier les situations médicales nécessitant un suivi pluridisciplinaire sur le plan gynécologique.

Une collaboration entre médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes est primordiale pour une prise en charge efficace des patientes, en particulier en libéral, où un travail en réseau semble incontournable pour les acteurs de la santé des femmes.

Les compétences des sages-femmes sont de plus en plus médiatisées. Malgré un rôle encore parfois méconnu du grand public, le nombre de témoignages de satisfaction des femmes ne cesse d'augmenter. Face à cette méconnaissance persistante des femmes autour du rôle de la sage-femme, une campagne de communication nationale autour de cette profession a débuté le 22 juin 2016.

« Une profession de sages-femmes reconnue, modernisée, médiatisée, c'est un système de santé plus performant et des Françaises et Français mieux protégés. Avec cette campagne, nous permettons à chacune et chacun de mieux connaître la richesse et la diversité de cette profession. » Marisol Touraine.

Elle avait pour objectif de mieux faire connaître la richesse et la diversité de cette profession médicale, à présenter la diversité de leurs compétences et à rappeler leur niveau de qualification (46). Des outils de communication pratiques et pédagogiques ont ainsi été développés en étroite collaboration avec les syndicats de sages-femmes et le Conseil National de l'Ordre des sages-femmes, autour d'un message central, « 5 ans pour devenir sage-femme, un engagement pour la santé des femmes », et d'une accroche originale, « 6 bonnes raisons de consulter une sage-femme » (47).

Problématique :

Aujourd'hui, le problème de l'inégalité d'accès aux soins semble donc se poursuivre voire s'accroître en France. Cette disparité, impliquant une mise en difficulté de la population rurale à consulter pour des soins de prévention ou de dépistage tel que le suivi gynécologique des femmes, nous interroge.

Quelles sont donc les difficultés pouvant être rencontrées par les patientes, vivant en zone médicalement sous dotée tel que le département du Cher, face à la réalisation de leur suivi gynécologique ? Quelles sont les motivations des femmes à consulter une sage-femme pour leur suivi gynécologique de prévention ? Quelle est l'opinion de ces femmes ?

METHODE

2. ÉTUDE ET OBJECTIFS

2.1. Objectifs

L'objectif principal était d'étudier les difficultés pouvant être rencontrées par les femmes pour effectuer un suivi gynécologique régulier et optimal dans un secteur démographiquement sous doté en professionnels de santé, à travers l'opinion des femmes.

2.2. Type, durée et lieu de l'étude

Afin de répondre à notre problématique et à nos objectifs, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative, de type phénoménologique descriptive.

Nous avons réalisé des entretiens semi directifs sur une période de 10 jours (du 30 mars 2020 au 8 avril 2020) auprès de femmes ayant effectué leur suivi gynécologique de prévention chez une sage-femme dans le département du Cher (18) entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 mars 2020.

3. MÉTHODE

3.1. Échantillon de l'étude

La population cible de l'étude était composée de femmes choisissant d'effectuer leur suivi gynécologique de prévention auprès d'une sage-femme libérale.

La population source était constituée de patientes ayant effectué une consultation de suivi gynécologique de prévention chez une sage-femme entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 mars 2020.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- ✓ Patientes ayant effectué une consultation de suivi gynécologique de prévention auprès d'une sage-femme.
- ✓ Patientes acceptant de participer à l'étude.
- ✓ Patientes sachant lire et parler français.
- ✓ Patientes majeures.

Le critère d'exclusion était :

- ✓ Patientes refusant de participer à l'étude.

3.2. Mode de recueil des données

Les données ont été recueillies à l'aide d'entretiens individuels semi-directifs menés à partir d'une grille d'entretien élaborée au préalable et validée afin d'assurer la confidentialité (annexe 3).

Celle-ci a été établie en trois parties :

- Caractéristiques des patientes (âge, nombre d'enfants, profession...)
- Parcours et suivi gynécologique antérieur à la consultation sage-femme
- Consultation(s) gynécologique(s) chez une sage-femme

Cinq entretiens exploratoires ont été menés permettant de tester la grille d'entretien et de réaliser quelques ajustements.

Les entretiens devaient être programmés à la suite d'une consultation avec la sage-femme, au sein de la maison de santé où elle exerçait. Mais, en raison de la crise sanitaire sur la période de réalisation des entretiens, ces derniers ont dû être effectués à distance, par téléphone ou par visioconférence selon les dispositions des patientes. L'ensemble des consentements a été signé, scanné et transmis par mail avant chaque entretien. Un rendez-vous téléphonique d'une durée minimale prévisionnelle de 30 minutes a été programmé. Le recueil de données s'est déroulé du 30 mars 2020 au 8 avril 2020, selon la disponibilité des femmes ayant accepté de participer à l'étude. Les 12 entretiens ont été réalisés par le même enquêteur.

Les conversations ont été enregistrées puis retranscrites.

Nous avons mis fin au recrutement et aux entretiens lorsque le principe de saturation des données a été atteint (moment où les analyses des derniers entretiens n'ont plus contribué à de nouvelles interprétations, signalant la fin de l'étude) (48–50).

3.3. Déroulement de l'étude

- Les entretiens ont été réalisés du 30 mars 2020 au 10 avril 2020.
- 12 femmes ont été sélectionnées. Elles ont toutes accepté de participer.
- Quatre entretiens ont eu lieu par téléphone, huit par visioconférence.

Les femmes ont été sélectionnées par la sage-femme lors de consultations de suivi gynécologique. Une information a été faite concernant l'étude, et un consentement ainsi qu'une lettre d'information leur ont été distribués (annexes 4 et 5).

Nous devions profiter d'une consultation de contrôle de contraception, ou dans le contexte de pose de DIU ou implant, où les femmes étaient amenées à consulter de façon rapprochée leur sage-femme, pour réaliser les entretiens. Les entretiens devaient être réalisés au sein de la maison de santé où exerçait la sage-femme afin d'être dans un lieu neutre et ne pas faire déplacer les patientes uniquement pour l'étude.

Malheureusement, dans un contexte de crise sanitaire, un confinement strict de la population française a été promulgué sur la période de recueil des données. De ce fait, nous avons dû nous adapter. Chaque patiente, après avoir signé le consentement remis lors de la première consultation, nous l'a fait parvenir par mail. A la réception de ce dernier, elles ont été recontactées par téléphone afin d'apporter un complément d'information et répondre à d'éventuelles interrogations concernant l'étude. Au cours de cet échange nous convenions d'un rendez-vous pour réaliser l'entretien.

3.4. Mode d'analyse des données

L'analyse des données a été faite par analyse de contenu, les thèmes et sous thèmes dégagés en amont ont servi à découper le contenu de l'entretien (analyse descendante).

A ces thèmes se sont ajoutées des précisions extraites des entretiens (analyse ascendante) mise en évidence à l'aide de tableaux de synthèse où le verbatim a été retranscrit, et les idées regroupées en catégories (annexe 6).

3.5. Aspects éthiques et réglementaires

Avis des comités consultatifs

L'accord de la sage-femme libérale pour la diffusion de l'information aux femmes consultantes a été obtenu.

La méthode, l'outil de recueil et de conservation des données ont été approuvés et enregistrés auprès du délégué à la protection des données du centre hospitalier.

Aucune donnée identifiante ne figurait sur le recueil de données.

Informations et consentement

Les femmes acceptant de participer à l'étude devaient signer au préalable un consentement pour leur participation. Une lettre d'information leur était remise en amont, afin de leur laisser un temps de réflexion. Elles étaient informées de façon complète et compréhensible des objectifs de l'étude, de la nature des informations recueillies et de leur droit de s'opposer à tout moment à l'exploitation de ces données.

Anonymat

Lors des entretiens, aucune question ne portait sur un élément discriminant ou permettant d'identifier les patientes.

L'identité des patientes a été substituée par un numéro dès la réception du consentement écrit, ce qui a permis l'anonymisation des données.

Les données ont été classées dans un dossier sécurisé et accessible uniquement par l'étudiante sage-femme pour préserver le secret professionnel.

RESULTATS

4. RÉSULTATS

4.1. Présentation des entretiens et des participantes

Pour cette étude, douze entretiens ont été réalisés.

L'âge moyen des participantes était de 37,9 ans, allant de 28 à 52 ans.

Les femmes interrogées étaient multipares pour onze d'entre-elles (deux à trois enfants maximum) et une femme était primigeste au moment de l'étude.

Toutes les femmes interrogées étaient actives professionnellement. Leurs niveaux d'études variaient du BEP au BAC+5 avec une formation supérieure ou égale à BAC+2 pour 10 d'entre elles. Une seule exerçait dans le domaine de la santé, deux étaient agricultrices, trois avaient des professions administratives et cinq étaient dans l'éducation nationale ou l'accompagnement de la petite enfance.

Les 12 participantes ont déclaré avoir accès à des soins médicaux à de leur domicile (soit moins de 15 minutes) : médecin généraliste, dentiste ou autres professions paramédicales (infirmières, kinésithérapeute, podologue...) mais aucune d'entre elles n'avaient accès à un gynécologue à proximité : « *On a tout sauf une sage-femme pour le coup et un gynécologue* ».

Les entretiens abordaient trois grands thèmes correspondant aux objectifs de l'étude :

- les modalités d'accès et de suivi gynécologique en milieu rural,
- les conditions et les difficultés du suivi gynécologique en milieu rural,
- les connaissances et la satisfaction des femmes participantes.

L'entretien contenait des questions ouvertes afin de recueillir au mieux le ressenti et les motivations des patientes. A partir de la relecture de chacune des réponses, certaines catégories ont ainsi été mises en évidence.

Les entretiens ont duré de 10 à 18 minutes. L'ensemble des échanges était équivalent à 154 minutes d'enregistrement audio. Le temps moyen pour retranscrire un entretien était environ de deux heures soit 24 heures de retranscription intégrale.

Toutes les citations relatées par les femmes interrogées ont été retranscrites entre guillemets (« ») et en italique.

4.2. Analyse des entretiens

Sur les douze patientes interrogées une seule n'avait pas de suivi gynécologique antérieur à sa consultation avec la sage-femme.

En demandant aux patientes de raconter leur parcours gynécologique, trois ne pensaient pas spontanément aux visites chez le médecin généraliste, qui souvent, n'étaient que des visites pour renouveler leur contraception sans examen clinique. Ces consultations n'étaient pas considérées comme des consultations de suivi gynécologique.

4.2.1. Accès et modalités du suivi gynécologique en milieu rural

Première consultation gynécologique

L'âge moyen de la première consultation gynécologique déclaré par les femmes interrogées était de 16 ans et demi avec un âge minimum de 13 ans et maximum de 24 ans.

Pour la première consultation gynécologique, les femmes s'étaient orientées en nombre équivalent vers un médecin généraliste ou vers un gynécologue (cinq avaient consulté un médecin généraliste et six chez un gynécologue), une seule femme avait consulté une sage-femme pour sa première consultation gynécologique.

Le motif de consultation de la première consultation était souvent identique, il s'agissait 11 fois sur 12 de la prescription de la première contraception. Une patiente avait été orientée par son généraliste chez un gynécologue pour des ménorragies douloureuses. Parmi elles, une seule patiente a évoqué la prévention primaire du cancer du col de l'utérus comme motif initial de consultation gynécologique chez un professionnel de santé : « *La première fois j'ai vu mon médecin traitant, c'était pour ma première pilule, donc vers 15 ans et j'avais fait le vaccin pour le cancer du col de l'utérus* ».

Choix des professionnels

Nous constatons une grande hétérogénéité des professionnels effectuant les suivis au cours des différents parcours : « *J'ai été suivie par plein de personnes. En fait j'ai tout le temps changé* ». Une seule patiente avait réalisé l'intégralité de son suivi chez le même professionnel avant de rencontrer une sage-femme : « *C'est le même gynécologue qui m'a suivie jusqu'en 2015 avant d'aller voir la sage-femme* ».

Le médecin généraliste :

Huit femmes ont déjà été amenées à voir leur médecin généraliste pour leur suivi gynécologique. Parmi elles, cinq bénéficiaient d'un suivi que nous avons qualifié de « complet » (interrogatoire, examen, prescription) « *avant j'étais suivie par mon médecin généraliste, elle me faisait tout, les frottis...* », une femme déclarait réaliser ses consultations de suivi gynécologique chez un médecin généraliste mais elle était contrainte de réaliser les examens ou actes techniques auprès d'un autre prestataire de santé : « *J'allais au médecin traitant pour faire renouveler ma pilule, s'il fallait refaire un frottis ou des choses comme ça j'allais au laboratoire* ». Deux femmes consultaient uniquement pour le renouvellement de leur contraception orale sans examen gynécologique : « *[...] entre temps j'ai repris la pilule et c'est le médecin traitant qui me la prescrivait, mais il ne m'examinait pas* », « *Il me renouvelle la pilule des fois quand j'emmène les enfants et que ça m'arrange* ».

Pour la moitié des patientes, le choix du médecin généraliste a été fait car il s'agissait du médecin de famille « *[...] parce que c'est le médecin de famille, c'était à coté et j'avais un rendez-vous tout de suite* » mais aussi pour la facilité d'accès et la rapidité de prise de rendez-vous pour trois d'entre-elles : « *C'est plus simple, elle est à coté... 5 minutes à pied et je n'avais pas de délai d'attente pour les rendez-vous ... c'était dans la semaine. Ça c'était vachement pratique* ».

Lors de l'entretien numéro 7, une méconnaissance du rôle et des missions des professionnels de santé qualifiés pour le suivi gynécologique a été évoquée par une femme : « *Le médecin traitant parce qu'au début je ne savais pas [...] pour moi et pour mes parents car c'est quand même eux qui m'avaient envoyée, ça suffisait le médecin traitant. Je ne savais pas ce que le gynéco ferait de plus* ».

Le gynécologue :

11 des femmes interrogées ont consulté au moins un gynécologue durant leur suivi gynécologique, parmi elles, sept en ont consultés deux ou trois professionnels différents : « *J'ai changé plusieurs fois parce que ça ne me convenait pas forcément* ». Les femmes ayant consultés des médecins gynécologues en secteur hospitalier ont mentionné un renouvellement des professionnels important : « *Le problème c'est qu'ils ne restent pas plusieurs années et qu'on soit fidélisées avec eux. Sinon je serais restée avec eux c'est sûr. Mais ça change trop* ».

Pour huit participantes, le choix s'était tourné vers le gynécologue parce qu'il leur avait été recommandé par une connaissance : « *C'était une amie qui allait le voir du coup, elle me l'a recommandé* », ou encore par le médecin traitant : « *C'est mon médecin qui me l'a conseillé pour me faire poser l'implant après j'ai préféré que ce soit lui qui garde mon suivi* ».

Nous constatons que le choix des femmes était autant motivé par :

- le fait que leur mère ou sœurs consultaient chez ce professionnel : « *Pour la première, c'était parce que ma maman c'était sa gynéco* », « *En fait, au début, j'avais le même gynéco que ma maman et on a pris, à la suite, l'autre gynéco du cabinet, du coup ma maman, mes sœurs, on était toutes là-bas* », c'était en quelque sorte un médecin de famille,

- le fait d'avoir effectué leur suivi de grossesse avec ce gynécologue les amenaient à poursuivre leur suivi gynécologique avec ce dernier : « *Le gynéco, c'est lui qui m'a suivie pendant la grossesse et qui m'a vue après* », « *J'ai poursuivi le suivi avec lui après ma première grossesse* »,

- un manque de connaissance concernant les compétences des autres praticiens tels que le médecin généraliste ou la sage-femme pour réaliser des consultations gynécologiques : « *Déjà je ne savais pas qu'une sage-femme ou un médecin généraliste pouvaient le faire [...] je ne savais pas vraiment que la sage-femme faisait vraiment tout ce qui est frottis etc* », « *Plus parce que je ne savais pas qu'on pouvait le faire ailleurs* ».

Deux des femmes de l'échantillon ne souhaitaient pas, certainement par pudeur être suivi par un médecin généraliste pour leur suivi gynécologique : « *Et puis*

d'ailleurs, je ne serais jamais allée voir mon médecin généraliste, même si j'avais su qu'il le faisait, pour faire mon frottis », « Parce que je trouvais ça bizarre qu'elle (médecin traitant) me regarde ce qui était intime et le reste des maladies, je ne me voyais pas lui parler de tout ça ».

Les motivations économiques n'ont été évoquées qu'une seule fois : « [...] *parce qu'on ne payait pas, enfin j'étais remboursée à 100 % directement ».*

Deux participantes ont évoqué la notion de proximité et de rapidité de prise de rendez-vous chez le gynécologue. Dans les deux situations, les patientes habitaient en milieu urbain au moment de leur suivi.

La sage-femme

La volonté d'avoir un suivi régulier avec un même praticien permettant l'intervention d'une seule personne pour le suivi gynécologique et obstétrical était évoqué dans cinq entretiens : « *On a une sage-femme et ce n'est pas comme à l'hôpital où quand on appelle ce n'est pas forcément la même sur laquelle on va tomber »*, « [...] *et puis tout est vraiment lié, c'est bien de pouvoir tout faire, la grossesse... ».*

Pour quatre d'entre elles, le choix d'effectuer leur suivi chez une sage-femme avait été effectué parce qu'on leur avait recommandé ces professionnels : « *Les gens autour de moi allaient voir une sage-femme du coup on m'a conseillé une sage-femme »*, « *Quand j'ai eu le désir d'enfant, j'en ai parlé à une amie qui m'a conseillée une super sage-femme et effectivement c'était une super sage-femme »*, « *On me l'avait conseillée et j'en avais entendu parler [...] C'est vrai que ça m'a incitée à y aller ».*

Trois justifiaient leur choix par l'installation à proximité de leur domicile d'une sage-femme : « *Quand la sage-femme est arrivée j'y suis allée quasiment tout de suite, ça m'évitait les trajets. C'était pratique ».*

Deux trouvaient que c'était plus « *facile* » de faire confiance à une sage-femme : « *C'est déjà compliqué de faire confiance à un gynéco, c'était plus facile avec une sage-femme »*, « *Pour moi, ce que je recherchais c'était plus une mise en confiance avec une relation plus proche aussi ».*

La rapidité de prise de rendez-vous n'a été spécifiée que chez une participante à l'étude : « *J'ai été chez la sage-femme car les rendez-vous étaient plus rapides ».*

Qualité du suivi

La régularité du suivi gynécologique

Une grande majorité des patientes (dix sur les 12 interrogées), estimaient avoir un suivi « régulier » et précisaient que c'était important pour elles : « *J'ai toujours fait en sorte d'avoir un suivi régulier c'était important pour moi* », mais deux ont insisté sur le fait que ce n'était que pour le renouvellement de la contraception : « *Enfin juste renouvellement de pilule par le médecin traitant sans examen* ».

Parmi ces dix, deux avaient un suivi régulier jusqu'au moment où l'une a déménagé « *Oui normalement oui, à part depuis mon arrivée ici, où il a fallu chercher et trouver quelqu'un* » et l'autre a vu son praticien partir à la retraite : « *J'étais suivie tous les ans par mon gynécologue jusqu'au jour où il est parti à la retraite, j'ai revu la sage-femme qu'en 2018* ».

L'irrégularité du suivi était justifiée par certaines femmes par la nécessité de changer tous les cinq ans de dispositif de contraception intra-utérin « *Et bien non, pas de suivi régulier. Je l'ai vu en 2010 puis en 2014. Après là en 2019 où je l'ai fait changer.* », soit au suivi *post partum* « *On va dire très rarement ou plutôt à chaque fois que j'ai eu une grossesse vraiment. Je faisais le strict minimum qu'il faut faire : quelques frottis entre temps par le médecin généraliste mais pas beaucoup par rapport à ce qui est préconisé c'était vraiment une fois de temps en temps. Je ne dirai même pas tous les 5 ans* ».

Difficultés rencontrées

- Accessibilité des professionnels -

Le constat d'une offre de soin faible face à une demande élevée a été déclaré par une patiente « *Il n'y a qu'un médecin généraliste pour une population assez importante* ».

Trois femmes ont été amenées à changer de professionnel à cause des difficultés d'accès. Soit les délais d'attente étaient trop longs : « *J'ai changé parce que les délais pour les rendez-vous à l'hôpital prenaient beaucoup de temps.* », soit c'était le temps de trajet : « *Je ne suis pas retourné voir le premier gynécologue parce qu'il était trop loin* ».

- *Délai d'attente*

Chez un gynécologue : pour la moitié des femmes interrogées, les délais d'attente allant de 2 à 6 mois, leur posaient un réel problème d'organisation : « [...] les rendez-vous il fallait les prendre super longtemps à l'avance [...] surtout les derniers temps, ça devenait infernal ». Les femmes anticipaient leurs prises de rendez-vous « J'ai toujours anticipé, je savais qu'il fallait 6 mois pour obtenir un rendez-vous ». Seulement une des patientes interrogées décrivait un délai raccourci. Il s'agissait d'un professionnel exerçant à Paris, pour lequel elle avait fait le choix de poursuivre son suivi avec lui malgré son déménagement dans le Cher : « Il y a eu le déménagement mais j'étais toujours suivie par mon gynéco à Paris, parce que j'avais un rendez-vous tout de suite contrairement à ici ».

Chez un médecin généraliste : Toutes obtenaient un rendez-vous dans la semaine suivant leur demande, c'est d'ailleurs une des motivations évoquées par les femmes effectuant leur suivi chez un médecin généraliste : « je n'avais pas de délai d'attente pour les rendez-vous ... c'était dans la semaine ».

Chez une sage-femme : les délais chez la sage-femme étaient dits « incomparables » à ceux du gynécologue. Ils allaient de une à trois semaines : « Le temps de rendez-vous est très court », « Elle me propose généralement la semaine d'après », « J'ai attendu 3 semaines et encore, donc je ne trouve pas ça long », « On a des dates très, très, rapidement donc ça c'est appréciable » et pouvaient être raccourci au jour même en cas d'urgence : « Je l'appelle et en fonction de ce que j'ai besoin elle me prend tout de suite ». Une femme a précisé que c'était une des raisons pour laquelle elle était venue consulter une sage-femme : « J'ai été chez la sage-femme car les rendez-vous étaient plus rapides ».

- *Temps de trajet*

Les femmes annonçaient un temps moyen de cinq minutes pour aller jusqu'au cabinet du généraliste. En revanche pour se rendre chez le gynécologue, les femmes pouvaient effectuer jusqu'à 45 minutes de route : « Après le gynécologue c'était sur M.

donc il y avait entre 40 et 45 minutes de route ». Pour se rendre chez la sage-femme, huit femmes parcouraient plus de 35 kilomètres.

L'absence de praticiens spécialisés à proximité, et de ce fait un temps de trajet important, était la difficulté principale évoquée par les femmes qui se sentaient « *démunies* » pour réaliser leur suivi gynécologique. Dix patientes ont été confrontées à un problème de transport pour se rendre chez le gynécologue : « *Avant 18 ans c'était minimum 30-40 minutes de route donc il fallait que l'on m'emmène* », « *Et puis nous 45 minutes de route, quand on finit le travail à 17h, on n'a pas le temps, c'est loin pour nous* » justifiant une absence de régularité « *Je sais que ce n'est pas bien. Mais c'est en même temps parce qu'il n'y avait pas de proximité* », ou une difficulté à son maintien « *Moi, ce qui me dérangeait, c'était plus le trajet, faire de la route pour aller consulter* ». Il en était de même pour les consultations chez une sage-femme où pour six participantes la distance était considérée comme un frein à la réalisation de leur suivi : « *On est obligées de faire de la route, dans tous les cas, pour ce genre de consultation... minimum 40 minutes* », « *Le premier rendez-vous, que j'ai pris c'était à 45 min, après je pouvais aller à 25/30 minutes c'était déjà bien. Mais ça serait encore mieux si c'était encore plus près* ».

Deux femmes signalaient que la distance qu'elles devaient parcourir n'était pas une difficulté pour elles : « *Pour moi ça n'a pas de prix. La prise en charge est tellement autre que je suis prête à faire des kilomètres. Même là, je l'avais pour faire de la rééducation, donc deux fois par semaine mais ça ne me coûtait même pas puisque je savais la prise en charge derrière et l'accompagnement* ». Cependant les avis étaient partagés concernant la rééducation du périnée qui demande deux consultations par semaine : « *Ma sage-femme est à 60 km à peu près, j'avoue que ça me fait un peu de route pour aller là-bas. Pour une grossesse ça va, parce que j'y vais une fois par mois, pour la rééducation du périnée, ça m'embête un peu. [...] Mais après c'est moi qui ai choisi, c'est parce qu'elle est compétente et que le courant passe bien* ».

Le fait d'avoir une sage-femme à proximité a facilité l'accès aux soins pour quatre femmes : « *C'est génial qu'on ait une sage-femme qui se soit installée, c'est plus facile, du coup ceux qui ne se font pas trop suivre pourront peut-être plus facilement prendre le rendez-vous car elle est proche* », « *Oui de toute manière on ne peut pas avoir de suivi gynécologique si on n'a pas, comme là, une sage-femme à proximité* ».

- *Départ des professionnels*

Le départ des professionnels dans une autre ville avait obligé trois patientes à rechercher un nouveau praticien *« Les deux fois où j'ai été suivie par des gynécos j'ai changé parce qu'elles sont parties dans d'autres villes. Je n'avais pas envie de retourner encore, d'être encore déçue, d'avoir quelqu'un qui ne reste pas, qui s'en va encore »*. Ce problème est également retrouvé dans les centres hospitaliers où le renouvellement du personnel est important : *« Ce n'est pas comme à l'hôpital où quand on appelle on ne sait pas sur qui on va tomber »*.

La *« fermeture d'un service de gynécologie »* a obligé une femme à changer de praticien à faire plus de kilomètres pour aller consulter.

La moitié des participantes a été obligée de changer de praticien suite à un départ à la retraite : *« J'avais le même gynéco que ma maman mais je ne l'ai vu qu'une fois parce qu'il est parti à la retraite »*, *« Le gynécologue était parti à la retraite entre mes deux grossesses donc j'ai dû trouver un autre gynécologue »*, *« Il est parti à la retraite sinon je n'aurai pas changé du coup je n'ai pas retrouvé d'autre gynécologue. »*, *« J'ai consulté un gynécologue qui a pris sa retraite et en fait je n'avais pas retrouvé de gynécologue par la suite »*.

- Difficultés personnelles -

- *Déménagement*

Cinq d'entre elles, ont effectué un changement de professionnel pour leur suivi gynécologique suite à un déménagement *« J'ai changé quand je suis tombée enceinte pour être suivie plus près suite à mon déménagement »*.

- *Manque de temps*

Deux patientes ont fait allusion à un manque de temps personnel *« Et puis après c'est plus par manque de temps, les choses qu'on repousse, qu'on fera plus tard »* qui inviterait à remettre à plus tard *« On a plus tendance à repousser que quand on est vraiment malade »*.

- *Manque d'intérêt*

Elles ne voyaient également pas l'intérêt d'un suivi annuel occultant ainsi l'aspect préventif de l'examen gynécologique. : « *Et puis ce ne sont pas des choses qu'on pense. Je veux dire les lunettes ont en a besoin donc je vais y aller, les dents quand j'ai mal j'y vais. Gynéco, j'ai mon stérilet, ça fonctionne plutôt bien, j'ai des règles régulières, je n'ai pas de douleur, je n'ai rien donc je ne vois pas l'intérêt pour moi d'y aller une fois par an* ».

- *Peur et pudeur*

Les consultations gynécologiques apparaissaient selon les propos des femmes interrogées comme des consultations « *difficiles* » en raison de l'examen gynécologique jugé « *invasif* ». La question de la pudeur autour de cet examen était souvent présente dans les verbatims poussant les femmes à différer leur rendez-vous : « *Ce n'est pas un rendez-vous que je prends avec plaisir, c'est plus une contrainte parce que ce n'est pas évident, c'est quand même l'intimité* ». Cinq d'entre-elles ont insisté sur le fait d'être moins à l'aise au moment de l'examen « *On est moins à l'aise* », « *[...] j'étais souvent mal à l'aise au moment de l'examen* ».

- *Besoins spécialisés*

Cinq femmes ont été amenées à changer de praticien en raison d'un suivi nécessitant des compétences adaptées à une pathologie « *J'ai arrêté avec le médecin généraliste le jour où j'ai eu des problèmes, j'ai été opérée il me fallait un spécialiste* » ou de services non rendus par leur professionnel de proximité « *Je me suis fait mettre un implant et ma médecin généraliste ne pouvait pas me le mettre* ».

- *Insatisfaction*

Sept répondaient être satisfaites et auraient poursuivi avec leur médecin si d'autres difficultés n'étaient pas intervenues : « *Il est parti à la retraite sinon je n'aurai pas changé [...] J'aimais sa façon de travailler, j'étais vraiment à l'aise avec lui, on parlait de tout à la fin* », « *Ils ne restent pas plusieurs années [...] sinon je serais restée avec eux c'est sûr* ».

Trois disaient avoir été déjà « *décues* » : « *Je n'avais pas envie de retourner encore, d'être encore déçue* », « *J'ai changé plusieurs fois parce que ça ne me convenait* ».

pas forcément », « *Il ne répondait pas à mes questions, pas à mes attentes* ». Ceci pouvait être lié à des « *mésententes* »

Quatre femmes ont fait le choix de s'orienter vers un nouveau professionnel suite à « *une mésentente* » concernant soit un manque d'écoute « *Elle ne voulait pas entendre que c'était ça donc j'ai changé...* », soit un manque de compréhension de la part du professionnel : « *Pas du tout compréhensif par rapport au problème. Il ne m'apportait pas de solution* » ou encore une insatisfaction « *Je me sentais moins en confiance. Je trouvais qu'elle allait vite dans ses consultations, j'avais l'impression d'avoir un examen qui n'était pas complet* ».

Le sentiment de consultation trop rapide était évoqué à plusieurs reprises : « *C'est souvent rapide, on a à peine le temps de poser nos questions* », « *Je trouvais qu'elle allait vite dans ses consultations. J'avais l'impression d'avoir un examen qui n'était pas complet* ».

- *Confiance envers le professionnel*

Deux femmes ont exprimé ne pas avoir pleinement confiance en leur professionnel pour la prise en charge gynécologique « *Je me suis tournée vers mon médecin de famille mais je me sentais moins en confiance concernant le suivi gynécologique* ». Elles précisaient avoir poursuivi avec leur médecin parce que c'était « *suffisant* » tant qu'il n'y avait pas de besoin spécifique.

Renonciation à des soins gynécologiques

Deux participantes ont déclaré avoir dû renoncer à des soins gynécologiques comme le frottis, soit parce qu'il n'y avait pas de médecins à proximité, soit parce que les délais d'attente étaient souvent trop longs, ou encore n'étant pas des « *consultations d'urgence* », elles ne consacraient pas de temps à cela.

4.2.2. La place de la sage-femme

Connaissances de la profession

Parmi les douze femmes interrogées, 11 ont été amenées à rencontrer une sage-femme pour la première fois au cours de leur grossesse (que ce soit pour le suivi, l'accouchement ou le séjour en maternité) « *J'ai vu ma première sage-femme pour*

l'accouchement », « *La première fois, c'était pour ma première grossesse.* », et ne connaissaient « *pas du tout* » les compétences gynécologiques des sages-femmes au moment de leur première rencontre avec celle-ci « *Non pendant les grossesses je ne savais pas* ». L'une d'entre elles avait consulté une sage-femme pour la première fois au cours d'une visite gratuite proposée par l'université : « *J'étais allée voir une sage-femme dans le cadre universitaire. On avait des visites gratuites si on voulait* » et connaissait leurs compétences.

Elles pensaient souvent que les compétences des sages-femmes se limitaient au suivi de la grossesse, de l'accouchement et de ses suites : « *Pour moi c'était vraiment des suivis de grossesses c'est tout, mais pas de suivi autre ni d'exams, forcément frottis et tout ça. Ça restait pour moi dans le domaine de la grossesse* » et que le suivi gynécologique se limitait aux gynécologues « *Je ne savais pas vraiment que les sages-femmes faisaient vraiment tout ce qui est frottis etc. Sincèrement je ne pense pas que je serai allée voir une sage-femme, en tout cas, pour le suivi gynécologique* », « *Pour moi le gynécologue c'est celui qui fait le suivi et la sage-femme c'est elle qui fait le suivi des grossesses* ». Pour deux participantes, la sage-femme ne pouvait prendre en charge que les femmes en âge de procréer : « *A la base c'est vrai que je n'aurai pas forcément pensé aller voir une sage-femme pour un suivi à mon âge* ».

Moyens de connaissances des compétences des sages-femmes

- Bouche à oreille

Le bouche à oreille semblait être le premier mode d'information. Neuf des femmes interrogées ont été informées soit par la famille « *C'est par le biais de la famille où j'ai su, et c'est beaucoup plus pratique* », soit par le médecin « *On m'en avait un peu parlé, je crois que la première fois j'en avais parlé avec mon médecin...* », soit par les amies « *J'ai décidé d'aller voir une sage-femme parce qu'on en a parlé avec des copines, il y a 6 mois. C'est récent* », ou parce qu'à l'installation de la sage-femme à proximité l'information avait circulé : « *Il y a un ou deux ans de là, avant qu'il y ait une sage-femme dans le coin, ce n'était pas évident du tout* ».

- Au cours d'une consultation avec une sage-femme

Elles étaient cinq à avoir eu connaissance de leurs compétences au cours d'une consultation de grossesse : « *Le fait d'être suivie pendant la grossesse par la sage-*

femme, après grossesse je ne savais pas trop, c'est elle qui m'a expliquée et dirigée », « Quand je l'ai rencontrée la première fois elle m'expliquait qu'elles pouvaient faire le boulot du gynéco entre guillemets », « J'ai demandé à ma sage-femme si elle faisait les suivis et elle m'a dit oui ».

- Médias

Aucune n'a eu connaissance des compétences acquises par les sages-femmes ces dernières années par l'intermédiaire des médias. En revanche, deux femmes avaient insisté sur le fait qu'il y avait un manque d'information et de visibilité : *« Ce n'est peut-être pas assez, il faut peut-être étendre l'information, je ne suis pas persuadée que tout le monde soit au courant. », « Déjà moi je trouve qu'on n'est pas assez au courant que les sages-femmes peuvent faire le suivi. Moi je ne le savais pas, et je trouve ça quand même important ».*

Motivations de leur première consultation avec la sage-femme

Les raisons des premières consultations avec la sage-femme étaient variées.

Pour sept participantes c'était pour débiter un suivi gynécologique, soit pour un changement de contraception, soit *« C'était pour une consultation gynécologique de routine »* ou encore pour une première contraception *« Je suis allée faire un suivi gynécologique la première fois justement avec ma sage-femme [...] pour la contraception »*,

Pour deux femmes interrogées, c'était pour des projets ou des suivis de grossesse *« Jusqu'à ce que je tombe enceinte et que je rencontre madame P., ma sage-femme »* *« J'ai consulté la sage-femme pour mon suivi gynéco et un projet de grossesse la première fois »*, et elles avaient poursuivi le suivi gynécologique avec cette sage-femme,

Pour une femme, c'était dans le cadre du PRADO *« La première fois que j'ai vu ma sage-femme, c'était pour la visite à la maison après mon deuxième enfant »*,

Pour une autre, il s'agissait de la rééducation du périnée *« Suite à mes problèmes de prolapsus, le gynécologue ne répondant pas à mes attentes j'ai voulu changer, [...] on m'avait conseillé une sage-femme ».*

L'opinion des femmes

Parmi nos 12 entretiens, la totalité des participantes répondaient oui à la question : « *Globalement, être vous satisfaite par la prise en charge de votre sage-femme ?* ».

Au sein des entretiens, plusieurs adjectifs qualifiaient les sages-femmes tels que « *bienveillante* », « *rassurante* », « *douce* », « *exceptionnelles en relationnel et en attention* », « *excellente* » ou encore « *parfaite* ».

Deux femmes ont même révélé être « *agréablement surprise* », et expliquaient que « *C'était encore mieux que ce que je pensais* » et être « *réconcilier avec le suivi gynéco* ».

L'aspect relationnel prenait beaucoup d'importance dans tous les entretiens. La notion de proximité était évoquée de manière systématique. Elle était renforcée par l'utilisation de l'adjectif possessif « *ma* » dans la majorité des entretiens lorsqu'elles parlaient de « *leur* » sage-femme : « *Je trouve quand même qu'il y a plus de proximité avec ma sage-femme* », « *En plus, elles nous connaissent très, très, bien. Enfin, moi je sais qu'elle me connaît très, très, bien et pourtant ça ne fait pas des années qu'on se connaît* ».

La sage-femme :

- « ***inspire confiance*** » pour huit femmes : « *Forcément on est quand même suivie longtemps sur quelque chose de très particulier et très intime. Il y a une relation de confiance* », « *Je me suis sentie très très en confiance* », « *Même si je suis très pudique, j'ai quand même eu confiance* »,

- « ***est à l'écoute*** » pour neuf participantes : « *on peut parler de tout, elle est très ouverte* », « *Même plus qu'avec mon mari je pense* », « *Et qui était beaucoup plus à l'écoute* », « *elle m'a posée beaucoup de questions. Elle a bien ciblé qui j'étais. Elle a bien compris mes craintes. Oui très très à l'écoute. J'ai pu poser mes questions. Elle s'est mise beaucoup à ma place, elle m'a rassurée* », « *Pour le choix de ma contraception, elle m'a tout expliquée [...] il y a eu un vrai échange* ».

- « **est compréhensive** » : « *En plus pas de jugement sur le fait que mon suivi n'avait pas été au top jusque-là. Du coup c'était quand même plus facile de ne pas se sentir jugée dans le sens où on n'avait pas fait forcément ce qu'il fallait.* ».

Souvent appuyé par le fait que cette relation soit de « femme à femme » : « *Après maintenant je ne sais pas si c'est en vieillissant mais de moi-même je ne retournerai plus voir un homme par contre. C'est pour ça que je me tourne vers une sage-femme. Maintenant je préfère être suivie par une femme* », « *Une compréhension, une relation on va dire plus de femme à femme, qui comprenait déjà le corps des femmes on va dire* », « *Peut-être le fait que ça soit une femme, quand tu expliques même si un gynéco c'est professionnel et qu'il connaît tout par cœur. Une femme reste une femme, on n'a pas besoin d'expliquer avec des grands mots, elle comprend* ».

- « **est extrêmement disponible** » pour la moitié des femmes : « *On a pris beaucoup de temps je trouve, je suis restée peut-être trois quarts d'heure* », « *Elle prend plus le temps d'expliquer les choses* », « *On voit qu'elle prend le temps, on n'a pas l'impression qu'elle veut faire vite. Elle peut dépasser, ce n'est pas grave* »,

- « **fait un travail de psychologie** » a souligné par une patiente : « *A côté elle a fait un travail énorme de psychologie. C'est très, très, appréciable* »

L'interrogatoire et l'examen clinique lors de la visite chez une sage-femme étaient considérés comme complets : « *On est reparti de zéro, à savoir. Donc l'interrogatoire était complet* », « *C'était vraiment complet son questionnaire [...]* », « *Et puis c'est un suivi complet, [...] elle va vraiment tout faire.* », considéré identique à celui d'un gynécologue : « *Une consultation complète. Cela ne m'a pas paru différent de ma gynéco* ».

Concernant les sujets abordés, ils étaient décrits comme « variés » et « étonnants » : « *Elle a même abordé, elle, des choses auxquelles je n'ai pas pensé* », « *Pour la rééducation en dehors de la grossesse, on ne m'en avait jamais parlé avant* », « *En général on aborde un petit peu tout* », « *Elle répond à toutes les questions, même si elles n'ont pas forcément à voir avec la pathologie* », « *C'est plutôt moi qui me surprends à parler de sujets que je n'aurai pas abordés avec d'autres professionnels* ».

Toutes, sans exception avaient répondu « oui » à la question « *recommanderiez-vous à une amie ou à votre entourage d'effectuer leur suivi gynécologique chez une*

sage-femme ? », huit avaient ajouté « que c'était déjà fait ». Pour autant, une participante précisait qu'elle n'avait pas de préférence : « Si je dois répondre franchement, moi je n'ai pas de préférence. Mais vu ma dernière consultation chez la sage-femme, oui je ferai plus de la pub pour la sage-femme ».

DISCUSSION

5. DISCUSSION

5.1. Critique de l'étude

5.1.1. *Atteinte de l'objectif*

L'analyse des données recueillies au cours des entretiens semi-directifs a permis de mettre en évidence les difficultés rencontrées par les femmes vivant en milieu rural pour obtenir une consultation gynécologique. Néanmoins, on constate que la majorité des femmes interrogées ont maintenu un suivi régulier malgré ces difficultés. L'ensemble des patientes étaient satisfaites de la prise en charge réalisée par la sage-femme. L'objectif de cette étude a donc été atteint.

5.1.2. *Intérêts et points forts*

Considérant les disparités démographiques qui sont au cœur de l'actualité, il semblait intéressant d'évaluer l'accessibilité aux soins gynécologiques en milieu rural à travers la vision des femmes. De plus, plusieurs études se sont intéressées aux liens entre inégalités sociales et suivi gynécologique mais les lieux de recrutement de ces études étaient le plus souvent urbains (51). Jusqu'à présent, dans le département du Cher, aucune étude interrogeant les femmes sur leur suivi gynécologique de prévention n'avait été menée.

De nombreuses études ont été réalisées sur la place occupée par le médecin généraliste dans le secteur gynécologique mais peu concernant celle occupée par la sage-femme.

Aussi, il s'agissait de mettre en évidence le rôle de la sage-femme à l'heure où la profession est en pleine mutation depuis l'extension de leurs compétences. De plus, cette étude a permis de manière indirecte de mesurer les effets de la campagne de valorisation de la profession menée par les pouvoirs publics réalisée en 2016.

La force de cette étude repose sur le nombre et l'implication des patientes recrutées. L'ensemble des patientes à qui nous avons demandé de participer a accepté. Elles ont pris le temps de renvoyer leur consentement et de se consacrer à notre entretien malgré la situation sanitaire lors de l'étude.

La réalisation d'entretiens, contrairement à des questionnaires, permettait aux patientes d'exprimer pleinement leur ressenti rendant ces échanges variés et très enrichissants.

5.1.3. Limites de l'étude

La principale limite de cette étude concernait l'échantillonnage de l'étude. En effet, une seule sage-femme a été sollicitée pour le recrutement des femmes venant consulter à son cabinet. Ainsi, les expériences des femmes déclarées lors des entretiens ont pu être orientées par la relation et les pratiques de cette sage-femme. Recruter des femmes consultant à partir de plusieurs cabinets de sages-femmes auraient peut-être contribué à une plus grande richesse des entretiens.

De plus, cette étude atteint ses limites de représentativité sur deux points :

- toutes les patientes interrogées avaient une situation socio-économique favorable. La précarité ou les situations économiques défavorables n'étaient pas représentées,
- seules des femmes ayant consulté pour leur suivi ont été interrogées afin de répondre aux objectifs de l'étude.

La réalisation des entretiens n'a pas été aisée. Il a fallu s'adapter à la situation sanitaire qui a eu lieu au moment de l'étude. De ce fait, les entretiens ont tous été menés par échange téléphonique ou visiophonique. Les réponses obtenues auraient peut-être été différentes lors d'une rencontre au cabinet. L'échange par téléphone pouvait parfois pousser les femmes à se rendre à l'essentiel. Il a donc fallu s'adapter, ne pas parler trop vite, marquer des temps de silence, s'effacer pour laisser s'exprimer librement les femmes.

Malgré un état d'esprit consciencieux, l'investigateur a pu orienter les réponses des participantes par ses questionnements et par son souhait de valorisation de sa profession. Cela a nécessité un réel apprentissage tout au long des entretiens.

5.2. Discussion des résultats

5.2.1. La population étudiée

L'âge des participantes s'étalait de 28 ans à 52 ans. Le choix de ne pas recruter d'adolescente permettait d'avoir des parcours de suivis gynécologiques plus longs donc plus enrichissants pour notre étude. La tranche d'âge la plus représentée dans notre étude concernait les femmes âgées de 30 à 44 ans puis les femmes âgées de 45 à 59 ans. Les femmes de plus de 59 ans n'étant pas représentées, notre échantillon n'était pas représentatif de la répartition en termes d'âge de la population féminine dans le département du Cher. En effet, les femmes de plus de 60 ans représentent dans ce département plus de 19 % de la population (52). Il aurait donc été pertinent d'interroger des femmes de cette tranche d'âge. Malheureusement, les contraintes de réalisation de notre étude n'ont pas rendu possible cette éventualité.

Tableau IV : Répartition de la population féminine par tranches d'âge (52).

Tranches d'âge	Pop féminine du Cher en 2016	Notre population
15 à 29 ans	13,4 %	8,3 %
30 à 44 ans	16,3 %	58,3 %
45 à 59 ans	20,7 %	33,3 %
60 à 74 ans	19,6 %	-

Concernant la parité des participantes, elle ne correspondait pas à la répartition de la parité des femmes observée dans le département du Cher. En effet, neuf femmes parmi les 12 interrogées avaient deux enfants et 16,7 % en avaient trois alors que ces chiffres étaient respectivement de 17,1 % et 5,6 % dans le département du Cher en 2016 (52).

Dans notre étude, les femmes consultant une sage-femme pour leur suivi gynécologique étaient donc essentiellement des femmes multipares. Le fait d'avoir eu des grossesses et/ou d'être en âge de procréer semble être un élément favorisant les femmes à effectuer leur suivi gynécologique. A noter qu'il existe dans notre étude un biais de recrutement probable du fait de la sélection des femmes participantes à partir d'un seul cabinet de sage-femme et seulement des femmes consultant une sage-femme comme professionnel de santé pour leur suivi gynécologique. Cependant, cette

observation est en accord avec les données de la littérature. La grossesse est un moment privilégié pour initier le suivi, mettre en place des consultations régulières et expliquer l'intérêt de les poursuivre au-delà de la grossesse (53). En 2018, une étude menée auprès de 300 patientes démontrait que le suivi gynécologique régulier passait de 73% en début de vie génésique à 82% après la première grossesse (54).

La répartition des catégories professionnelles parmi les femmes répondantes était hétérogène, comprenant des professions intermédiaires, des agricultrices, des ouvrières et des employées. On peut noter l'absence de femmes retraitées dans notre étude or ce profil de femmes représente plus de 34 % de la population du département du Cher. Le temps de recrutement imposé par l'étude a pu limiter le recrutement de femmes plus âgées.

De plus au moment de l'étude, aucune femme interrogée était sans emploi. De nombreuses études ont démontré que l'absence de suivi gynécologique semblait être influencé par les situations de précarité socioéconomique des femmes et corrélé au score EPICE (indicateur socio-économique qui permet d'étudier les déterminants psychosociaux des inégalités de santé en prenant notamment en compte l'emploi), il aurait été intéressant que notre échantillon comprenne des personnes de ces différentes catégories (55).

La DREES indiquait en 2011 que 95 % de la population française mettait moins de 15 minutes pour avoir accès aux soins de proximité (définis comme les soins fournis par les médecins généralistes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes libéraux) (56). L'ensemble des femmes participantes ayant accès à ces soins à moins de 15 minutes, notre échantillon était représentatif de la moyenne nationale : « *On a tout sauf une sage-femme pour le coup et un gynécologue* ».

5.2.2. Modalités d'accès et de suivi gynécologique

La première consultation gynécologique

Au sein de notre étude, l'âge de la première consultation gynécologique s'étalait de 13 à 24 ans et l'âge moyen était de 16 ans. Soit un an et demi en dessous de l'âge observé au niveau national dans une étude de 2017 (57). La première consultation de suivi gynécologique chez les femmes est le plus souvent réalisée au moment des

premiers rapports sexuels soit le plus souvent au début de la vie sexuelle et affective des femmes en France (57). Or dans notre étude, nous n'avons pas interrogé les femmes précisément sur l'âge de leur premier rapport sexuel. Ainsi, nous ne pouvons pas expliquer les raisons d'un âge plus précoce de réalisation de la première consultation parmi les femmes interrogées, peut être en lien avec un début plus précoce de leur vie sexuelle et affective qui survient généralement en France chez les filles à 17.6 ans (58).

La HAS a publié des recommandations officielles concernant cette première consultation mais elle ne définit pas l'âge auquel elle doit avoir lieu.

Concernant les modalités logistiques d'organisation de cette première consultation, les femmes interrogées ont déclaré pour certaines avoir été confrontées au problème des moyens et du temps de transport pour se rendre à leur consultation. Le manque de praticiens à proximité augmentait ce temps de transport et aggravait la situation des plus précaires qui n'ont pas toujours les moyens de se déplacer de manière autonome comme le signalait une des participantes : « *Pour le gynéco, avant 18 ans c'était minimum 30/40 minutes de route donc il fallait que l'on m'emmène* » les obligeant à en faire la demande auprès de leurs parents ou entourage. On notera que seulement deux des participantes ont évoqué l'existence des centres de planification au cours de nos entretiens : « *Pour ma première consultation, j'étais allée au planning familial* ».

Dans notre étude, cette première rencontre était justifiée pour 11 femmes sur 12 par la prescription de la première contraception. Ces résultats sont en accord avec les données révélées par l'INSEE en 2010 où 91,6% des femmes avaient consulté un professionnel de santé (médecin généraliste et gynécologue) pour la première fois pour une raison contraceptive ou gynécologique (59).

Dans notre étude nous n'avons pas de donnée concernant le contenu de la consultation. Une grande partie des femmes du secteur rural consultait leur médecin généraliste. Il serait intéressant de comparer dans une étude ultérieure le contenu de ces consultations selon le professionnel de santé qui les réalise. Pour rappel, lors de cette première consultation, la HAS précise que l'examen gynécologique peut être expliqué et programmé pour une consultation ultérieure, notamment lorsqu'il s'agit d'une adolescente. Une femme qui consulte pour une première demande contraceptive doit bénéficier d'une consultation uniquement dédiée à ce motif, quel que soit son âge. C'est

une consultation d'écoute, d'échange et de dialogue, qui doit respecter intimité et confidentialité. Un entretien dont le champ est large tant au plan médical qu'au plan du vécu de la femme (60).

Concernant les praticiens consultés pour cette première rencontre, parmi les femmes interrogées, un nombre équivalent de femmes avaient consulté un médecin généraliste ou un gynécologue et seulement une patiente avait consulté une sage-femme pour sa première consultation gynécologique il y a moins de 10 ans : « *Je suis allée faire un suivi gynécologique la première fois avec la sage-femme justement parce que je n'en avais pas eu besoin avant* ». Or, les nouvelles compétences des sages-femmes sur le suivi gynécologique ont été acquises avec la loi HPST de 2009 justifiant peut-être le faible effectif ayant consulté une sage-femme (1). A noter que les milieux de vie urbains par opposition aux milieux de vie ruraux, et l'offre de soins médicaux disponibles, peuvent influencer le choix du professionnel de santé pour la première consultation.

Le professionnel de santé choisi pour la suite du suivi gynécologique

Au cours des suivis gynécologiques intervenus après la première consultation gynécologique des femmes interrogées, et avant leur choix de se tourner vers une sage-femme pour leur suivi, 11 des participantes avaient consulté un gynécologue (six en avaient vu plusieurs) : « *J'ai été suivie par plein de personnes. En fait j'ai tout le temps changé* ». Ces résultats sont en cohérence avec ceux d'une étude menée en 2014 en région Île-de-France (au sein des départements des Yvelines, de Paris et de l'Essonne) (61). Le choix du gynécologue quant à lui, était motivé pour plus de la moitié des femmes interrogées suite à des recommandations d'amies ou de la famille : « *C'était une amie qui allait le voir du coup, elle me l'a recommandé* ». Mais aussi par le fait que les femmes ne se sentaient pas à toujours l'aise avec leur médecin généraliste pour aborder des questions de gynécologie : « *Et puis d'ailleurs, je ne serais jamais allée voir mon médecin généraliste, même si j'avais su qu'il le faisait, pour faire mon frottis* ». Ces données sont en accord avec les conclusions d'une étude menée en Ile de France bien que les caractéristiques de la population vivant en Ile-de-France soit différentes de celles vivant dans le département du Cher (61). Les propos des femmes interrogées dans notre étude sont également en accord avec les motivations déclarées dans une étude

réalisée en 2018 où de nombreux freins comme l'impression d'un manque de formation du médecin généraliste à la pratique de la gynécologie étaient évoqués (62). Le fait d'établir une relation de confiance au cours d'un suivi de grossesse semblait aussi inciter les femmes de notre étude à réaliser leur suivi auprès d'un gynécologue « *J'ai poursuivi le suivi avec lui après ma première grossesse* », contrairement aux résultats observés en Ile-de-France (61).

Néanmoins, le médecin généraliste semblait occuper une place importante dans le suivi gynécologique des femmes interrogées et vivant dans une zone rurale. Huit femmes parmi les 12 interrogées avaient également effectué une partie de leur suivi gynécologique chez un médecin généraliste : « *J'allais au médecin traitant pour faire renouveler ma pilule* ». Ce dernier apparaissait comme plus accessible semble-t-il, par sa proximité et la rapidité de rendez-vous : « *C'est plus simple, elle est à côté... 5 minutes à pied et je n'avais pas de délai d'attente pour les rendez-vous* ». Les motivations des femmes interrogées à effectuer leur suivi gynécologique chez un médecin généraliste étaient en accord avec les données présentes dans une étude menée en Ile-de-France (61). De plus, la moitié des femmes participantes avaient orienté leur choix vers un médecin généraliste car il s'agissait du « *médecin de famille* ». Ces informations rejoignent celles observées dans une étude réalisée en 2018 interrogeant 14 femmes sur le choix du médecin généraliste, ces dernières mettaient en avant des avantages tels que la confiance envers ce professionnel ou le gain de temps (62).

Une seule femme sur 12 avait effectué la totalité de son suivi chez le même praticien, la quasi-totalité des femmes avait dû changer de professionnel de santé : « *C'est le même gynécologue qui m'a suivie jusqu'en 2015 avant d'aller voir la sage-femme* ». Les déménagements et les trajectoires de vie des femmes participantes pouvaient expliquer ce point observé : « *J'ai dû changer après mes études quand je suis revenue ici* ».

Pour quatre des participantes à l'étude, c'est l'installation en libéral d'une sage-femme à proximité et les recommandations de leur entourage qui avaient orienté leur choix d'organiser la suite leur suivi gynécologique auprès d'une sage-femme : « *Quand la sage-femme est arrivée j'y suis allée quasiment tout de suite, ça m'évitait les trajets* », « *« On me l'avait conseillée et j'en avais entendu parler [...] C'est vrai que ça m'a incitée à y aller* ». Trois femmes parmi les 12 interrogées ont déclaré être allées

consulter la sage-femme dans le cadre d'un suivi global en continuité du suivi de grossesse. La compétence des sages-femmes à réaliser aussi bien des consultations que des actes techniques au cours de ces dernières étaient appréciées des femmes incluses dans l'étude : « [...] et puis tout est vraiment lié, c'est bien de pouvoir tout faire y compris les frottis, la grossesse... ». L'ensemble de ces éléments étaient de nature à tisser une relation de confiance tout en limitant le nombre d'intervenant pour leur suivi : « Pour moi, ce que je recherchais c'était plus une mise en confiance avec une relation plus proche aussi ». La proximité et la rapidité des rendez-vous étaient également évoqués pour argumenter leur choix de la sage-femme comme professionnel pour la suite de leur suivi : « J'ai été chez la sage-femme car les rendez-vous étaient plus rapides ». Peu de données sont actuellement disponibles dans la littérature concernant le choix des femmes à consulter une sage-femme pour leur suivi gynécologique. Beaucoup d'études ont été menées auprès de sages-femmes mais très peu concernaient les motivations des femmes à venir les consulter pour leur suivi gynécologique.

Seulement trois participantes ont justifié le choix de la sage-femme par le fait d'avoir plus facilement confiance en une « femme » : « Après maintenant je ne sais pas si c'est en vieillissant mais de moi-même je ne retournerai plus voir un homme par contre ». Une étude menée en Ile-de-France, indiquait que moins de la moitié des femmes préférerait s'adresser à un médecin de sexe féminin pour un motif gynécologique et près de deux tiers n'éprouvaient pas de gêne à être examinées par un homme. 30,5 % des femmes n'avaient pas de préférence pour le sexe du médecin consulté pour une consultation gynécologique, 45,3 % des femmes préféreraient consulter une femme et 24,2 % préféreraient un homme (61). Le sexe du professionnel de santé semble donc être pris en considération lors du choix du praticien consulté pour le suivi gynécologique de prévention. Cela étant, ce facteur a été peu évoqué lors de nos entretiens.

En revanche, huit de nos 12 participantes qui consultaient une sage-femme avaient moins de 45 ans. Ce constat est en accord avec le fait que la majorité des suivis gynécologiques déclarés par les femmes faisaient suite à une grossesse, premier vecteur de connaissance de la profession de sage-femme. Des informations erronées semblaient encore perdurer dans les propos des femmes interrogées au sujet des compétences en gynécologie des sages-femmes : « Je n'aurai pas pensé aller voir une sage-femme pour

un suivi à mon âge » pensant à tort que le suivi gynécologique proposé par les sages-femmes était limité aux femmes en âge de procréer. Le CNOSF insiste sur le fait que les femmes peuvent consulter une sage-femme à tout âge (63). A noter que dans notre étude, nous n'avons pas eu l'opportunité d'interroger des femmes de plus de 52 ans. Il aurait été intéressant de connaître leurs motivations à se faire suivre par une sage-femme.

Conformité du suivi aux recommandations

Toutes les patientes que nous avons interrogées étaient donc suivies au niveau gynécologique (a *fortiori* au moment du recrutement) mais de façon plus ou moins régulière. D'après l'étude menée par le CNOSF en 2017, plus d'une femme sur cinq n'était pas suivie régulièrement par un professionnel de santé sur le plan gynécologique (64). Si 10 femmes de notre échantillon considéraient avoir un suivi gynécologique dit régulier « *J'ai toujours fait en sorte d'avoir un suivi régulier c'était important pour moi* », huit effectuaient une consultation gynécologique, une fois par an, avec la réalisation des examens de dépistage conformément aux recommandations de la HAS (65). Seulement trois femmes parmi les 12 interrogées déclaraient ne pas avoir de suivi gynécologique régulier : « *Et bien non, pas de suivi régulier. Je l'ai vu en 2010 puis en 2014* ». Deux participantes ont déclaré avoir perdu en régularité au moment de leur installation dans le département en raison de leur difficulté à trouver un professionnel de santé pour assurer ce suivi : « *Oui normalement oui, à part depuis mon arrivée ici, où il a fallu chercher et trouver quelqu'un* ». On peut donc penser que malgré l'évolution démographique médicale de ces vingt dernières années en milieu rural, les femmes ont maintenu un suivi plutôt régulier « *Mon suivi a été régulier toute ma vie. Malgré les difficultés rencontrées pour les prises de rendez-vous, j'ai été sérieuse* ». A noter toutefois que nous avons un biais de recrutement dans notre étude car nous avons seulement interrogé des femmes venant consulter dans le cadre d'un suivi gynécologique. Si nous avions recruté de manière différente, il est fort probable que nous ayons observé les mêmes conclusions que CNOSF en 2017 (64). Néanmoins, ce constat rejoint en partie celui établi par Emmanuelle Lundy-Veltin dans sa thèse où elle ne retrouvait pas de différence significative entre le secteur urbain et le secteur rural concernant la régularité du suivi gynécologique (66).

Concernant les dépistages effectués dans le cadre du suivi gynécologique au sein de notre étude, deux femmes ont reconnu avoir renoncé à des soins tels que le frottis : « *Je ne vois pas l'intérêt d'aller consulter quand tout va bien* ». Le fait d'être incitée au dépistage par un professionnel avec lequel une relation de confiance est établie est un facteur favorisant essentiel, souligne la HAS (7). En ce sens, le professionnel a un rôle déterminant dans la sensibilisation des patientes à l'importance d'un dépistage régulier. Une part importante des participantes (10 sur 12) affirmaient n'avoir jamais renoncé à des dépistages ou soins en gynécologie et précisaient que pour elles « *cela était très important* ». Néanmoins, sur le plan national, l'INCa a lancé un large programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus s'adressant aux 17 millions de femmes de 25 à 65 ans parmi lesquelles 40 % ne font pas ou pas assez régulièrement un test de dépistage (similaire au taux de suivi irrégulier que nous avons retrouvé en milieu rural) (67).

5.2.3. *Les difficultés rencontrées en milieu rural*

Au sein de notre étude, différents freins à la réalisation du suivi gynécologique ont été mis en avant. Comme l'indiquait la HAS, ces freins interviennent souvent simultanément. Ils sont parfois plus difficiles à lever quand les femmes sont isolées géographiquement comme cela est le cas dans le secteur où est menée notre enquête (65).

Les freins liés à l'accessibilité

- *Accessibilité géographique*

La démographie médicale du département du Cher est particulièrement touchée par l'effet de désertification médicale justifiant ainsi les distances importantes retrouvées au sein de notre étude pour consulter un spécialiste. En effet, sur l'ensemble des professionnels de santé recensés par l'ARS, la densité pour 100 000 habitants est presque toujours inférieure dans le Cher, lorsqu'elle est comparée à celle du niveau régional et de la France. Ces résultats sont cohérents avec les données de l'Atlas de la démographie médicale en France puisque seulement 10 % des médecins (toutes spécialités confondues) inscrits à l'ordre dans la région Centre - Val de Loire exerçaient dans le département du Cher en 2017 (68). Les femmes participantes à notre étude annonçaient un temps médian de 5 minutes pour se rendre chez leur médecin

généraliste. Ce qui n'était pas surprenant face aux données de la DREES qui indiquaient que moins de 1 % de la population vivant dans les zones essentiellement rurales et montagneuses était à plus de 15 minutes de trajet d'un médecin généraliste (56). En revanche, ce temps de trajet pouvait s'élever à 45 minutes de route pour rejoindre le cabinet d'un gynécologue au sein de notre échantillon : « *Et puis nous 45 minutes de route, quand on finit le travail à 17h, on n'a pas le temps, c'est loin pour nous* ». Le département du Cher fait partie des six départements de France avec une densité de gynécologues spécialisés la plus faible expliquant les temps de trajets conséquents que parcouraient les femmes de notre étude (annexe 7) (69). Les sages-femmes permettent de combler en partie cette offre de soins limitée dans le département. Les sages-femmes sont considérées parfois comme essentielles à la régularité du suivi car quelques femmes ont déclaré les éléments suivants : « *Alors que s'il y avait une sage-femme sur le secteur, ça faciliterait un suivi régulier* », « *Je pense que ça devrait se développer, moi qui vis en milieu rural. Je pense que c'est quelque chose qu'il faut qu'on arrive à ancrer dans nos villages, comme un médecin généraliste, comme le dentiste, comme le kiné* ».

- *Désertification du secteur rural*

Six femmes sur les 12 interrogées ont été confrontées à un départ à la retraite de leur praticien : « *J'avais le même gynéco que ma maman mais je ne l'ai vu qu'une fois parce qu'il est parti à la retraite* ». Si l'âge moyen des médecins en activité régulière en France était de 50,8 ans en 2018, celui du département du Cher était légèrement plus élevé avec un âge moyen de 53,3 ans (68). En revanche parmi les 13 sages-femmes libérales recensées dans le Cher en 2017, l'âge moyen était de 41 ans (69). Elles devraient donc être une perceptive d'avenir dans ces secteurs fortement touchés par la désertification médicale. Quatre femmes interrogées dans notre étude ont dû rechercher un nouveau professionnel à la suite d'un départ de leur praticien (hors retraités) : « *Les deux fois où j'ai été suivie par des gynécos j'ai changé parce qu'elles sont parties dans d'autres villes* ». Une des femmes interrogées a indiqué devoir parcourir plus de kilomètres pour accéder à un professionnel spécialisé suite à la fermeture d'un centre hospitalier de proximité. En effet, le manque des professionnels dans les zones rurales qu'il soit justifié par l'âge ou le manque d'attractivité entraîne depuis plusieurs années le regroupement des centres hospitaliers dans les pôles urbains.

- *Manque d'information*

L'hétérogénéité des professionnels rencontrés au cours des différents suivis gynécologiques au sein de notre étude, reflétait toute l'ambiguïté du choix du praticien à laquelle se confrontaient les femmes : « *Je ne savais pas qu'on pouvait le faire ailleurs* ».

En effet, le manque d'information faite aux femmes concernant le rôle et les compétences des trois acteurs du suivi gynécologique ne facilitaient pas leur orientation. La HAS n'ayant publié aucune recommandation de bonne pratique à ce jour sur le sujet, il apparaît un véritable besoin en la matière comme le confirmait le Haut Conseil à l'Egalité (HCE) afin de choisir son praticien à bon escient (81).

Si le rôle du gynécologue était unanimement connu par nos participantes en revanche celui du médecin généraliste ne l'était pas toujours : « *Je ne savais pas qu'une sage-femme ou un médecin généraliste pouvait le faire* », et 11 femmes ne connaissaient pas vraiment voir « *pas du tout* » les compétences gynécologiques des sages-femmes au moment de leur première rencontre avec celle-ci. Au sein de notre échantillon, tout comme Fanny Noirclère Dubreuil le démontrait dans sa thèse, les femmes à bas risque consultaient les médecins sur-spécialisés par manque de connaissance alors qu'elles ne présentaient aucune pathologie (53).

- *Qualité de l'offre de soins*

Comme le révélait une étude interrogeant les médecins généralistes, ils étaient nombreux à considérer leurs connaissances universitaires en gynécologie insuffisantes et déclaraient ne pas se sentir performants dans ce domaine (70). Ce qui effectivement pouvait poser problème comme nous l'indiquait une femme interrogée qui se voyait contrainte à réaliser les examens ou actes techniques auprès d'un autre prestataire de santé : « *J'allais au médecin traitant pour faire renouveler ma pilule, s'il fallait refaire un frottis ou des choses comme ça j'allais au laboratoire* ». Le manque de matériel et de formation chez les médecins généralistes avait aussi été mis en avant comme l'un des freins au suivi gynécologique chez le médecin généraliste par Verger (62).

Les freins liés à la patiente

Manque de temps

Le manque de temps a été évoqué à plusieurs reprises au sein de notre étude « *Et puis après c'est plus par manque de temps, les choses qu'on repousse, qu'on fera plus tard* » comme dans l'étude menée par Dewez ou encore dans la thèse de Terris où les impératifs de la vie quotidienne poussaient les patientes à être négligentes vis-à-vis de leur suivi gynécologique. Le manque de temps était l'argument le plus souvent cité pour justifier cette négligence (71–73). En effet, la vie quotidienne demande aux femmes d'aujourd'hui une organisation millimétrée entre vie de famille et vie professionnelle. C'est donc aux services de santé de s'adapter en offrant un accès plus rapide tant en termes de délai qu'en termes de distance. Ceci dans le but de faciliter l'accès aux soins à ces femmes et les inciter à poursuivre leur suivi gynécologique de façon régulière.

Oblitération du risque

Nous avons relevé au cours de nos entretiens que la principale raison du non suivi était le manque d'intérêt (elles ne voyaient pas la nécessité de consulter puisqu'elles n'étaient pas malade) : « *On a plus tendance à repousser que quand on est vraiment malade* » tout comme l'avait constaté M. Adam dans sa thèse (73). En effet, l'absence de problème de santé est un argument fréquemment mis en valeur par les femmes pour justifier l'absence ou l'irrégularité d'un suivi gynécologique (72). L'INCa confirmait que les femmes ne participaient pas au dépistage parce qu'elles ignoraient les risques de ce cancer et les avantages du dépistage. Certaines femmes ne se sentaient pas concernées et dans certains cas, les femmes ménopausées pensaient ne plus être à risque pour développer un cancer du col de l'utérus comme nous le précisait une de nos participantes : « *Les dames qui ont 50 ans disent « oh, le frottis c'est bon j'ai eu mes enfants il y a 20 ans* » (74).

Caractère intrusif de l'examen gynécologique : entre peur et pudeur

Dans notre étude, les femmes qualifiaient les consultations gynécologiques comme étant des rendez-vous « *difficiles* ». Comme l'indiquait l'INCa, le caractère intrusif de l'examen gynécologique, était souvent considéré comme embarrassant, angoissant, inconfortable, voir douloureux : « *Ce n'est pas un rendez-vous que je prends avec plaisir, c'est plus une contrainte parce que ce n'est pas évident, c'est quand même*

l'intimité ». Cette gêne pouvait être majorée si le professionnel de santé qui effectuait le prélèvement était un homme comme nous l'avons vu précédemment lors du choix du praticien (74). L'étude de Cuer concluait aussi à l'hypothèse que l'inconfort était plus souvent ressenti lorsque les patientes avaient eu rendez-vous avec un professionnel masculin (75). Ce qui se confirmait dans les propos des femmes recueillis au sein de notre enquête ainsi que dans l'étude Dewez où la raison principale de l'appréhension du suivi gynécologique était la pudeur pour 32 % des patientes : « *J'étais souvent mal à l'aise au moment de l'examen* » (71). Certaines femmes avouaient reporter leur rendez-vous dans le but de retarder ce moment. Dans une étude menée en 2018, ayant pour objectif d'évaluer l'inconfort émotionnel et physique ressenti avant et pendant la consultation de gynécologie, on retrouvait un fait important : les patientes ressentaient plus d'inconfort physique et émotionnel avant la consultation qu'après celle-ci (75).

5.2.4. *L'opinion des femmes sur la place de la sage-femme*

Connaissances des femmes sur la profession

11 de nos participantes ont rencontré la sage-femme pour la première fois au cours de leur grossesse ou de leur accouchement et aucune n'avait connaissance de leurs compétences en gynécologie à ce moment. Toutes avaient connaissance de leur rôle concernant le suivi de grossesse mais pensaient qu'il se limitait à cela : « *Pour moi le gynécologue c'est celui qui fait le suivi et la sage-femme c'est elle qui fait le suivi des grossesses* ». Cependant, ce résultat est à modérer car lors des entretiens nous avons omis de faire préciser aux femmes si cette première rencontre avec une sage-femme était intervenue avant ou après la loi de 2009. Le temps écoulé depuis cette première rencontre a pu participer également à un biais de mémorisation comme l'a souligné une patiente interrogée : « *[...] enfin après ça remonte il y a bien longtemps et je ne pense pas que les sages-femmes le faisaient déjà* ». On peut supposer que les quatre participantes qui avaient plus de 45 ans, avaient probablement eu leurs enfants avant l'acquisition de ces nouvelles compétences. Dans ce cas, ce sont sept patientes qui potentiellement auraient pu connaître les compétences en gynécologie des sages-femmes mais qui ne les connaissaient pas à l'époque : « *Je ne savais pas que la sage-femme pouvait faire les frottis et tout cas, sinon j'y serai allée plus tôt* ». Cette proportion reste tout de même importante, puisque plus de la moitié des femmes

interrogées ignorait qu'elles pouvaient consulter une sage-femme pour leur suivi gynécologique. Toutes les femmes qui l'ignoraient ont exprimé un regret par rapport à cela : « *Ce qui est dommage, c'est qu'on est nombreuses à ne pas en avoir connaissance* ». Ce constat correspond à ce que l'on observe dans la littérature, les compétences médicales de la profession de sage-femme restent majoritairement méconnues des patientes. En effet, selon une étude récente sur la perception de la profession de sage-femme par les femmes, seulement une femme sur deux avait connaissance de leurs compétences acquises en gynécologie (76). En 2018, 58% des patientes interrogées connaissaient le caractère médical de la profession, 34% pensaient que la profession de sage-femme était paramédicale, et 8% ne se prononçaient pas (54). Si plus de femmes avaient connaissance des compétences des sages-femmes, plus de femmes iraient probablement consulter une sage-femme pour leur suivi gynécologique en particulier dans les zones rurales. Il apparaît donc essentiel d'augmenter la visibilité de cette profession et de leurs compétences. En effet, lorsque les femmes avaient connaissance des compétences des sages-femmes en gynécologie, une migration des patientes était observée vers les cabinets libéraux des sages-femmes dans les secteurs sous dotés en gynécologues dans le but d'effectuer leur suivi gynécologique (76). Enfin, parmi les femmes interviewées, un doute subsistait concernant l'âge auquel on peut consulter une sage-femme « *A la base c'est vrai que je n'aurai pas forcément pensé aller voir une sage-femme pour un suivi à mon âge* ». Comme le propose le CNOSF, des recommandations pour le suivi gynécologique, de la même façon que celles faites pour le suivi et l'orientation des femmes enceintes sembleraient nécessaire. Cette démarche permettrait aux femmes de mieux identifier les sages-femmes comme acteur de première ligne pour le suivi gynécologique de prévention et les situations relevant de leurs compétences.

Le bouche à oreille semblait être le premier mode d'information au sein de notre étude. En effet, neuf femmes sur 12 ont eu connaissance des compétences des sages-femmes en gynécologie grâce aux recommandations de l'entourage : « *J'ai décidé d'aller voir une sage-femme parce qu'on en a parlé avec des copines* » mais aussi par les médecins généralistes : « *La première fois, c'est mon médecin qui m'en avait parlé* ». En effet, le médecin traitant, professionnel de santé de première ligne, joue un rôle essentiel dans l'orientation des femmes vers les sages-femmes.

Le fait qu'une sage-femme se soit installée à proximité semblait accentuer ce phénomène. Les témoignages des femmes ayant consultés une sage-femme étant majoritairement positifs, l'image de la sage-femme n'en sera que meilleure et incitera davantage de femmes à consulter chez cette dernière.

Cinq de nos participantes ont eu connaissance des compétences attribuées aux sages-femmes en termes de gynécologie par les sages-femmes elles-mêmes au cours de consultations de grossesses. La mise en place du PRADO augmentait significativement ces connaissances d'après l'étude de Noirclère Dubreuil mais le fait d'avoir expérimenté le PRADO après leur premier accouchement n'augmentait pas leur recours à la sage-femme, ni pour le suivi médical de la grossesse suivante, ni pour le suivi gynécologique (54).

Les médias n'ont jamais été évoqués comme source d'information sur les compétences des sages-femmes par les femmes interrogées. Nos observations sont en accord avec les résultats d'une étude menée auprès de 300 femmes où aucune amélioration des connaissances n'avait été significativement mise en évidence entre 2010 et 2018 (54). Ce malgré la campagne de communication nationale, débutée le 22 juin 2016, dont l'objectif était de mieux faire connaître la richesse et la diversité de cette profession médicale (46). L'analyse de l'impact de cette campagne serait intéressante afin d'en améliorer son efficacité.

L'importance d'une sage-femme à proximité

Les femmes interrogées dans notre étude ont toutes exprimé l'importance d'avoir une sage-femme à proximité pour faciliter l'accès aux soins : *« Avoir des sages-femmes à proximité, déjà ça rassure et ça permet à des femmes qui n'étaient pas suivies de le faire »*, *« La seule chose que j'aurai à rajouter, c'est qu'il faudrait une sage-femme ou un gynécologue mais de préférence une sage-femme qui soit plus près de chez nous »*.

En effet, pour pouvoir consulter une sage-femme le temps de trajet était variable au sein de notre étude. Si l'installation d'une sage-femme avait facilité l'accès à quatre participantes, huit devaient toujours parcourir plus de 35 kilomètres pour se rendre à leur consultation. On constate que 13 sages-femmes libérales ont été recensées dans le département du Cher en 2017 (69). Comparé à la densité moyenne nationale des sages-femmes qui est de 156,6 sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans, le

département du Cher avec 123,6 sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans, était assez bien doté comparé à d'autres départements où la densité était beaucoup plus faible (36,43). De façon générale, la tendance actuelle de la profession tend à voir augmenter le nombre d'installations en cabinet libéral permettant ainsi, grâce au zonage de la Sécurité Sociale, une répartition homogène de ces dernières (42). Malgré le temps de trajet assez long pour se rendre chez une sage-femme, nos participantes se disaient prêtes à faire plus de kilomètres pour bénéficier d'un suivi de qualité.

Avec l'arrivée des sages-femmes, proposant des délais d'attentes comparables à ceux du médecin généraliste, nous pouvons espérer voir une répartition équilibrée des patientes entre les différents acteurs du suivi gynécologique, dans l'optique de désengorger les cabinets de gynécologues et de ce fait libérer des créneaux pour les besoins spécifiques aux gynécologues.

La facilité d'accès qu'apporte la sage-femme en s'installant dans ces secteurs où les spécialistes en gynécologie viennent à manquer, permettrait notamment d'améliorer le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus. Comme l'indiquait l'une des femmes interrogées, pour les femmes de plus de 50 ans qui pensaient à tort ne plus être concernées par le dépistage du cancer du col de l'utérus, cela les inciterait davantage à consulter : « *Ben non ce n'est pas bon, il faut quand même le faire et s'il y a la proximité, on va peut-être le faire plus facilement et éviter des pathologies lourdes parce que ça ne sera pas pris à temps* ». Pour assurer une couverture suffisante, il faudrait théoriquement plus de trois professionnels spécialisés pour 10 000 femmes âgées de 25 à 65 ans. En 2010 en France, ce seuil n'était déjà pas atteint pour au moins 19 départements (74). D'après le rapport publié par Santé publique France en janvier 2019, en Région Centre-Val de Loire, on observait une surmortalité de 4 % pour le cancer du sein et cette surmortalité atteignait 8 % pour le département du Cher. Ce qui s'expliquerait, comme l'évoque ce rapport, un diagnostic plus tardif pour une même tumeur (29). Les sages-femmes ont donc un rôle important dans la santé génésique de ces femmes, en leur offrant la facilité d'accès aux dépistages.

Comme le confirmait l'étude menée auprès des femmes précaires en milieu rural, la facilité d'accès, tant en termes de distances que de délais d'attentes qu'apportent les sages-femmes installées dans ce secteur et la bonne coordination des intervenants du suivi gynécologique, permettraient d'optimiser l'offre de soin apporté aux femmes (53).

Appréciation des femmes interrogées

Toutes les femmes participant à notre étude étaient satisfaites de la prise en charge proposée par une sage-femme. Nous avons pu évaluer cette satisfaction à travers plusieurs critères répondant aux trois fondements de la « démarche centrée sur le patient » décrite par la HAS (77).

Une personnalisation des soins

L'écoute apportée par la sage-femme était souvent très appréciée par les patientes, comme le précisait neuf des femmes interrogées lors de notre étude : « *Elle a bien ciblé qui j'étais. Elle a bien compris mes craintes. Elle est très à l'écoute. J'ai pu poser mes questions. Elle s'est mise beaucoup à ma place et m'a rassurée* ». Cette écoute passait notamment par le fait que la sage-femme prenait beaucoup de temps pour réaliser leur consultation et cela était signalé à plusieurs reprises au cours de nos entretiens : « *Elle prend le temps d'expliquer les choses* », « *On voit qu'elle prend son temps, on n'a pas l'impression qu'elle veut faire vite* ».

L'empathie et la facilité de compréhension, parfois justifiées par le simple fait que la sage-femme soit avant tout une femme apparaissaient comme un véritable atout pour les femmes ayant consulté une sage-femme : « *Une compréhension, une relation on va dire plus de femme à femme, qui comprenait déjà le corps des femmes* », « *Peut-être le fait que ça soit une femme, quand tu expliques, une femme reste une femme, on n'a pas besoin d'expliquer avec des grands mots, elle comprend* ».

Concernant les attentes des femmes, elles étaient systématiquement comblées voir dépassées lorsqu'elles consultaient une sage-femme : « *C'était encore mieux que ce que je pensais* ». Une femme a rajouté que la sage-femme « *a fait un vrai travail de psychologie et c'est très appréciable* ». Grâce au temps que la sage-femme consacre à l'écoute de sa patiente elle effectue ainsi un suivi plus global en se préoccupant autant de l'aspect clinique que psycho-social de la patiente.

Nous observons à travers le récit des participantes que la sage-femme est à l'écoute de ses patientes. On a le sentiment que la sage-femme comprend la femme et ce qui est important pour elle « *Elle me connaît très très bien pourtant ça ne fait pas des années qu'on se connaît* ». Comme le recommande la HAS, elle a adapté le dialogue

aux connaissances, au vécu de la patiente, à son expérience dans le but de répondre à ses besoins et ses attentes autant sur l'aspect médical que personnel (77).

Intégration de la patiente à la prise de décision

Comme nous l'avons relevé au sein de nos entretiens, la sage-femme accompagne les femmes dans leur choix de contraception. Pour cela, elle va prendre le temps d'éclairer leur décision, c'est à dire expliquer chaque méthode contraceptive à laquelle elles peuvent prétendre : « *Pour le choix de ma contraception, elle m'a tout expliqué [...] Il y a eu un vrai échange* ». Elle va s'informer des antécédents et facteurs de risque pouvant limiter leur choix : « *Elle est repartie de zéro, elle m'a demandé mes antécédents ect. L'interrogatoire et l'examen était complet* ». A travers cette prise en charge respectueuse et personnalisée, la sage-femme a été qualifiée comme étant « *bienveillante et rassurante* » par les femmes de notre étude.

Nous retrouvons au sein des descriptions de la sage-femme différents aspects de la démarche centrée sur le patient. Elle s'appuie sur une relation de partenariat avec le patient et le professionnel de santé. Elle considère qu'il existe une complémentarité entre l'expertise des professionnels et l'expérience du patient acquise au fur et à mesure de la vie avec ses problèmes de santé ou psychosociaux, la maladie et ses répercussions sur sa vie personnelle et celle de ses proches (77).

Une continuité des soins dans le temps

Nous avons constaté une volonté importante de la part des femmes pour trouver un professionnel qualifié, répondant à leurs attentes, auquel elles accorderaient leur confiance et si possible qu'il soit facilement accessible afin d'établir un suivi pérenne avec celui-ci : « *J'avais envie de quelque chose d'autre, quelqu'un en qui je pouvais faire confiance afin de lui être fidèle, surtout fidèle* ». Chose qui n'était pas aisée en secteur rural, pourtant, l'ensemble de nos participantes ont reconnu avoir regroupé (presque) toutes leurs attentes en allant consulter une sage-femme (nous rappelons que toutes nos patientes, répondaient aux critères de « femmes en bonne santé » pour être suivies chez une sage-femme) : « *Forcément on est suivie longtemps sur quelque chose de très particulier et très intime, il y a une relation de confiance* », « *Elle m'a réconciliée avec le suivi gynéco* » même si la distance restait parfois importante « *C'est incomparable, je ne vais pas dire que j'y vais en courant mais je n'ai pas*

d'appréhension à aller la voir. Ça me fait beaucoup de kilomètres mais ce n'est pas un problème quand je sais la qualité que j'ai derrière ».

Lors d'une démarche centrée sur le patient, la HAS rappelait qu'une continuité des soins dans le temps était indispensable. Cela était possible en apportant un suivi et un soutien au patient par une même équipe pluriprofessionnelle. Grâce à sa disponibilité et son accessibilité, valorisées à plusieurs reprises lors de nos entretiens, la sage-femme invite les femmes à poursuivre un suivi gynécologique régulier auprès d'elles : « *Quand je l'appelle elle me répond tout de suite* », « *Elle est très disponible, je peux la joindre facilement par messages* » la sage-femme invite les femmes à poursuivre un suivi gynécologique régulier auprès d'elle.

On peut penser que toutes les femmes interrogées maintiendront leur suivi avec une sage-femme, sauf si elles se voyaient contraintes de changer pour des soins spécifiques, ayant toutes répondues « *oui* » à la question : « *recommanderiez-vous une sage-femme pour effectuer le suivi gynécologique ?* ».

5.3. Ouverture et projet d'action

Aujourd'hui, il y a en moyenne trois professionnels spécialisés dans le suivi gynécologique pour 100 000 femmes en âge de procréer. Face à la pénurie de gynécologues qui concerne les femmes vivant en milieu rural et le manque de médecins généralistes spécialisés, nous risquons d'observer une augmentation des retards de prise en charge de certaines pathologies comme le cancer du col de l'utérus ou le cancer du sein.

La place de la sage-femme dans le suivi gynécologique de prévention est donc un réel enjeu de santé publique. Comment inciter les sages-femmes à s'installer dans ces zones rurales et moins dotées en professionnels de santé ? Comment améliorer l'accessibilité et la qualité du suivi gynécologique de prévention grâce aux prises en charges pluriprofessionnelles ?

Projets d'actions

« Les sages-femmes c'est l'avenir, dans de belles maisons médicales dans nos petits villages. »

Élaboration ou amélioration de programmes incitatifs en milieu rural

Il semble indispensable d'inciter les sages-femmes souhaitant ouvrir leur cabinet à venir s'installer dans les communes les plus nécessiteuses. Cela permettrait que les femmes se rendent plus facilement chez une sage-femme, ensuite cette dernière les orienterait vers un gynécologue en cas de pathologie. Cette mesure permettrait de désengorger les cabinets de gynécologie (ou de médecine générale) afin d'obtenir des rendez-vous beaucoup plus rapidement. Cela pourrait également améliorer le suivi des femmes et les inciter à le maintenir régulier.

La création ou la poursuite de programmes incitatifs pourraient favoriser l'installation des sages-femmes en zone rurale :

- « Ma Santé 2022 : un engagement collectif » annoncé en février 2018 par Emmanuel Macron a notamment pour mesure phare de replacer le patient au cœur du soin et de lutter contre les déserts médicaux. L'objectif étant de proposer plus d'actions de prévention et de mieux coopérer entre médecins de toutes spécialités, nous laisse espérer une amélioration de la prise en charge du suivi gynécologique dans ce secteur malgré la désertification qui fait rage (78).

- Le zonage des sages-femmes libérales en date du 20 février 2020 par l'ARS Centre-Val de Loire. Il détermine les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé libéraux.

- L'élaboration de conventions tripartites entre municipalité, département et professionnel pour mettre à disposition des locaux et le matériel adaptés pour l'exercice de la profession de sage-femme ainsi qu'une tarification du loyer adaptée au chiffre d'affaire sur les deux premières années. Cela facilitera l'installation de nouvelles sages-femmes qui pourraient renoncer face à l'investissement que cela représente.

- **Informer et orienter les femmes vers des prises en charges pluriprofessionnelles**

L'installation des sages-femmes en secteur rural n'a pas pour objectif de se substituer à la place des médecins généralistes ou des gynécologues. Comme nous avons pu le constater au sein de notre étude, la répartition des rôles de chacun n'est pas clairement définie et cela semble influencer la qualité du suivi gynécologique.

Le travail en réseau des professions impliquées dans le suivi gynécologique des femmes semble indispensable aujourd'hui afin d'offrir un accès au soin et une prise en charge optimale pour les femmes et leur santé. Une équipe pluri-professionnelle permettra d'aboutir à la construction ensemble d'une option de soins, au suivi de sa mise en œuvre et à son ajustement dans le temps et donc, à une approche centrée sur le patient, comme le précise la HAS (77).

Pour que cela soit possible, il semble donc nécessaire de :

- Favoriser l'émergence de cabinets pluridisciplinaires tels que les maisons de santé devenues un élément familier dans le paysage de l'exercice coordonné. Ses membres sont souvent unis dans un projet de santé commun et travaillent sur des dossiers patients partagés (comme cela était le cas sur le lieu de notre étude).

- Orienter les patientes vers le professionnel adapté à leurs besoins. Le médecin traitant, par sa position de « médecin de famille » détient la clé de l'information faite aux femmes et de leur orientation. En cas de pathologie, le médecin généraliste et la sage-femme sont aptes à orienter les femmes vers le gynécologue.

- Informer les femmes avec la mise en place d'une politique de santé publique avec des programmes de prévention à travers des campagnes de publicité (comme celle réalisée en 2016 par les pouvoirs publics) et par l'information délivrée par les professionnels de santé ou dans les collèges et lycées (46).

CONCLUSION

CONCLUSION

La pénurie de gynécologues en milieu rural, implique une absence de médecin spécialisé à proximité et des délais d'attente allant jusqu'à plusieurs mois. Les femmes s'orientaient donc vers les médecins généralistes plus accessibles. Le sentiment d'un suivi gynécologique moins complet et une difficulté à partager un examen gynécologique considéré comme intime avec le médecin de « *famille* » avaient motivé les femmes interrogées à s'orienter vers une sage-femme pour leur suivi. Les participantes avaient initié pour la plupart un suivi gynécologique auprès d'une sage-femme à la suite d'un suivi obstétrical ou de consultations dans le cadre du PRADO. La relation de confiance centrée sur la personne était appréciée des femmes interrogées.

Aujourd'hui, la présence des sages-femmes dans un secteur rural possédant une démographie faible en professionnels de santé génésique, permet d'apporter aux femmes un meilleur accès aux soins en termes de trajet, de rapidité de rendez-vous et de continuité du suivi.

En conclusion, la sage-femme est aujourd'hui un maillon indispensable de l'offre de soins en gynécologie dans le secteur rural. Néanmoins, le travail en réseau, entre médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues est indispensable dans ce secteur afin d'utiliser chaque professionnel à bon escient.

Ainsi, un désengorgement des cabinets de spécialistes, une meilleure sensibilisation des femmes au dépistage des cancers du col et du sein pourront intervenir grâce au rôle central des sages-femmes dans les parcours de soin gynécologique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère des Solidarités et de la Santé. Loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires) [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/loi-hpst-hopital-patients-sante-territoires>
2. Article L4151-1. Code de la santé publique (2016).
3. Ministère des Solidarités et de la Santé. La démographie des médecins (RPPS) [Internet]. 2016 [cité 14 avr 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/la-demographie-des-professionnels-de-sante/la-demographie-des-medecins-rpps/article/la-demographie-des-medecins-rpps>
4. Guyard L. Chez la gynécologue: apprentissage des normes corporelles et sexuelles féminines. *Ethnol Fr* [Internet]. 2010 [cité 1 avr 2020];40(1):67-74. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/ethn.101.0067>
5. Conseil National de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF), Collectif des Associations et de Syndicats de Sages-Femmes (CASSF). Référentiel métier et compétences des sages-femmes [Internet]. 2010 [cité 28 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>
6. Haute Autorité de Santé (HAS). Contraception chez l'homme et chez la femme [Internet]. has-sante.fr. 2013 [cité 28 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf
7. HAS. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus : actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS) [Internet]. has-sante.fr. 2013 [cité 19 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08__vf_mel.pdf
8. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM). Parcours de soin coordonné [Internet]. [Ameli](http://ameli.fr). 2019 [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/consultations/metropole>
9. Organisation Nationale Syndicale des sages-femmes (ONSSF). Nouvelles cotations [Internet]. 2019 [cité 19 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.onssf.org/actualites-professionnelles/les-nouvelles-cotations-entrent-en-vigueur-le-10-fevrier-2019/>
10. HAS. Lexique de termes à utiliser [dans les productions HAS] pour les soins délivrés en dehors des établissements de santé [Internet]. has-sante.fr. 2015 [cité 14 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-11/3.3_lexique_soins_de_ville.pdf

11. Brezzi M, Dijkstra L, Ruiz V. OECD Extended Regional Typology: The Economic Performance of Remote Rural Regions. OECD Reg Dev Work Pap [Internet]. 2011 [cité 15 avr 2020];(06):1-20. Disponible sur: <https://doi.org/10.1787/5kg6z83tw7f4-en>
12. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Espace rural : espace à dominante rurale [Internet]. insee.fr. 2016 [cité 15 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1034>
13. Barlet M, Coldefy M, Collin C, Lucas-Gabrielli V. L'accessibilité aux médecins généralistes libéraux : plus faible en milieu rural. Pour [Internet]. 2012 [cité 28 mars 2020];2(214):29-40. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/pour.214.0029>
14. Breton D, Barbieri M, d'Albis H, Mazuy M. L'évolution démographique récente de la France : de forts contrastes départementaux. Population [Internet]. 2017 [cité 15 mars 2020];72(4):583-651. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/popu.1704.0583>
15. Médecins du monde. Personnes en milieu rural [Internet]. medecinsdumonde.org. 2020 [cité 15 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/fr/populations/personnes-en-milieu-rural>
16. Barlet M, Bigard M, Lévy D, Collin C. Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité. Insee Première [Internet]. 2012 [cité 24 mars 2020];(1418):1-4. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281420>
17. Ministère des Solidarités et de la Santé. L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) [Internet]. drees.solidarites-sante.gouv.fr. 2014 [cité 14 avr 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/l-indicateur-d-accessibilite-potentielle-localise-apl/article/l-indicateur-d-accessibilite-potentielle-localisee-apl>
18. Bachelet M, Anguis M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. Etudes et résultats [Internet]. 2017 [cité 27 mars 2020];(1011):1-6. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1011.pdf#xd_co_f=YmEzMDZjNjEtY2RlMy00NDRIlWEXY2QtMTYwM2YyOTVkJZjRi~
19. Chaput H, Monziols M, Ventelou B, Zaytseva A, Chevillard G, Mousquès J, et al. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. Etudes et résultats [Internet]. 2020 [cité 27 mars 2020];(1140):1-5. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/difficultes-et-adaptation-des-medecins-generalistes-face-a-l-offre-de-soins>
20. Silhol J, Ventelou B, Zaytseva A, Marbot C. Comportements et pratiques des médecins : exercer dans les zones les moins dotées, cela fait-il une différence ? Rev Fr Aff Soc [Internet]. 2019 [cité 28 mars 2020];(2):213-49. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/rfas.192.0213>

21. Cohen J, Madelanat P, Levy-Toledano R. Etat des lieux et perspectives en 2020. In: Gynécologie et santé des femmes, quel avenir en France? Paris: Eska; 2000. p. 20-7.
22. CNAM. La Rosp du médecin traitant de l'adulte [Internet]. Ameli. 2020 [cité 26 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs/medecin-traitant-adulte>
23. Ministère des Solidarités et de la Santé. Portrait des professionnels de santé : édition 2016. [Internet]. drees.solidarites-sante.gouv.fr. 2016 [cité 26 mars 2020]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/portrait-des-professionnels-de-sante-edition-2016#xd_co_f=YmEzMDZjNjEtY2RlMy00NDRIlWExY2QtMTYwM2YyOTVkJZjRi~
24. Gérard M, Potéreau J, Hauser M. Observatoire des parcours de soins des Français, les français et la médecine de ville. [Internet]. 2019 [cité 14 avr 2020]. Disponible sur: <https://harris-interactive.fr/wp-content/uploads/sites/6/2019/10/Rapport-Harris-Etude-les-Francais-et-la-medecine-de-ville-Santeclair.pdf>
25. Institut Nationale du cancer (INCa). Déterminants de la participation au dépistage et à la prévention des cancers du sein et du col de l'utérus dans l'agglomération parisienne, une étude au sein de la cohorte SIRS. [Internet]. INCa. 2016 [cité 14 avr 2020]. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Projets-de-Recherche/Determinants-de-la-participation-au-depistage-et-a-la-prevention-des-cancers-du-sein-et-du-col-de-l-uterus-dans-l-agglomeration-parisienne-une-etude-au-sein-de-la-cohorte-SIRS>
26. Direction Départementale des Territoires (DDT) du Cher. Portraits du Cher : population et ménages [Internet]. 2020 [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.cher.gouv.fr/Publications/Etudes-observatoires-et-cartes-du-departement-du-Cher/Portraits-du-Cher-caracteristiques-du-departement2/Population-et-menages>
27. Agence Régionale de Santé (ARS) Centre - Val de Loire. Démographie des professionnels de santé [Internet]. centre-val-de-loire.ars.sante.fr. 2019 [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/demographie-des-professionnels-de-sante-2>
28. Conseil national de l'ordre des médecins. La démographie médicale [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>

29. Lapôtre-Ledoux B, Plouvier S, Cariou M, Billot-Grasset A, Chatignoux E. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France entre 2007 et 2016. Santé Publique Fr [Internet]. 2019 [cité 4 avr 2020]; Disponible sur: https://www.onco-hdf.fr/app/uploads/2019/02/Estimations_incidence_mortalite_Hauts-de-France_janvier_20191.pdf
30. CNOSF. Code de déontologie des sages femmes [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Code-de-d%C3%A9ontologie-des-sages-femmes-version-consolid%C3%A9e-au-19-juillet-2012.pdf>
31. Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination. JORF n°0130 (2016).
32. Gomez C. La contraception : quel rôle pour la sage-femme ? Incidences des nouvelles dispositions légales. Rev Sage-Femme. 2007;(6):74-89.
33. CNOSF. Suivi gynécologique et contraception [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/votre-sage-femme/competences/suivi-gynecologique-et-contraception/>
34. Arrêté relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme. JORF n°0074 (2013).
35. Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme. JORF n°294 (2001).
36. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Rapports publics des professions de santé : démographie des professions de santé sage-femme (RPPS) [Internet]. data.drees. 2018 [cité 18 avr 2020]. Disponible sur: http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,490,497,970,982
37. CNOSF. Deuxième étude sur le marché du travail des sages-femmes: modérer la croissance excessive des actives et l'amplification des disparités interrégionales. [Internet]. 2016 [cité 18 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2016/09/Etude-march%C3%A9-du-travail-sages-femmes-CNOSF-2016.pdf>
38. Observatoire Nationale de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS). Les sages-femmes une profession en mutation [Internet]. 2016 [cité 2 avr 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_ouvrage_sur_les_sagesfemmes_mai2016.pdf
39. Cavillon M. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. Etude et résultats [Internet]. 2012 [cité 14 avr 2020];(791):1-8. Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/12518/1/er791.pdf>

40. Douguet F, Vilbrod A. Les sages-femmes libérales: accompagner des femmes en situation de vulnérabilité et de précarité [Internet]. Paris: Seli Arslan; 2017 [cité 12 avr 2020]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01623945/>
41. ARS Centre - Val de Loire. Nouveau zonage des sages-femmes libérales [Internet]. [centre-val-de-loire.ars.sante.fr](http://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr). [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/nouveau-zonage-des-sages-femmes-liberales>
42. ARS Centre - Val de Loire. Les zonages des professionnels de santé libéraux [Internet]. [centre-val-de-loire.ars.sante.fr](http://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr). 2020 [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/les-zonages-des-professionnels-de-sante-liberaux>
43. CNOSEF. Sages-femmes inscrites par département/région : secteur 1 au 01/01/2017 [Internet]. 2017 [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2017/11/Secteur-1.pdf>
44. Unions Régionales des Professionnels de Santé Sages-Femmes (URPS-SF) Ile de France. Démographie et activité des sages-femmes libérales en Île de France [Internet]. [urps-sf-idf.fr](http://www.urps-sf-idf.fr). [cité 18 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.urps-sf-idf.fr/?p=446>
45. CNOSEF. Suivi gynécologique et de prévention des femmes : l'Ordre réaffirme le rôle fondamental des sages-femmes [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. 2017 [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/suivi-gynecologique-et-de-prevention-des-femmes-lordre-reaffirme-le-role-fondamental-des-sages-femmes/>
46. Marisol Touraine. Discours de Marisol Touraine : conférence de presse « Lancement de la campagne de communication sages-femmes » [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2016 [cité 17 avr 2020]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-discours/article/discours-de-marisol-touraine-conference-de-presse-lancement-de-la-campagne-de>
47. Lisa.C. Relayer la campagne [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 11 avr 2020]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/sages-femmes/article/relayer-la-campagne>
48. Touré L. Présentation des techniques d'enquêtes qualitatives [Internet]. 2010 [cité 20 avr 2020]. Disponible sur: http://www.usi.umontreal.ca/pdf/2010/bulletin_octobre/formation_observatoire.pdf
49. Comeau Y. L'analyse des données qualitatives. Cahiers de Crises [Internet]. 1994 [cité 21 avr 2020];(ET9402):1-35. Disponible sur: <https://depot.erudit.org/id/001759dd?mode=full&locale=fr>
50. Savoie-Zajc L. Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? Recherche Qualitative. 2007;(HS 5):99-111.

51. Grillo F, Cadot E, Parizot I, Chauvin P. Absence de suivi gynécologique régulier en région parisienne : un cumul d'inégalités individuelles et territoriales ? /data/revues/03987620/005606SS/08006767/ [Internet]. 20 nov 2008 [cité 8 mai 2020];56(6S):357. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/189514>
52. INSEE. Dossier complet : département du Cher (18) [Internet]. insee.fr. 2020 [cité 28 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-18>
53. Le Gallic A-H. Comment des femmes précaires, habitant en milieu rural, perçoivent-elles leur suivi gynécologique? [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine]. [Rennes]: Université de Rennes; 2017 [cité 28 avr 2020]. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/601a7628-4128-40c4-93d7-0e9d3120bd0a?inline>
54. Noirclère Dubreuil F. État des lieux des connaissances des patientes à bas risque sur les compétences de la sage-femme et sur leur mode de recours aux soins gynécologiques et de périnatalité : quelle contribution du PRADO Maternité ? [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Versailles St-Quentin-en-Yvelines]: Université de Versailles St-Quentin-en-Yvelines; 2018 [cité 30 avr 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01919661/document>
55. Sass C, Moulin JJ, Gueguen R, Abric L, Dauphinot V, et al. Le score Epices : un score individuel de précarité : construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. Bull Epidémiol Hebd [Internet]. 2006 [cité 28 avr 2020];(14):93-6. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/le-score-epices-un-score-individuel-de-precarite.-construction-du-score-et-mesure-des-relations-avec-des-donnees-de-sante-dans-une-population-de>
56. Coldefy M, Lucas-Gabrielli V, Com-Ruelle L. Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine. Etudes et résultats [Internet]. 2011 [cité 2 mai 2020];(764):1-8. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er764.pdf>
57. Vignaud C. Évaluation de la satisfaction lors de la première consultation en gynécologie, chez les jeunes femmes de 18 à 25 ans en France. [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine]. [Paris]: Université Paris Descartes; 2018 [cité 29 avr 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01898622/document>
58. Institut National d'Etudes démographiques (INED). L'âge au premier rapport sexuel [Internet]. Ined.fr. 2010 [cité 29 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/l-age-au-premier-rapport-sexuel/>
59. Institut National de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Baromètre santé [Internet]. santepubliquefrance.fr. 2010 [cité 29 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2010>

60. HAS. Contraception : prescription et conseil aux femmes [Internet]. has-sante.fr. 2019 [cité 29 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception_prescription-conseil-femmes-060215.pdf
61. Cretin-Ben Hayoun F. Facteurs déterminant le choix des femmes entre leur médecin généraliste et leur gynécologues pour une consultation gynécologique. [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine]. [Paris]: Université Pierre et Marie Curie; 2014 [cité 29 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/benhayoun-these.pdf>
62. Verger A. Facteurs favorisant et freins ressentis par les patientes à faire effectuer leur suivi gynécologique par leur médecin généraliste. [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine]. [Limoges]: Université de Limoges; 2018 [cité 28 avr 2020]. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-82780>
63. CNOSEF. Sage-femme : le partenaire santé de votre féminité. [Internet]. ordre-sages-femmes.fr. 2015 [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Depliant-sage-femme.pdf>
64. CNOSEF. Contraception : les femmes sont-elles suffisamment informées ? [Internet]. ordre-sages-femmes.fr. 2017 [cité 30 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/contraception-les-femmes-sont-elles-suffisamment-informees/>
65. HAS. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France [Internet]. has-sante.fr. 2010 [cité 28 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1009772/fr/etat-des-lieux-et-recommandations-pour-le-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-en-france
66. Lundy-Veltin E. Quel praticien pour le suivi gynécologique : généraliste ou spécialiste? Enquête auprès de 200 patientes, en milieu urbain et rural. [Thèse d'exercice : Médecine]. [Reims]: Université de Reims; 2001.
67. INca. Vaccination et dépistage régulier pour dire adieu au cancer du col de l'utérus. [Internet]. e-cancer.fr. 2018 [cité 28 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Acces-thematique/Vaccination-et-depistage-regulier-pour-dire-adieu-au-cancer-du-col-de-l-uterus>
68. Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2018. [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2018 [cité 2 mai 2020]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
69. CNAM. Données statistiques sur la démographie des professionnels de santé libéraux : âge et sexe des professionnels de santé. [Internet]. Ameli. 2017 [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/demographie/age-et-sexe.php>

70. Legroux C. Motivations et attentes des médecins généralistes d'Aquitaine inscrits aux DU ou DIU de gynécologie proposés à Bordeaux. [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2016 [cité 4 mai 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01372054/document>
71. Dewez E. Le suivi gynécologique en milieu rural : état des lieux et freins. [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Lille]: Université catholique de Lille; 2014 [cité 2 mai 2020]. Disponible sur: <http://cosf59.fr/wp-content/uploads/2018/11/elisedewez.pdf>
72. Terris C. Quels sont les déterminants et les freins de la consultation gynécologique en cabinet de médecine générale? [Thèse d'exercice : Médecine]. [Lyon]: Claude Bernard; 2016.
73. Adam M. Evaluation des femmes concernant leur suivi gynécologique. [Thèse d'exercice : Médecine]. [Lyon]: Université Claude Bernard; 2011.
74. INca. Les freins au dépistage : sensibiliser et convaincre [Internet]. e-cancer.fr. 2018 [cité 28 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Les-freins-au-depistage-sensibiliser-et-convaincre>
75. Cuer C. Étude des inconforts ressentis par les patientes évalués avant et après une consultation de gynécologie et facteurs associés : étude déclarative, descriptive et comparative. [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Grenoble]: Université de Grenoble Alpes; 2018 [cité 28 avr 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01878891>
76. Gauvain A. La perception de la profession de sage-femme par les femmes [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Caen]: Université de Caen Basse Normandie; 2018 [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01866316/document>
77. HAS. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi [Internet]. has-sante.fr. 2015 [cité 6 mai 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi
78. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. solidarite-sante.gouv.fr. 2020 [cité 4 mai 2020]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Cartographie des zones caractérisées par une offre insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles l'offre est particulièrement élevée concernant la profession de sage-femme en région Centre - Val de Loire.

Annexe 2 : Arrêté du 11 Mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de sage-femme.

Annexe 3 : Grille d'entretien.

Annexe 4 : Lettre d'information.

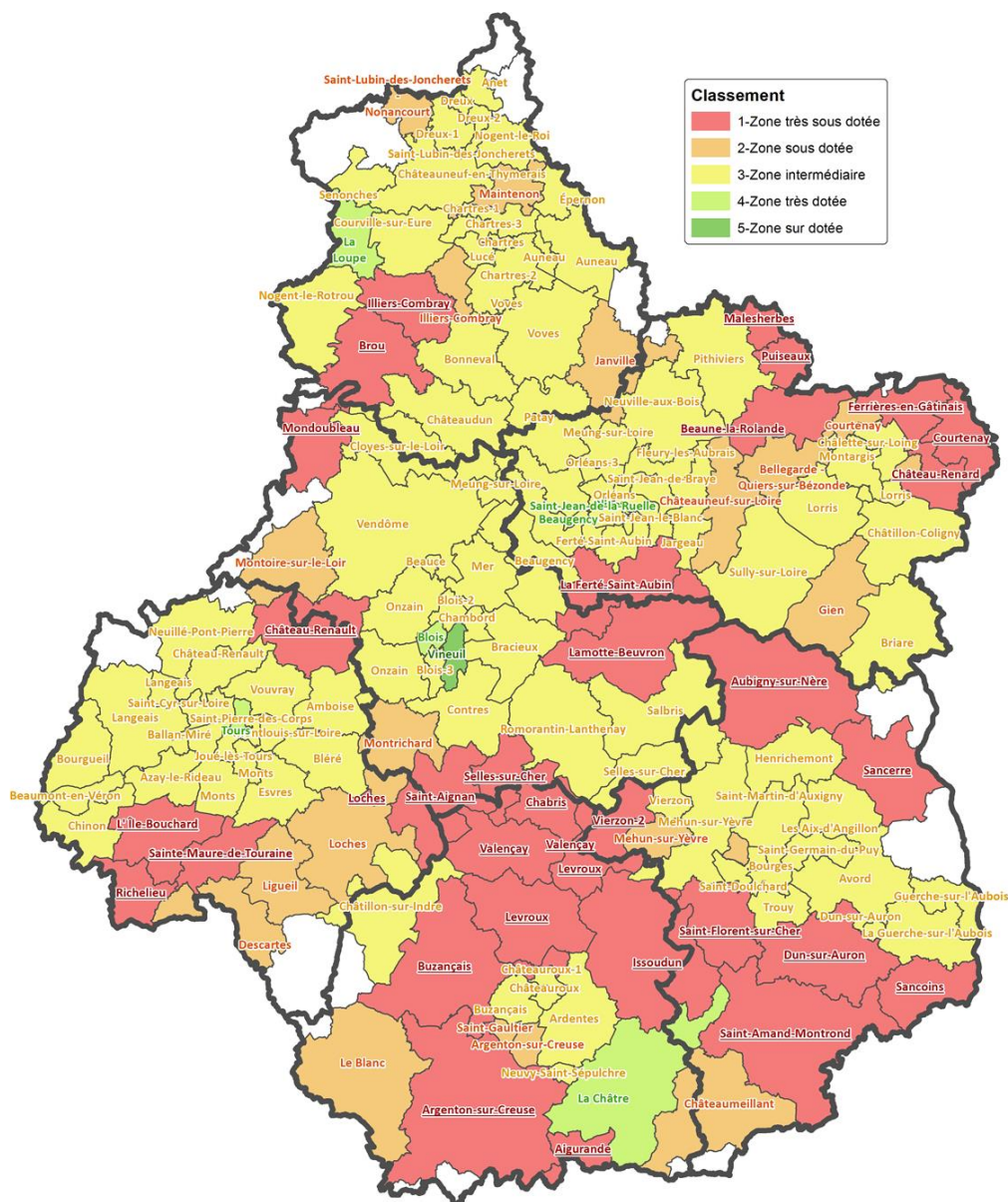
Annexe 5 : Formulaire de consentement.

Annexe 6 : Tableau d'analyse horizontale.

Annexe 7 : Cartographie de densité départementale en gynécologie médicale.

Annexe 1 :

Cartographie des zones caractérisées par une offre insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles l'offre est particulièrement élevée concernant la profession de sage-femme en région Centre - Val de Loire



0 20 km

Annexe 2 :

**Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme
d'État de sage-femme**
Gynécologie - santé génésique des femmes et assistance médicale à la procréation

Objectifs généraux :

- Informer et conduire une consultation de contraception ;
- Conduire une consultation péri-conceptionnelle ;
- Assurer le suivi gynécologique de prévention et connaître les enjeux de la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et les infections sexuellement transmissibles (IST) ;
- Acquérir des connaissances permettant l'apprentissage de la rééducation périnéale ;
- Réaliser une échographie gynécologique de dépistage ;
- Dépister et participer à la prise en charge des femmes présentant une ou des infections et pathologies gynécologiques ;
- Maîtriser les bonnes pratiques de dépistage des IST : indications, prise en charge du partenaire ;
- Pouvoir répondre aux demandes liées au désir d'enfant, à la contraception ou à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) ;
- Informer et participer à la prise en charge des femmes ayant recours à l'IVG ;
- Favoriser le dialogue autour de la sexualité et pouvoir répondre ou orienter en cas de plaintes ;
- Offrir un suivi de qualité adapté à la personne en favorisant les conditions d'expression et d'écoute ;
- Connaître le cadre législatif et réglementaire : organisation du dispositif de dépistage et de planification ;
- Acquérir les connaissances médicales, juridiques et éthiques sur l'assistance médicale à la procréation.

Principaux objectifs spécifiques en lien avec les compétences attendues :

- Mener une consultation de suivi gynécologique de prévention :
 - . Les différents temps de la consultation gynécologique,
 - . Analyse des principaux motifs de plaintes ;
 - . Prescription des examens complémentaires de première intentionConnaissance des médicaments utilisés en gynécologie inscrits dans les droits de prescription de la sage-femme ;
- Accompagner ou orienter les femmes dans les périodes pré, per et post-IVG :
 - . Entretien pré-IVG analyse de l'échec de contraception,
 - . Techniques d'IVG,

- . Surveillance et contraception post-IVG ;
- Dépister et participer à la prise en charge des pathologies gynécologiques :
 - . Raisonnement médical, démarche clinique,
 - . Reconnaissance et identification des signes cliniques,
 - . Pathologies fonctionnelles et organiques des organes uro-génitaux et mammaires,
 - . Bilan uro-dynamique ;
- Organiser et animer une séance collective d'information auprès d'adolescents sur la sexualité, la contraception et les infections sexuellement transmissibles :
 - . Les spécificités de l'adolescence,
 - . Sélection des contenus et méthodes d'animation ;
- Aborder la sexualité lors d'une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention,
 - . Aspects biopsychosociaux de la sexualité,
 - . Principaux motifs de plaintes,
 - . Éducation sexuelle ;
- Prévenir et dépister les violences faites aux femmes :
 - . Épidémiologie des violences faites aux femmes,
 - . Médecine légale et démarches de protection ;
- Participer aux activités d'assistance médicale à la procréation :
 - . Infertilité et stérilité du couple : exploration, diagnostic, traitement,
 - . Techniques d'assistance médicale à la procréation,
 - . Législation,
 - . Bioéthique.

Annexe 3 :

***** Grille d'entretien *****
**« Suivi gynécologique de prévention en milieu rural :
Difficultés rencontrées et place de la sage-femme »**

Numéro participant ***

Quel âge avez-vous ?

Avez-vous des enfants ? Si oui combien ?

Combien avez-vous eu de grossesses ?

Quel est métier exercez-vous ? Niveau de formation ?

Estimez-vous avoir accès à des soins médicaux à proximité du lieu de résidence ou du lieu de travail ? (< 15 km)

Suivi gynécologique antérieur***

Parlez-moi de votre parcours gynécologique avant votre suivi chez la sage-femme.

A quel âge avez-vous réalisé votre 1ere consultation gynécologique ?

Quel(s) praticien(s) avez-vous déjà consultés ? (Un gynécologue ? Un médecin traitant ? Une sage-femme ?)

Quel était le temps de trajet pour vous rendre aux cabinets ?

Pourquoi consultiez-vous ce ou ces praticiens ? (Rapidité de prise de rendez-vous, proximité du domicile, il vous a été recommandé, pas d'autres choix, manque de connaissance)

Aviez-vous un suivi gynécologique régulier (au moins 1 fois par an) ? Si non à quelle fréquence consultiez-vous ?

Avant d'être suivie par une SF, aviez-vous rencontré des difficultés particulières pour bénéficier d'un suivi gynécologique de prévention régulier (1fois/an) ? (Absence de médecins disponibles à proximité, délais trop longs, manque de tps, difficulté pour obtenir un rdv, je ne sais pas à quelle fréquence il faut consulter, le coût de la visite, je n'y pense pas...)

Vous est-il déjà arrivé de renoncer à consulter, ou à des soins ou frottis de dépistage du cancer du col avant d'être suivie par une SF ?

Pourquoi avez-vous été amenée à changer de praticien pour effectuer votre SGP ? (Déménagement, départ en retraite, insatisfaction, difficulté d'accès, délai d'attente ...)

Suivi chez une sage-femme ***

Quelle est ou quelles sont la ou les raisons qui vous ont motivée à consulter une SF la 1ère fois ? (*Suivi gynécologique, planning familial, Aide à la procréation, suivi de grossesse, suivi après accouchement, pour la rééducation du périnée...*)

Connaissiez-vous les compétences des sages-femmes pour le suivi gynécologique de prévention et la prise en charge des IVG médicamenteuses, avant cette première rencontre ?

Comment avez-vous eu connaissance de leurs compétences ? (*Médias, bouche à oreille, au cours d'une consultation de suivi de grossesse...*)

Quels éléments avez-vous apprécié lors du suivi gynécologique de prévention proposé par la SF ?

Sur le plan relationnel (*inspire confiance, à l'écoute, proximité...*)

Sur le plan organisationnel (*cslt moins chère, rapidité de rdv, accessibilité...*)

A propos du contenu et du déroulement de la consultation (*approche systémique ou globale, exhaustivité des sujets évoqués* (nouveau mode de contraception, alimentation poids, projet de grossesse, vie de couple et de famille, sexualité, IST, Incontinence urinaire, mycose, pathologies gynécologique, règles, ménopause, cancers), *respect de la pudeur et des choix...*)

Avez-vous rencontré des difficultés particulières lors du suivi gynécologique de prévention proposé par la SF ?

Globalement, êtes-vous satisfaite de votre prise en charge par votre sage-femme ?

Recommanderiez-vous à vos amies ou entourage d'effectuer leur suivi gynécologique de prévention chez une sage-femme ?

Avez-vous des choses à rajouter sur le sujet ?

Annexe 4 :

LETTRE D'INFORMATION

Investigateurs :

- DURANTHON Adeline étudiante sage-femme à Clermont-Ferrand

- sous la direction de Madame ... , Sage-femme enseignante.

Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à nous contacter soit par mail ...

Madame,

Vous avez été invitée à participer à une étude appelée « Suivi gynécologique de prévention en milieu rural : difficultés rencontrées et place de la sage-femme »

Une étude sur *le Suivi gynécologique de prévention* est engagée au sein du département du CHER. Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité de ... , Sage-femme enseignante.

1. Pourquoi cette étude

L'offre de soins et la démographie médicale d'un département peuvent influencer la qualité des services proposés aux femmes en particulier pour le suivi gynécologique de prévention. Nous avons souhaité nous intéresser à l'opinion des femmes consultant une sage-femme dans le département du Cher.

Quelle est la place de la sage-femme dans ces zones sous dotées ? Comment les patientes sont-elles amenées à consulter une sage-femme ?

2. L'étude en pratique

Les patientes venant consulter une sage-femme libérale dans le Cher au cours du mois de Mars 2020 seront sollicitées pour participer à l'étude.

Si elles acceptent, un temps imparti de 30 minutes, suite à la consultation, sera consacré à l'entretien permettant de réaliser l'étude. L'entretien aura lieu au cabinet de consultation.

Il aura pour but de cibler les motivations de la femme à venir consulter une sage-femme, si elles ont rencontré des difficultés à effectuer de manière satisfaisante leur suivi gynécologique de prévention et connaître leur satisfaction.

3. Confidentialité et sécurité des données

Vos données personnelles (si recueillies) seront identifiées par un numéro d'anonymat. Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

Conformément aux dispositions du Règlement Européen de Protection des Données personnelles (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018 et de la loi Informatique et Libertés n° 2018-493 promulguée le 20 juin 2018, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

4. Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

Conformément au RGPD et à la récente loi Informatique et Libertés du 20 juin 2018, vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement l'effacement de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à

5. Obtention d'informations complémentaires :

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires :

Duranthon Adeline étudiante sage-femme : par téléphone au
par mail

Pour toute question relative la protection de vos données personnelles : vous pouvez contacter le délégué à la protection des données...

Annexe 5

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Suivi gynécologique de prévention en milieu rural : Difficultés rencontrées et place de la sage-femme

Directeur du mémoire : . Madame ..., Sage-femme enseignante. Mail: ...

Investigateur : Duranthon Adeline Mail :

M'a proposé de participer à l'étude intitulée : « *Suivi gynécologique de prévention en milieu rural : difficultés rencontrées et place de la sage-femme* »

J'ai lu et compris la lettre d'information dont j'ai reçu un exemplaire. J'ai compris les informations écrites et orales qui m'ont été communiquées. L'étudiante sage-femme a répondu à toutes mes questions concernant l'étude. J'ai bien noté que je pourrai à tout moment, poser des questions ou demander des informations complémentaires à l'étudiante sage-femme qui m'a présentée l'étude.

J'ai eu le temps nécessaire pour réfléchir à mon implication dans cette étude. Je suis consciente que ma participation est entièrement libre et volontaire. J'ai compris que les frais spécifiques à l'étude ne seront pas à ma charge.

Je peux à tout moment décider de quitter l'étude sans motiver ma décision et sans qu'elle n'entraîne de conséquences dans la qualité de ma prise en charge et sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

J'ai compris que les données collectées à l'occasion de cette recherche seront protégées dans le respect de la confidentialité. Elles pourront uniquement être consultées par les personnes soumises au secret professionnel appartenant à l'équipe de l'étude de l'étudiante sage-femme.

J'accepte le traitement informatisé des données à caractère personnel me concernant dans les conditions prévues par la loi informatique et liberté. J'ai été informée de mon droit d'accès et de rectification des données me concernant par simple demande auprès de l'étudiante sage-femme responsable de l'étude.

J'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche, dans les conditions établies par la loi, et telles que précisées dans la lettre d'information qui m'a été remise.

J'ai compris que je n'ai pas le droit de citer quelqu'un nominativement (nom et/ou prénom) afin de garantir l'anonymat de ces personnes.

J'accepte de participer à l'étude intitulée : " *Suivi gynécologique de prévention en milieu rural : difficultés rencontrées et place de la sage-femme* »

- Noms : Prénoms :
- Courriel :
- Numéro de téléphone :

Numéro d'anonymat du (de la) patient(e) :

Je refuse de participer à l'étude intitulée : " *Suivi gynécologique de prévention en milieu rural : difficultés rencontrées et place de la sage-femme* »

Fait (en double exemplaire) à : Le :
Signatures

Annexe 6 : Tableau d'analyse horizontale

Thèmes	Idée principale	Précisions			
P A R C O U R S G Y N E C O L O G I Q U E	Présentation des participantes	Age			
		Nombre d'enfants			
		Profession			
		Niveau de formation			
		Accès aux soins < 15km	Médecin G		
			Gynécologue		
	Quels praticiens ont-elles consultées	Médecin généraliste			
		Gynécologue			
	1^{er} consultation (âge / praticien / motivation)				
	Temps de trajets	Pour se rendre chez le gynécologue			
		Pour se rendre chez le MG			
	Choix du praticien	Médecin G	Rapidité de prise de rendez-vous		
			Médecin de famille		
			Proximité		
			Recommandation		
		Manque de connaissance			
		Gynéco	Suivi de grossesse		
			Rapidité de prise de rendez-vous		
			Médecin de famille		
			Proximité		
			Recommandation		
Manque de connaissance					
Pudeur vis à vis du MG					
Coût consultation					
Régularité du suivi		Au moins une fois par an			
	Autre				
Difficultés rencontrées pour un SGP régulier	Absence de médecin disponible à proximité				
	Délai d'attente				
	Raisons personnelles	Je n'ai pas le temps / Je n'y pense pas			
		Je ne vois pas l'intérêt			
		Je n'aime pas y aller			
Coût de la consultation					
Renoncer à consulter					
Raisons changements de praticiens	Sans raison particulières				
	Départ en retraite				
	Départ du professionnel dans une autre ville / Volonté d'avoir un seul intervenant				
	Pathologie / Suivi spécialisé				
	Déménagement				
	Insatisfaction				
	Accessibilité	Délai d'attente			
		Temps de trajet			

Annexe 6 (suite) :

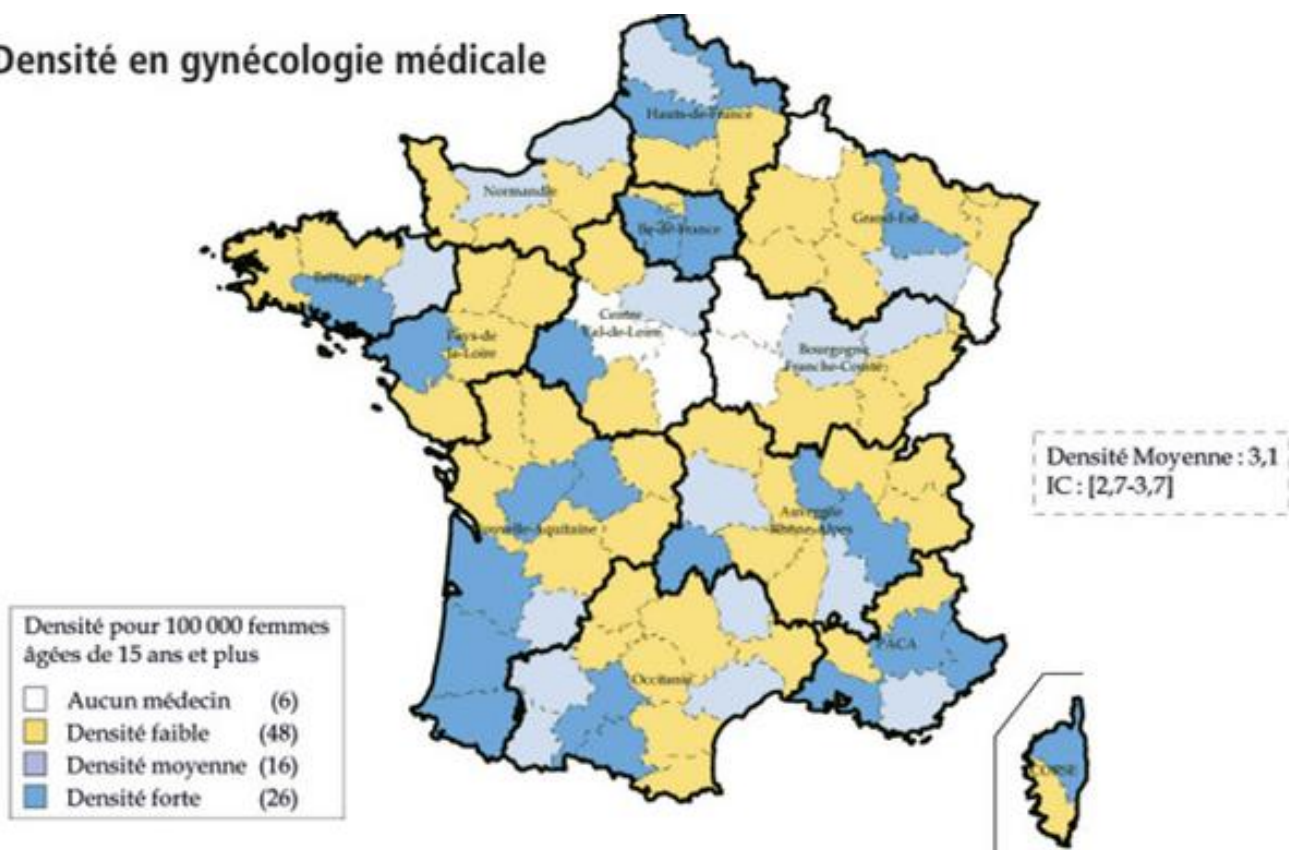
Tableau d'analyse horizontale

Thèmes	Idée principale	Précisions	
C O N S U L T A T I O N S A G E - F E M M E	Motifs de 1ere consultation	Suivi gynécologique	
		Planning familial	
		Suivi de grossesse	
		Suivi post accouchement	
		Rééducation du périnée	
	Choix de la sage-femme	Proximité	
		Rapidité de rendez-vous	
		Recommandation	
		Plus facile à faire confiance qu'a un gynécologue	
	Connaissance des compétences en gynécologie	La première fois que vous avez rencontré une SF	
		Comment l'avez-vous su ?	Bouche à Oreille
			Médias
			Au cours d'une consultation de grossesse / faculté
			Installation à proximité
	A P P R E C I A T I O N	Plan relationnel	Impression générale
			Inspire confiance
			A l'écoute Sentiment de compréhension
		Plan organisationnel	Proximité relationnelle / femme
			Disponibilité / prend son temps
			Moins chère
		Contenu et déroulement de la consultation	Rapidité de rendez-vous
			Accessibilité
			Interrogatoire
			Sujets abordés
		Difficultés rencontrées	Examen clinique
			Temps de trajet
			Insatisfaction
	Manque de temps personnel		
	Satisfaction	Manque d'information de visibilité	
		Oui	
	Recommandations	Non	
		Oui	
			Non

Annexe 7 :

Cartographie de densité départementale en gynécologie médicale

Densité en gynécologie médicale



Source Atlas CNOM 2017

RÉSUMÉ

Introduction : Les compétences des sages-femmes se sont étendues en 2009 avec la loi HPST leur permettant de réaliser le suivi gynécologique. Le nombre de médecins et de gynécologues en milieu rural ne cesse de décroître rendant difficile l'accès aux soins. Les sages-femmes jouent un rôle essentiel dans ce suivi de prévention et de dépistage.

Méthode : L'objectif de cette étude était d'étudier les difficultés rencontrées, la qualité du suivi gynécologique des femmes vivant en milieu rural et leur opinion sur le rôle de la sage-femme. 12 entretiens ont été réalisés auprès de femmes effectuant leur suivi gynécologique chez une sage-femme, dans le département du Cher en 2020.

Résultats : Les femmes interrogées ont déclaré des temps de trajet moyen pour se rendre chez le gynécologue de 40 kilomètres. Le médecin généraliste occupait une place importante dans le suivi gynécologique de prévention. Les femmes avaient consulté plusieurs professionnels de santé pour leur suivi. La régularité et la conformité des suivis gynécologiques des femmes interrogées étaient satisfaisantes. La majorité des femmes avait rencontré une sage-femme pour la première fois lors d'un suivi de grossesse et avait initié ensuite un suivi gynécologique. Les femmes appréciaient chez les sages-femmes une approche plus centrée sur le patient et la possibilité d'un suivi gynécologique tout au long de leur vie affective et sexuelle.

Discussion : La désertification des zones rurales par les médecins spécialisés impliquait des temps de trajet et des délais d'attente plus longs et incitait les femmes à consulter davantage le médecin généraliste pour leur suivi gynécologique. Malgré les difficultés rencontrées, et un manque d'information, la régularité du suivi restait proche de celle observée au niveau national. La sage-femme a un rôle important à jouer dans la santé gynécologique de ces femmes, notamment en apportant une offre de soin de proximité et une prise en charge globale. Malgré l'augmentation du nombre de sages-femmes libérales, il reste des zones desservies où son statut manque encore de visibilité.

Conclusion : La place de la sage-femme semble indispensable dans le milieu rural afin d'améliorer l'accès et la prise en charge du suivi gynécologique de prévention.

Mots-clés : Suivi gynécologique, prévention, milieu rural, démographie médicale, accessibilité aux soins, sages-femmes, loi HPST, compétences gynécologiques.

SUMMARY

Introduction: In 2009 the Hospital, Patient, Health, Territory Act introduced midwives to a new range of skills allowing them to take part in regular gynecologic exams. The number of doctors and gynecologists keeps decreasing in rural areas making access to health care much harder. Midwives play a major role in preventive and screening checkups.

Methodology: The goal of this research was to study the problems encountered by women in rural areas, the quality of their gynecologic checkups, and their opinion regarding the role of midwives. We conducted twelve interviews following women whose gynecologic checkups were done by a midwife in the French department of Cher in 2020.

Results: The women who were interviewed said the average distance to reach their gynecologist was 40 kilometers. General practitioners played an important role in preventive gynecologic checkups. These women had seen several health professionals for their checkups. The regularity and consistency of these women's gynecologic checkups were satisfactory. Most women had met a midwife for the first time during their pregnancy and later decided to have her insure their gynecologic checkups. What women appreciated with midwives was their patient-centered approach and the chance to have a reproductive health checkup throughout their emotional and sexual life.

Discussion: Medical specialists deserting rural areas resulted in great distances and long waiting periods which pushed women to see their general practitioner for their routine gynecologic checkup. In spite of problems and a lack of information, the consistency of checkups was similar to the one observed in the rest of France. Midwives are key in the reproductive health of these women. They can provide local health-care services as well as a global care. Despite the increasing number of independent midwives their role in certain connected areas still lacks visibility.

Conclusion: The role of midwives seems paramount in rural areas in order to improve preventive gynecologic care and its access.

Key words: Gynecologic checkup, prevention, rural areas, medical demography, health-care access, midwives, HPST Act, gynecologic skills.