



Suivi gynécologique des femmes ménopausées : quelles sont les pratiques des sages-femmes libérales de France ?

Justine Pouillart

► To cite this version:

Justine Pouillart. Suivi gynécologique des femmes ménopausées : quelles sont les pratiques des sages-femmes libérales de France?. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-03233866

HAL Id: dumas-03233866

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03233866>

Submitted on 25 May 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.

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES
DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

JUSTINE POUILLART

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

**Suivi gynécologique des femmes ménopausées :
quelles sont les pratiques des sages-femmes libérales
de France ?**

Soutenu le : 24 septembre 2020

Directeur de mémoire : Sophie PRUDHOMME

JURY

Madame Benafsheh KASHANI-TEISSIER, sage-femme coordinatrice, Hôpital Simone Veil
d'Eaubonne

Madame Audrey BRECKLER, sage-femme, Centre Hospitalier Poissy Saint Germain en
Laye

Madame Marie BOURDILLON, sage-femme enseignante, Université Versailles Saint
Quentin en Yvelines

Numéro national d'étudiant : 21402930

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite expose son auteur à des poursuites pénales.

Remerciements

Je souhaiterais remercier chaleureusement ma directrice de mémoire, Sophie Prudhomme, qui a porté un intérêt certain à mon sujet de mémoire et qui a accepté d'encadrer mon travail. Je la remercie pour son temps, son dévouement, et surtout son soutien qui n'a jamais failli.

Je remercie l'équipe enseignante de l'UVSQ pour son encadrement quant aux différents projets mémoires et pour son suivi et soutien notamment lors des séances personnalisées et des nombreux échanges par e-mail.

Je tiens à remercier également ma référente pédagogique qui m'a soutenue et encouragée dans mon travail mais aussi tout au long de mes études tant sur le point scolaire et préprofessionnel que sur le plan personnel.

Merci à mes amies et camarades de promotion pour n'avoir jamais brisé la solidarité que nous avons mise en place.

Enfin, je remercie ma famille qui m'a apporté un soutien incontestable durant mes études difficiles, et notamment mon compagnon Alexis avec qui je partage mon quotidien et qui m'a beaucoup aidée en informatique lors de l'élaboration de ce mémoire.

Table des matières

AVERTISSEMENT	II
REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIERES	IV
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES FIGURES	VIII
LISTE DES ANNEXES	IX
LEXIQUE	X
TITRE ET RESUME	XII
TITLE AND ABSTRACT	XIII
INTRODUCTION	1
1 CONTEXTE	2
1.1 La ménopause	2
1.1.1 Le cycle hormonal	2
1.1.2 Définition de la ménopause	2
1.1.3 Diagnostic	3
1.1.4 Symptomatologie et principaux troubles	3
1.1.5 Impact sur la santé	5
1.2 Prise en charge d'une femme ménopausée	6
1.2.1 Recommandations du CNGOF de 2010	6

1.2.2	Traitements symptomatiques	8
1.2.3	Prévention	8
1.3	Législation : compétences gynécologiques des sages-femmes	11
1.4	Démographie : vieillissement de population	12
2	MATERIEL ET METHODES	13
2.1	Hypothèses	13
2.2	Objectif	13
2.3	Type d'étude, outils méthodologiques	14
2.4	Variables retenues	14
2.5	Analyse statistique	15
2.6	Considérations éthiques	15
3	RESULTATS	16
3.1	Description générale de la population d'étude	16
3.2	Description des résultats	19
3.2.1	Collaborations	19
3.2.2	Pratique de la gynécologie générale	21
3.2.3	Suivi de femmes ménopausées	22
3.2.4	Informations aux patientes	32
4	DISCUSSION	34
4.1	Analyse des résultats	34
4.1.1	Population	34
4.1.2	Pratique de la gynécologie générale	36
4.1.3	Pratique de la gynécologie chez les femmes ménopausées	36
4.1.4	Ressenti et difficultés des sages-femmes	37
4.1.5	Formations	38
4.1.6	Difficultés de pratique	40

4.1.7	Analyse des pratiques	41
4.2	Points forts de l'étude	46
4.3	Limites et biais	47
4.4	Perspectives	47
	CONCLUSION	50
	BIBLIOGRAPHIE	52
	ANNEXES	57

Liste des tableaux

Tableau 1 : Représentation du nombre de SF par tranche d'années de diplôme, n=925	19
Tableau 2 : Répartition des SF pratiquant le suivi gynécologique chez les femmes ménopausées par année de diplôme, n=606	23
Tableau 3 : Ressenti des sages-femmes selon l'année de diplôme, n=606	24
Tableau 4 : Difficultés des sages-femmes selon l'année de diplôme, n=606.....	26
Tableau 5 : Représentation en nombre et % du ressenti des SF quant suivi gynécologique des femmes ménopausées selon leur collaboration, n=602.....	27
Tableau 6 : Représentation en nombre et en pourcentage des difficultés ressenties des sages-femmes quant suivi gynécologique des femmes ménopausées selon leur collaboration, n=602.....	28
Tableau 7 : Nombre de formations recensées dans le groupe B1	29
Tableau 8 : Nombre et pourcentage de formations recensées en fonction de l'année de diplôme.....	29
Tableau 9 : Pourcentage de réponses aux items concernant les prescriptions n=606	30
Tableau 10 : Pourcentage de réponses aux items concernant les examens cliniques, n=606	31
Tableau 11 : Pourcentage des pratiques respectant les RPC (n = 606)	32
Tableau 12 : Répartition des SF qui ne pratiquent pas la gynécologie par année de diplôme, n=188.....	36

Liste des figures

Figure 1: Diagramme de flux	17
Figure 2 : Nombre de sages-femmes ayant répondu au questionnaire par départements, n=925	18
Figure 3 : Représentation du nombre de sages-femmes par années de diplôme, n=925	19
Figure 4 : Nombre de sages-femmes travaillant en collaboration avec une (des) sage(s)-femme(s), n=925	20
Figure 5 : Nombre de sages-femmes travaillant en collaboration avec un(des) gynécologue(s), n=925	20
Figure 6 : Représentation des collaborations des sages-femmes libérales, n=917 ..	21
Figure 7 : Nombre de sages-femmes ne pratiquant pas de suivi gynécologique, n=188	22
Figure 8 : Ressenti des sages-femmes quant au suivi des femmes ménopausées, n=606	24
Figure 9 : Difficultés des sages-femmes quant au suivi des femmes ménopausées, n=606	25

Liste des annexes

Annexe I : Questionnaire Google Form	57
--	----

Lexique

Terme 1 : RPC = recommandations pour la pratique clinique

Terme 2 : DOM-TOM = Départements et Territoires d'Outre-Mer

Terme 3 : FSH = Hormone folliculo-stimulante

Terme 4 : LH = Hormone lutéinisante

Terme 5 : BVM = Bouffées vaso-motrices

Terme 6 : CNGOF = Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France

Terme 7 : FCU = Frottis cervico-utérin

Terme 8 : HAS = Haute autorité de santé

Terme 9 : HPV = Papillomavirus Humain

Terme 10 : LDL = Lipoprotéine de basse densité

Terme 11 : THM = Traitement hormonal de la ménopause

Terme 12 : AVC = Accident vasculaire cérébral

Terme 13 : IMC = Indice de masse corporel

Terme 14 : GEMVi = Groupe d'étude sur la ménopause et le vieillissement hormonal

Terme 15 : PACES = Première année commune aux études de santé

Terme 16 : DREES = Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

Terme 17 : HPST = Loi Hôpital Patient Santé Territoire (2009)

Terme 18 : FDR = Facteur de risque

Terme 19 : CNOFS = Conseil national de l'ordre des sages-femmes

Terme 20 : SF = sage(s)-femme(s)

Titre et résumé

Objectifs : Depuis la loi Hôpital Patient Santé Territoire de Juillet 2009, les compétences des sages-femmes se sont ouvertes à la gynécologie. Si ces compétences sont limitées à la physiologie, la législation leur permet de pratiquer et de prescrire des examens visant à dépister des situations pathologiques, afin d'adresser les patientes à un médecin compétent. La pratique de la gynécologie par les sages-femmes a été plusieurs fois étudiée, mais la littérature concernant le suivi de ménopause est pauvre. L'objectif de cette étude est donc d'évaluer les pratiques professionnelles des sages-femmes libérales de France quant au suivi gynécologique de prévention chez les femmes ménopausées.

Matériel et méthodes : Etude descriptive auprès de 925 sages-femmes libérales exerçant en France métropolitaine et DOM-TOM par l'intermédiaire d'un questionnaire en ligne diffusé par e-mails à ces sages-femmes.

Résultats : Neuf cent vingt-cinq réponses ont pu être analysées. La grande majorité des sages-femmes pratique le suivi gynécologique de prévention chez les femmes ménopausées. Dans notre étude, si la plupart d'entre elles se sentent compétentes pour ce type de suivi, leurs pratiques ne sont pas toujours en adéquation avec les recommandations en vigueur.

Mots-clés : sage-femme, ménopause, suivi gynécologique, recommandations, dépistage, prévention, compétences

Title and Abstract

Objectives: Since the July 2009 “Hôpital Patient Santé Territoire” law, the midwives’ skills have been open to gynecology. If these competences are still limited to physiology, the legislation allows midwives to both practice and prescribe examinations aiming at detecting pathological situations in order to refer patients to a competent doctor. The practice of gynecology by midwives has been studied over years, but the literature concerning the monitoring of menopause remains poor. The purpose of the study is therefore to assess the risks of the liberal midwives’ professional practices in France in France with regard to preventive gynecological monitoring of menopausal women.

Materials and method: Descriptive study of 925 liberal midwives practicing in metropolitan France and overseas territories using an online survey distributed by e-mails to these midwives.

Results and conclusion: Nine hundred and twenty-five responses were analyzed. The vast majority of midwives practices preventive gynecology to monitor postmenopausal women. In our study, if most of them feel solicited for this type of monitoring, their practices are not always in line with the applicable recommendations.

Keywords: midwife, menopause, gynecological monitoring, recommendations, screening, prevention, skills

Introduction

La ménopause est un véritable tournant dans la vie d'une femme. L'arrêt de la vie reproductrice peut entraîner de temps en temps certains troubles, mais il se fait généralement sans encombre. Ce passage, associé au vieillissement, nécessite une surveillance médicale accrue en raison de l'apparition de nouveaux facteurs de risques.

Les compétences des sages-femmes (SF) en gynécologie sont relativement récentes, puisqu'introduites en 2009 par la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) (1). Elles sont habilitées à faire du suivi gynécologique de prévention, lorsque la surveillance s'inscrit dans la physiologie. En cas de pathologies dépistées, elles ont l'obligation d'adresser les patientes en question à un médecin compétent.

La littérature étant peu fournie sur le suivi gynécologique de prévention des femmes ménopausées par les SF, une problématique a émergé de notre réflexion : *quelles sont les pratiques des sages-femmes libérales en matière de suivi de prévention des femmes ménopausées ?* Nous nous sommes intéressés à la question dans le but de dresser une évaluation des pratiques professionnelles. Nous avons étudié ces pratiques relativement aux recommandations en vigueur, ainsi que le ressenti personnel des SF sur la question.

Pour répondre à cette problématique, une étude quantitative a été réalisée et est présentée dans ce travail écrit. Nous avons établi un questionnaire à destination des sages-femmes libérales de France permettant d'établir un état des lieux de leurs pratiques en suivi gynécologique de prévention chez les femmes ménopausées.

Dans une première partie, seront repris les points théoriques concernant la ménopause, les modalités et les recommandations de suivi, ainsi que la législation en vigueur à propos de l'exercice et des compétences des sages-femmes. Dans un second temps, l'étude menée pour répondre à la problématique sera présentée et les résultats exposés. Pour clôturer, les résultats seront analysés et discutés dans une dernière partie.

1 Contexte

1.1 La ménopause

1.1.1 Le cycle hormonal

Lors de la vie génitale d'une femme, qui s'étend de la puberté à la ménopause, les ovaires émettent mensuellement un ovocyte, permettant une éventuelle fécondation lors de la rencontre avec un gamète masculin. Pour que le cycle ovarien fonctionne correctement, un jeu hormonal s'opère entre l'axe hypothalamo-hypophysaire et les organes reproducteurs. En réponse à une stimulation des hormones gonadotrophines (FSH), les cellules folliculaires sécrètent des œstrogènes lors de la phase folliculaire, qui correspond à la deuxième phase du cycle. Autour du quatorzième jour du cycle, une décharge de LH -une autre hormone gonadotrophine- provoque l'ovulation, soit la libération de l'ovocyte dans les trompes. Les cellules folliculaires deviennent alors le corps jaune, sécrétant de la progestérone (2),(3).

Si l'ovocyte n'est pas fécondé par un spermatozoïde, le corps jaune dégénère, la sécrétion de progestérone s'arrête, la chute des hormones engendre la desquamation de l'endomètre (menstruations). Un nouveau cycle peut alors commencer (2),(3).

1.1.2 Définition de la ménopause

Lorsque la réserve ovarienne en ovocytes s'épuise, la production d'œstrogènes et de progestérone s'arrête et les menstruations disparaissent. Après une année révolue d'aménorrhée, on parle de ménopause. C'est un phénomène physiologique, qui est souvent associé à une symptomatologie typique, dite « le syndrome climatérique » (3).

La ménopause survient entre 45 et 55 ans, avec un âge moyen de 50 ans (3),(4). Dans la majorité des cas, elle est précédée d'une phase appelée la « pré-ménopause », phase transitoire d'en moyenne cinq ans, au cours de laquelle les réserves ovocytaires commencent à s'épuiser, provoquant un dérèglement hormonal. Cette pré-ménopause, encore appelée péri-ménopause, est caractérisée par des cycles irréguliers en termes de durée, d'abondance des menstruations, et par une dysovulation. C'est au cours de cette phase que peuvent apparaître les premiers symptômes climatiques telles que les bouffées vaso-motrices (BVM), autrement appelées les bouffées de chaleur (3),(4),(5).

1.1.3 Diagnostic

Le diagnostic de la ménopause est principalement clinique et donc à posteriori, une femme étant ménopausée lorsqu'elle est en aménorrhée depuis une année révolue, et qu'elle est âgée de plus de 40 ans. Dans 80% à 85% des cas, une femme ménopausée présente également des symptômes climatiques (3),(4),(6).

Il n'est pas recommandé d'avoir recours à des dosages hormonaux pour en faire le diagnostic, sauf lorsque la ménopause survient avant 40 ans (7). Une aménorrhée de plus d'un an apparaissant avant cet âge est pathologique et doit être explorée (4).

1.1.4 Symptomatologie et principaux troubles

Les œstrogènes n'agissent pas uniquement sur l'appareil reproducteur mais également sur le système artériel, le métabolisme glucidique et lipidique, ainsi que sur la synthèse osseuse. Les cibles diverses des œstrogènes expliquent les différents signes cliniques de la ménopause.

1.1.4.1 Bouffées vaso-motrices

Les bouffées vaso-motrices sont des sensations soudaines de chaud associées à des crises sudorales (sécrétion sudorale excessive) (4). Elles sont en général le

premier signe de pré-ménopause (3),(4),(5),(8),(9),(10) et peuvent survenir à n'importe quel moment de la journée, avec une prévalence nocturne plus importante pouvant être à l'origine d'une altération du sommeil (6).

Il est estimé que 50% (5) à 79% (6) des femmes sont touchées par les BVM. Outre une prévalence élevée, ce symptôme vasomoteur aurait un effet domino, augmentant la sévérité des autres signes et pouvant altérer considérablement la qualité de vie des femmes (6).

1.1.4.2 Troubles neuropsychiques

Parmi les troubles neuropsychiques, il existe une altération de la qualité du sommeil, expliquée par la chute hormonale oestrogénique mais également par l'apparition des bouffées de chaleur nocturnes.

Par ailleurs, il est retrouvé des signes inconstants tels que des sautes d'humeur, de l'irritabilité, de l'anxiété et parfois des troubles dépressifs (6),(8),(9).

1.1.4.3 Troubles uro-génitaux

Selon le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF) (6), 47% des femmes présenteraient une sécheresse vaginale à trois ans de post-ménopause. La carence oestrogénique est encore une fois à l'origine de ce changement. La sécheresse vaginale s'aggrave avec la durée de la ménopause et peut provoquer d'autres troubles comme des dyspareunies, irritations, infections vaginales et urinaires (8),(9),(10). En effet, 14% des femmes ménopausées présenteraient des troubles urinaires, contre 7% chez les femmes en activité génitale (6).

Le changement hormonal provoque également une baisse de libido, avec diminution du plaisir sexuel et de l'intérêt porté à ces activités (6).

1.1.4.4 Troubles ostéoarticulaires

Les œstrogènes étant impliqués dans la régulation de la résorption osseuse, leur chute peut laisser place à des troubles ostéoarticulaires par augmentation de la dégradation de la masse osseuse. Les femmes ménopausées sont plus à risque de fractures et de douleurs articulaires, avec pour risque majeur l'ostéoporose (4),(6),(9). Il est physiologique pour une femme ménopausée de perdre jusqu'à trois millimètres par an (11) dans la limite de deux centimètres.

1.1.5 Impact sur la santé

Par ailleurs, la modification des différents facteurs énoncés précédemment peut avoir un impact non négligeable sur la santé qu'il est nécessaire de prendre en compte.

1.1.5.1 Risques métaboliques et cardiovasculaires

Pendant la vie génitale, une femme est moins à risque qu'un homme d'avoir une maladie cardiovasculaire. En effet, les œstrogènes jouent un rôle protecteur dans le système métabolique et sur le système artériel, prévenant le dépôt de plaque d'athérome (athérosclérose). L'effondrement oestrogénique peut provoquer une perturbation lipidique avec ascension des taux de triglycérides, de cholestérol (LDL), et une augmentation de la tension artérielle (9),(12).

D'une façon générale, le risque de maladies cardiovasculaires augmente avec l'âge proportionnellement dans les deux sexes. Cependant, après la ménopause, celui d'une femme devient exponentiel. Il est estimé qu'à dix ans post-ménopausique, le risque d'athérosclérose d'une femme est égal à celui d'un homme.

Ce climat hormonal favorise également l'obésité de type androïde ainsi qu'une insulino-résistance, à l'origine de l'augmentation du risque de diabète de type II (12),(13).

1.1.5.2 Ostéoporose

L'ostéoporose est une maladie squelettique caractérisée par une diminution de la densité osseuse. L'os devient moins résistant et se fracture plus facilement qu'un os sain. C'est une maladie principalement liée au vieillissement, touchant deux à trois fois plus les femmes que les hommes.

Les œstrogènes régulent le métabolisme osseux en limitant la résorption et en favorisant la création d'un os jeune et dense. La carence oestrogénique entraîne un remodelage osseux global, favorisant une désorganisation des travées osseuses, et par conséquent, une diminution de la qualité des os (14),(15). La ménopause est donc un facteur de risque majeur d'ostéoporose. Actuellement, 39% des femmes de plus de 65 ans seraient concernées par cette maladie (16).

La ménopause donne ainsi lieu à une symptomatologie bien particulière qui peut avoir des effets néfastes sur la qualité de vie des patientes. De plus, nombreux sont ses impacts sur la santé des patientes. Ces points impliquent que les femmes ménopausées soient prises en charge et fassent l'objet à la fois d'un suivi et d'une prévention particulière qu'il est nécessaire d'aborder ici.

1.2 Prise en charge d'une femme ménopausée

1.2.1 Recommandations du CNGOF de 2010

Le CNGOF conseille pour toutes les femmes ménopausées de bénéficier d'un examen clinique annuel (11).

1.2.1.1 Anamnèse

Cet examen clinique annuel doit être précédé d'un entretien pour pouvoir faire la revue des antécédents de la patiente, déterminer ses facteurs de risque et dépister l'apparition d'éventuelles anomalies (11).

1.2.1.2 Examen général

Un examen général complet doit comporter la mesure de la tension artérielle, de la taille et du poids. Une perte de plus de 2 cm sur la taille d'avant la ménopause doit être explorée par une ostéodensitométrie, en effet, elle signe un facteur de risque d'ostéoporose (11).

1.2.1.3 Examen gynécologique

L'examen gynécologique a pour but de dépister des anomalies anatomiques, des douleurs. Un examen du col utérin, un toucher vaginal sont à réaliser à chaque consultation, une fois par an. L'examen et la palpation mammaire sont également indispensables, et sont complémentaires d'une mammographie qui doit être faite tous les deux ans entre 50 et 74 ans révolus (11),(17).

En cas d'anomalies découvertes au cours de l'entretien et/ou de l'examen clinique, il doit être prescrit à la patiente une échographie pelvienne et/ou mammaire dans le cadre du dépistage du cancer du sein (17),(18).

1.2.1.4 Examens complémentaires

Le frottis cervico-utérin (FCU) se réalise tous les trois ans dans la population féminine de 25 à 65 ans, selon les recommandations du CNGOF. Depuis Juillet 2019, l'HAS recommande aux femmes âgées de 30 ans ou plus de bénéficier d'un test HPV tous les cinq ans (19).

En raison des changements métaboliques expliqués par les variations hormonales, il est conseillé de réaliser un bilan biologique afin de dépister une anomalie lipidique (LDL, triglycéridémie) et/ou un diabète de type II débutant (glycémie à jeun) tous les trois ans (11).

1.2.2 Traitements symptomatiques

Outre les désordres fonctionnels, le changement de climat hormonal et ses symptômes peuvent diminuer la qualité de vie des femmes. Lorsque la tolérance devient difficile pour les patientes, il est possible de leur proposer un traitement hormonal. Ce dernier appelé « traitement hormonal de la ménopause » (THM) repose sur l'administration d'œstrogènes et/ou de progestérone afin de pallier le climat hypo-œstrogénique (3),(4).

Si l'efficacité de ce type de traitement sur les bouffées vaso-motrices et la sécheresse vaginale a été démontrée à travers plusieurs études, sa prescription est actuellement limitée. En effet, depuis une étude Américaine de la *Women's Health Initiative* de 2002 mettant en lumière certains risques, des recherches similaires menées en France (3) ont révélé que les THM augmentent le risque de cancer et de maladies thrombo-emboliques veineuses.

Cependant cette étude majeure a été réinvestie quelques années après la parution de ses résultats. Des analyses secondaires parues en 2007 puis en 2010 montrent que l'utilisation de THM est efficace sur les symptômes climatiques et n'augmente pas le risque de maladie coronarienne et d'AVC lorsqu'il est utilisé dans les 10 premières années de la ménopause (20),(21).

Leur prescription n'est plus recommandée en systématique mais au cas par cas pour les patientes se plaignant des symptômes climatiques altérant leur qualité de vie.

Une autre indication du THM est la prévention de l'ostéoporose chez une femme présentant des facteurs de risques (FDR) accrus tels qu'une ménopause précoce, une masse adipeuse faible, une consommation de tabac ou d'alcool, entre autres (3),(4),(7).

1.2.3 Prévention

Étant une période à risque, la ménopause doit être le sujet d'une prévention assidue, afin d'éviter la majoration des risques cardiovasculaires et d'ostéoporose.

La prévention commence par une éventuelle modification du mode de vie des patientes. Par exemple, le tabac dont la consommation est un facteur de risque cardiovasculaire bien connu, est aussi à l'origine de la diminution de la concentration de calcium, ce qui favorise la dégradation osseuse.

1.2.3.1 Prévention du risque cardiovasculaire

Pour limiter le risque cardiovasculaire, il est préconisé de limiter la consommation d'alcool, de pratiquer une activité physique régulière (30 minutes de marche rapide, trois fois par semaine), d'adopter un régime pauvre en graisse saturées et sucres rapides, mais varié.

1.2.3.2 Prévention du risque d'ostéoporose

Le déficit oestrogénique est un FDR d'ostéoporose. Ce risque peut être majoré si l'état de ménopause est associé à d'autres FDR (14),(23) tels que : l'âge (le risque double tous les 10 ans), un antécédent (ATCD) personnel de fracture, un ATCD chez un apparenté du 1^{er} degré de fracture de la hanche ou de fracture vertébrale, un IMC < 19, le tabagisme, un hypogonadisme prolongé et/ou précoce, une ménopause avant 40 ans et une corticothérapie.

Ces FDR sont des indications à réaliser (sauf le tabagisme) une ostéodensitométrie, prise en charge par la sécurité sociale tous les trois à cinq ans si les résultats de l'examen sont normaux.

Par ailleurs, la grande majorité de la population française est carencée en vitamine D, un facteur essentiel à la construction osseuse. Le CNGOF recommande alors la prévention de son insuffisance (23). Il n'y a pas de consensus sur la supplémentation systématique mais les mises à jour en gynécologie du CNGOF de 2010 montrent la nécessité d'une exposition au soleil régulière, et en cas d'exposition basse -en hiver notamment- la supplémentation en vitamine D doit être ciblée (24).

Les rayons UVB provenant du soleil isomérisent le 7-déhydro-cholestérol, un précurseur de la vitamine D, qui sera métabolisé par le foie pour former le 25-hydroxy-

vitamine D. Cette dernière sera à son tour transformée par le rein en 1-25-dihydroxyvitamine D qui est la forme active de la vitamine D (25).

Si la supplémentation systématique semble nécessaire pour les personnes de plus de 65 ans, il convient de doser la 25-hydroxy-vitamine D pour confirmer une insuffisance avant de supplémenter les femmes ménopausées. L'objectif à atteindre pour la vitamine D est un dosage compris entre 30 et 80 ng/ml (26),(27).

Une revue de la littérature systématique de la Cochrane de 2014 a démontré que la supplémentation en vitamine D, en association avec du calcium chez les femmes ménopausées, réduit le risque d'ostéoporose de 16% (28),(29).

Le Groupe d'Étude sur la Ménopause et le Vieillissement hormonal (GEMVi) recommande depuis 2017 un apport journalier de calcium de 1000 à 1200 mg/j, correspondant à trois produits laitiers par jour. Quant à la vitamine D, il est recommandé de s'exposer 15 à 30 minutes par jour. Cependant, compte-tenu des déficits en vitamine D de la population française, il est conseillé de supplémenter les femmes ménopausées de 80 000 à 100 000 UI tous les trimestres, notamment en hiver (9).

1.2.3.3 Prévention de cancer

Selon les recommandations pour la pratique clinique (RPC), cette période est également propice à la prévention des cancers gynécologiques que sont le cancer du sein et du col de l'utérus. En effet, cette prévention est importante car on estime à 40% le taux de femmes ne faisant pas de frottis cervico utérin (FCU) régulièrement, dont la majorité concerne la population des 45-65 ans, alors que le cancer du col est un des plus meurtriers. Chaque année, en France, des lésions pré-cancéreuses ou cancéreuses sont identifiées chez plus de 31 000 femmes, 3000 nouveaux cas sont dépistés et on dénombre 1100 décès par an (30). C'est pour cela que se met en place un programme national de dépistage organisé du cancer du col, ayant pour objectif de diminuer l'incidence et le nombre de cas. Chaque femme âgée de 25 à 65 ans n'ayant pas réalisé un FCU dans les trois ans précédents -ou dans l'année précédente pour un second FCU- recevra une invitation à le faire. Cet examen est pris en charge

à 100% pour l'Assurance maladie, sans avance de frais, sur présentation du courrier au praticien. (31).

Quant à la prévention du cancer du sein, il est recommandé une palpation mammaire annuelle par un praticien formé. Lorsqu'une anomalie est dépistée, il convient d'envoyer la patiente réaliser une échographie et/ou une mammographie (32). Le dépistage organisé du cancer du sein prévoit, comme précédemment cité, une mammographie et si besoin une échographie mammaire tous les deux ans (18).

1.3 Législation : compétences gynécologiques des sages-femmes

Depuis la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009, le champ de compétences des sages-femmes s'est élargi pour englober celui de la gynécologie préventive (1). L'article R4127-318 cite « *La sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie, concernant : a) Les femmes à l'occasion du suivi gynécologique de prévention (...)* ».

D'après l'Article L4151-4 du Code de la Santé Publique, la SF peut prescrire les examens strictement nécessaires à l'exercice de sa profession, comme par exemple, une échographie pelvienne, mammaire, une mammographie, une ostéodensitométrie. Elle peut également réaliser le FCU dans le cadre du dépistage. En cas de situation pathologique, elle doit adresser la patiente à un médecin (33).

Son droit de prescription médicamenteuse actuel est limité à une liste définie. elle ne peut pas prescrire d'antibiotique dans le traitement d'une cystite ou d'une vaginose chez une femme non enceinte ni prescrire de THM parfois demandé par les patientes ménopausées (34).

Aucun texte législatif ne lui interdit la surveillance post-ménopausique. En effet, cette période est physiologique, ce n'est pas une maladie. La surveillance

gynécologique de prévention rentre alors dans le cadre législatif, une femme ménopausée en bonne santé peut alors être suivie par une SF (35).

La ménopause est donc une période où les FDR s'additionnent et se multiplient. Il semble alors primordial de travailler en réseaux afin d'adresser les patientes à un médecin lorsqu'une situation pathologique est dépistée.

1.4 Démographie : vieillissement de population

La ménopause doit être rigoureusement surveillée pour limiter son impact sur la santé des femmes. Et ce, d'autant plus que la France connaît un vieillissement de population. En effet, en 2016, la population âgée de plus de soixante ans représentait 25% environ de la population totale en France métropolitaine, contre 20,6% en 2000. Cela représente environ six millions en 2000 (soit environ la moitié de la population), et plus de huit millions en 2016 (sur 16 millions de personnes de plus de 60 ans) (36).

Parallèlement, il est attendu une diminution de la densité de gynécologues médicaux (37) et gynécologues-obstétriciens (38) pour 2030, tandis que la densité de SF libérales tend à augmenter (39).

2 Matériel et méthodes

La part des femmes ménopausées est donc grandissante (36). Parallèlement à cette augmentation non négligeable, le nombre de gynécologues médicaux ne cesse de diminuer et certaines régions sont devenues des déserts médicaux, restreignant le suivi annuel recommandé pour ces patientes. Celles-ci, ayant désormais connaissance de l'élargissement des compétences en gynécologie accordé aux SF, se tournent dorénavant vers ces dernières qui essaient de répondre à leur demande. De cet état constaté, la problématique suivante a surgi :

« Suivi gynécologique des femmes ménopausées : quelles-sont les pratiques des sages-femmes libérales? »

2.1 Hypothèses

Pour répondre à cette interrogation, les hypothèses suivantes ont été émises :

Hypothèse 1 : Les sages-femmes libérales de France ne se sentent pas suffisamment compétentes pour réaliser un suivi gynécologique de prévention chez les femmes ménopausées.

Hypothèse 2 : Les sages-femmes libérales de France font du suivi gynécologique de prévention de femmes ménopausées selon les recommandations.

2.2 Objectif

L'objectif des investigations était d'étudier la prévalence de SF libérales en France qui font du suivi gynécologique chez les patientes ménopausées, ainsi que leurs pratiques, en comparant ces dernières aux RPC du CNGOF.

2.3 Type d'étude, outils méthodologiques

Afin d'étayer les hypothèses, une étude observationnelle descriptive a été menée. Un questionnaire en ligne, réalisé à l'aide de Google Form, (Annexe I) a été créé par nos soins, validé par la directrice de ce mémoire et testé auprès de SF volontaires: aucune modification n'a été nécessaire. Ce questionnaire a été diffusé à l'ensemble des SF libérales exerçant en France, dont les adresses électroniques ont été recueillies sur le site du Conseil National l'Ordre des Sages-Femmes.

Le questionnaire a été diffusé à 3981 adresses e-mails et 925 réponses analysables ont été obtenues (taux de réponse de 23,24%) sans relance nécessaire.

La diffusion du questionnaire et le recueil de données ont eu lieu entre le 25 juin et le 31 août 2019.

Notre questionnaire a été élaboré et diffusé avant que les RPC de l'HAS concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus ne changent : celles en vigueur au moment de sa diffusion recommandaient de pratiquer un FCU tous les trois ans dans la population féminine des 25 à 65 ans. Or, depuis juillet 2019, l'HAS préconise un test HPV pour les femmes de 30 ans et plus tous les cinq ans (19). Nous devons donc considérer pour notre étude que les RPC en vigueur sont celles d'avant juillet 2019.

2.4 Variables retenues

Les variables retenues pour répondre à la problématique ont été le nombre de réponses à chaque item, le pourcentage de réponses à ces items. A chaque question posée nous avons donc une prévalence.

Le questionnaire a été construit de façon à ce que, au fur et à mesure des questions, l'accès à la suite du questionnaire dépendait de la réponse précédente. De cette façon, l'étude de la population qui fait du suivi gynécologique chez les femmes ménopausées a pu être affinée.

2.5 Analyse statistique

Les données ont été analysées sur le logiciel R.

Pour décrire et analyser les résultats, les nombres et pourcentages ont été utilisés, ainsi qu'un test de chi2 lorsqu'il était utile.

2.6 Considérations éthiques

Pour mener à bien ce projet, l'accord de la SF libérale était nécessaire pour répondre au questionnaire. Une réponse en ligne, de son plein gré, a été considéré accord.

Le recueil de données est anonyme, il est impossible d'associer une réponse à un praticien. Les données seront détruites une fois ce travail abouti.

Ce mémoire a été déclaré à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) par le référent de l'Université.

3 Résultats

3.1 Description générale de la population d'étude

La population visée dans un premier temps est l'entièreté des SF ayant une pratique libérale en France métropolitaine, territoires et départements d'outre-mer, afin d'avoir un échantillon le plus représentatif possible.

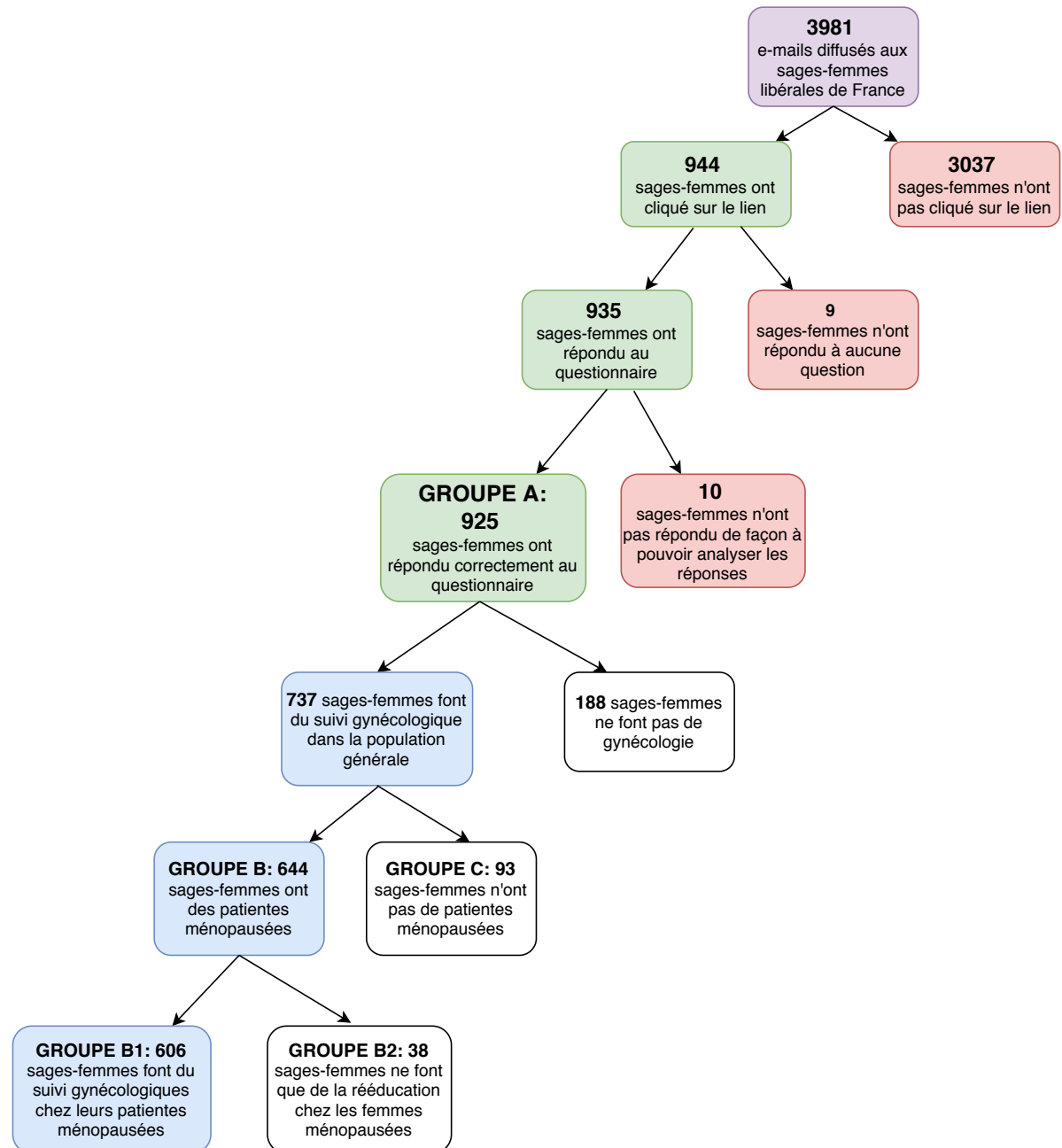


Figure 1: Diagramme de flux

Plusieurs échantillons, au sein de la population, ont été déterminés.

La population générale d'étude est donc composée de 925 SF exerçant en libérale en France (groupe A). Au fil des questions, se sont dégagés des sous-groupes : le groupe B compte 644 SF qui ont des patientes ménopausées et le groupe C, celles (93) qui n'ont pas de patientes ménopausées.

Dans le groupe B, ont été regroupées les 596 SF qui pratiquent ce suivi gynécologique ainsi que 10 autres qui, bien qu'ayant déclaré au début du questionnaire n'assurer que la rééducation périnéale, prescrivent cependant des examens de dépistages et des examens cliniques. Ce sous-groupe B1 (606 qui pratiquent donc le suivi gynécologique des femmes ménopausées) représentera la principale population étudiée dans cette étude. Ces SF ont été distinguées des 38 autres qui ne font que strictement de la rééducation périnéale (groupe B2).

Après recueil des données, la population ayant répondu s'étend sur l'ensemble du territoire français excepté les départements de l'Aveyron, du Gers, de l'Indre, du Lot, de la Lozère, des Hautes-Pyrénées, des Vosges, de l'Yonne ainsi que de Wallis et Futuna.

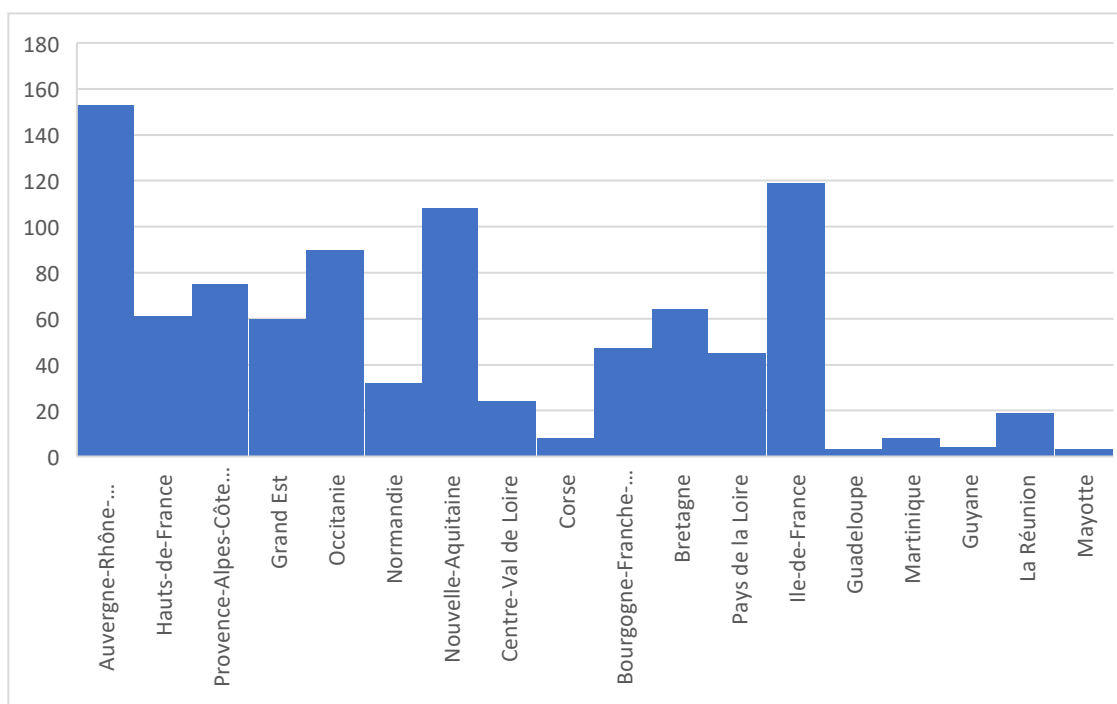


Figure 2 : Nombre de SF ayant répondu au questionnaire par départements, n=925

L'année d'obtention du diplôme d'État s'étend de 1977 à 2018.

La figure 3 suivante montre le nombre de SF ayant répondu au questionnaire selon leur année de diplôme.

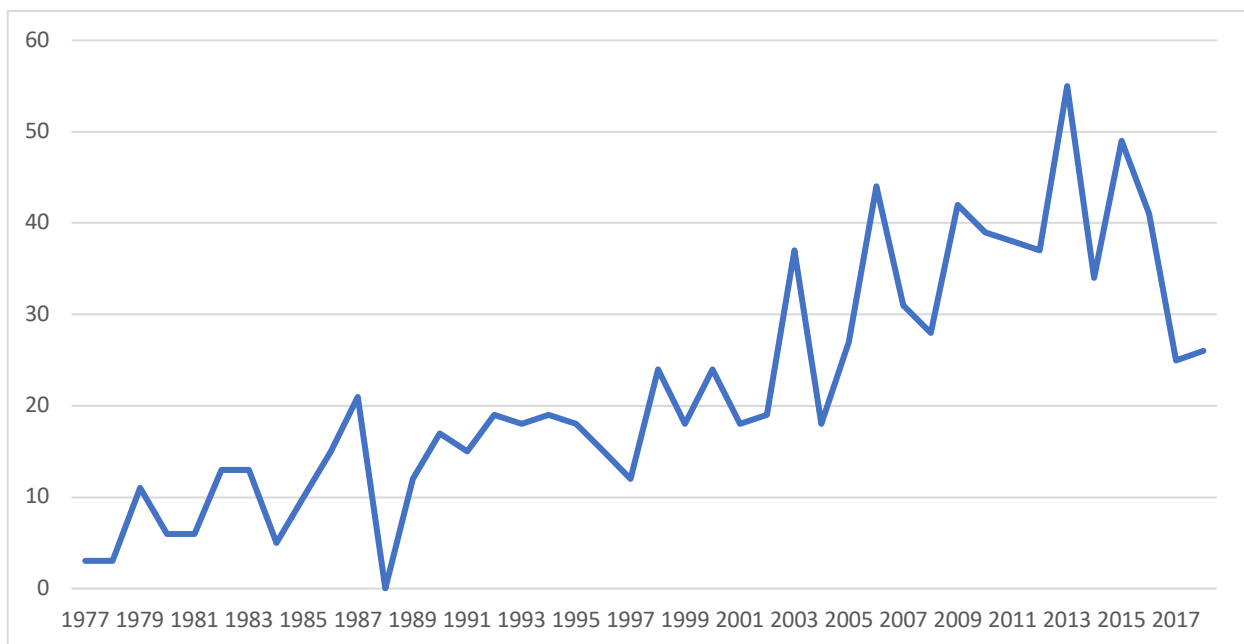


Figure 3 : Représentation du nombre de SF par années de diplôme, n=925

Années de diplôme	>2010	2009-2000	1999-1990	1989-1977
Nombre de sages-femmes	344	288	175	118
Pourcentage de sages-femmes	37.19%	31.14%	18.92%	12.76%

Tableau 1 : Représentation du nombre de SF par tranche d'années de diplôme, n=925

3.2 Description des résultats

3.2.1 Collaborations

La majeure partie des SF, soit 518/922, travaillent en collaboration avec d'autre(s) SF. Trois n'ont pas répondu à la question.

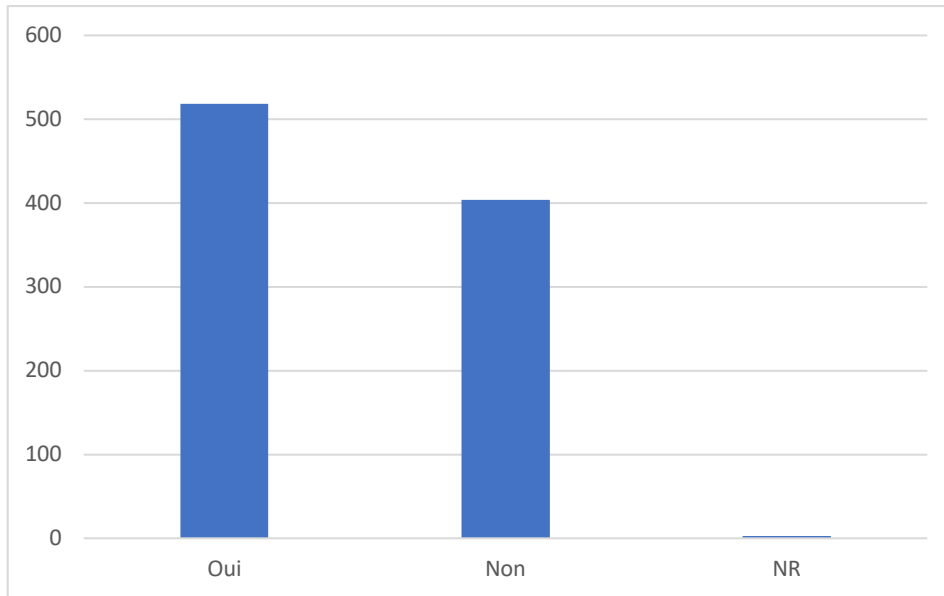


Figure 4 : Nombre de SF travaillant avec SF, n=925

Deux cent seize d'entre elles (23.35%) travaillent avec un ou des gynécologue(s). Cinq n'ont pas répondu.

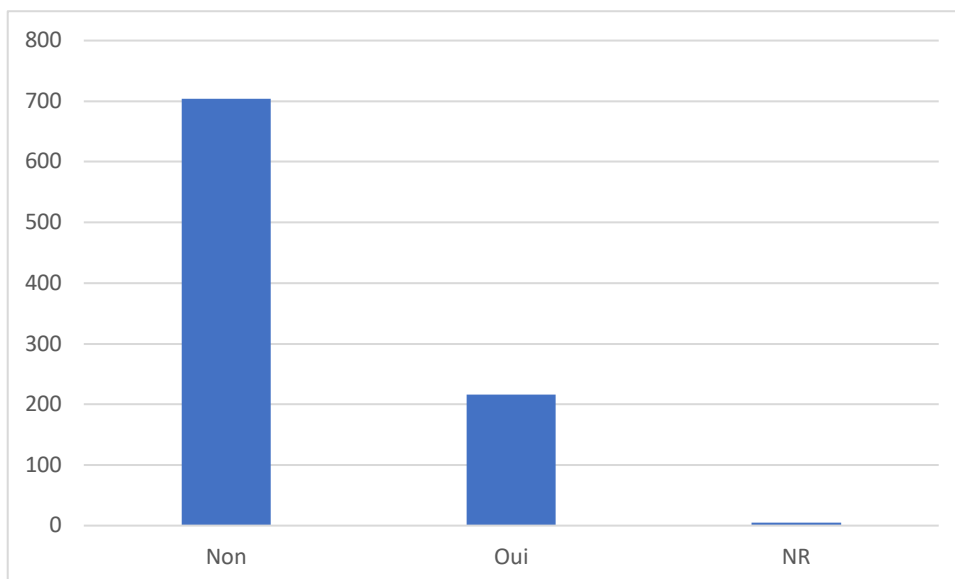


Figure 5 : Nombre de SF travaillant avec gynécologue(s), n=925

De façon plus fine, la répartition des collaborations au sein de la population est comme telle : 49 sages-femmes ne collaborent qu'avec un(des) gynécologue(s) (5.30%), 348 ne collaborent qu'avec une(des) SF (37%), 167 collaborent avec SF et

gynécologue(s) (18.05%), 353 ne collaborent avec personne, travaillent seules (38.16%), huit n'ont pas répondu à une/l'autre ou aucune question.

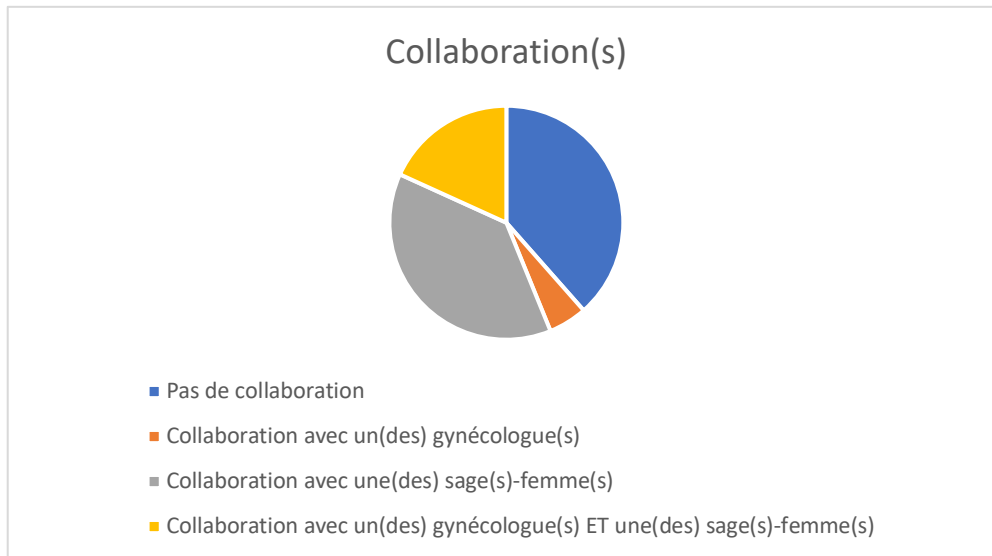


Figure 6 : Représentation des collaborations des SF , n=917

3.2.2 Pratique de la gynécologie générale

Sur les 925 SF, 737 pratiquent la gynécologie, soit 79.68%. Les 188 SF ne faisant pas de suivi gynécologique se déclarent en majorité non intéressées par cette pratique (108, soit 57.45%) et/ou pas suffisamment qualifiées (102 soit 54.26%). Neuf d'entre elles déclarent ne pas avoir de demande de la part de leur patientèle, et quatre n'ont pas répondu à la question.

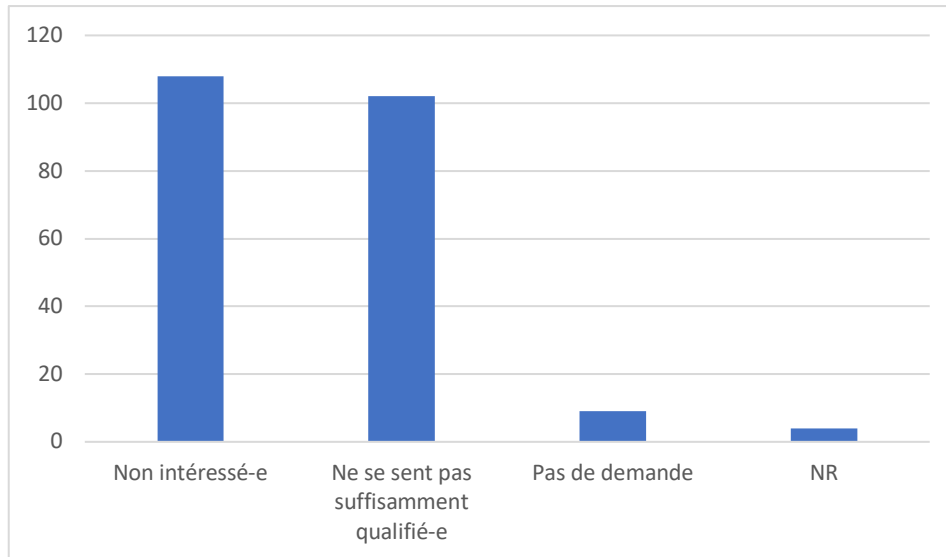


Figure 7 : Nombre de SF ne pratiquant pas de suivi gynécologique, n=188

Il leur a été demandé si elles aimeraient le pratiquer. Cent quarante-quatre (76.60%) ont répondu non.

Parmi les 737 qui pratiquent la gynécologie, 644 ont des patientes ménopausées (87.38%). Quand elles n'en avaient pas (93), à la question des raisons (QCM), 60 ont répondu ne pas avoir de demande, 34 estiment ne pas avoir les connaissances nécessaires, 10 ne pas avoir les compétences et sept ne sont pas intéressées. Deux sages-femmes n'ont pas répondu.

3.2.3 Suivi de femmes ménopausées

La population étudiée (groupe B) est donc composée de 644 SF ayant des patientes ménopausées. Les deux motifs principaux de consultation sont le suivi gynécologique de prévention (94,10%) et la rééducation du périnée (88%). Vingt-deux SF suivent une ou des patiente(s) ménopausée(s) malgré une pathologie gynécologique (3,42%) et trente-huit ne font que de la rééducation du périnée (groupe B2).

La répartition des SF du groupe B1 qui assure le suivi gynécologique des femmes ménopausées selon leur année de diplôme est exposée dans le tableau 2.

Plus d'un tiers est diplômé à partir de 2010, soit après l'intégration des compétences en gynécologie dès la formation initiale.

Année de diplôme	>2010	2009-2000	1999-1990	<1989
Nombre de sages-femmes pratiquant le suivi gynécologique chez les femmes ménopausées	256	182	108	60
Pourcentage de sages-femmes par année de diplôme	74.42%	63.19%	61.71%	50.85%
Total de sages-femmes participant à l'étude	344	288	175	118

Tableau 2 : Répartition des SF pratiquant le suivi gynécologique chez les femmes ménopausées par année de diplôme, n=606

3.2.3.1 Ressenti des sages-femmes

Plus de la moitié (58.75%) se sent qualifiée, voire très qualifiée (2.31%) contre 226 qui s'estiment peu ou pas du tout qualifiées (1.65%).

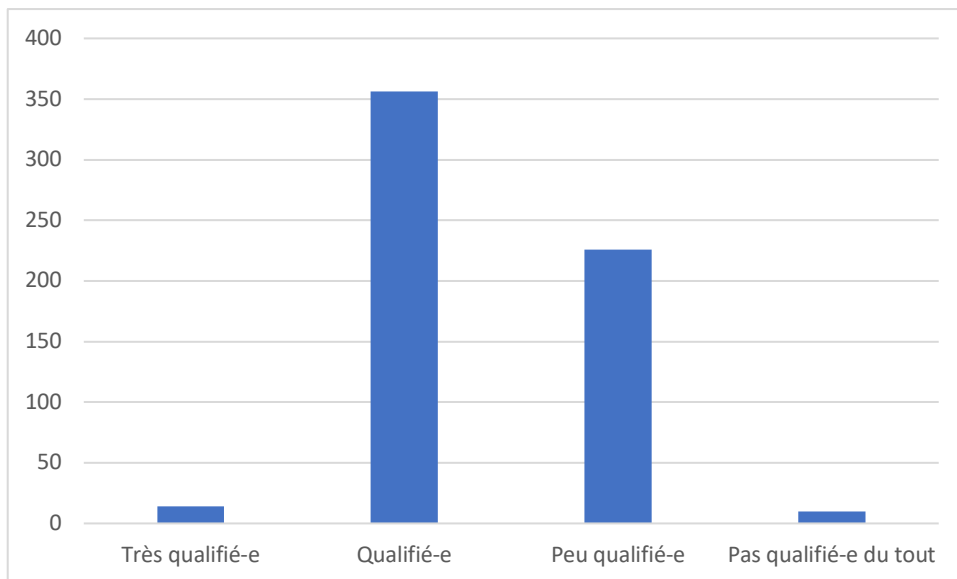


Figure 8 : Ressenti quant au suivi des femmes ménopausées, n=606

Leur ressenti selon l'année de diplôme est exposé dans le tableau 3. Le test de Chi2 ne montre pas de différence significative (p=0.22).

Année de diplôme	>2010	2009-2000	1999-1990	<1989	Total
Très qualifiées	N = 2 (0.78%)	N = 5 (2.75%)	N = 3 (2.78%)	N = 4 (6.67%)	14
Qualifiées	N = 146 (57.03%)	104 (57.14%)	69 (63.89%)	37 (61.67%)	356
Peu qualifiées	N = 103 (40.23)	N = 70 (38.46%)	N = 34 (31.48%)	N = 19 (31.67%)	226
Pas qualifiées du tout	N = 5 (1.95%)	N = 3 (1.65%)	N = 2 (1.85%)	N = 0 (0%)	10
Total	256	182	108	60	606

Tableau 3 : Ressenti des sages-femmes selon l'année de diplôme, n=606

Lorsqu'il leur a été demandé si elles éprouvaient des difficultés lors de ces consultations, la grande majorité a répondu en ressentir (plus de 78% de temps en temps et souvent (16.5%)) et moins de 1% systématiquement.

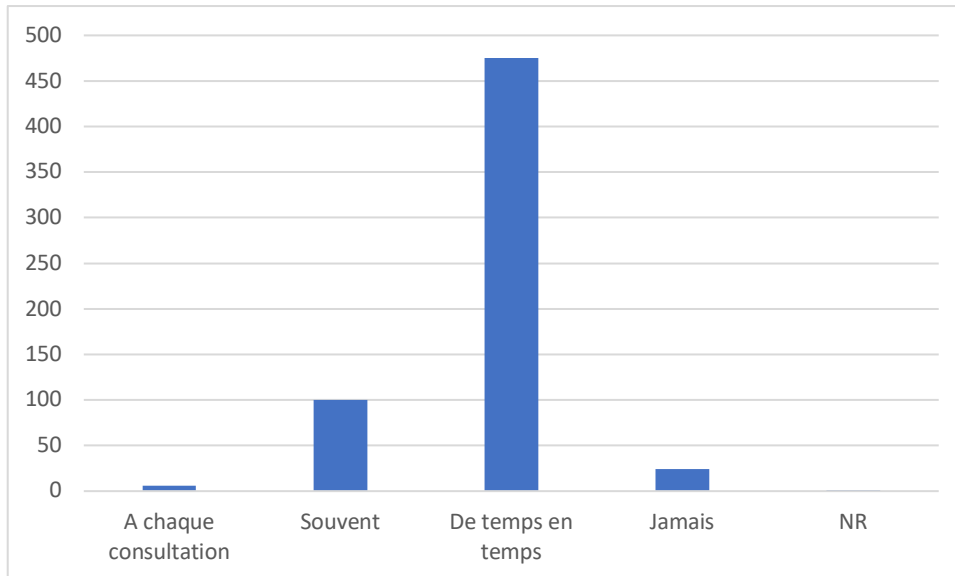


Figure 9 : Difficultés quant au suivi des femmes ménopausées, n=606

L'étude de leurs difficultés selon l'année de diplôme est exposé dans le tableau 4. Le test de Chi2 ne montre pas de différence significative ($p=0.65$).

Année de diplôme	>2010	2009-2000	1999-1990	<1989	Total
A chaque consultation	N = 1 (0.39%)	N = 3 (1.65%)	N = 1 (0.93%)	N = 1 (1.67%)	6
Souvent	N = 51 (19.92%)	N = 29 (15.93%)	N = 13 (12.4%)	N = 7 (11.67%)	100
De temps en temps	N = 195 (76.17%)	N = 142 (78.02%)	N = 89 (82.41%)	N = 49 (81.67%)	475
Jamais	N = 9 (3.52%)	N = 8 (4.40%)	N = 5 (4.63%)	N = 2 (3.34%)	24
NR				N = 1	1
Totaux	256	182	108	60	606

Tableau 4 : Difficultés des sages-femmes selon l'année de diplôme, n=606

Les résultats concernant le ressenti ont été étudiés selon quatre échantillons en lien avec une possible collaboration : «avec SF», «avec gynécologue», «avec SF et gynécologue», «sans collaboration». Ils ont été comparés par un test de Chi2 ($p=0.9618$) qui ne montre pas de différence significative. Quatre réponses n'ont pas pu être analysées car les sages-femmes n'ont pas répondu à la question.

	Très qualifiée	Qualifiée	Peu qualifiée	Pas qualifiée du tout	Totaux
Sans collaboration	N= 6 (2,5%)	N= 144 (60%)	N=86 (35,84%)	N=4 (1,67%)	240
En collaboration avec une(des) sage(s)-femme(s)	N=4 (1,82%)	N=126 (57,53%)	N=84 (38,36%)	N=5 (2,28%)	219
En collaboration avec un(des) gynécologue(s)	N=1 (3,45%)	N=21 (72,41%)	N=7 (24,14%)	N=0	29
En collaboration avec une(des) sage(s)-femme(s) et un(des) gynécologue(s)	N= 3 (2,63%)	N=64 (56,14%)	N=46 (40,35%)	N=1 (0,88%)	114

Tableau 5 : Représentation en nombre et pourcentage du ressenti des SF quant suivi gynécologique des femmes ménopausées selon leur collaboration, n=602

Les réponses à la question « Éprouvez-vous des difficultés lors du suivi gynécologique chez une femme ménopausée ? » sont représentées dans le tableau suivant. Quatre réponses n'ont pas pu être analysées car les sages-femmes n'ont pas répondu à la question. Ces sages-femmes sont les mêmes que pour le tableau 6.

	A chaque consultation	Souvent	De temps en temps	Jamais	NR	Totaux
Sans collaboration	N = 2 (0,83%)	N = 37 (15,42%)	N = 192 (80%)	N = 9 (3,75%)		240
En collaboration avec une(des) sage(s)-femme(s)	N = 3 (1,37%)	N = 36 (16,44%)	N = 171 (78,08%)	N = 8 (3,65%)	N = 1 (0,46%)	219
En collaboration avec un(des) gynécologue(s)	N = 0	N = 5 (17,24%)	N = 22 (75,86%)	N = 2 (6,90%)		29
En collaboration avec une(des) sage(s)-femme(s) et un(des) gynécologue(s)	N = 1 (0,88%)	N = 21 (18,42%)	N = 87 (76,32%)	N = 5 (4,39%)		114
Total	6	99	472	24	1	

Tableau 6 : Représentation en nombre et en pourcentage des difficultés ressenties des sages-femmes quant suivi gynécologique des femmes ménopausées selon leur collaboration, n=602

3.2.3.2 Formations

Parmi les SF du groupe B1, 53.47% (324), ont reçu une formation supplémentaire qu'elle soit spécifique au suivi gynécologique des femmes ménopausées ou non. Ces formations continues sont jugées suffisantes pour 34,65%. Plus de 60% la juge peu suffisante, insuffisante voire très insuffisante. Un peu plus de 5% n'a pas donné son avis.

Trois cent soixante-dix formations ont été recensées.

Thème de la formation	Formation en gynécologie	Formation en ménopause	Formation(s) non précisée(s) ou autre
Diplôme universitaire	135		16
Formation continue ou formations courtes	33	21	75
Formation en ligne	2	9	4
Autre (non précisé)	30	7	38
Total	200	37	125

Tableau 7 : Nombre de formations recensées dans le groupe B1

Nous avons voulu comparer le fait d'avoir bénéficié de formation(s) en fonction de l'année de diplôme (tableau8). Les résultats montrent que les SF ayant bénéficié le plus de formation sont diplômées entre 2000 et 2009.

Années	>2010	2009-2000	1999-1990	1989-1977
Nombre de sages-femmes	344	288	175	118
Nombre de formation(s) totale(s)	102	125	66	43
Pourcentage de formation par année de diplôme	29.65%	43.40%	37.71%	36.44%

Tableau 8 : Nombre et pourcentage de formations recensées en fonction de l'année de diplôme

Le test de Chi 2 réalisé ($p=0,0046$), montre que l'année de diplôme a un effet sur le fait d'avoir bénéficié d'une formation.

3.2.3.3 Pratiques

Les questions (réponses à choix multiples) reprenaient l'ensemble des examens cliniques et para-cliniques, leur motif de prescription (sur FDR, systématiquement ou leur périodicité) conformément aux RPC. Les réponses aux différents items sont représentées dans les tableaux suivants (9),(10). Les résultats en vert représentent les réponses en adéquation avec les RPC.

	Tous les ans	Tous les 2 ans	Tous les 3 ans	Tous les 5 ans	Sur FDR	Sur SA	Jamais	Non	Oui	NR
Supplémentation Vitamines D	20,63				24.59	23.10	42.90			0.50
Supplémentation Calcium	3,3				23.10	20,96	62.71			0.50
Mammographie	8.91	54.29			35.64	47.85	2.15			0.83
Échographie mammaire	7.10				37.13	78.55	10.23			1.32
Échographie pelvienne	1.32				28.88	89.93	5.45			0.33
Ostéodensitométrie	1.32				26.40	27.23	61.39			0.50
Exploration des anomalies lipidiques	5.61		12.21	11.10	30.20	27.56	44.55			0.50
Diabète	4.13		8.58	5.78	27.72	28.55	51.16			0.66
Dosage hormonal								82.34	17.16	0.50

Tableau 9 : Pourcentage de réponses aux items concernant les prescriptions n=606

	Tous les ans	Tous les 2 ans	Tous les 3 ans	Sur FDR	Sur SA	Jamais	NR
Examen mammaire	93.56			7.59	14.85	0.66	?
Taille	7.76			2.31	4.79	86.80	0.66
Poids	85.81			4.95	9.24	6.60	0.17
Examen gynécologique	77.56			10.40	29.37	0.17	0.33
FCU	0.66	12.54	88.12	25.25	42.41	0.17	0.17
TA	94.05			8.75	10.73	0.5	0.17

Tableau 10 : Pourcentage de réponses aux items concernant les examens cliniques, n=606

En majorité, les SF prescrivent une mammographie tous les deux ans, une échographie mammaire et pelvienne sur signe(s) d'appel, mais ne prescrivent jamais de dosage hormonaux. Elles réalisent systématiquement tous les ans un examen mammaire, une mesure du poids et de la tension artérielle et un examen gynécologique. Le FCU est réalisé tous les trois ans.

Il convient d'admettre qu'une réponse est en adéquation avec les RPC du CNGOF lorsqu'elle est de type : «sur FDR» et/ou «sur signe(s) d'appel» et/ou «tous les x ans» (x correspondant à la fréquence recommandée d'un examen ou d'un dépistage).

Au final, le tableau 11 ci-dessous montre le nombre et le pourcentage de SF dont les réponses correspondent au schéma de réponse des RPC.

Item	Suit les RPC	
Concernant la prescription de supplémentation en Vitamines D	N=64	10.56%
Concernant la prescription de supplémentation en Calcium	N=58	9.57%
Concernant la prescription de mammographie	N =61	10.07%
Concernant la prescription d'échographie mammaire	0	
Concernant la prescription d'échographie pelvienne	N= 155	25.58%
Concernant la prescription d'ostéodensitométrie	N=99	16.34%
Concernant la prescription de l'exploration des anomalies lipidiques	N= 18	2.97%
Concernant la prescription dépistage du diabète	N = 18	2.97 %
Concernant la prescription de dosage hormonal	N= 499	82.34%
Concernant la pratique d'un examen mammaire	N=25	4.13%
Concernant la mesure de la taille	N=4	0.66%
Concernant la mesure du poids	N=11	1.82%
Concernant la pratique d'un examen gynécologique	N= 18	2.97%
Concernant la réalisation ou prescription de FCU	N=110	18.15%
Concernant la mesure de la tension artérielle	N = 28	4.62%

Tableau 11 : Pourcentage des pratiques respectant les RPC (n = 606)

3.2.4 Informations aux patientes

Près de la moitié (44.40%) des SF n'informe jamais leurs patientes du risque d'ostéoporose, 29.21% le font systématiquement. Selon les FDR, le taux d'informations apportées est variable mais n'excède pas 25%.

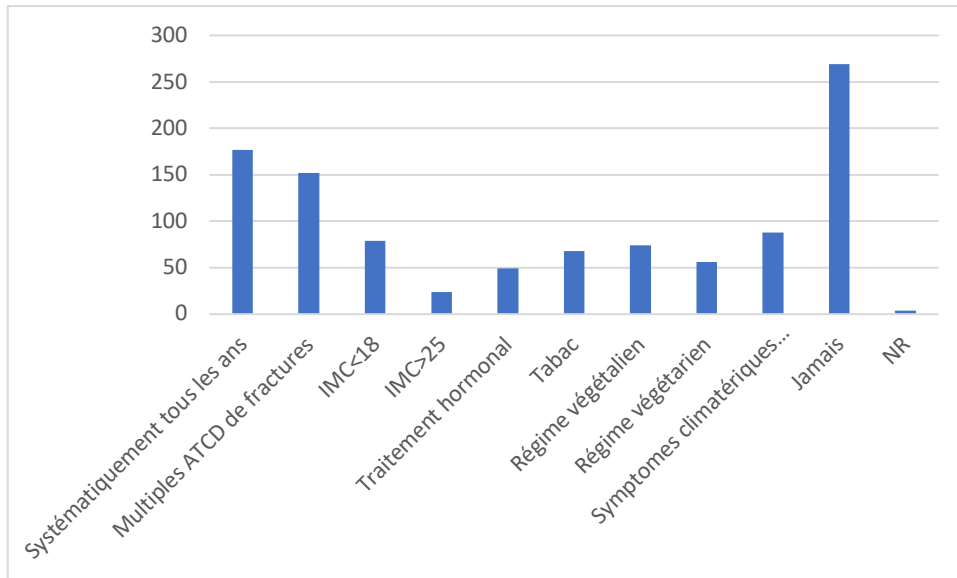


Figure 10 : Représentation en nombre de l'information donnée aux patientes concernant l'ostéoporose, n=606

Ces mêmes sages-femmes renseignent leurs patientes ménopausées sur les THM de façon systématique dans 12.21% des cas, et sur FDR dans 7.10%.

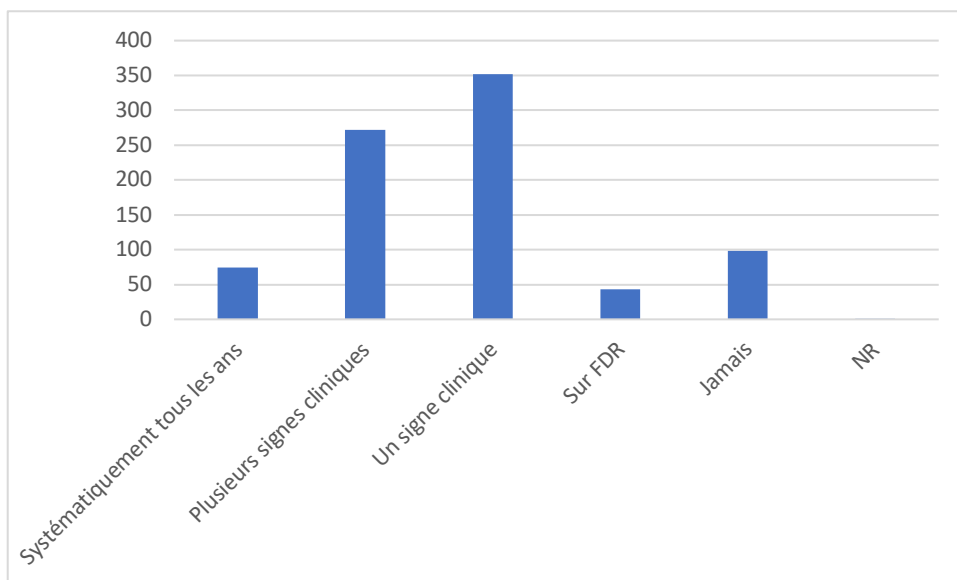


Figure 11: Représentation en nombre de l'information donnée concernant les symptômes climatiques, n= 606

4 Discussion

4.1 Analyse des résultats

4.1.1 Population

4.1.1.1 Territoire

Il est logique qu'il n'y ait aucune représentante de Wallis et Futuna dans notre population puisque, sur le site du conseil de l'Ordre, aucune adresse mail n'était renseignée. De même, peu d'adresses étaient présentes pour certains départements: Gers (neuf), Indre (huit), Lot (six), Lozère (cinq), Hautes-Pyrénées (dix). Le taux moyen général de réponses à une enquête (10%) permet certainement d'expliquer l'absence de réponse.

Pour les Vosges (quinze adresses), l'Yonne (vingt) et l'Aveyron (trente-cinq), un minimum d'une réponse aurait pu être attendu. L'Yonne possède une faible densité de SF sur son territoire par rapport au nombre de femmes, impliquant une charge de travail importante. La base d'une moyenne de 10% de réponses peut expliquer que ce département ne soit pas représenté dans cette étude. En Aveyron, cette densité est plutôt élevée (39) mais c'est un département relativement vaste, impliquant peut-être beaucoup de déplacements à domicile pour les SF libérales, donc un manque de temps pour répondre au questionnaire. Enfin, pour les Vosges, il nous est difficile d'expliquer cet état de fait.

Les 92 autres départements sont représentés dans notre étude, soit plus de 92% du territoire français. Ceci nous assure que notre population d'étude est géographiquement représentative de la population des sages-femmes libérales de France.

4.1.1.2 Année de diplôme

En France, en 2012, une SF en exercice sur deux avait moins de 40 ans et la durée moyenne d'activité professionnelle était de 30 ans (40). L'âge moyen, toutes pratiques confondues, était de 40,3 ans, de 42,6 ans pour l'exercice libéral et de 39.2 pour les hospitalières (40). Cette différence d'âge s'expliquant par le fait que généralement les SF débutaient leur carrière par une pratique hospitalière avant de se tourner vers le libéral.

Plus du tiers des SF (37.19%) ayant répondu au questionnaire ont été diplômées à partir de 2010 et, par conséquent ont moins de 42 ans, en partant du postulat que le diplôme est obtenu environ vers 24/25 ans (baccalauréat à 18 ans, une à deux années de PACES et quatre années en département de maïeutique). La figure (3) montre que notre population d'étude est donc plus jeune que la population des sages-femmes libérales de France.

Cette différence pourrait-être expliquée par le fait que l'étude de la DRESS a été effectuée il y a huit ans: depuis la fermeture des petites maternités, et les conditions de travail en milieu hospitalier, de plus en plus de jeunes diplômées se tournent d'emblée vers le libéral à l'issue de leur cursus universitaire (41).

Une autre hypothèse pour expliquer cette population plus jeune dans notre étude est en lien avec l'outil informatique dont l'utilisation est plus facile pour des SF jeunes pour lesquelles l'outil était indispensable lors des études alors que les plus anciennes doivent en apprendre la maîtrise.

Enfin, certaines SF travaillent peut-être à temps partiel pour des questions d'organisation familiale. Sachant que l'âge moyen du premier enfant en 2019 en France est de 30,7 ans, il est possible que la majorité de celles qui n'ont pas encore d'enfant (donc principalement celles diplômées après 2010), aient plus de temps libre pour participer à une étude (42).

Notre population étant plus jeune que la population générale, nos résultats ne sont pas extrapolables en l'état mais pourraient peut-être le devenir si un recensement actualisé des SF était réalisé.

4.1.2 Pratique de la gynécologie générale

La pratique du suivi gynécologie est bien ancrée car en effet 737 SF (79.68%) sont concernées et parmi celles qui ne le pratiquent pas, 44 pourraient être intéressées. Le total de SF qui font ou pourraient faire de la gynécologie s'élève à 781, soit 84,43% de la population générale, et donc seulement 144 ne souhaitent pas exercer la gynécologie.

Ces chiffres montrent leur intérêt envers la gynécologie. Plus de huit SF sur dix sont impliquées, ce qui justifie que leurs compétences soient solides.

Par ailleurs, le tableau 12 montre que les SF qui ne pratiquent pas la gynécologie (188) ont été majoritairement diplômées entre 2000 et 2009: mais, parmi elles, celles qui se déclarent non intéressées ont plutôt été diplômées avant 1989. Cette différence peut s'expliquer par le fait que celles plus âgées n'ont pas reçu de formation complète en gynécologie pendant leurs études et n'y sont donc pas autant sensibilisées que les plus jeunes.

Années de diplôme	>2010	2009-2000	1999-1990	1989-1977	Total
Nombre de sages-femmes qui ne pratiquent pas la gynécologie	39 (11.34%)	56 (19.44%)	47 (26.86%)	46 (38.98%)	188
Nombre de sages-femmes total de dans l'étude	344	288	175	118	925

Tableau 12 : Répartition des SF qui ne pratiquent pas la gynécologie par année de diplôme, n=188

4.1.3 Pratique de la gynécologie chez les femmes ménopausées

Six cent quarante-quatre SF ont des patientes ménopausées et 94,10% d'entre elles pratiquent leur suivi gynécologique de prévention, ce qui représente plus de 65% des SF de notre population générale.

De plus, parmi les 93 qui pratiquent la gynécologie mais n'ont pas de patientes ménopausées, seules sept (moins de 1%) ont déclaré ne pas le souhaiter ce qui laisse à penser que les 86 autres représentent un potentiel important pour l'expansion de l'offre de soin et de la pratique dans les années à venir. Ainsi, 99% des SF pratiquant la gynécologie assurent ou pourraient assurer le suivi des femmes ménopausées dans les années à venir.

Par ailleurs, les 44 SF, précédemment citées, ne pratiquant pas la gynécologie mais n'étant pas opposées à la pratiquer, pourraient-elles aussi être susceptibles d'exercer le suivi des femmes ménopausées ?

Les SF de notre étude représentent donc majoritairement un facteur de poids dans la prévention en santé. Face à la diminution de densité de gynécologues (37),(38) et le vieillissement de population, les SF libérales sont indispensables dans la prise en charge des femmes ménopausées et ont une place de choix dans l'évolution démographique médicale.

La nécessité grandissante de pratiquer la gynécologie peut avoir raison de certaines SF. Les dix ayant déclaré ne pas suivre les femmes ménopausées et qui le font finalement partiellement en prescrivant des examens complémentaires, ne se sentent-elles pas suffisamment à l'aise pour assurer un suivi complet mais, le font cependant pour des patientes qui ne trouvent pas de gynécologue ? On pourrait alors imaginer qu'un certain nombre de sages-femmes de notre population assure aussi ce suivi pour la même raison, ce qui pourrait expliquer en partie que tous les items du suivi gynécologique ne soient pas réalisés selon les RPC.

4.1.4 Ressenti et difficultés des sages-femmes

Parmi les 38 SF qui ne font que de la rééducation chez les femmes ménopausées alors qu'elles pratiquent la gynécologie chez les autres femmes, 31 ne se sentent pas assez qualifiées pour assurer ce suivi. Nous pouvons penser que, grâce à des formations continues, elles pourraient acquérir de nouvelles connaissances et ainsi approfondir leur aisance à la pratique

Près de 61% des SF réalisant des consultations après la ménopause (370/606) s'estiment qualifiées pour assurer ce suivi. Plus du tiers (38.94%) pratique donc une discipline pour laquelle elle ne se sent pas assez qualifiée. Le suivi gynécologique est une compétence, certes récente, mais datant cependant d'une dizaine d'années, et la formation initiale s'est adaptée à ce nouveau champs (43).

Nous nous attendions donc à ce que cette insuffisance de qualification perçue touche prioritairement les diplômées d'avant 2009, date de l'élargissement des compétences, lorsque l'enseignement pratique en gynécologie était moindre (44). Cependant, selon le test de Chi2 réalisé, il n'y pas de différence significative selon l'année de diplôme.

Les SF qui ont bénéficié d'une formation approfondie en gynécologie pendant leur formation initiale ne se sentent donc pas plus qualifiées, du fait, certainement d'une expérience professionnelle plus courte que leurs aînées et du contenu de la formation initiale à améliorer.

Notons enfin que, bien que la loi HPST date de 2009, l'information sur l'élargissement des compétences des sages-femmes en la matière a été longue à parvenir au grand public: il faudra ainsi attendre 2014 pour qu'une campagne radiophonique d'incitation au dépistage par FCU, cite les SF comme professionnelles éligibles à cette pratique (45). Associées à l'accessibilité de plus en plus difficile à un rendez-vous avec un gynécologue, les sollicitations des SF se font de plus en plus fréquentes et celles, diplômées avant 2009 se sont sûrement formées, expliquant partiellement cette différence non significative selon l'âge du diplôme.

4.1.5 Formations

Cinquante-trois pour cent ont reçu une formation continue en gynécologie, qui est estimée suffisante par seulement 34.65% pour assurer le suivi gynécologique des femmes ménopausées.

Le taux de formations en gynécologie est plus élevé et ce, de façon significative, dans la population diplômée entre 2000 et 2009 que dans celles d'avant 2000 et d'après 2009. Leur formation initiale était moins fournie en notions de gynécologie

avant la loi HPST de 2009. Nous pouvons imaginer qu'il était indispensable pour ces SF de se former, n'ayant pas bénéficié d'une formation initiale approfondie et étant, d'après les recensements (40),(41), la tranche d'âge d'exercice s'installant en libéral.

A l'inverse, celles diplômées avant 2000 en éprouvaient peut-être moins le besoin car peu habituées à la pratique de la gynécologie et celles exerçant depuis moins de 10 ans, sont peut-être en difficultés pour subvenir à une formation continue, face aux situations rencontrées, dans une pratique libérale encore récente.

D'une manière générale, nous trouvons un quota de SF ayant participé à une formation continue, supérieur au quota de celles qui se disent pas assez formées ; ce constat est rassurant si nous partons du principe que se sont formées toutes celles qui se sentaient en difficultés ou pas assez compétentes mais nous ne pouvons pas, en l'état, l'assurer.

Si tel n'est pas le cas, il est légitime de se questionner sur les raisons d'absence de formation complémentaire. N'ont-elles pas le temps? Le suivi gynécologique des femmes ménopausées est-il une demande récente de leur patientèle? N'ont-elles pas les moyens, en libéral, la formation continue (impliquant un engagement financier et du temps dédié pour en bénéficier) étant plus compliquée d'accès qu'en hospitalier où elle est prise en charge comme du temps de travail effectué?

Certaines SF ont pu avoir des formations et ne pas se sentir pour autant suffisamment formées. Une des explications peut être que le nombre de formations dédiées spécifiquement à la ménopause est faible et qu'aucun diplôme universitaire n'a été cité. Les formations étaient plus axées sur le suivi gynécologique en général, ce qui peut expliquer le faible pourcentage de satisfaction vis-à-vis de la ménopause. Il serait intéressant de créer une formation adaptée aux spécificités de cette dernière, et qui pourrait être proposée à toutes les SF qui ne se sentent pas suffisamment compétentes, qu'elles réalisent déjà ou non, des suivis post ménopause. Cette formation pourrait aussi s'adresser à celles qui n'ont pas encore de patiente ménopausée, afin d'anticiper les changements démographiques médicaux.

4.1.6 Difficultés de pratique

Bien que 370 SF se soient déclarées suffisamment formées, seules 24 sur les 606, n'éprouvent aucune difficulté face à ce suivi. Ce sont donc 581 qui en éprouvent parfois, souvent ou toujours. Nous avons choisi, pour faciliter l'analyse des données de ne pas inclure de question ouverte dans notre questionnaire mais vu le nombre de SF ayant répondu par l'affirmative, nous aurions peut-être dû en proposer pour explorer les contextes et, actuellement, nous ne pouvons donc que proposer des hypothèses. Est-ce en cas de situation pathologique, hors de nos champs de compétence? De demandes spécifiques de la patientèle que la sage-femme n'est pas habilitée à traiter, comme par exemple la prescription nécessaire d'un traitement antibiotique à laquelle nous n'avons pas droit? Est-ce en lien avec la formation insuffisante vue précédemment ?

Quelques soient les réponses, les chiffres attestent de la difficulté éventuelle à suivre les femmes ménopausées et qui pourrait faire obstacle à la pratique pour celles qui ont déclaré ne pas être «intéressées».

Nous aurions pu penser que le contexte d'exercice de la profession influe, non pas sur le sentiment de compétences des sages-femmes mais sur les difficultés rencontrées. En effet, il nous aurait paru pertinent qu'en cas de collaboration avec d'autres professionnels pratiquant la gynécologie (gynécologue, sage-femme), les SF soient, par les échanges et conseils, moins soumises à des interrogations que celles œuvrant seules. Cependant les différences ne sont pas significatives, et travailler en collaboration avec un autre praticien, quel qu'il soit, n'influe pas sur le ressenti des SF. Nous pouvons évoquer la possibilité que ce suivi étant, par définition, des compétences de notre profession, le recours à une aide est bien souvent non nécessaire et que dans le pourcentage de celles qui éprouvent très souvent des difficultés (16.45%), se trouvent les 22 SF qui effectuent, d'après leurs dires un suivi dans le champs de la pathologie.

Notre première hypothèse qui était que: «*Les sages-femmes libérales de France ne se sentent pas suffisamment compétentes pour réaliser un suivi gynécologique de prévention chez les femmes ménopausées*», est invalidée. En effet, 356 se sentent

qualifiées (voire très qualifiées (14)). Cependant, ces réponses sont à tempérer car 475 sages-femmes éprouvent des difficultés de temps en temps, 100 en ressentent souvent, et six à chaque consultation.

4.1.7 Analyse des pratiques

Lors de l'analyse des données, sont considérées comme réponses conformes aux RPC celles qui rassemblent les items cochés «sur facteur de risque», «sur signe d'appel», «systématiquement ou selon telle périodicité ».

4.1.7.1 L'examen général

Selon les RPC, toute patiente ménopausée doit bénéficier d'une consultation annuelle (11), au décours de laquelle il est recommandé d'effectuer une prise de poids et de la tension artérielle. Ces constantes sont mesurées par la grande majorité des SF (respectivement 94% et 86%) bien que le 100% ne soit pas atteint, alors que ce sont des examens faciles et obligatoires. Pourtant, ces mesures doivent également être effectuées lors du suivi obstétrical et ne représentent pas une difficulté technique. Le risque cardiovasculaire et les troubles métaboliques, bien connus lors de la grossesse et à évaluer lors d'une consultation de contraception par oestro-progestatif sont-ils plus méconnus et moins évalués lors du suivi gynécologique?

4.1.7.2 L'examen clinique mammaire et la mammographie

Il est réalisé selon les RPC dans uniquement 4.13%.

Certes l'examen mammaire annuel systématique est pratiqué par plus de 93% et il est intéressant de chercher pourquoi 7% ne le réalisent pas: se peut-il qu'elles n'aient pas été formées à sa pratique? Plus certainement pensent-elles que pour les femmes ménopausées, ayant accès au dépistage organisé tous les deux ans, l'examen clinique annuel est superflu? Il est pourtant indispensable, certaines tumeurs cancéreuses étant de développement rapide, en moins de deux années.

Mais, en présence de FDR, cet examen n'est réalisé que par à peu près 8% des SF et sur signes d'appel par moins de 15% d'entre elles. Moins d'une sur deux prescrit une mammographie supplémentaire au dépistage organisé, en cas de signes d'appel. Les RPC concernant la mammographie sont donc respectées à 10%.

Pour expliquer ces faibles taux, les sages-femmes orientent peut-être directement les patientes se plaignant d'une anomalie sans les examiner. Ou bien, en amont, lors de la prise de rendez-vous, si l'indication est une anomalie mammaire à l'auto examen des seins, la sage-femme ne reçoit pas la patiente mais la redirige d'emblée vers un gynécologue?

Cependant nous devons moduler le résultat concernant la prescription de mammographie car la question proposait comme éventuelle réponse «tous les 2 ans», ce qui correspond au dépistage organisé. Certaines SF ont peut être été induites en erreur, ont-elles répondu oui, si elles prescrivent réellement cet examen ou s'assurent-elles que les patientes ont reçu la prescription à domicile et effectué l'examen ?

4.1.7.3 L'examen gynécologique

L'examen gynécologique n'est réalisé selon les RPC que par 3%.

Il est pratiqué chaque année dans près de 80% des cas mais lorsque la patiente présente un signe d'appel, il n'est réalisé que par environ 30% des SF.

Par contre, l'échographie pelvienne est prescrite par environ 80% d'entre elles. La loi oblige les sages-femmes à orienter leurs patientes vers un médecin compétent lorsqu'une situation pathologique est dépistée. Nous pouvons supposer que là aussi, en cas de signes d'appel, la prescription d'échographie pelvienne permettra d'avancer dans les explorations complémentaires avant le rendez-vous médical, tandis que l'examen gynécologique n'est pas fait puisqu'il sera obligatoirement fait par le médecin.

4.1.7.4 Le frottis cervico-utérin

Il est réalisé de manière systématique en grande majorité tous les trois ans (88.12%). Nous retrouvons cependant 12.54% de sages-femmes qui le pratiquent tous les deux ans, une pratique antérieure à la mise en place du dépistage organisé en 2010. Depuis, les recommandations mentionnent un FCU tous les trois ans (46),(47). Nous retrouvons dans la littérature, que quel que soit le prescripteur, 50% des femmes sont trop dépistées, 10% conformément aux RPC et 40% sous dépistées surtout à partir de la ménopause où pourtant le pic d'apparition du cancer du col utérin est maximal (47).

Nous aurions pu comparer ces résultats à l'année d'obtention du diplôme pour voir s'il existe une différence significative mais cela ne nous a pas paru judicieux puisque toute sage-femme a le devoir de s'informer des RPC en vigueur donc chacune devrait en être informée. Nous pouvons imaginer qu'il est parfois difficile de modifier des pratiques que l'on a trouvé adaptées pendant une longue période.

Il semble donc que notre échantillon soit plus respectueux des RPC que dans la littérature: peut-être est-ce en lien avec notre population uniquement constituée de SF (les études de la littérature reposent souvent sur les pratiques des gynécologues +/- SF mais rarement sur la pratique des SF seules) et plus jeune que la population générale? Celles diplômées depuis 2010 (qui n'ont donc pas connu les pratiques précédentes) ainsi que celles ayant une plus longue expérience professionnelle (avant 2009) où le FCU ne faisait pas partie de nos compétences, n'ont comme référence que les RPC actuelles, expliquant peut-être le faible taux de dépistage inadapté.

En cas de signes d'appel, le FCU est réalisé par 42%. Comme pour l'examen gynécologique, certaines peuvent estimer qu'il vaut mieux qu'il soit réalisé par le gynécologue qui sera peut-être amené à faire ultérieurement une colposcopie tandis que d'autres pensent que ne pas le réaliser est une perte de chance et de temps pour la patiente.

Pourtant, pour la grande majorité de notre population qui ne travaille pas en collaboration avec des gynécologues il peut être ardu d'obtenir un rendez-vous rapidement avec l'un d'entre eux (d'où l'intérêt de se constituer un réseau ville/hôpital).

Une consultation avec une SF pratiquant un examen mammaire, un FCU et prescrivant des examens complémentaires dans l'attente de ce rendez-vous, permettrait de limiter les pertes de chances pour la patiente concernée.

4.1.7.5 Dépistage de l'ostéoporose

Pour prévenir l'ostéoporose, certaines prescriptions sont recommandées soit systématiquement soit sur facteurs de risque.

Dans la population interrogée, plus de 86% ne mesurent jamais la taille de leurs patientes alors que cela devrait être fait systématiquement chaque année à la recherche de cette perte de deux centimètres évoquée plus haut, signe d'une ostéoporose. Il pourrait apparaître que pas assez de sages-femmes ont connaissance de ce signe diagnostique d'ostéoporose? Ou bien, comme dans le suivi obstétrical, la taille n'est-elle prise qu'une fois, au début du suivi. Le déroulement de la consultation gynécologique est-il calqué sur celui d'obstétrique?

Près de 62% des sages-femmes ne prescrivent jamais le calcium et 43% la vitamine D. Le CNGOF et le GEMVI recommandent pourtant leur supplémentation sur FDR et/ou signes d'appel (9),(24),(27). Les supplémentations sont réalisées selon les RPC par seulement 10% des SF. Notre échantillon étant réparti sur tout le territoire français, on ne peut donc pas considérer que cette non supplémentation soit en lien avec une exposition suffisante au soleil.

De la même manière, près de 62% ne prescrivent jamais d'ostéodensitométrie : pourtant, même si l'absence de taille notifiée rend impossible le calcul de perte de centimètres (signes d'appel), et donc à fortiori la prescription d'ostéodensitométrie, elle reste recommandée en présence de FDR. Ces trois prescriptions, sont peut-être parfois «oubliées» puisque non systématiques à moins que les FDR et signes d'appel ne soient pas toujours bien connus?

4.1.7.6 Les bilans biologiques

Environ un quart des SF propose la prescription d'une exploration des anomalies lipidiques aux femmes ménopausées présentant des FDR ou signes d'appels de maladies cardiovasculaires, ce qui est largement insuffisant comme vu plus haut.

Prescrire un bilan hormonal n'est pas recommandé car le diagnostic de ménopause se fait cliniquement. Plus de 82% des sages-femmes ne le prescrivent pas et donc suivent les recommandations.

Il peut être affirmé que les SF libérales portent un intérêt certain au suivi gynécologique car 79.68% d'entre elles le pratique. De plus, la quasi-totalité de celles ayant des patientes ménopausées (> 94%) assurent leur suivi gynécologique.

Notre seconde hypothèse qui stipulait que: «*Les sages-femmes libérales de France font du suivi gynécologique de prévention chez les femmes ménopausées selon les recommandations*» est invalidée. Elles font bien ce suivi gynécologique mais peu de RPC sont majoritairement respectées.

Le suivi standard, assez proche du suivi gynécologique de la femme non ménopausée, est assez bien respecté (poids, tension, examen gynécologique, FCU et palpation mammaire).

Les FDR et signes d'appel sont eux, peu vecteurs de modification de la pratique, d'explorations complémentaires, surtout concernant l'ostéoporose, cet état de fait expliquant les faibles taux de bon respect des RPC dans leur globalité. Est-ce par manque de connaissances sur les spécificités de la ménopause (possible vu le nombre très élevé de sages-femmes se trouvant parfois en difficultés), par tendance à vouloir «calquer» la consultation à celle d'obstétrique? Notre étude ne peut pas en l'état actuel y répondre.

Mais il est sûr que le champ restreint des compétences en gynécologie des SF limite la prise en charge des situations qui semblent sortir de la physiologie. Cette

limitation de pratique peut sûrement expliquer en partie les réponses obtenues, les difficultés émises par nombre d'entre elles et retarder le dépistage de situations à risque. Cependant, nous ne pouvons en être certains car travailler en collaboration avec un gynécologue ne semble pas modifier les difficultés rencontrées.

4.2 Points forts de l'étude

Notre questionnaire a reçu un taux de réponses de plus de 23%, avec en tout 925 réponses analysables ce qui est au-dessus des taux de réponses attendues dans ce genre d'exercice. La proposition de participer à notre étude n'a été envoyée qu'une seule fois, aucune relance n'a été entreprise. Les SF libérales de France portent donc un intérêt considérable à l'étude des pratiques.

Le nombre de 925 répondantes est largement suffisant pour avoir un échantillon représentatif malgré l'écart d'âge relevé en discussion. La fiabilité des résultats est donc effective. Ce large échantillon nous a permis d'étudier plus précisément des sous-groupes en restant dans des effectifs bien supérieur à 100. Des tests statistiques ont pu être réalisés afin d'étudier la corrélation entre deux variables, chose qui n'aurait pu être possible si les effectifs des différents sous-groupes avaient été plus faibles.

Une dizaine de sages-femmes nous a contacté afin d'avoir plus d'informations sur les formations disponibles quant au suivi gynécologique des femmes ménopausées par les SF, ou simplement pour demander les résultats une fois ce mémoire validé.

Le sujet d'étude est innovant, il n'existe pas de littérature concernant les pratiques des SF quant au suivi gynécologique de prévention chez les femmes ménopausées. Aucun mémoire de fin d'étude ne porte sur le sujet.

De plus, les dernières RPC du CNGOF datent de 2010, ce qui nous permet de dire que les discussions autour de la prise en charge des femmes ménopausées doivent être relancées.

4.3 Limites et biais

Au cours de notre étude nous avons identifié plusieurs biais.

Une question a été oubliée dans le questionnaire: «donnez-vous des informations sur le risque cardiovasculaire?». La question était prévue mais a été omise lors de la création du questionnaire sur Google Form. Nous nous en sommes rendu compte lors du recueil de données, il était donc impossible de la rajouter. Cette question nous aurait peut-être permis de mieux concevoir le peu de prescriptions de bilan cardiovasculaire.

Plusieurs biais de sélection ont été identifiés: toutes les SF libérales n'ont pas d'e-mail et/ou n'ont pas mis leurs coordonnées sur la base de données du CNSF. Trois mille trente-sept sages-femmes sur les 3981 n'ont pas cliqué sur le lien du questionnaire envoyé par e-mail. Cela peut être expliqué par le fait que le questionnaire a été diffusé sur la période estivale du 25 juin au 31 août, durant laquelle beaucoup partent en vacances et/ou ont beaucoup de travail pour suppléer à leurs collègues absents.

Plusieurs biais d'informations ont été identifiés: Les sages-femmes qui ne pratiquent pas la gynécologie n'ont pas eu accès à la suite du questionnaire, cependant, dans ce groupe peut se trouver un nombre important qui pratiquent la rééducation du périnée aux femmes ménopausées, et donc cela représente une perte d'informations.

Les RPC concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus ont changées entre le recueil des données et l'élaboration de ce mémoire. Nous devons donc considérer pour notre étude que celles en vigueur sont celles antérieures à juillet 2019.

4.4 Perspectives

L'intérêt conséquent des SF libérales porté au suivi gynécologique des femmes ménopausées est l'idée majoritaire qui ressort de notre étude et a permis de mettre en

lumière que certaines connaissances et pratiques sont insuffisantes, que la majorité se sent qualifiée mais ressent des difficultés en consultation.

Se pose alors la question de la formation: les formations initiales et continues sont-elles suffisamment adaptées pour qu'une SF se sente capable de pratiquer cette gynécologie d'emblée? Il semble évident que non.

Pourtant, après avoir confronté les données démographiques sociales et médicales, les SF sont aujourd'hui en première ligne dans le cadre du dépistage et suivi gynécologique chez les femmes ménopausées, et elles le seront encore plus demain.

La nécessité de renforcer leurs compétences passe premièrement par la révision de leur formation. Leur exercice auprès des femmes ménopausées doit être renforcé, car d'un point de vue santé publique, elles sont indispensables à leur suivi. Une formation uniformisée et accessible à l'échelle nationale semble être la solution aux problèmes soulevés dans ce mémoire.

Le thème de ce mémoire s'inscrit dans les préoccupations actuelles puisqu'il a été abordé lors de la journée post-universitaire des sages-femmes du 17 et 18 octobre 2019. Au cours de cet événement, Laure Senemaud-Carriquiry, SF depuis une vingtaine d'années (dont sept en libéral) a proposé un schéma de consultation post ménopause (48). Les points médicaux, psycho-sociaux et législatifs indispensables ont été rappelés. Elle a mis en avant la nécessité d'adresser ces patientes à un médecin notamment en dressant une liste non exhaustive:

« Une prise de poids en particulier augmentation périmètre abdominal :facteurs de risque de diabète de type 2 et cardio-vasculaires. Une mesure de la tension artérielle : l'hypertension signe une augmentation du risque cardio-vasculaire. Un bilan lipidique/ glycémique perturbé : augmentation des risques cardio-vasculaires et de diabète. Syndrome climatérique non supportable pour la patiente et pour lequel il faudra peut-être mettre en place un THS en l'absence de contre-indications ou un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine. Une anomalie au FCV ou à l'examen du col : recherche de cancer. Des

métrorragies : toute métrorragie chez une femme ménopausée est un cancer de l'endomètre jusqu'à preuve du contraire. Une anomalie à l'examen des seins : recherche d'un cancer, prescrire les imageries fera gagner du temps. Un prolapsus qu'il soit cystocèle, rectocèle ou hystérocèle, pour avis et éventuelle chirurgie. Une plainte sexologique : améliorer la santé sexuelle améliore la qualité de vie ! ».

Par ailleurs, Lors d'un échange verbal sur les compétences des SF, Monsieur Dompeyre Philippe, médecin généraliste exerçant à l'hôpital de Poissy-Saint-Germain-en-Laye, nous a proposé de discuter d'un projet autour de la problématique soulevée par ce mémoire. Notre idée serait de proposer une formation en ligne accessible à toutes les sages-femmes de France.

Au-delà du défaut de formation, la législation n'offre pas un panel complet de compétences pour pouvoir exercer un suivi préventif de qualité. Ceci entrave peut-être le projet de certaines SF à prendre en charge le suivi de prévention des femmes ménopausées, comme certaines nous l'ont fait remarquer à la suite de la diffusion du questionnaire. La discussion et le débat concernant les compétences des sages-femmes doit être relancé.

Conclusion

L'étude présentée ici avait pour objectif d'évaluer les pratiques professionnelles des SF libérales de France quant au suivi gynécologique de prévention des femmes ménopausées. Compte-tenu du taux de participation sans relance, et du nombre de réponses analysables, elle montre l'intérêt porté à ce suivi.

Il ressort que non seulement la grande majorité des SF libérales pratique la gynécologie dans la population générale, mais aussi qu'une très grande majorité la pratique également auprès des femmes ménopausées.

Par ailleurs, même, si la majorité s'estime suffisamment qualifiée pour assurer ce suivi, nombreuses sont celles qui éprouvent des difficultés et les pratiques sont globalement peu conformes aux RPC, surtout en cas de DFR ou signes d'appel : il existe donc, dans cette étude un décalage entre la perception de qualification et le respect des RPC.

Une grande majorité a recours à des formations continues supplémentaires, et se disent peu satisfaites de ces formations, montrant ainsi que ces dernières sont encore trop peu adaptées, aux spécificités de la ménopause.

Le nombre important de SF intéressées par ce suivi et les difficultés de cette pratique malgré des formations continues, met en lumière la grande nécessité de réactualiser ces dernières, en ciblant mieux la ménopause.

Pour augmenter et améliorer encore la prise en charge, il serait intéressant de revisiter, tout en restant dans notre champ de compétences, la législation qui, parfois encore est un obstacle à notre pratique, et ceci afin de faciliter l'exercice professionnel, encourager les SF qui ne font pas encore de gynécologie et ainsi développer l'offre de soin.

Face à la diminution de densité des médecins gynécologues, et à l'augmentation de la part des femmes de plus de 50 ans, le développement du métier de SF en ce sens est un besoin de santé publique.

Ce mémoire est une première approche du suivi des femmes ménopausées et il paraît nécessaire, aux vues des interrogations qu'il a fait émerger, que d'autres travaux puissent être menés afin d'affiner la problématique. N'ayant pas pu développer quelles étaient les situations mettant la SF en difficulté lors de ce suivi, il nous paraîtrait intéressant de réaliser éventuellement une étude qualitative où des entretiens permettraient de les identifier et de cibler plus précisément les attentes des sages-femmes concernant des formations spécifiques à la ménopause.

Bibliographie

- (1) Légifrance. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel. [En ligne]
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=D4B406B03ED45B5CB867F9483FE0858A.tplgfr41s_3?cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=29990101 (Page consultée le 3 janvier 2019)
- (2) Embryology. Ovogenèse. [En ligne]
<http://www.embryology.ch/francais/cgametogen/oogenese04.html> (Page consultée le 3 janvier 2019)
- (3) INSERM. Ménopause. [En ligne]
<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/menopause>
(Page consultée le 3 janvier 2019)
- (4) SFEndocrino. Ménopause. [En ligne]
<http://www.sfendocrino.org/article/385/menopause> (Page consultée le 3 janvier 2019)
- (5) Caducee. La ménopause. [En ligne]
<https://www.caducee.net/DossierSpecialises/gyneco-obstetrique/menopause.asp> (Page consultée le 3 janvier 2019)
- (6) CNGOF, *Le syndrome climatérique et la qualité de vie*, Extrait des mises à jour en gynécologie médicale, 2010, volume 10
- (7) CNGOF, La ménopause et après. [En ligne]
<http://www.cngof.fr/menopause/329-faut-il-faire-des-examens-complementaires-pour-faire-le-diagnostic-de-menopause> (Page consultée le 6 février 2019)
- (8) CNGOF, Quels sont les signes de la ménopause ? [En ligne]
<http://www.cngof.fr/menopause/328-quels-sont-les-signes-de-la-menopause>
(Page consultée le 3 janvier 2019)
- (9) GEMVI, Prise en charge de la ménopause. Fiche d'informations aux patientes. 2017.

- (10) L. Dennerstin, A prospective population-based study of menopausal symptoms, *Obstet Gynecol*, 2000, 96(3):351-8
- (11) CNGOF, Le suivi de la femme ménopausée. [En ligne]
<http://www.cngof.fr/menopause/335-le-suivi-de-la-femme-menopausee> (Page consultée le 3 janvier 2019)
- (12) Dessapt AL, Menopause and cardiovascular risk, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2012, vol41, n°7S, p f13-f19
- (13) Kim C, Does menopause increase diabetes risk ? strategies for diabetes prevention in midlife women, *Womens health*, 2012, Mar;8(2):155-67. doi: 10.2217/whe.11.95.
- (14) Vanacker JM, *L'effet des œstrogènes sur l'os : une histoire de famille*, *Médecine/sciences* 1999 ; 15 : 538-44
- (15) CNGOF, *Prévention ostéoporose post-ménopausique, quelle conduite à tenir ?*, Extrait des mises à jour en gynécologie médicale, 2010
- (16) INSERM. Ostéoporose. [En ligne]
<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/osteoporose>
(Page consultée le 3 janvier 2019)
- (17) AMELI. Dépistage gratuit du cancer du sein pour les femmes de 50 à 74 ans. [En ligne]
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-sein/depistage-gratuit-50-74-ans>
(Page consultée le 3 janvier 2019)
- (18) Institut National du Cancer, *Dépistage du cancer du sein, Niveaux de risque, quel dépistage pour quelle femme ?* [En ligne]
<https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-sein/Les-niveaux-de-risque> (Page consultée le 3 janvier 2019)
- (19) HAS, Dépistage du cancer du col de l'utérus : est HPV recommandé chez les femmes de plus de 30 ans [En ligne]
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3069063/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans (page consultée le 10 juin 2020)

- (20) Rossouw JE. et al, Postmenopausal hormone therapy and risk of cardiovascular disease by age and years since menopause, JAMA, 2007, Apr 4;297(13):1465-77.
- (21) Santen RJ. et al, Postmenopausal hormone therapy : an endocrine society scientific statement, J Cien Endocrinol Metab, 2010 Jul;95(7 Suppl 1):s1-s66. doi: 10.1210/jc.2009-2509. Epub 2010 Jun 21.
- (22) CNGOF, *Quelle prise en charge pour prévenir les maladies cardiovasculaire et le vieillissement neurologique ?*, Extrait des mises à jour en gynécologie médicale, 2010
- (23) AMELI, *Prise en charge de l'ostéodensitométrie* [En ligne] <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/osteodensitometrie/osteodensitometrie> (Page consultée le 4 février 2019)
- (24) CNGOF, *Risque fracturaire en pré-ménopause : quelle réalité ? quelle conduite à tenir ?* Extrait des mises à jour en gynécologie, 2010
- (25) Wacker M., sunlight and vitamin D, 2013, dermatoendocrinol, 5(1): 51–108.
- (26) Rizzoli R. et al, Le calcium et la vitamine D dans la prise en charge de l'ostéoporose, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2007, vol36, n°6, p615-617
- (27) GEMVI, *La vitamin D dans tous ses état et Nouvelles recommandations de prise en charge*, 2011 [En ligne] <http://www.gemvi.org/congres-session-56.php> (page consultée le 7 mars 2019)
- (28) Avenell A. et al, Vitamin D and vitamin D analogues for preventing fractures in post-menopausal women and older men, Cochrane Database Syst Rev. 2014
- (29) HAS, Commission de la transparence, calcium carbonate (500mg) + cholécalciférol (440UI), 11 avril 2017
- (30) Unicancer. *Dépistage du cancer du col de l'utérus : après 45 ans, le frottis ce n'est surtout pas fini.* [En ligne] <http://www.unicancer.fr/actualites/agenda/les-evenements-unicancer/depistage-du-cancer-du-col-de-l%E2%80%99uterus-apres-45-ans-le-frottis-ce-n%E2%80%99est-surtout-pas-f> (Page consultée le 3 janvier 2019)

- (31) Ameli, Frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus [En ligne]
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-col-uterus/frottis-depistage>
(Page consultée le 3 janvier 2019)
- (32) Cancer du sein, techniques de dépistage [En ligne]
<https://www.cancerdusein.org/le-depistage/les-differentes-techniques-de-depistage> (Page consultée le 4 février 2019)
- (33) Légifrance. Article L4151-4 du Code de la Santé Publique. [En ligne]
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006688934&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20081204> (Page consultée le 3 janvier 2019)
- (34) Ordre des Sages-femmes. Le droit de prescription. [En ligne]
<http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/droit-prescription/> (Page consultée le 3 janvier 2019)
- (35) E. GILLET, Prise en charge de la ménopause, entre besoins de formation et limites de compétences, Profession sage-femme, 2017 n°241
- (36) INSEE. Population par âge. [En ligne]
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906664?sommaire=1906743> (Page consultée le 3 janvier 2019)
- (37) Profil médecin, Chiffres clés : gynécologie médicale [En ligne]
<https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-gynecologue-medical/> (Page consultée de 26 mars 2020)
- (38) Profil médecin, Chiffres clés : gynécologues-obstétriciens [En ligne]
<https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-gynecologue-obstetrique/>
(Page consultée de 26 mars 2020)
- (39) Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes, Données démographiques de la profession. [En ligne]
<http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/> (page consultée de 26 mars 2020).
- (40) Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes, La démographie de la profession [En ligne]
<http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/la-demographie-de-la-profession/>
(page consultée le 5 mars 2020)

- (41) DREES, la profession de sage-femme : constat démographie et projet d'effectifs, 2012
- (42) INSEE, âge moyen de la mère à l'accouchement [En ligne]
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390> (page consultée le 15 juillet 2020)
- (43) Légifrance, Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme. [En ligne]
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027231825> (page consultée le 15 juillet 2020)
- (44) Ministère de la santé et des solidarités, Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme [En ligne]
<https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-02/a0020155.htm> (page consultée le 15 juillet 2020)
- (45) Ministère de la santé et des solidarités, Plan cancer 2014-2019 [En ligne]
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014-02-03_Plan_cancer-2.pdf (page consultée le 15 juillet 2020)
- (46) Santé Publique France, Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, évaluation épidémiologique des quatre départements "pilotes" [En ligne]
<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus/documents/rapport-synthese/depistage-organise-du-cancer-du-col-de-l-uterus.-evaluation-epidemiologique-des-quatre-departements-pilotes>
(page consultée le 15 juillet 2020)
- (47) HAS, Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France, Juillet 2010
- (48) Laure Senemaud-Carriquiry, Journées post-universitaires des sages-femmes, Livret, 2019, Paris

Annexes

Annexe I : Questionnaire Google Form

Rubrique 1

1. Quelle est l'année de votre diplôme ?
Réponse libre
2. Dans quel département exercez-vous (ex : 13, 50, 75...) ?
Réponse libre
3. Travaillez-vous en collaboration avec une ou des sage(s)-femme(s) ?
 Oui Non
4. Travaillez-vous en collaboration avec un ou des gynécologue(s) ?
 Oui Non
5. Faites-vous du suivi gynécologique ?
 Oui Non

Rubrique 2 : ***Vous ne faites pas de suivi gynécologique***

Si la réponse à Q5 est « non », le questionnaire passe à la Q6 et s'arrête à la Q7

6. Pourquoi ne pratiquez-vous pas de suivi gynécologique (question à choix multiples)
 Ca ne m'intéresse pas
 Je ne me sens pas suffisamment qualifiée
 Je n'ai pas de demande de la part de ma patientèle
 Je ne sais pas que cela fait partie des compétences des sages-femmes
7. Aimeriez-vous pratiquer le suivi gynécologique ?
 Oui Non

Rubrique 3 : ***Vous faites du suivi gynécologique***

Si la réponse à la Q5 est « oui », le questionnaire passe à la Q8 directement.

8. Avez-vous des patientes ménopausées ?
 Non Oui

Rubrique 4 : ***Vous n'avez pas de patientes ménopausées***

Si la réponse à la Q8 est « non », le questionnaire passe à la Q9 et s'arrête à la Q9

9. Si non, pourquoi (question à choix multiples) ? :
 ça ne m'intéresse pas,
 je n'ai pas de patientes ménopausées
 je n'ai pas les connaissances nécessaires,
 cela ne fait pas partie des compétences de la SF
 Autre

Rubrique 5 : Vous avez des patientes ménopausées

Si la réponse à la Q8 est « oui », le questionnaire passe à la Q10

10. Si oui, dans quel contexte :

- Rééducation du périnée
- Suivi gynécologique de prévention
- Suivi gynécologique pathologique
- Autres : réponse libre

11. Vous sentez-vous suffisamment qualifiée pour réaliser le suivi gynécologique d'une femme ménopausée ?

- Suffisamment qualifiée
- qualifiée
- peu qualifiée
- pas qualifiée

12. Avez-vous bénéficié d'une(de) formation(s) supplémentaire (s) à votre formation initiale pour pouvoir réaliser des consultations gynécologiques de femmes ménopausées ?

- OUI
- Non

13. Si vous avez répondu oui à la question précédente, quelle(s) formation(s) avez-vous faite(s) ?

- réponse libre

14. Jugez-vous suffisante la ou les formation(s) que vous avez reçue pour réaliser rigoureusement un suivi gynécologique chez une femme ménopausées ?

- Suffisante
- Peu suffisante
- Insuffisante
- Très insuffisante

15. Rencontrez-vous des difficultés pour le suivi gynécologique d'une femme ménopausée ?

- à chaque consultation
- souvent
- de temps en temps
- jamais

16. Combien de mois d'aménorrhées signent-il une ménopause ?

- 12
- 6
- 3
- Je ne sais pas

17. Quels sont les signes cliniques de l'aménorrhée (question à choix multiples) :

- bouffées de chaleur
- mastodynies
- troubles du sommeil
- irritabilité

- sécheresse vaginale
- incontinence urinaire
- douleurs pelviennes
- Je ne sais pas

18. Prescrivez-vous aux femmes ménopausées une supplémentation en vitamines D (question à choix multiples) ?

- systématiquement tous les ans
- sur signes d'appel
- sur facteur de risques
- Jamais

19. Prescrivez-vous aux femmes ménopausées une supplémentation en Calcium (question à choix multiples) ?

- systématiquement tous les ans
- sur signes d'appel
- sur facteur de risques
- Jamais

20. Prescrivez-vous aux femmes ménopausées une mammographie (question à choix multiples) ?

- systématiquement tous les ans
- sur signes d'appel
- sur facteur de risques
- chez les femmes de moins de 50 ans
- chez les femmes de plus de 75 ans
- Jamais

21. Prescrivez-vous aux femmes ménopausées une échographie mammaire (question à choix multiples) ?

- systématiquement tous les ans
- sur signes d'appel
- sur facteur de risques
- Jamais

22. Prescrivez-vous aux femmes ménopausées une échographie pelvienne (question à choix multiples) ?

- systématiquement tous les ans
- sur signes d'appel
- sur facteur de risques
- Jamais

23. Prescrivez-vous aux femmes ménopausées une ostéodensitométrie (question à choix multiples) ?

- systématiquement tous les ans
- sur signes d'appel
- sur facteur de risques
- Jamais

24. Prescrivez-vous aux femmes ménopausées un bilan des anomalies lipidiques (question à choix multiples) ?

- systématiquement tous les ans
- tous les 3 ans
- tous les 5 ans
- sur signes d'appel
- sur facteur de risques
- Jamais

25. Prescrivez-vous aux femmes ménopausées un dépistage du diabète (question à choix multiples) ?

- systématiquement tous les ans
- tous les 3 ans
- tous les 5 ans
- sur signes d'appel
- sur facteur de risques
- Jamais

26. Prescrivez-vous aux femmes ménopausées des dosages hormonaux ?

- Oui Non

27. Au cours de la consultation, réalisez-vous un examen mammaire (question à choix multiples) ?

- systématiquement tous les ans
- sur signes d'appel
- sur facteur de risques
- Jamais

28. Au cours de la consultation, réalisez-vous une mesure de la taille (question à choix multiples) ?

- systématiquement tous les ans
- sur signes d'appel
- sur facteur de risques
- Jamais

29. Au cours de la consultation, réalisez-vous une mesure du poids (question à choix multiples) ?

- systématiquement tous les ans
- sur signes d'appel
- sur facteur de risques
- Jamais

30. Au cours de la consultation, réalisez-vous un examen gynécologique (question à choix multiples) ?

- systématiquement tous les ans
- sur signes d'appel
- sur facteur de risques
- Jamais

31. Au cours de la consultation, réalisez-vous un Frottis cervico-utérin (question à choix multiples)

- tous les ans
- Tous les 2 ans
- Tous les 3 ans
- sur signes d'appel
- sur facteur de risques
- Jamais

32. Au cours de la consultation, réalisez-vous une mesure de la tension artérielle (question à choix multiples) ?

- systématiquement tous les ans
- sur signes d'appel
- sur facteur de risque
- Jamais

33. Au cours de la consultation, donnez-vous des informations sur le risque d'ostéoporose (réponses à choix multiples) ?

- systématiquement
- si la patiente présente un IMC < 18
- si la patiente présente un IMC > 25
- si la patiente présente de multiples antécédents de fractures
- si la patiente est fumeuse
- si la patiente est végétarienne
- si la patiente est végétalienne
- si la patiente présente des signes cliniques de ménopause exacerbés
- si la patiente prend un traitement hormonal
- Jamais

34. Au cours de la consultation, donnez-vous des informations sur les différents traitements des symptômes climatériques

- systématiquement
- à une patiente qui présente un signe clinique
- à une patiente qui présente plusieurs signes cliniques
- sur facteur de risques
- Jamais