

La formation en gynécologie chez les étudiants sages-femmes d'île de France

Mélanie Seure

▶ **To cite this version:**

Mélanie Seure. La formation en gynécologie chez les étudiants sages-femmes d'île de France. Gynécologie et obstétrique. 2021. dumas-03419748

HAL Id: dumas-03419748
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03419748

Submitted on 8 Nov 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.

ESF - SORBONNE UNIVERSITE

ECOLE DE SAGES-FEMMES SAINT ANTOINE

MÉMOIRE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

La formation en gynécologie chez les étudiants sages-femmes d'Île-de-France

SEURE Mélanie

Directrice de mémoire : Mme Véronique Chaplet

Année universitaire : 2020 - 2021

« La reconnaissance est la mémoire du cœur »

H. C. Andersen

Pour commencer, je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Véronique Chaplet, pour sa grande disponibilité, ses conseils, ses nombreuses relectures et ses encouragements qui m'ont permis d'amener ce projet à terme. J'adresse aussi mes remerciements à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école de Saint-Antoine pour ces 4 années passées.

Je remercie mes parents pour leur soutien constant depuis toujours ; ma mère pour sa patience et son implication, qui connait ce mémoire aussi bien que moi et mon père, pour son écoute et ses mots toujours justes.

Merci à toute la promotion de sages-femmes de 2017-2021, d'avoir été exceptionnelle et si motivante, et tout particulièrement à toi Sophie, ma future collègue, et toi Nesrine, pour avoir embelli ces années par votre présence.

Merci à toi, Quentin, d'avoir toujours cru en moi depuis le tout début, et d'être simplement toi, depuis plus de 13 ans maintenant.

Et enfin, merci à toutes les personnes, famille et amis, qui sont présents depuis le commencement et qui m'ont permis d'en arriver là aujourd'hui...

Sommaire

GLOSSAIRE 3

PREAMBULE 4

REVUE DE LITTERATURE 5

1. Les études de sage-femme 5
   A. Histoire 5
   B. Contexte actuel 7
2. Le mode d'exercice des sages-femmes 13
   A. Exercice salarié 13
   B. Exercice libéral 14
   C. Contexte actuel 14
3. Le suivi gynécologique de prévention et de contraception 17

MATÉRIEL ET MÉTHODE 20

1. Problématique 20
2. Objectif et hypothèses 20
   A. Objectif de l'étude 20
   B. Hypothèses de recherche 20
3. Étude 21
   A. Type d'étude 21
   B. Population 21
   C. Mode de recueil 21
   D. Saisie des données 21
   E. L'analyse statistique 22
   F. Critères d'inclusion 22
   G. Critères d'exclusion 22
   H. Aspect éthique et règlementaire 22

RÉSULTATS 23

1. Description de la population étudiée 23
2. Formation théorique et stages 27
   A. Apports théoriques 27
   B. Apports pratiques 29
3. Secteur d'activité actuel 33
   A. Secteur hospitalier 33
   B. Secteur libéral 37
   C. Secteur territorial 39

ANALYSE ET DISCUSSION 40

1. Points forts et limites de l'étude 40
2. Profil de la population étudiée 41
3. Première hypothèse : impact de la formation initiale sur la pratique de la gynécologie de prévention 42
4. Deuxième hypothèse : la gynécologie de prévention au sein du secteur hospitalier 46
5. Perspectives 50
   A. Améliorer l'aspect pratique durant la formation initiale 50
   B. Informer la population générale et les soignants 51

CONCLUSION 52

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 53

ANNEXE 58

Glossaire

DIU
Dispositif Intra-Utérin

DREES
Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DU
Diplôme Universitaire

FCU
Frottis Cervico-Utérin

FEHAP
Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif

HAD
Hospitalisation A Domicile

HPST
Loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire

IST
Infection Sexuellement Transmissible

IVG
Interruption Volontaire de Grossesse

LMD
Licence Master Doctorat

ONDPS
Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

PACES
Première Année Communes aux Études de Santé

PF
Planning Familial

PMI
Protection Maternelle Infantile

SYNGOF
Syndicat National de Gynécologues-Obstétriciens Français

UVSQ
Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines – École de Poissy

Préambule

A travers les siècles, le métier de sage-femme a évolué de bien des façons. De connaissances rudimentaires, nous sommes passés à une formation en cinq années basée sur la connaissance du corps de la femme et son fonctionnement et à des stages pratiques pour accompagner les différentes étapes de la vie d'une femme. Souvent réduit à l'acte de l'accouchement, le métier est pourtant beaucoup plus vaste et complet.

A ce jour, les compétences des sages-femmes permettent un champ d'intervention auprès des femmes et des nouveau-nés en bonne santé. Spécialistes de la physiologie, elles ont aussi un rôle dans le dépistage de pathologies et travaillent en collaboration avec différents médecins, infirmiers, auxiliaires de puériculture etc.
Cet accompagnement englobe les femmes tout au long de leur vie en assurant leur suivi gynécologique de prévention et en prescrivant leur contraception.

L'évolution des compétences de la sage-femme justifie l'évolution de la formation et une adaptation de celle-ci aux différents rôles que la sage-femme exerce. Le versant obstétrical de la formation étant mis en premier plan comparativement aux autres facettes du métier, qu'en est-il réellement de la partie gynécologie qui a évolué tout au long de ces dernières années ? C'est au cours des discussions avec des étudiants en fin de cursus ou avec des jeunes diplômés que la question a été abordé et que l'idée de ce mémoire a émergé.

Ainsi, à travers ces changements, on peut se demander si les sages-femmes se sentent suffisamment formées durant leurs études pour pratiquer le suivi gynécologique de prévention et assurer des consultations de contraception, à la sortie de l'école ? Pour tenter d'y répondre, nous réaliserons une enquête auprès de jeunes professionnels, ayant obtenu leur diplôme un an auparavant.

Dans une première partie, nous aborderons les études en maïeutique et nous verrons l'évolution de celles-ci à travers les siècles pour arriver à notre formation actuelle.
Nous traiterons également du mode d'exercice des sages-femmes ces dernières années et du contexte actuel. Enfin, nous détaillerons le suivi gynécologique de prévention pour nous amener à nous interroger sur la qualité de la formation en gynécologie et à son application directe à la suite de l'obtention du diplôme de sage-femme.

Revue de littérature

1. Les études de sage-femme

A. HISTORIQUE (1) (2)

La formation initiale des sages-femmes a connu de multiples évolutions au cours des siècles passés. Nous allons ici en retracer quelques aspects. La figure représentant la « sage-femme », qui a d'ailleurs connu bien des noms différents, a semble-t-elle, toujours existée dans l'Histoire. Durant toute la période du Moyen-Âge, et pendant de nombreuses années, l'accouchement et ce qui y est liés était une « affaire de femmes ».

Ainsi, la naissance est un événement qui n'intéresse pas les médecins. Cela change lorsque cet événement devient un enjeu social, dans une période où la mortalité maternelle et infantile est élevée. Ainsi, les notions de « formation » et « d'enseignement » sur « l'art d'accoucher » se développent.

Louise Bourgeois, célèbre maîtresse sage-femme à Paris aux XVI^{ème} et XVII^{ème} siècle, est une des premières femmes à transmettre son savoir et à y trouver de l'intérêt. Ses explications seront utiles jusqu'aux écoles de Médecine, où les femmes n'avaient pas encore leur place.

Cependant, ce semblant de formation reste hétérogène. Il existe une différence importante d'enseignement entre Louise Bourgeois à Paris et les « matrones » en province qui n'ont pas accès aux mêmes opportunités. A partir du XVII^{ème} siècle, les sages-femmes acquièrent la possibilité de passer un examen pour valider leur formation mais celle-ci reste moindre face aux médecins-chirurgiens.

Avec Angélique Du Coudray, la formation prend un nouveau chemin. Celle-ci apporte son savoir et surtout une nouvelle manière d'enseigner en créant un mannequin pour rendre les cours plus concrets. Ces derniers durent deux mois. Les manœuvres obstétricales sont vues et répétées et cela diffère des cours suivis jusqu'alors.

Ce n'est qu'au XVIII^{ème} siècle que l'idée de créer un lieu pour y recevoir des femmes et les former voit le jour. Pourtant, l'enseignement et la pratique autour de l'accouchement restent freinés car les facultés de Médecine ne s'intéressent pas à la formation des sages-femmes.

C'est à Paris et au XIX^{ème} siècle que la première école publique de formation de sages-femmes émerge. L'enseignement est à la fois théorique et clinique.
L'ensemble s'est étendu à 6 mois d'études qui se terminent par l'obtention d'un certificat d'aptitude. La profession est définie alors comme une « profession médicale à responsabilité limitée ».

C'est en 1917 que la durée des études passe à deux ans. La Loi de mai 1943 (3) relative à l'organisation des études en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme a été remanié de nombreuses fois, mais pose les bases de notre formation actuelle. On passe alors à une formation en trois ans. Cette même année, le nouveau programme d'enseignement est élaboré. En 1985, la formation est allongée d'une année. (4)

En 2001, le programme des stages et des enseignements théoriques et cliniques est de nouveau modifié. Et en 2003, la formation s'allie aux universités et impose aux élèves de sages-femmes de passer par la première année du premier cycle des études médicales (PCEM1), qui sera ensuite renommée première année commune aux études de santé (PACES). (5)

L'arrêté du 19 juillet 2011 confère le grade de Licence aux Diplômes de Formation Générale en Sciences Maïeutiques délivrés à compter de la fin de l'année universitaire 2012-2013. (6) Afin de mettre en conformité les études de santé avec le processus de Bologne LMD (Licence-Master-Doctorat), le décret du 15 décembre 2014 permet désormais aux titulaires d'un diplôme d'État de sage-femme obtenu à compter de l'année universitaire 2014-2015 d'acquérir le grade universitaire de master de plein droit. (7)

B. CONTEXTE ACTUEL (8)

A ce jour, les compétences pour exercer le métier de sage-femme s'acquièrent dans des écoles de sage-femme selon une formation initiale répartie sur 5 ans. Selon le déroulement actuel de la formation, il existe 2 cycles d'études.

Le premier cycle dure 3 ans et débute avec la Première Année Commune aux Études de Santé (PACES), l'obtention du concours et les 2 années d'études suivantes qui alternent des enseignements théoriques et pratiques permettant d'acquérir les bases de la physiologie obstétricale, gynécologique et pédiatrique.

À cette partie théorique s'ajoutent les différents stages, principalement en suivi prénatal, per natal et postnatal et une partie en gynécologie de prévention.

Le deuxième cycle est composé de 2 années d'études supplémentaires consacrées à l'apprentissage du diagnostic et à la connaissance de la pathologie obstétricale, gynécologique et pédiatrique. A l'issue de la 5ème année, il est délivré le diplôme d'état de sage-femme qui est obligatoire pour pouvoir exercer la profession de sage-femme.

Ainsi, les enseignements qui mènent au diplôme d'état de sage-femme comprennent des enseignements à la fois théoriques, méthodologiques et pratiques. Ils comprennent les unités d'enseignement du tronc commun et des unités d'enseignement librement choisies par l'étudiant.

Selon l'arrêté du 11 décembre 2001, fixant le programme des études de sages-femmes, toujours en vigueur ce jour, voici la liste de l'organisation de celles-ci ;

1er cycle de formation		
Matière enseignée	**Heures enseignées**	**Volume horaire des enseignements**
Formation 1er secours	16 heures	1 %
Sciences humaines et sociales	104 heures	10 %
Obstétrique - Préparation à la naissance - Embryologie - Histologie	295 heures	28 %
Gynécologie	**60 heures**	**6 %**
Pédiatrie	150 heures	15 %
Santé publique	73 heures	7%
Droit et législation	52 heures	5 %
Anatomie - Physiologie - Microbiologie	114 heures	11 %
Recherche clinique	50 heures	5 %
Pathologie	104 heures	10 %
Pharmacologie	20 heures	2 %
/ Soit 1040 heures		

Concernant la 2ème cycle de formation :

2ème cycle de formation		
Matière enseignée	**Heures enseignées**	**Volume horaire des enseignements**
Obstétrique et préparation à la naissance	218 heures	28 %
Gynécologie et sexologie	**78 heures**	**10 %**
Pédiatrie	125 heures	16 %
Pharmacologie	31 heures	4 %
Anesthésie-Réanimation	55 heures	7 %
Sciences humaines et sociales	78 heures	10%
Droit et législation	55 heures	7%
Santé publique	55 heures	7 %
Recherche	85 heures	11 %
/ Soit 780 heures		

Concernant l'enseignement clinique et les stages, ceux-ci sont effectués dans des établissements de soins publics ou privés et leurs maternités, les cabinets de sages-femmes libérales, les centres de consultations avancées, les services de protection maternelle et infantile (PMI) et les services d'alternatives à l'hospitalisation (hospitalisation à domicile, soins à domicile). Concernant l'aspect pratique de la formation, différents stages sont nécessaires. Au cours de la première phase de la formation, il sera nécessaire d'effectuer :

Semaines de stages	Heures effectuées	Compétences acquises	Services possibles
12 semaines de stages	480 heures	Soins généraux des adultes et des enfants	Médecine - chirurgie Gynécologie-obstétrique ; Bloc opératoire ; Salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) ; Hospitalisation à domicile
9 semaines	360 heures	Surveillance de la grossesse physiologique	Consultations prénatales ; Échographie ; Cours de préparation à la naissance
12 semaines	480 heures	Prise en charge globale mère/enfant	Suites de couches normales ; Unité mère / enfant ; Néonatalogie ; Lactarium
18 semaines	720 heures	Maîtrise de l'accouchement normal	En salle de naissance
3 semaines	120 heures	Développer des actions de prévention auprès de la mère, de l'enfant et de la famille	PMI / Crèche / Centre d'information et de planification familiale ; Écoles / Actions communales, départementales ou régionales de santé ; Autres…

Durant la deuxième phase de la formation, la liste des stages est la suivante ;

Semaines de stages	Heures effectuées	Compétences acquises	Services possibles
2 semaines	80 heures	L'initiation aux techniques de réanimation chez l'adulte et la surveillance de l'analgésie et de l'anesthésie	Service d'aide médicale urgente ; Service accueil des urgences ; Bloc opératoire ; Service de réanimation ; Autres
9 semaines	360 heures	Surveillance de la grossesse physiologique	Consultations prénatales ; Échographie ; Cours de préparation à la naissance
3 semaines	**120 heures**	**Prise en charge des femmes présentant des pathologies gynécologiques et d'informer les femmes dans le cadre de la régulation des naissances**	**Gynécologie : Hospitalisation ; Gynécologie : Consultations ; Centre d'information et de planification familiale ; Centre de conseil conjugal ; Rééducation périnéale (5 vacations minimum en complément du stage de suites de couches)**
6 semaines	240 heures	Prise en charge globale des femmes enceintes dans les établissements de santé ou en exercice libéral	Consultations prénatales ; Préparation à la Naissance et à la parentalité ; Diagnostic prénatal
5 semaines	200 heures	Prise en charge globale des femmes enceintes présentant une grossesse à risque ou pathologique	Obstétrique : Hospitalisation traditionnelle ; Obstétrique : Hospitalisation de jour ou de semaine ; Explorations fonctionnelles, d'échographie ; Hospitalisation à domicile et de soins à domicile ou en cabinet de sages-femmes libérales.

Semaines de stages	Heures effectuées	Compétences acquises	Services possibles
18 semaines	720 heures	Surveillance et de la prise en charge des parturientes	En salle de naissance
5 semaines	200 heures	Prise en charge des accouchées et nouveau-nés	Suites de couches ; Surveillance à domicile (Hospitalisation à domicile, Sages-femmes libérales) ; Rééducation périnéale (5 vacations minimum en complément du stage de gynécologie).
6 semaines	240 heures	Participer à la prise en charge et au suivi des enfants nés avant terme ou issus de grossesses pathologiques	Néonatalogie et réanimation pédiatrique, en priorité ; Consultations de pédiatrie : prématuré, nourrisson ; Secteur de protection maternelle et Infantile (PMI) ; Centres d'accueil médico-psycho-social, autres.
3 semaines	120 heures	Ouverture de la formation vers les différentes formes d'exercice de la profession	Cabinets de sages-femmes libérales ; Secteur de protection Maternelle et Infantile (PMI) ; Assistance médicale à la procréation ; Centres médico-sociaux ; autres.

2. Le mode d'exercice des sages-femmes

Le mode d'exercice des sages-femmes se scinde en 2 possibilités ; l'exercice salarié et l'exercice libéral.

A. L'EXERCICE SALARIE (9) (10)

L'exercice salarié regroupe les sages-femmes des hôpitaux, les sages-femmes territoriales et celles exerçant dans les établissements de santé privés. Les « sages-femmes des hôpitaux » ont un statut médical de catégorie A au sein de la fonction publique hospitalière.

Il comprend deux grades :
– Grade I avec 10 échelons ; les sages-femmes exercent les « activités de prise en charge clinique, de prévention et de recherche de leurs compétences, notamment dans les unités de soins de gynécologie et d'obstétrique ».
– Grade II avec 9 échelons ; les sages-femmes exercent différentes missions (expertise clinique, organisation et coordination notamment d'encadrement d'équipes soignantes ; assistance du praticien responsable du pôle d'obstétrique pour l'organisation, gestion des activités relevant de son champ de compétence, gestion d'unités physiologiques et formation). Un 10ème échelon devait être institué en janvier 2020, mais cela n'a pas encore été mis en place.

Et également un nouveau statut d'emploi fonctionnel : coordonnateur en maïeutique où elles peuvent alors gérer les unités de physiologie, diriger des structures de formation en maïeutique et assister le praticien responsable d'un pôle qui comprend une activité d'obstétrique pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences.

Les sages-femmes dites « territoriales » exercent leurs fonctions dans les collectivités territoriales et leurs établissements locaux : département, structure intercommunale, commune et plus particulièrement dans les services de PMI (Protection Maternelle et Infantile). Elles assurent ainsi le suivi de la grossesse et le post-natal ainsi que des actes de prévention chez la femme enceinte.

Elles participent également aux activités de planification et d'éducation familiale et assurent des actions de soutien à la parentalité et à la promotion de la santé. (11)

Pour celles travaillant dans les établissements de santé privé (à but lucratif comme les cliniques ou à but non-lucratif), le contrat de travail des sages-femmes salariées dans ces établissements s'intègre dans le cadre d'une convention collective nationale négociée entre les syndicats de salariés et la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non-lucratif (FEHAP).

B. L'EXERCICE LIBERAL (12) (13)

La sage-femme libérale a plusieurs possibilités d'exercice. Il est possible d'exercer en tant que remplaçant ou de participer aux missions de service public d'un établissement de santé. Elle peut également s'installer à son compte ou s'associer avec une autre sage-femme. La préparation à l'accouchement et la rééducation périnéale sont les activités principales des sages-femmes libérales, ainsi que la surveillance des grossesses pathologiques.

C. CONTEXTE ACTUEL (14)

Selon l'article de 2016 de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé – ONDPS -, le métier reste principalement exercé en établissement de santé, mais l'activité libérale se développe de plus en plus. Ainsi, on note que les sages-femmes se dirigent davantage vers l'exercice libéral et de façon plus précoce, comme en témoigne l'observation du taux de sages-femmes libérales chez les primo-inscrites, passé de 9 % à 20 %.

Ce constat est présent depuis quelques années puisqu'un article de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - DREES - de 2012 citait les mêmes conclusions. (15) La DREES propose également une étude statistique, réalisée au 1er janvier de chaque année, portant sur les sages-femmes inscrites au RPPS. (16)

Ainsi, en 2018, 61,7% des sages-femmes exercent en tant que salariés hospitaliers. C'est un chiffre qui reste relativement stable depuis 2009. Les libéraux sont effectivement en augmentation depuis cette même année, passant d'environ 3000 à quasiment 7000 en 2018 (soit 32% exerçant en libéral). (17)

Pour avoir une vue plus générale, les chiffres de 2018 de la DREES sont utiles : en effet, il y a presque 22 000 sages-femmes exerçant (hommes et femmes confondus, tous âges confondus) en France métropolitaine et parmi ce nombre, un peu plus de 6 000 exercent en libéral (de manière exclusive et de manière « mixte »). Les sages-femmes salariées hospitalières sont près de 14 000 cette même année.

On remarque que les nouvelles diplômées sages-femmes débutent principalement leur carrière comme salariées. Seules 6 % des sages-femmes ayant moins de deux ans d'ancienneté exercent en libéral au 1er janvier 2011, tandis que 70 % d'entre elles sont salariées d'un hôpital public. Toutefois, les sages-femmes s'installent plus jeunes en libéral qu'auparavant. Ainsi, les salariées non-hospitalières et celles exerçant en libéral sont plus âgées que les sages-femmes salariées hospitalières. (15)

Le plus souvent, on remarque que les sages-femmes débutent leur carrière à l'hôpital (plus souvent dans le secteur public) puis envisagent une activité en libéral ou en territorial, une dizaine d'années plus tard. Les jeunes diplômés semblent ainsi plus « mobiles » que leurs ainés et ne restent pas au même endroit de nombreuses années. (13) C'est ce dont ROGER M. a discuté dans son étude qui était un état des lieux du parcours professionnel des sages-femmes diplômées à l'école de sages-femmes de Limoges entre 2001 et 2013, et qui a été pertinente pour notre réflexion.

Ce qui ressortait de son travail était l'installation plus précoce des jeunes diplômés en libéral, surtout dans la première année d'exercice. Elle évoquait également l'intégration des nouvelles compétences liées à la gynécologie et à la prescription de la contraception dans la pratique professionnelle. (18)

Dans l'article de 2005 cité plus haut, on retrouve les aspects positifs et négatifs liés au travail exercé dans les différents secteurs. Ainsi, dans le service public, c'est surtout la diversité du travail et l'autonomie qui sont mis en avant, à l'instar de la liberté d'organisation que l'on retrouve dans les secteurs du libéral et territorial et des horaires moins contraignants pour les sages-femmes travaillant en clinique.

En revanche, la charge de travail, le niveau de rémunération et le manque de reconnaissance professionnel sont les points négatifs qui ressortent principalement pour les sages-femmes travaillant dans les établissements publics. En clinique, le salaire est également cité ainsi que des tâches administratives lourdes. (13)

Il est pertinent de souligner les différentes activités réparties selon la structure et le mode d'exercice pour une sage-femme. Par exemple, les sages-femmes hospitalières effectuent en majorité des accouchements ; elles réalisent 87.4% des accouchements par voie basse non instrumentale contre 81% en 2010, selon l'Enquête Périnatale de 2016.

Également, il y a environ un quart des femmes enceintes qui exercent leur surveillance prénatale auprès d'une sage-femme en maternité publique ou en secteur libéral. L'évolution est notable par rapport à l'enquête précédente de 2010 : ce chiffre est susceptible d'augmenter de par la hausse du nombre de sages-femmes exerçant une activité libérale et une meilleure reconnaissance des compétences des sages-femmes.

Au sein des maternités, les consultations prénatales sont dispensées par des sages-femmes de la maternité dans 96% des établissements. Ces consultations regroupent les consultations « classiques » de suivi, mais également celles dans d'autres domaines : acupuncture, tabacologie, échographie par exemple. Également, dans 81% des établissements (parmi les 85% qui le proposent), l'entretien prénatal précoce est réalisé uniquement par des sages-femmes. (19)

3. La gynécologie de prévention et les consultations de contraception

Au cours des dernières années, les sages-femmes ont vu leur champ de compétences s'élargir et leurs responsabilités évoluer. C'est avec la loi du 21 juillet 2009, loi HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoire) que les compétences en matière de gynécologie pour les sages-femmes ont connues une évolution majeure. Ainsi, les sages-femmes peuvent assurer des consultations en gynécologie préventive et de contraception auprès de femmes en bonne santé et ce, tout au long de leur vie.

Cette loi qui date d'une dizaine d'années maintenant, a permis aux sages-femmes de pratiquer en toute autonomie l'ensemble des actes cliniques nécessaire à la surveillance et au suivi des situations physiologiques et au dépistage des situations pathologiques. (20)

On retrouve également dans l'article L.4151-1 du Code de la Santé Publique, les nouveaux aspects de la profession en lien avec le suivi de prévention et de contraception. (21)

De manière plus concrète, la sage-femme peut donc assurer le suivi gynécologique de prévention de toute femme en âge de procréer et en bonne santé, c'est-à-dire ne présentant pas d'antécédents graves ou de pathologies évolutives. Si tel est le cas, elle doit renvoyer ces patientes vers un médecin.

A ce titre, elle peut réaliser les examens gynécologiques nécessaires – comme par exemple le frottis cervico-vaginal de dépistage (FCU) - et prescrire tous les examens complémentaires utiles au bon suivi de la patiente (examens de biologie médicale ou d'imagerie, dépistage d'infections sexuellement transmissibles (IST), examen complémentaire avant une première prescription de pilule…). Elle peut également assurer la prise en charge de certaines affections gynécologiques bénignes telles qu'une infection génitale basse.

Depuis 2016, les sages-femmes peuvent prescrire et pratiquer les interruptions volontaires de grossesses (IVG) médicamenteuses, et vacciner l'entourage de la femme et du nouveau-né. (22) (23)

Ainsi, la sage-femme peut assurer des consultations de contraception (auprès de femme en bonne santé), et ce en lien avec la période du post-partum ou non. L'article R.5134-1 du Code de Santé Publique précise ce que la sage-femme est autorisée à prescrire/faire en lien avec la gynécologie de prévention et de contraception (24) (25):

Prescriptions possibles	• Les contraceptifs locaux et hormonaux (y compris la contraception d'urgence) ; • Les contraceptifs intra-utérins ainsi que les diaphragmes et les capes cervicales ; • Procéder avant une telle prescription aux examens complémentaires nécessaires ; • Prescrire, délivrer et administrer des contraceptifs aux patientes mineures en dehors de tout recueil au préalable du consentement des titulaires de l'autorité parentale.
Actions autorisées	• La pose, la surveillance et le retrait de diaphragmes et de capes cervicales ; • L'insertion, la surveillance et le retrait de contraceptifs intra-utérin, « laquelle devra obligatoirement être réalisée soit au lieu d'exercice de la praticienne, soit dans un établissement de santé ou un centre de soins agréé ».

L'arrêté du 12 octobre 2011 (modifié en 2016) fixe la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et cite (à propos des contraceptifs) « *la sage-femme peut prescrire les contraceptifs sous toutes leurs formes et voies d'administration* ». (26)

L'intérêt porté à cette nouvelle compétence des sages-femmes est grand et a déjà intéressé d'autres mémoires de sages-femmes, ce qui été utile dans notre réflexion pour notre étude. Également, l'évaluation de la formation initiale de sage-femme a été discuté sous diverses formes et c'est cela qui va nous intéresser pour étayer nos propos par la suite.

Ainsi, l'étude de VILLEMONT A. sur « la prévention en gynécologie par les sages-femmes : freins et motivations à leur pratique médicale » a été réalisée sur le territoire auvergnat auprès de 209 sages-femmes. Elle cherchait à identifier les motivations et surtout les difficultés de pratique de la gynécologie de prévention par les sages-femmes, au sein de chaque secteur d'exercice. Elle s'est également intéressée à la formation initiale de sages-femmes pour étayer son travail. Son étude a permis de constater un manque dans la formation initiale, surtout dans la pratique, qui faisait partie des freins à l'exercice de la gynécologie par les sages-femmes. (27)

Le travail de CORNE A. portait sur le suivi gynécologique global et la contraception où elle a réalisé un point sur la formation initiale et continue des sages-femmes. Elle a donc traité l'évolution des compétences des sages-femmes dans leur pratique. Elle a réalisé 2 enquêtes s'intéressant à la satisfaction des étudiants sur leurs cours et leurs stages, en lien avec la gynécologie, et aux difficultés rencontrées par les sages-femmes suite à ces nouvelles compétences. Elle a montré que la formation théorique était globalement satisfaisante mais c'est surtout le manque de pratique en stage qui ressortait de ses résultats. Elle a discuté également des formations actuelles pour les sages-femmes. (28)

L'étude de BOUSENDORFER M. est en complément de notre étude qui suit et a été utile également pour notre travail. Elle a réalisé son mémoire sur l'« Évaluation de la formation initiale des sages-femmes en contraception » et a abordé la loi HSPT, les modifications apportées après celles-ci et la satisfaction des étudiants sages-femmes face à la formation initiale. Elle a pu soulever le manque de pratique durant les stages pour les étudiants, et la nécessité de formation complémentaire pour les sages-femmes diplômées avant 2001. (29)

Enfin, C. RUI a traité de « l'évolution du projet de professionnel de la sortie de l'école à un an du Diplôme d'État ». Elle a discuté de l'impact des nouvelles compétences pour des sages-femmes, comme la pratique de l'interruption volontaire de grossesse. Elle a aussi abordé l'insertion professionnelle des sages-femmes et la précarité de l'emploi de ces dernières. Mais elle a aussi évoqué l'adaptation de la formation initiale des sages-femmes, principalement concernant l'installation en libéral. (30)

Matériel et méthode

1. La problématique

Ainsi, face à l'évolution et à l'élargissement du champ de compétence des sages-femmes et à la diversité d'exercice du métier, nous en sommes venues à nous demander si les sages-femmes étaient suffisamment formées durant leurs études pour pratiquer le suivi gynécologique de prévention et des consultations de contraception ?

2. Objectifs et hypothèses

A. OBJECTIF DE L'ETUDE

L'objectif de cette étude est d'évaluer la satisfaction des sages-femmes face à leurs études et principalement à leur formation en gynécologie. Le but étant de savoir si celle-ci est suffisante pour pouvoir exercer le suivi gynécologique de prévention et effectuer les consultations de contraception et si les sages-femmes, à l'issu de leur diplôme, se sentent à l'aise pour effectuer tous les gestes nécessaires à cette pratique.

B. HYPOTHESES DE RECHERCHE

Deux hypothèses émergent à la suite de cette problématique :

- La formation en gynécologie pendant les études de sage-femme entraine un manque de confiance chez les jeunes diplômés pour exercer un suivi de prévention et de contraception.
- La pratique de la gynécologie de prévention est peu accessible dans le secteur hospitalier où la majorité des jeunes diplômés exercent.

3. Étude

A. TYPE D'ETUDE

Afin de répondre à l'objectif de cette recherche et d'affirmer ou d'infirmer les hypothèses ci-dessus, nous avons décidé d'élaborer une étude quantitative multicentrique consistant en la distribution de questionnaires aux sages-femmes diplômés depuis une année.

B. POPULATION

La population concernée représente les anciens étudiants sages-femmes des quatre écoles d'Ile-de-France, diplômés en 2019, à savoir 181 personnes au total. Les sages-femmes interrogées ont donc une année d'expérience et étaient ainsi plus susceptibles d'avoir le recul nécessaire pour s'interroger sur la formation et répondre de manière objective.

C. MODE DE RECUEIL

L'étude a été menée à travers l'utilisation d'un questionnaire. Celui-ci a été réalisé avec une application Google qui permettait l'utilisation et l'envoi d'un lien pour pouvoir y répondre. Ce lien a été transmis au secrétariat de chaque école qui a envoyé un e-mail aux anciens élèves concernés. Un premier envoi a été effectué le 14 octobre 2020. Il y a eu 3 relances au total, pour tenter d'élargir notre population (téléphonique et par e-mail). Les réponses reçues ont été rendues anonymes par la suite.

D. SAISIE DES DONNEES

Les données ont été saisies avec le logiciel Excel, sur mon ordinateur personnel. Les représentations graphiques ont été réalisées à partir des logiciels Excel et Word.

E. L'ANALYSE STATISTIQUE

Pour aborder notre première hypothèse, l'idée de comparer les réponses entre les 4 écoles d'Ile-de-France nous a semblé pertinente. Cependant, les tests statistiques n'ont pas été réalisables à cause d'effectifs trop petits. J'ai cherché à m'assurer de l'impossibilité de réalisation de ces tests en contactant plusieurs personnes, mais cela n'a pas été concluant.

F. CRITERES D'INCLUSION

- Sages-femmes diplômées en 2019.
- Questionnaire rempli dans sa globalité et récupéré dans les délais de l'étude.

G. CRITERES D'EXCLUSION

- Refus de participation à l'étude.
- Manque de réponse à une ou plusieurs questions.

Deux questionnaires avaient été envoyés en double et ont donc été supprimés de nos réponses.

H. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES

Cette étude n'entraine pas de risque éthique car l'anonymat des sages-femmes participant à l'étude a été respecté. Dans le respect de la loi Jardé, une demande auprès de la CNIL a été faite, avec le formulaire MR 04 qui encadre le traitement de données à caractère personnel à des fins d'études, d'évaluation ou de recherche n'impliquant pas la personne humaine. Je me suis engagée à ne collecter que les données strictement nécessaires et pertinentes au regard des objectifs de la recherche.

Résultats

1. Description de la population étudiée

Au total, 91 sages-femmes ont répondu à notre questionnaire sur une population de 181 personnes interrogées. Cela correspond à taux de participation de 50,3%. Les caractéristiques globales de notre population sont décrites dans le tableau 1.

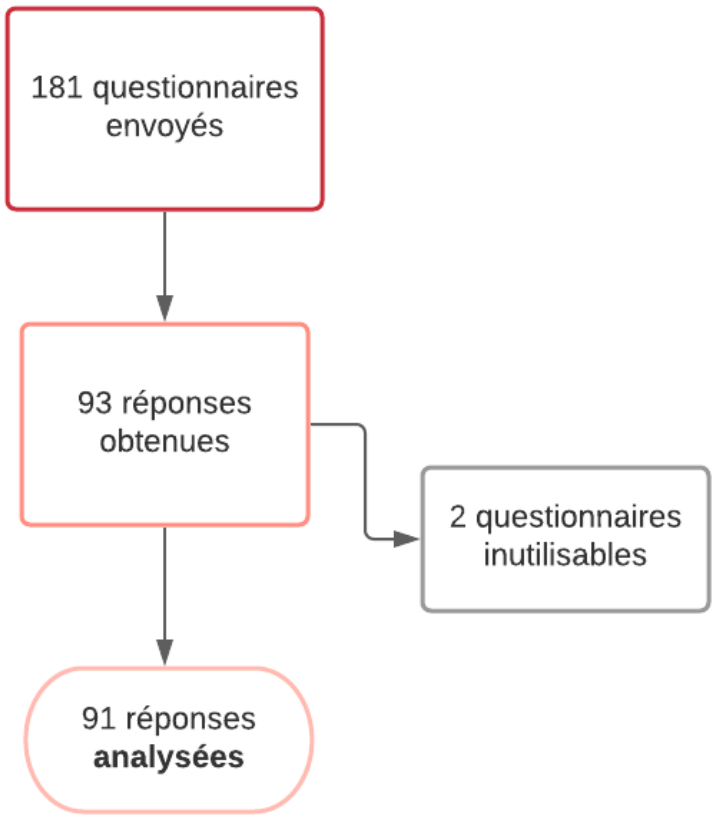


Figure 1 : Flow chart

CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION	TOTAL (N = 91)
ÂGE	
20 – 25 ans	74 (81,3%)
26 – 30 ans	16 (17,6%)
31 – 35 ans	1 (1,1%)
SEXE	
Homme	1 (1,1%)
Femme	90 (98,9%)
PARCOURS	
« Classique » : baccalauréat scientifique / PACES / École de sage-femme	87 (95,6%)
Autres*	4 (4,4%)
ÉCOLES DE FORMATION	
Foch	17 (18,7%)
Paris Saint Antoine	35 (38,5%)
Baudelocque	33 (36,3%)
Université Versailles Saint Quentin en Yvelines	6 (6,6%)

Tableau 1 : Caractéristiques Générales de la population

** BAC économique, préparation scientifique / mathématiques supérieurs / licence de la biologie du vivant / passerelle*

Régions d'activités à l'obtention du diplôme (T0) / 1 an après le diplôme (T1)

	T0	T1
Ile De France*	87 (95,6%)	84 (92,3%)
Province**	3 (3,3%)	5 (5,5%)
Outre-Mer***	1 (1,1%)	1 (1,1%)
Total	*91*	*90*

Tableau 2 : Régions d'activités

Ile de France : Paris ; Seine Saint Denis ; Haut De Seine ; Val de Marne ; Seine et Marne ; Val d'Oise ; Yvelines ; Essonne*
*Province** : Loiret ; Hautes Pyrénées ; Rhône Alpes ; Pays de la Loire ; Bretagne*
*Outre-Mer*** : Mayotte ; Nouvelle Calédonie*

Parmi nos réponses, une personne a répondu sur la base de son expérience durant l'année mais est actuellement en congé maternité (d'où n = 90 à T1).

Secteurs d'activités à l'obtention du diplôme (T0) / 1 an après le diplôme (T1)

	T0	T1
Hospitalier	79 (86,8%)	75 (82,4%)
Territorial	1 (1,1%)	0
Libéral	6 (6,6%)	10 (9,1%)
Mixte	2 (2,2%)	3 (3,3%)
Autres*	3 (3,3%)	3 (3,3%)

Tableau 3 : Secteurs d'Activités

Autre : HAD / Congés maternités / Salarié en milieu associatif*

La grande majorité des sages-femmes appartient au milieu hospitalier, que ce soit à l'issu de l'obtention du diplôme (86%) ou une année après celui-ci (82%).

2. Formations théoriques et stages

A. APPORTS THEORIQUES

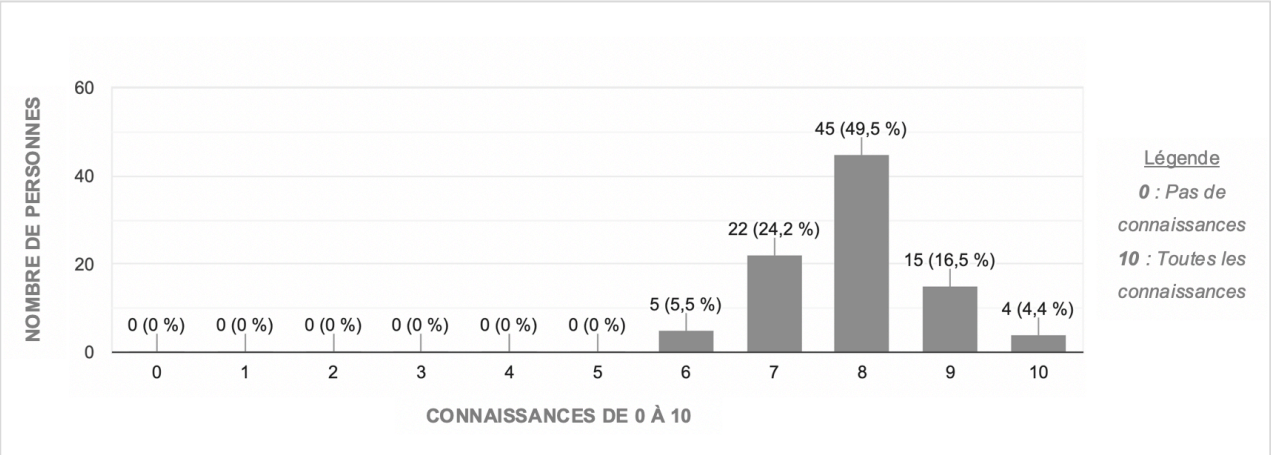


Figure 2 : Évaluation des connaissances théoriques sur la contraception

On note qu'une majorité de sages-femmes (49,5%) évalue leur propre connaissance sur la contraception à 8 sur 10. Les réponses oscillent entre 6 sur 10 et 10 sur 10.

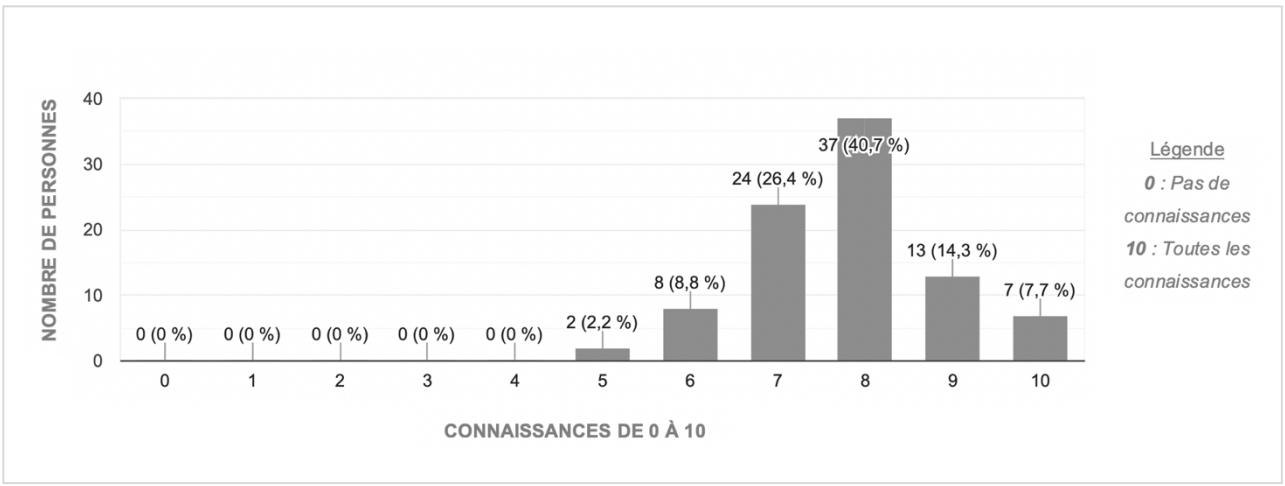


Figure 3 : Évaluation des connaissances théoriques sur le suivi global de prévention en gynécologie.

Concernant les connaissances sur le suivi global de prévention en gynécologie, la réponse la plus basse correspond à 5 sur 10, pour 2 personnes. La majorité des réponses oscille entre 7 sur 10 et 8 sur 10. Pour utiliser au mieux ces échelles de connaissance, à propos de la contraception et à propos du suivi de prévention, nous avons réuni les réponses en « tranche » allant de 5 à 7 sur 10 (« connaissances moyennes » ou « correctes ») et de 8 à 10 (« connaissances excellentes » ou « très satisfaisantes »), et nous les avons comparés pour chaque école.

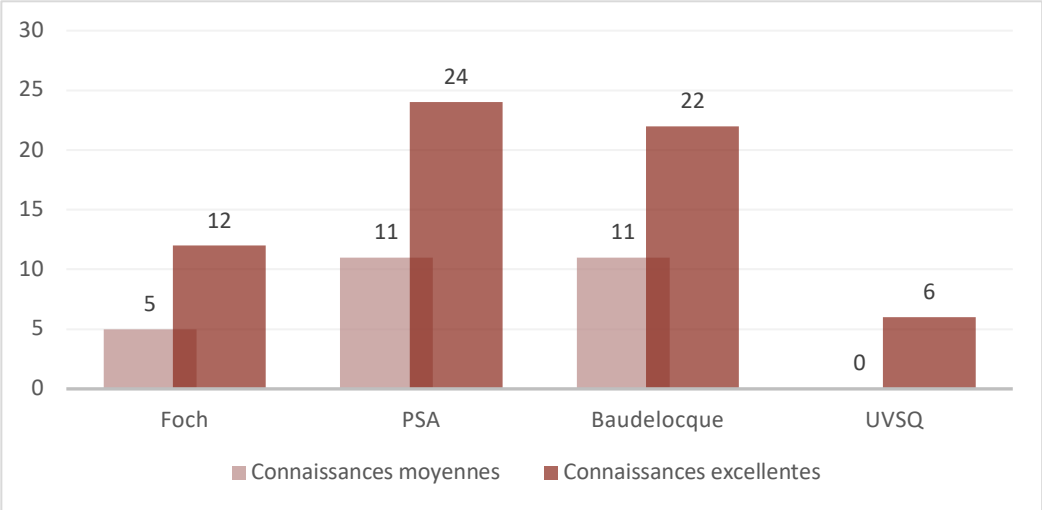


Figure 4 : Comparatif des connaissances théoriques sur la contraception pour chaque école

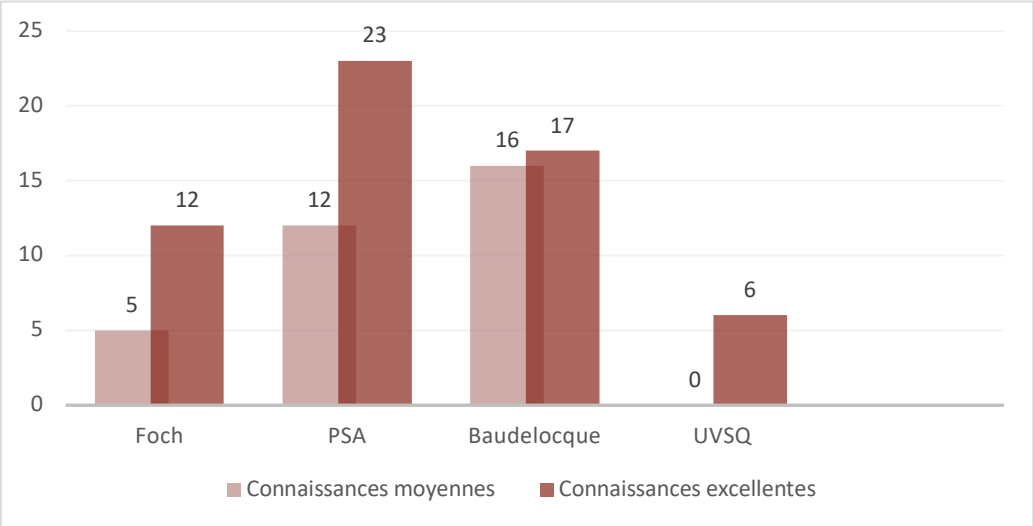


Figure 5 : Comparatif des connaissances théoriques sur le suivi de prévention en gynécologie pour chaque école

De manière plus globale, nous avons relevé que 51,6%des sages-femmes estiment le nombre d'heures de cours en gynécologie, à la fois théorique et pratique, suffisant tandis que 40,6% trouve ce nombre d'heures insuffisant.

Parmi ceux ayant répondu « autre » (7,7%), les réponses sont les suivantes :

- « Correcte mais avec un manque dans certains domaines du suivi »
- « Apport théorique complet mais les stages non obligatoires ne sont pas pertinents »
- « J'aurai aimé un approfondissement des explications sur la pilule contraceptive par exemple, pour savoir comment m'adapter en fonction de chaque patiente »
- « Semble suffisant en théorie mais insuffisant pour la pratique »
- « Insuffisant pour la théorie et également en pratique, car il faudrait réaliser beaucoup de stages avec une sage-femme libérale qui fait de la gynécologie pour compenser »
- « La formation théorique sur la contraception me semble suffisante mais insuffisante concernant la gynécologie pure et les pathologies comme les infections et autres problèmes divers (kystes, endométriose, fibrome) »
- « Suffisante pour débuter, on acquiert les bases mais j'aurai aimé plus d'entraînement à l'école »

B. APPORTS PRATIQUES

Parmi les différents stages réalisés au cours des études, en lien direct avec la gynécologie, celui en planning familial a été le plus réalisé. En effet, nous avons constaté que 79,1% de notre population a effectué ce stage durant la formation. Également 73,6% ont pu travailler avec une sage-femme en cabinet libéral. Les autres lieux de stages sont les suivants ;

- Consultation de gynécologie ; 56%
- Service de Protection Maternelle Infantile : 16,5%
- « Autres » : aux urgences gynécologiques 5,5% et à la Maison des Femmes de Saint-Denis (1 personne)

Nous avons relevé par la suite la réalisation de différents gestes techniques en gynécologie pendant la formation.

Réalisation de frottis cervico-utérin (FCU)			
OUI	89 (97,8%)	NON	2 (2,2%)
Pose d'implant contraceptif			
OUI	89 (97,8%)	NON	2 (2,2%)
Pose de dispositif intra-utérin (DIU)			
OUI	79 (86,8%)	NON	12 (13,2%)

Tableau 4 : Réalisation des gestes en gynécologie

Parmi nos réponses, le FCU est effectué principalement lors de consultations gynécologiques (96,7%), et parfois lors de consultations de grossesse (51,6%). Les deux personnes n'ayant pas pu faire de FCU durant leurs stages ont répondu « Oui » à la question « Pensez-vous que c'est un manque à votre formation ? ».

Concernant la pose d'implant contraceptif, le geste est réalisé à la fois en suites de couches (68,1%) et lors de consultations gynécologiques (71,4%). Nous avons pu voir que ce geste est davantage effectué en 4ème année d'école à 73,6% en comparaison à la première et la deuxième année, respectivement à 2,2% et 20,9%. Les deux personnes n'ayant pas pu poser d'implant durant leurs stages ont répondu « Oui » à la question « Pensez-vous que c'est un manque à votre formation ? ».

Enfin, la pose de DIU est réalisée majoritairement lors de consultations gynécologiques (84,6%). Et de manière similaire à l'implant, nous notons que ce geste est réalisé à 79,1% durant le deuxième cycle de formation (3ème et 4ème année d'école) contre 2,2% pendant le premier cycle. Sur les 12 personnes qui n'ont pas pu poser de DIU durant leurs stages, 11 considèrent que c'est un manque à leur formation et une seule a répondu « non ».

Ici aussi, nous avons comparé nos résultats à propos des gestes techniques en gynécologie réalisés durant la formation, entre chaque école.

	Réalisation de FCU		Pose d'implant		Pose de DIU	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Foch	17 (18,7%)	0	17 (18,7%)	0	17 (18,7%)	0
PSA	33 (36,3%)	2 (2,2%)	35 (38,5%)	0	28 (30,8%)	7 (7,7%)
Baudelocque	33 (36,3%)	0	31 (34,1%)	2 (2,2%)	28 (30,8%)	5 (5,5%)
UVSQ	6 (6,6%)	0	6 (6,6%)	0	6 (6,6%)	0
Effectifs Totaux	*89*	*2*	*89*	*2*	*79*	*12*

Tableau 5 : Réalisation des gestes en gynécologie pour chaque école

De manière plus globale, pour conclure sur les apports théoriques et pratiques en gynécologique dans la formation, nous avons demandé aux sages-femmes si elles se sentaient suffisamment à l'aise à l'issue du diplôme pour pratiquer le suivi gynécologique de prévention et de contraception. Ainsi, 61 (67%) ont répondu « Oui » contre 30 (33%) qui ont répondu « Non ».

Nous avons également classé nos réponses en fonction des 4 écoles pour cette question.

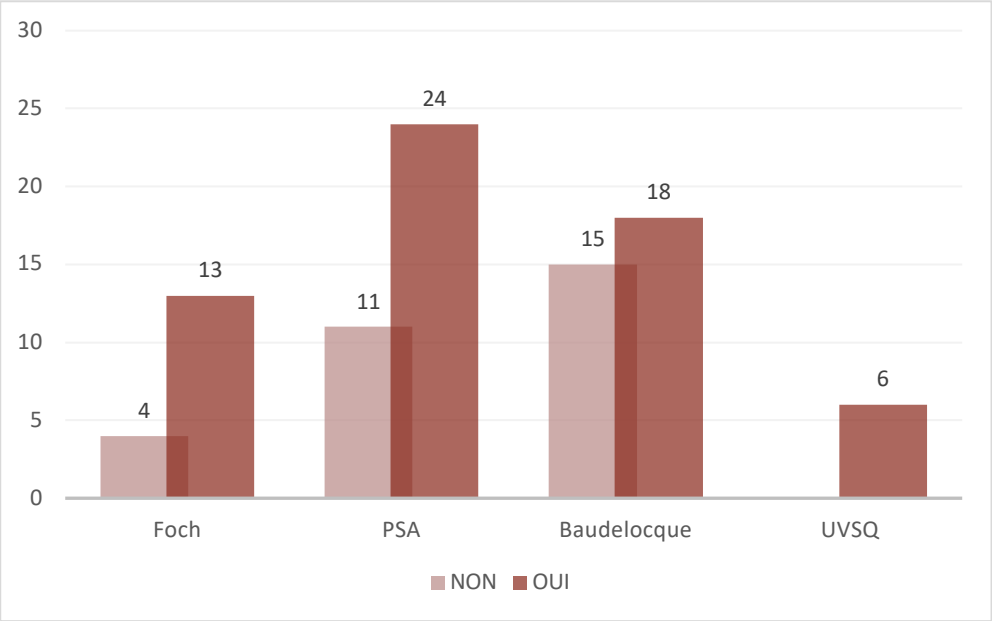


Figure 6 : Comparatif de la confiance pour exercer le suivi de prévention en fonction des écoles

Parmi ceux ayant répondu « Non », nous avons posé la question ouverte « pourquoi d'après vous ? » et voici leurs réponses :

- 15 ont répondu « par manque de pratique » en précisant pour certaines réponses « peu de consultations dédiées à la contraception hors post-partum » ou « peu de stages en gynécologie » ou « trop de peu de stages pour se sentir pleinement à l'aise malgré des connaissances théoriques solides »
- 7 ont répondu « pas assez de pose de dispositif intra-utérin »
- 6 ont relevé le manque de connaissances pour « l'orientation des patientes en cas de pathologie et le suivi post-ménopause », de la même manière pour « les pathologies gynécologiques et la difficulté pour réorienter les patientes si diagnostic d'une pathologie » ou sur « les problématiques de suivi gynécologique hors contraception »
- 2 ont répondu de manière plus générale en citant un manque de confiance à la fois théorique et pratique comme lors de « retrait d'implant ou du choix de type de pilule OP en fonction de la patiente (son climat hormonal etc) » ou « l'adaptation d'une contraception en fonction des effets secondaires chez une patiente.

3. Secteur d'activité actuel

A. SECTEUR HOSPITALIER

Dans cette partie, notre population est composée de 79 personnes dont 75 en secteur hospitalier uniquement, 3 réalisant une activité « Mixte » (à la fois du libéral et de l'hospitalier) et 1 travaillant pour l'HAD (Hospitalisation A Domicile). Pour mieux comprendre notre population, nous avons cherché à savoir dans quels services les sages-femmes étaient majoritairement.

Salle de naissance	**63 (79,7%)**
Suites de couches	44 (55,7%)
Grossesse à haut risque	11 (14%)
Consultations	7 (8,9%)
Autres*	4 (5,1%)

Tableau 6 : Répartition des services où exercent les sages-femmes

Autres : Explorations Fonctionnelles, cours de Préparation à la Naissance et à la Parentalité*

Il y a 52 sages-femmes (65,8%) qui considèrent qu'elles réalisent des gestes liés à la gynécologie, à savoir par exemple des frottis cervico-utérin, des prélèvements vaginaux à la recherche d'infection sexuellement transmissible (IST) ou des prescriptions de contraception.

Ainsi, nous avons pu noter que 59,5% des sages-femmes réalisent des entretiens de contraception, dans le secteur hospitalier, et ce, dans le service des suites de couches. Les 40% restants ne réalisent aucun entretien de contraception.

Parmi les 76 sages-femmes exerçant dans le secteur hospitalier, 67 (88,2%) envisagent une activité libérale dans l'avenir. Pour celles-ci, la question d'une éventuelle formation complémentaire avant de s'installer a été posée. Elles ont répondu positivement à 61,8%.

Ainsi, celles qui envisagent une formation complémentaire en gynécologie avant de s'installer en libéral, ont donné quelques explications en répondant à notre question ouverte « Pourquoi ? » ;

- 11 ont répondu « pour se mettre à jour » ou « pour réactualiser mes connaissances après plusieurs années en hospitalier » ou encore pour « être plus l'aise et assurer la sécurité de mes patientes »
- 10 ont plutôt insisté sur l'utilité d'une formation « pratique », principalement sur la pose de dispositif intra-utérin
- Certains ont considéré la formation initiale peu suffisante et envisage une formation pour se sentir plus à l'aise (cela rejoint parfois la réponse ci-dessus concernant un manque de pratique)
- Les autres ont évoqué le besoin de se former sur la réalisation d'interruption volontaire de grossesse, sur l'accompagnement lors de situations de violences faites aux femmes, sur le suivi global en gynécologie (la ménopause) hors contraception

Parmi celles, au contraire, qui trouvent la formation complémentaire inutile, voici les justifications données ;

- Certains considèrent que la « formation initiale est suffisante et pensent revoir certains cours avant de s'installer »
- D'autres ont répond « qu'à l'instant T, elles se sentaient suffisamment formées pour s'installer en libéral mais qu'elles ne pouvaient se projeter pour dans plusieurs années »
- Plusieurs ont cité que « le programme d'aujourd'hui incluant la gynécologie était suffisant, mais qu'elles tenteraient de pratiquer certains gestes (avec des collègues par exemple) pour le côté pratique »
- Une des sages-femmes a expliqué « à l'école de l'UVSQ, le diplôme d'état comprend le diplôme de gynécologie et nous avons eu les mêmes cours que ceux donnés au diplôme universitaire (DU) de gynécologie. »

Pour conclure avec les sages-femmes travaillant dans le secteur hospitalier, nous avons posé une question globale sur le recul qu'elles ont obtenu depuis leur diplôme et nous avons cherché à savoir si elles étaient à l'aise ou non, dans certaines situations. A savoir, lors de consultations de suivi gynécologique, lors de la pose d'implant contraceptif et lors de la pose de dispositif intra-utérin.

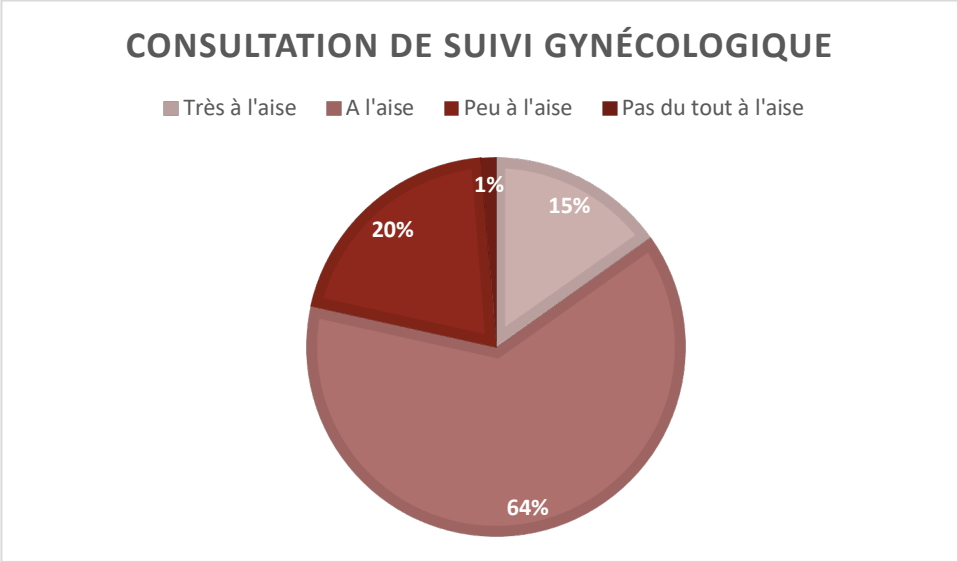


Figure 7 : Évaluation de la confiance lors d'une consultation de suivi gynécologique chez les sages-femmes du secteur hospitalier

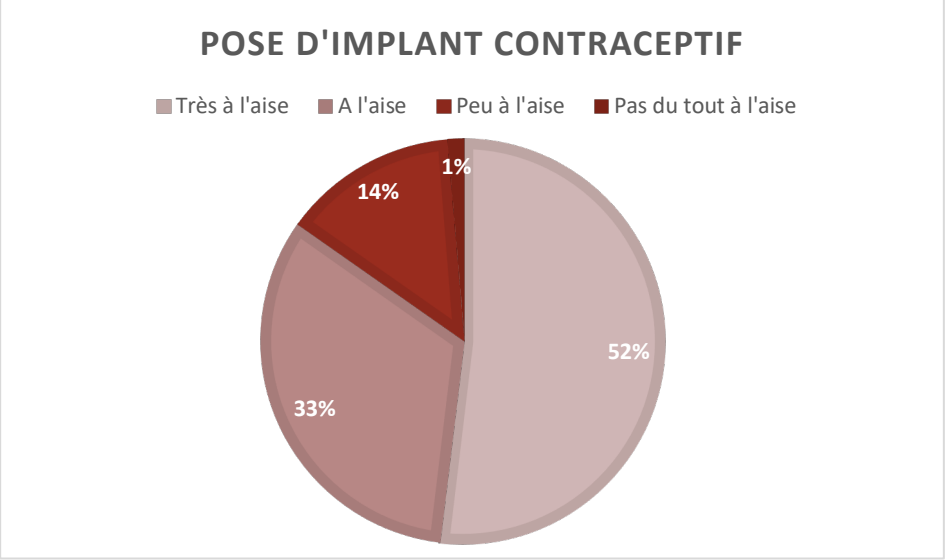


Figure 8 : Évaluation de la confiance lors de la pose d'implant contraceptif chez les sages-femmes du secteur hospitalier

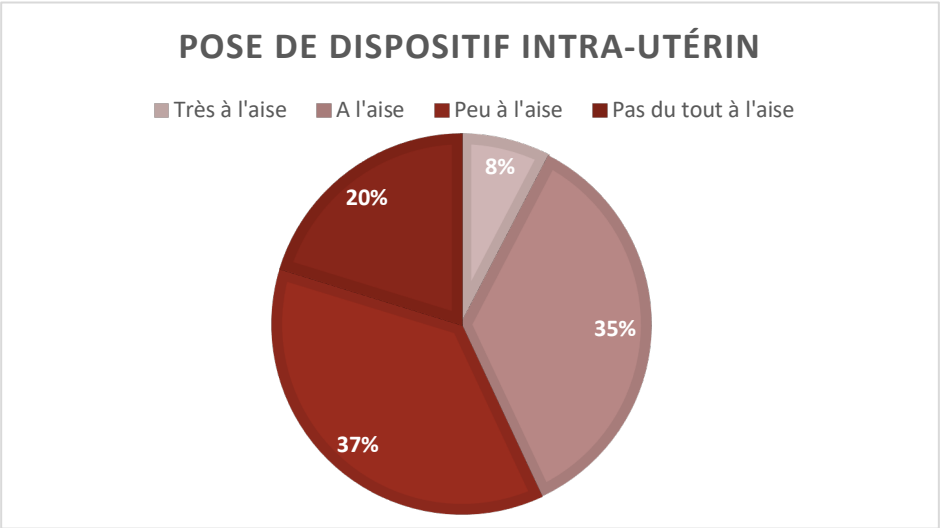


Figure 9 : Évaluation de la confiance lors de la pose d'un dispositif intra-utérin chez les sages-femmes du secteur hospitalier

B. SECTEUR LIBERAL

Notre population se compose de 14 sages-femmes, travaillant en libéral. Toutes pratiquent le suivi gynécologique de prévention et de contraception. Parmi celles-ci, 1 seule a réalisé une formation complémentaire en gynécologie avant de s'installer, et l'a trouvé utile. Les 3 mêmes questions que ci-dessus ont été posé à ces sages-femmes pour évaluer leur recul un an après l'obtention de leur diplôme.

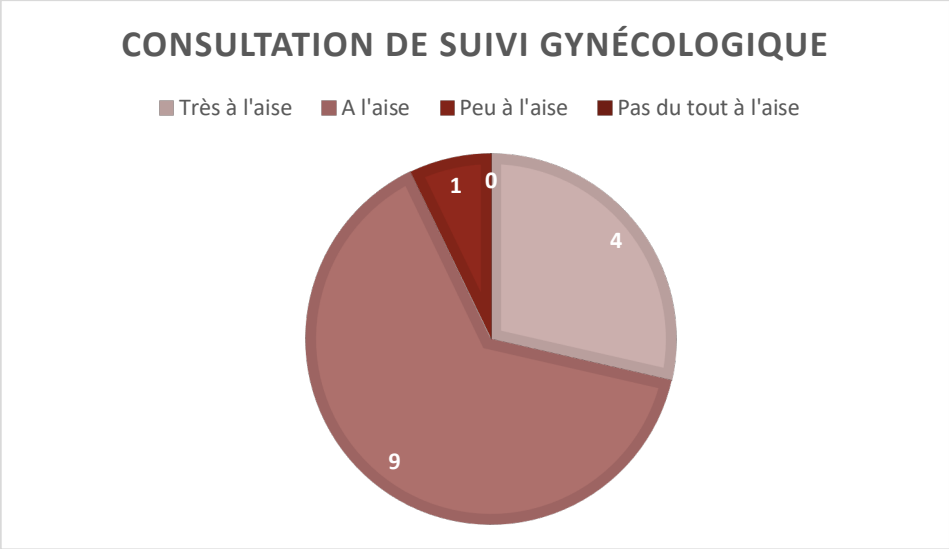


Figure 10 : Évaluation de la confiance lors d'une consultation de suivi gynécologique chez les sages-femmes libérales

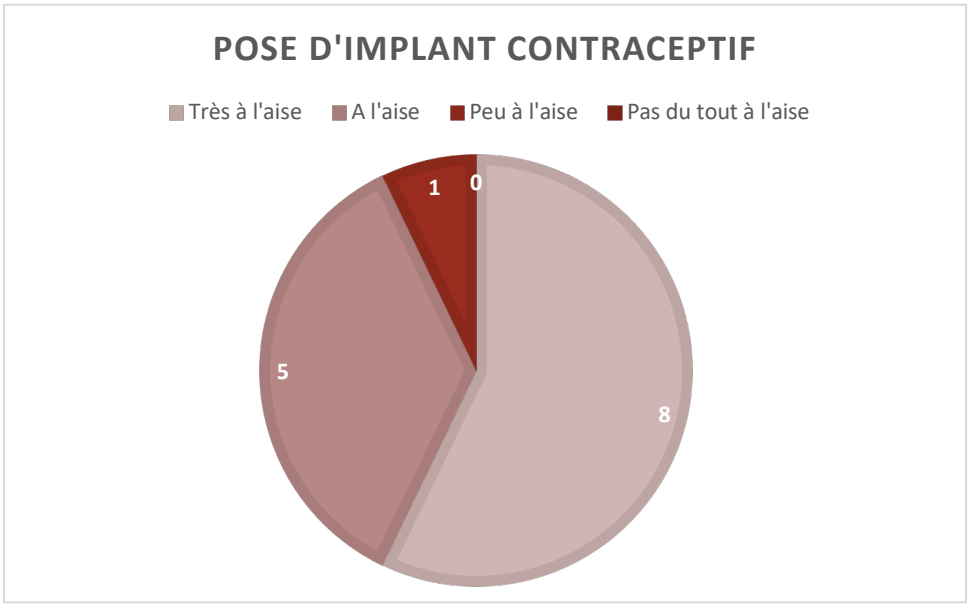


Figure 11 : Évaluation de la confiance lors de la pose d'implant contraceptif chez les sages-femmes libérales

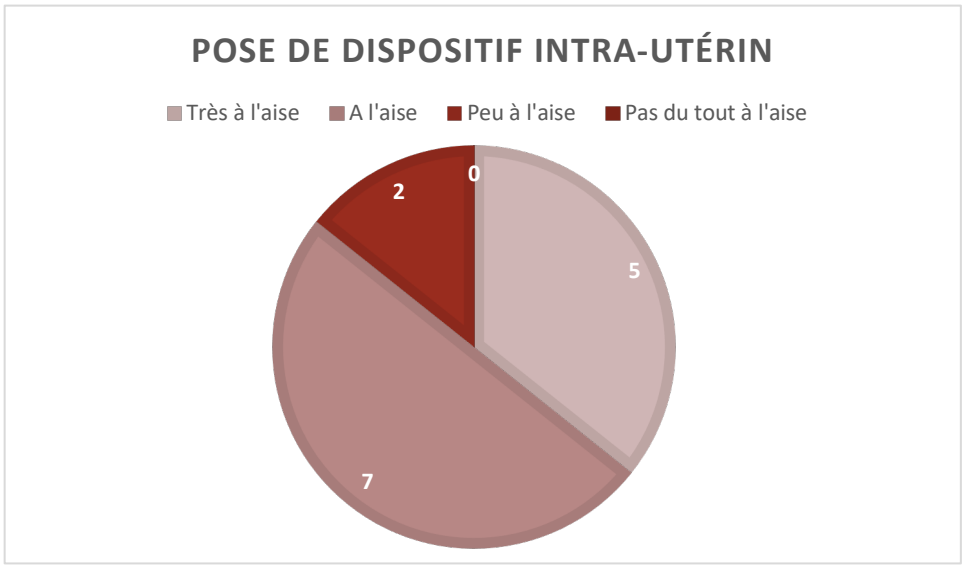


Figure 12 : Évaluation de la confiance lors de la pose d'un dispositif intra-utérin chez les sages-femmes libérales

C. SECTEUR TERRITORIAL

1 seule personne a répondu à cette partie. C'est un sage-femme travaillant dans le département du 75 et qui exerce au Mouvement Français pour le Planning Familial (milieu associatif, donc ni hospitalier, ni libéral, ni territorial). Il est salarié de cette association.
Il réalise ainsi beaucoup de gestes techniques différents, en lien avec la gynécologie, comme ; des frottis cervico-utérins, des prélèvements vaginaux à la recherche d'infections, des entretiens de contraception ainsi que des poses d'implants, de dispositifs intra-utérins et des échographies. Pour pratiquer, il a réalisé une formation complémentaire en gynécologie qu'il a trouvé utile. Les 3 mêmes questions que ci-dessus lui ont également été posé et il a répond être « très à l'aise » dans les 3 situations proposées, à savoir lors de consultations de suivi gynécologique, lors de la pose d'implant contraceptif et lors de la pose de dispositif intra-utérin.

Analyse et discussion

1. Points forts et limites de l'étude

La première limite que l'on peut citer est celle du manque de puissance statistique. Au total, 181 sages-femmes ont été interrogées et seulement la moitié a répondu, bien qu'il y ait eu trois relances effectuées. Malgré un taux de réponse satisfaisant de 50,3%, il aurait été préférable d'avoir une vision plus large avec les réponses d'un maximum de sages-femmes. Cela nous a freinées dans la réalisation de tests statistiques.

Par ailleurs, le questionnaire aurait pu être plus adapté. En effet, certaines questions sur la pratique des IVG médicamenteuses, sur le dépistage des violences ou sur le dépistage des IST, auraient pu être pertinentes pour évaluer la pratique quotidienne des sages-femmes en gynécologie. Également, une question sur le type de formation complémentaire que les sages-femmes envisagent ou ont réalisé, aurait été intéressante. D'autres, à l'inverse, n'étaient pas toujours utiles ou mal formulées, comme les questions sur les années de réalisation de certains gestes (FCU, pose d'implant, pose de DIU) qui n'ont pas été pertinentes pour répondre à notre problématique.

Il est à noter également qu'à travers mes recherches, je n'ai pas trouvé d'études autres que celles provenant de mémoires de sages-femmes, car il y a peu de revues de littérature à ce sujet.

En revanche, cette étude a été effectuée 11 ans après la promulgation de la loi HSPT et donc l'extension des compétences des sages-femmes, ce qui a permis d'observer l'appropriation des jeunes sages-femmes au domaine de la gynécologie de prévention.

La population de sage-femme interrogée était également un atout, car l'année d'expérience permettait d'avoir du recul sur la formation initiale sans de réels biais de mémorisation sur celle-ci.

Et malgré tout, le questionnaire semble avoir été bien compris par l'ensemble des répondants, ce qui nous a permis de nous fier aux résultats obtenus.

2. Profil de la population étudiée

Au 1er janvier 2018, la DREES a regroupé de nombreuses données sur les sages-femmes inscrites au RPPS, à travers une étude statistique. (16) Ainsi, 22 812 sages-femmes sont recensées en France Entière, hommes et femmes confondus, dont 3804 en Ile-de-France. Cela correspond à 3723 femmes (97,9%) et à 81 hommes (2,2%). Notre travail de recherche porte sur 91 sages-femmes ayant étudié en Ile-De-France, avec 90 femmes et 1 homme, ce qui est globalement comparable à la population générale.

Dans notre étude, au moment où le questionnaire a été envoyé, soit une année après l'obtention du diplôme de notre population, 82,4% sages-femmes appartiennent au secteur hospitalier (dont environ 3% sont en activité « Mixte ») et 9,1% au secteur libéral, toute régions d'activités confondues. Il y a une légère discordance avec la population générale de sages-femmes puisque selon la DREES, le secteur hospitalier représente environ 63% des sages-femmes en France entière contre environ 20,7% en libéral (libérales exclusives). Le secteur hospitalier est surreprésenté dans notre étude mais cela peut s'expliquer justement par le fait que nous avons interrogé des jeunes diplômés qui débutent majoritairement leur carrière dans ce secteur.

3. Première hypothèse : impact de la formation initiale sur la pratique de la gynécologie de prévention

L'utilisation d'une échelle numérique de 0 à 10 a été utile pour mesurer l'auto-évaluation des sages-femmes au sujet de leurs connaissances en matière de contraception et de suivi global de prévention. Concernant la contraception, nos résultats traduisent plutôt une connaissance favorable. Elles sont 29,7% à évaluer leurs connaissances de manière correcte, c'est-à-dire entre 6 sur 10 et 7 sur 10. Ainsi, 70,3% sont relativement très satisfaites des bases théoriques reçues puisqu'elles ont répondu entre 8 sur 10 et 10 sur 10. Aucune n'a répondu en dessous de la moyenne, donc aucune ne semble évaluer ses propres connaissances de manière défavorable.

Concernant le suivi de global de prévention en gynécologie, il y a une légère différence, puisque la réponse la plus basse est tout juste la moyenne. Néanmoins, 62,6% estiment leurs connaissances en gynécologie de prévention de manière « très satisfaisantes » ce qui est également favorable.

Il est à noter que 40,6% de nos participants considèrent le nombre d'heures de cours en gynécologie insuffisant, ce qui est proche du résultat de l'étude d'un autre mémoire de sage-femme sur la pratique de la gynécologie, datant de 2018. (27) L'étude de VILLEMONT A., était basée sur les freins et les motivations à la pratique de la prévention en gynécologie chez les sages-femmes. Elle s'est intéressée à la formation initiale de sages-femmes pour étayer son travail. En effet, sur les 94,8% de sages-femmes de son étude qui estimaient que la formation initiale était insuffisante, 44,6% le justifiaient par un manque de cours théorique.

Dans cet autre mémoire de 2014 (28) de CORNE A., ils étaient 23% a estimé que les connaissances reçues étaient insuffisantes, concernant les cours de consultation de contraception. Elle a réalisé un point également sur la formation initiale et continue des sages-femmes, d'où notre intérêt pour son étude qui complète la nôtre.
Ainsi, les connaissances globales en gynécologie à travers les apports théoriques dispensés dans la formation initiale, sont évaluées plutôt positivement mais il semblerait qu'il y ait tout de même des lacunes dans la théorie. Un certain nombre était demandeur d'un approfondissement sur les connaissances des différentes pilules contraceptives et c'est une notion que l'on retrouvait déjà dans l'étude de 2014.

Pour comparer nos résultats entre chaque école, comme cité plus haut, nous avons réunis les réponses en « intervalle » allant de 5 à 7 sur 10 (« connaissances moyennes » ou « correctes ») et de 8 à 10 (« connaissances excellentes » ou « très satisfaisantes »).

Pour les élèves provenant de Baudelocque, Saint-Antoine et Foch, il semblerait que 1/3 à chaque fois évalue leurs connaissances sur la contraception de manière correcte et donc 2/3 qui les considère comme « très satisfaisantes ». Ceux de l'école de Poissy semblent tout à fait confiants quant à leurs connaissances mais le petit effectif de réponse représente un biais trop important pour être interprété.

Concernant le suivi de prévention, les résultats sont assez cohérents. Pour les étudiants de Saint-Antoine et de Foch, la tendance est similaire (à raison de 1/3 contre 2/3), tandis que pour Baudelocque, il semblerait qu'il y ait une discordance. La moitié estime ses connaissances de manière correcte et l'autre moitié de manière très satisfaisante. Il semblerait qu'il n'y ait pas de différences entre les formations des écoles, à ce sujet, mais nous ne pourrons pas interpréter davantage sans tests statistiques.

Concernant l'aspect pratique, beaucoup de nos répondants ont pu réaliser des stages axés sur la gynécologie durant leur formation, mais principalement en fin de cursus. Le stage principal qui a été effectué est celui en Planning Familial.

Ainsi, un nombre important de sages-femmes a pu pratiquer des frottis cervico-utérin et la pose d'implant pendant leurs stages. En revanche, la pose de dispositif intra-utérin est moins réalisée et c'est principalement ce qui semblait leur manquer pour être à l'aise (au niveau technique) lors de consultations de contraception.

Lorsque ces différents gestes n'avaient pas été réalisés pendant leurs stages, quasiment tous ont dénoncé un manque à leur formation pour cette raison. On peut évoquer, même si cela n'a pas été traité directement dans notre mémoire, le manque d'opportunités laissées aux étudiants sages-femmes pour réaliser ces gestes techniques lors de leurs stages. C'est ce qui ressortait de l'étude de CORNE A. ; les professionnels n'étaient pas au courant de ces nouvelles compétences et/ou ne laissaient pas la place à l'étudiant pour pratiquer. (28)

Il semblerait que la pose (et le retrait) du DIU est depuis longtemps problématique puisque déjà en 2011, l'étude de BOUSENDORFER M., (29) soulignait que ce geste était rarement réalisé par les étudiants sages-femmes et que lorsque c'était le cas, cela était surtout fait durant des travaux pratiques et peu en stage. Son étude portait sur « l'évaluation de la formation initiale des sages-femmes en contraception ». Elle a abordé la loi HSPT, les modifications apportées après celles-ci et la satisfaction des étudiants sages-femmes face à cette formation initiale. Cette fois encore, nos réponses sont similaires avec l'étude de CORNE A.(28), citée plus haut, car 55% et 79% des sages-femmes n'ont pas pu poser (ou retirer) d'implant et poser (ou retirer) de DIU.

On peut souligner qu'un certain nombre de terrains de stages sont optionnels et que tous les étudiants n'y ont donc pas forcément accès. Ainsi, les occasions pour réaliser certains gestes sont plus rares et moins accessibles aux élèves.

La comparaison entre chaque école concernant la réalisation de ces gestes n'a pas été concluante.

Ce qui peut être pertinent de noter, c'est le profil des sages-femmes qui se sont installés immédiatement en cabinet libéral à la suite de leur diplôme. Parmi les 14 sages-femmes exerçant en libéral ce jour dans notre étude, elles sont 5 à s'être installées directement en libéral.

Elles proviennent soit de l'école de Baudelocque, soit de l'école Saint Antoine. Durant leur formation initiale, elles ont pu toutes réaliser des FCU, des poses d'implants et des poses de DIU. Chacune a réalisé un stage avec une sage-femme libérale et 4 sur 5 ont pu aller au Planning Familial également. Une seule a répondu qu'elle n'était pas pleinement à l'aise pour pratiquer le suivi de prévention en gynécologie à l'issue du diplôme, par manque de stage pratique en gynécologie. Pour autant, elles pratiquent toutes ce suivi dans leur pratique quotidienne et elles sont toutes à l'aise ou très l'aise pour pratiquer les gestes techniques demandés (assurer une consultation de suivi de prévention en gynécologie, pose d'implant, pose de DIU).

Ainsi, on peut voir qu'elles ont pu avoir accès durant leur formation à différents aspects théoriques et pratiques de la gynécologie ; on peut penser que c'est grâce à cela que le suivi de prévention leur semblait plus accessible ce qui a motivé le fait de s'installer en cabinet libéral immédiatement.

De manière plus générale, à travers nos résultats, nous avons pu noter qu'environ 2/3 des sages-femmes semblait suffisamment à l'aise à l'issu de la formation initiale pour pratiquer le suivi gynécologique de prévention et de contraception. Une majorité de sages-femmes maîtrisent les connaissances théoriques.

Cependant, ce sont les mêmes requêtes qui émergent, depuis plusieurs années semble-t-il. A savoir, un manque d'approfondissement dans les cours théoriques et un manque de pratique dans les stages réalisés, principalement la réalisation de certains gestes comme la pose et le retrait du DIU.

Ainsi, notre première hypothèse semble à moitié vérifiée. L'aspect théorique apporté durant la formation est globalement favorable d'après les sages-femmes interrogées. Elles sont satisfaites des cours mais, malgré tout, elles soulignent que ces derniers pourraient être approfondis, ce qui est un peu contradictoire.

Cependant, le manque de pratique représente un frein à une totale satisfaction des sages-femmes face à leurs études et à leur formation initiale en gynécologie. Cette insuffisance de pratique a été soulignée chez la majorité de nos répondants.

Concernant l'école de formation des sages-femmes, il semblerait qu'il n'y ait pas de différence concernant les apports théoriques dispensés par chacune. Cela est cohérent car le programme est défini et encadré par la loi (5)(8). Néanmoins, l'organisation des stages qui diffèrent pourrait avoir un impact sur la satisfaction des apports pratiques, mais nous ne pourrons pas affirmer cela avec nos données.

4. Deuxième hypothèse : la gynécologie de prévention au sein du secteur hospitalier

À la sortie de l'école, 86,8% des sages-femmes de notre étude se sont dirigées vers le secteur hospitalier, contre 82,4% un an après. Ainsi, sur notre population de 91 sages-femmes, 75 travaillent en secteur hospitalier uniquement et 4 ont une activité mixte (hospitalier + libéral), à un an du diplôme. Comme cité plus haut, en population générale, le rapport est plutôt autour de 60% en secteur hospitalier contre 20% en secteur libéral, selon les données de la DREES de 2018 (19). Cependant, cela concerne une population globale tandis que notre échantillon concerne les jeunes diplômés.

Nous nous sommes intéressés à l'exercice de la gynécologie en secteur hospitalier pour discuter notre seconde hypothèse. Il n'y a pas eu de distinction entre établissements publics ou privés.

Elles sont une majorité à travailler en salle de naissance, à raison de 79%, et en suites de couches à 55%. C'est également ce qui avait été souligné dans l'étude de RUI C.(30), en 2018 où elle notait que les sages-femmes qui choisissaient l'exercice salarié préféraient exercer majoritairement en salle de naissances (91,1%) et en suites de couches (77,7%). À un an, la totalité des sages-femmes de son étude travaillaient alternativement en salle de naissances (100%), 75,9% en suites de couches et 56,4% en service de grossesses pathologiques. Les consultations prénatales restaient le poste le moins occupé par les jeunes diplômées (32,5%). Pourtant, au sein des maternités, les consultations prénatales sont effectuées par des sages-femmes de la maternité dans 96% des établissements. (19)

Par ailleurs, elles sont 65,8% à réaliser des gestes liés à la gynécologie, à savoir par exemple des frottis cervico-utérin, des prélèvements vaginaux à la recherche d'IST ou des prescriptions de contraception. En réalité, ce qui ressort principalement, c'est la réalisation d'entretiens de contraception réalisés en suites de couche. C'est le seul moment où les sages-femmes évoquent la contraception en secteur hospitalier et celle-ci est adaptée au post-partum, ce qui limite le choix et donc les explications pouvant être dispensées.

Ainsi, c'est en suites de couches principalement que les compétences en contraception sont le plus utilisé. À la fois du point de vue des étudiants, comme dans l'étude de BOUSENDORFER M. (29), ou en tant que sage-femme, comme vu ci-dessus dans notre étude.

Elles sont 40% à ne pas réaliser d'entretiens de contraception : soit car elles sont en salles de naissance principalement, soit car elles ne considèrent pas la prescription de contraception du post-partum en suites de couches comme de vrais entretiens de contraception.

L'étude de VILLEMONT A. (27), était plus précise et indiquait que parmi les 63.1% des sages-femmes qui pratiquaient la gynécologie de prévention dans son étude, seule une minorité exerçait en secteur hospitalier. En effet, les sages-femmes hospitalières exercent principalement des activités obstétricales tandis que le suivi gynécologique de prévention est faiblement réalisé (1% des actes dans son étude).

Cela est cohérent avec les chiffres de l'Enquête Périnatale de 2016 (19), où près de 60% des naissances sont réalisées par une sage-femme dont 87.4% des accouchements par voie basse non instrumentale. Ainsi, parmi les sages-femmes de son étude réalisant la prescription de contraception, elles étaient 54% à faire partie du secteur hospitalier.

Elle relevait également, à juste titre, que les consultations de contraception sont peu ouvertes aux sages-femmes et sont réalisées par des médecins, gynécologues, internes en gynécologie ou en médecine générale. Limitées au service maternité, les sages-femmes réalisent principalement des activités gynécologiques dans le cadre du post-partum immédiat (prescription de contraception adaptée et informations sur le suivi), comme ce que nous avons évoqué ci-dessus.

Dans notre étude, malgré tout, nous avons noté que la grande majorité (79%) est à l'aise ou très l'aise pour réaliser des entretiens de contraception, un an après le diplôme. La pose d'implant n'est également pas un problème, car 85% sont également à l'aise ou très l'aise pour réaliser ce geste.

En revanche, pour plus de la moitié, à savoir 57%, la pose d'un DIU est une situation où elles sont peu à l'aise, voire pas du tout à l'aise. On peut l'expliquer par 2 raisons :

- A la fois ce qui ressort de notre première partie, à savoir que la formation initiale ne permet pas d'être à l'aise sur ce geste, par manque de pratique principalement, durant les études ;
- Et également par le fait qu'en France, la pose du DIU dans les 48 heures suivant un accouchement n'est pas une pratique courante et que les sages-femmes hospitalières n'ont pas l'opportunité de réaliser ce geste dans leur pratique quotidienne. (25)

De manière plus globale, on peut souligner que les consultations de gynécologie ne sont tout simplement pas ou peu accessibles aux sages-femmes hospitalières. Déjà lors de la formation initiale, certains stages sont moins accessibles pour les étudiants comme la gynécologie libérale. De plus, cela dépend de leur école de formation car les stages sont organisés différemment.

Notre unique réponse concernant l'exercice en secteur territorial a son intérêt puisqu'elle montre la diversité de pratique qui existe dans ce secteur, qui représente pourtant une minorité des sages-femmes en population générale. Elles sont 1181 à travailler en Planning Familial – PMI (secteur cité par notre sage-femme répondant), soit environ 5% de la population générale de sage-femme en France. (16)

L'accès à la pratique de la gynécologie est ainsi hétérogène, à la fois durant les études mais également une fois diplômée.

Pour évoquer l'actualité, on peut mettre en avant d'autres freins possibles à un accès plus complet à la gynécologie pour les sages-femmes comme en attestent ces différents communiqués du Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France (SYNGOF). Par exemple, suite à la proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification en 2020 (31) et aux différents amendements proposant un statut de sage-femme référente (32), le SYNGOF a souligné son désaccord dans un communiqué (33). Cela avait déjà été le cas lors du décret qui permettait aux sages-femmes de prescrire un arrêt de travail de 4 jours, renouvelable une fois, dans le cadre d'une IVG médicamenteuse (23)(34). On notait dans ce communiqué que tout arrêt de travail relevait d'une situation pathologique et que toute situation pathologique relevait d'une prise en charge médicale par un médecin, et non d'une sage-femme. Pour autant, l'Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes (ONSS), a répondu dans un autre communiqué, en soulignant que la physiologie est bien la spécialité de la sage-femme mais qu'elle sait également dépister la pathologie et les situations à risque en ayant recours à un médecin si nécessaire. (35) (36)

Il est utile de comprendre le contexte dans lequel le métier de la sage-femme évolue, et comment sont accueillis les différents changements liés à l'élargissement de nos compétences dans le monde médical. Cela peut être une explication possible d'un frein à une pratique plus élargie de la gynécologie de prévention, particulièrement au sein des hôpitaux.

Ainsi, notre seconde hypothèse se vérifie, à travers l'appui d'autres études pour préciser et compléter la nôtre. C'est un fait que la majorité des jeunes diplômées sages-femmes exercent en secteur hospitalier à l'issue de leur diplôme. Malgré une croissance importante de l'installation en libéral, et ce de manière plus précoce après l'obtention du diplôme (18), c'est surtout à l'hôpital que nous retrouvons les jeunes sages-femmes. Et malgré l'élargissement de nos compétences, la pratique de la gynécologie de prévention n'est pas mise en avant dans le secteur hospitalier ; les sages-femmes sont principalement présentes en salle de naissance et en suites de couches où la pratique de la gynécologie est peu retrouvée. Les consultations de contraception se résument principalement à des entretiens de sortie de maternité, avec une discussion autour de la contraception du post-partum. Les poses d'implants ou de DIU sont peu réalisées en suites de couches.

5. Perspectives

A. AMELIORER L'ASPECT PRATIQUE DURANT LA FORMATION INITIALE

Puisqu'on relève un manque de pratique en gynécologie durant la formation, c'est sur ce point qu'une amélioration peut être discuté. Une homogénéisation de la durée de stages pour chaque école, ainsi qu'un accès à des stages en gynécologie lors du premier cycle de formation peuvent être pertinents. En effet, puisque la physiologie de la femme est davantage abordée lors des 2 premières années d'étude, pouvoir être observateur d'entretiens de contraception durant des stages par exemple pourrait être formateur. Une participation active à ces entretiens durant les années qui suivent peut se faire, puisque les bases théoriques auront déjà été abordées en pratique.

La réalisation d'entretiens oraux avec des mises en situation précises existe déjà au sein des écoles. Une homogénéisation de cette pratique peut se discuter, principalement pour réaliser des « entraînements » d'entretiens de contraception.

Côté théorie, une ancienne étudiante de l'école de Poissy – UVSQ nous indiquait que le Diplôme Universitaire de gynécologie était réalisé durant leurs années d'études. Étendre cette possibilité à toutes les écoles pourrait être utile et permettre un approfondissement de la théorie comme ce qui est réclamé par les étudiants.

Également, même si la réalisation de travaux pratiques est déjà mise en place, celle-ci pourrait être davantage élargie, avec du matériel adapté à la pose (et le retrait) d'implant ou de DIU. Il nous parait important de faciliter l'accès des sages-femmes à une formation de qualité en contraception et en gynécologie.

B. INFORMER LA POPULATION GENERALE ET LES SOIGNANTS

De manière plus générale, il serait judicieux de valoriser cette compétence de la sage-femme auprès de la population générale, en informant davantage sur cette pratique. Le but étant que les consultations de suivi de prévention et de contraception puissent être réalisées à l'hôpital. Certains gynécologues-obstétriciens voient leurs patientes à la suite d'une césarienne, lors de la visite post-natale. Pourquoi ne pas proposer aux sages-femmes de revoir leurs patientes durant cette même visite à l'hôpital et ainsi introduire ce type de consultation qui aborde plus l'aspect gynécologique ?

Également, il serait pertinent d'informer encore davantage les soignants sur la diversité du métier de sage-femme, en particulier concernant la pratique de la gynécologie de prévention. Il pourrait être utile de fournir une liste des droits de prescription et de ces compétences dans des lieux stratégiques pour la population générale et pour les soignants. Aussi, que ces derniers soient informés des sages-femmes qui pratiquent ce suivi de prévention et de prescription de contraception dans la région.

Conclusion

La loi HPST qui a permis un élargissement des compétences des sages-femmes a entraîné un remaniement de la formation initiale. Celle-ci a donc dû s'adapter et intégrer un programme plus complet en gynécologie pour pouvoir pratique ce suivi de prévention et de contraception auprès des femmes en bonne santé.

Pourtant, une dizaine d'années après ce remaniement, il semblerait qu'il y ait encore des lacunes. Ce qui est ressorti principalement de notre travail, c'est le manque de pratique en gynécologie durant les études, ainsi qu'un accès limité à cette « nouvelle » compétence au sein du secteur hospitalier, où la majorité des jeunes diplômés exercent. Nous avons pu relever qu'il y a un impact de la formation en gynécologie sur l'exercice des jeunes diplômés et ainsi potentiellement, sur leur choix de carrière.

La théorie en elle-même apporte satisfaction aux élèves, mais celle-ci pourrait être plus approfondie, comme pour les étudiants de l'école de Poissy qui ont le DU de gynécologie directement intégrée à leur formation initiale. La pratique pose davantage problème ; pendant les études, elle peut être limitée en fonction des stages effectués et des soignants rencontrés, et au sein du secteur hospitalier, elle est peu diversifiée. L'accès à la pratique de la gynécologie de prévention est ainsi hétérogène, à la fois durant les études mais également une fois diplômée.

La situation sanitaire actuelle permet d'affirmer que la pratique de la gynécologie de prévention et de contraception par des sages-femmes est pertinente et doit être renforcée ; c'est un réel enjeu de santé publique que d'encourager cette pratique, pour un meilleur accès à la contraception mais également à un suivi gynécologique et à un meilleur accès au dépistage de pathologie pour les femmes. Cela peut passer par des améliorations au sein de la formation initiale pour donner pleinement confiance aux sages-femmes nouvellement diplômées de pratiquer cette compétence.

Par ailleurs, le métier de sage-femme est si diversifié qu'il est normal qu'il y ait des changements, et ces derniers seront encore nombreux avec les années à venir. L'enjeu est de permettre aux femmes d'avoir accès à la meilleure prise en charge possible, gynécologique et obstétricale, et cela peut passer par des améliorations au sein de la formation elle-même.

Bibliographie

1. Morin C, Leymarie M-C. Évolution de la formation des sages-femmes. sept 2014;440:28;32.
2. Lemaitre C. Évolution de la formation des sages-femmes: de l'empirisme à la simulation de haute-fidélité [Mémoire maïeutique]. [Caen]: Ecole de sage-femme de Caen; 2017.
3. Ministre secrétaire d'Etat à l'éducation nationale. Loi n°263 du 17 mai 1943 réglementant l'organisation des études en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme [Internet]. mai, 1943. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=EiXd7B9dfvBXRD4hmXBv
4. Ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale. Décret n°85-1046 du 27 septembre 1985 relatif à l'organisation des études de sage-femme et à l'agrément et au fonctionnement des écoles de sages-femmes [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000502386
5. Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche. Décret n° 2003-422 du 7 mai 2003 modifiant le décret n° 85-1046 du 27 septembre 1985 relatif à l'organisation des études de sage-femme et à l'agrément et au fonctionnement des écoles de sages-femmes (JORF n°108 du 10 mai 2003) [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/jo/2003/05/10/0108
6. Ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche. Arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=Hetb3f5AwM0wcRSqOARbY_qldgOONnYNPWktkBcKf3o=
7. Ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Décret n° 2014-1511 du 15 décembre 2014 relatif aux diplômes de santé conférant le grade master [Internet]. déc 15, 2014. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000029913517

8. Ministre de la santé. Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme - Version en vigueur au 19 mai 2020 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/jo/2001/12/19/0294
9. Exercice salarié [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 23 mai 2020]. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/exercice-salarie/
10. Conseil de l'Ordre des sages-femmes. Les sages-femmes des hôpitaux [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 25 sept 2020]. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/exercice-salarie/hospitaliere-salarie-fonction-publique/
11. Association Nationale des Sages-Femmes Territoriales. Sage-Femme PMI : Fiche métier & référentiel [Internet]. [cité 25 sept 2020]. Disponible sur: http://www.ansft.org/sage-femme-pmi/fiche-metier-referentiel
12. Exercice libéral [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 23 mai 2020]. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/exercice-liberal/
13. Midy F, Condiguy S, Delamaire M-L. La profession de sage-femme : trajectoires, activités et conditions de travail. 2005;4.
14. Golfouse A, Pheng B. Démographie et activité des sages-femmes. In: Les sages-femmes : une profession en mutation [Internet]. DICOM. Paris 7; [cité 23 mai 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_ouvrage_sur_les_sagesfemmes_mai2016.pdf
15. Cavillon M. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. Paris: Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques; 2012 mars p. 8. Report No.: 791.
16. DREES. La démographie des professions de santé au 1er janvier (RPPS) [Internet]. 2018 [cité 8 mars 2021]. Disponible sur: http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx
17. Gonzalez L, Héam J-C, Mikou M, Ferreti C. Les soins de sages-femmes. In: Les dépenses de santé en 2018. 2019e éd. DILA; 2019. p. 32-3.

18. Roger M. Que deviennent-elles après l'école ? Etat des lieux du parcours professionnel des sagesfemmes diplômées à l'école de sages-femmes de Limoges entre 2001 et 2013. [Limoges]: Université de Limoges; 2015.
19. INSERM, DREES. Enquête nationale périnatale Rapport 2016 Les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010. Paris; 2017 p. 317.
20. Assemblé Nationale, Sénat. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (JORF n°0167 du 22 juillet 2009) [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475
21. Code de la santé publique -. Chapitre Ier : Conditions d'exercice. (Articles L4151-1 à L4151-9) [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006688927/2006-09-14
22. Ministre des affaires sociales et de la santé. Arrêté du 8 août 2016 modifiant l'arrêté du 22 mars 2005 modifié fixant la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer - Version en vigueur au 23 mai 2020 [Internet]. [cité 23 mai 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033017531/?isSuggest=true
23. Ministre des affaires sociales et de la santé. Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination - Version en vigueur au 02 juin 2020 [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000032630558
24. Code de la Santé Publique. Chapitre IV : Contraceptifs. (Articles L5134-1 à L5134-3) [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171378/#LEGISCTA000006171378
25. Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme en post-partum. 2013.

26. Ministre du travail, de l'emploi et de la santé. Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=zCapRXzsx6Ctop3YzBpYXJ9zMW9r0VCLrkV8AmAAT3o=
27. Villemont A. La prévention gynécologique par les sages-femmes : freins et motivations à leur pratique médicale. Université de Clermont - Auvergne; 2018.
28. Corne A. Suivi gynécologique et contraception : point sur la formation initiale et continue des sages-femmes. [Ecole de Sages-Femmes Albert Fruhinsholz]: Université de Lorraine; 2014.
29. Bousendorfer M. Evaluation de la formation initiale des sages-femmes en contraception. [École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz]: Université Henri Poincaré, Nancy I; 2011.
30. Rui C. Evolution du projet professionnel de la sortie de l'école à un an du Diplôme d'Etat : étude auprès des sages-femmes nouvellement diplômées en Ile-de France. [Ecole de Sages-Femmes de Paris Saint Antoine]: Université Pierre et Marie Curie- Faculté de médecine de Paris VI; 2018.
31. Assemblée Nationale. Proposition de loi n° 3470 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification [Internet]. Assemblée nationale. 2020 [cité 31 mars 2021]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b3470_proposition-loi
32. Assemblée Nationale. Améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (no 3470) Amendement n°AS181 [Internet]. Assemblée nationale. 2020 [cité 31 mars 2021]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/3470/CION-SOC/AS181
33. Parcours de soins : ne remplaçons pas les médecins traitants par des sages-femmes ! | Syngof [Internet]. 2020 [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: https://syngof.fr/communiques-presse/parcours-de-soins-ne-remplacons-pas-les-medecins-traitants-par-des-sages-femmes/

34. Prescription des arrêts de travail post IVG par les sages-femmes : le Syngof dénonce les risques qu'un tel décret fait peser sur les femmes en entretenant la confusion sur leur suivi médical | Syngof [Internet]. 2020 [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: https://syngof.fr/communiques-presse/prescription-des-arrets-de-travail-post-ivg-par-les-sages-femmes/
35. Le SYNGOF, représentant les gynécologues dans leur ensemble, s'étonne de l'appel lancé par l'ordre des sages femmes incitant les femmes françaises à les consulter en gynécologie | Syngof [Internet]. 2020 [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: https://syngof.fr/communiques-presse/syngof-et-sages-femmes-consultations/
36. ONSSF » La réponse de l'ONSSF au SYNGOF [Internet]. 2020 [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: https://www.onssf.org/actualites-professionnelles/communique-de-presse/la-reponse-de-lonssf-au-syngof/

Annexe

Questionnaire

Partie 1 : Généralités

1. Êtes-vous :

☐ Un homme

☐ Une femme

2. Quel âge avez-vous ? _____

3. Quel est votre parcours étudiant ?

☐ Baccalauréat / Première Année Communes aux Études de Santé / École de sage-femme

☐ Autre (précisez) :

_____

_____

4. Dans quelle école de sages-femmes d'Île-de-France étiez-vous ?

☐ Foch

☐ Paris Saint Antoine

☐ Baudelocque

☐ Saint Quentin en Yvelines – Paris Ouest

5. Dans quelle région avez-vous commencé à travailler après l'obtention de votre diplôme ?

_____

_____

6. Dans quelle région travaillez-vous aujourd'hui ?

_____

_____

7. Quel a été votre secteur d'activité à l'obtention de votre diplôme ?

☐ Sage-femme travaillant en secteur hospitalier

☐ Sage-femme territoriale

☐ Sage-femme exerçant en libéral

☐ Activité mixte (libéral + hospitalier)

☐ Autre : _____

8. Quelle est votre secteur d'activité actuel ?

☐ Sage-femme travaillant en service hospitalier

☐ Sage-femme territoriale

☐ Sage-femme exerçant en libéral

☐ Activité mixte (libéral + hospitalier)

☐ Autre : _____

Partie 2 : Concernant votre formation pour devenir sage-femme

Durant vos années de formation à l'école :

1. Sur une échelle de 0 à 10, à combien évaluez-vous vos connaissances théoriques sur la contraception, à l'obtention de votre diplôme ?

0 = Pas de connaissances / 10 = Toutes les connaissances

2. Sur une échelle de 0 à 10, à combien évaluez-vous vos connaissances théoriques sur le suivi de prévention en gynécologie, à l'obtention de votre diplôme ?

0 = Pas de connaissances / 10 = Toutes les connaissances

3. Comment qualifieriez-vous le nombre d'heures de cours théoriques et pratiques que vous avez reçu en gynécologie ?

☐ Suffisant

☐ Insuffisant

☐ Autre :

_____

_____

4. Avez-vous pu réaliser des stages ;

☐ Avec une sage-femme libérale

☐ Dans un service de protection maternelle et infantile

☐ Dans un planning familial

☐ De consultations gynécologiques

☐ Autre : _____

☐ Aucun

5. Avez-vous pu réaliser des entretiens de contraception lors de consultations gynécologiques ?

☐ Oui

☐ Non

6. Avez-vous eu l'opportunité de réaliser des frottis cervico-utérin lors de vos stages ?

☐ Oui

☐ Non

6.1 Si **OUI**, était-ce pendant :

☐ Une consultation de gynécologie

☐ Une consultation de début de grossesse

☐ Ne sait pas

6.2 Si **OUI** à la question, quand ?

☐ Première année d'école

☐ Deuxième année d'école

☐ Troisième année d'école

☐ Quatrième année d'école

☐ Ne sait pas

6.3 Si **NON** à la question, pensez-vous que c'était un manque à votre formation ?

☐ Oui

☐ Non

6.4 Pourquoi ?

_____

_____

7. Avez-vous pu réaliser une pose d'implant contraceptif ?

☐ Oui

☐ Non

7.1 Si **OUI**, était-ce pendant :

Les suites de couche à la maternité (en post-partum)

Une consultation de gynécologie

Ne sait pas

7.2 Si **OUI** à la question, quand ?

Première année d'école

Deuxième année d'école

Troisième année d'école

Quatrième année d'école

Ne sait pas

7.3 Si **NON** à la question, pensez-vous que c'était un manque à votre formation ?

☐ Oui

☐ Non

7.4 Pourquoi ?

_____

_____

8. Avez-vous pu réaliser une pose de dispositif intra-utérin ?

☐ Oui

☐ Non

8.1 Si **OUI**, était-ce pendant :

Les suites de couche à la maternité (en post-partum)

Une consultation de gynécologie

Ne sait pas

8.2 Si **OUI** à la question, quand ?

Première année d'école

Deuxième année d'école

Troisième année d'école

Quatrième année d'école

Ne sait pas

8.3 Si **NON** à la question, pensez-vous que c'était un manque à votre formation ?

☐ Oui

☐ Non

8.4 Pourquoi ?

_____

_____

9. A l'obtention de votre diplôme, vous sentiez-vous suffisamment à l'aise pour pratiquer le suivi gynécologique de prévention et de contraception ?

☐ Oui

☐ Non

9.1 Si **NON** à la question, pourquoi d'après vous ?

☐ Manque de pratique durant vos stages

☐ Peu de stage en gynécologie permettant la réalisation de gestes utiles au suivi

☐ Autre (précisez) :

_____

_____

_____

_____

_____

Partie 3 : concernant votre poste actuel

Cette partie est divisée en 3 ; ne répondez qu'à la partie vous concernant.

Si vous travaillez en tant que salarié(e) dans le secteur hospitalier :

1. Dans quel(s) service(s) êtes-vous principalement :

_____

_____

_____

2. Réalisez-vous des gestes en lien avec la gynécologie (frottis cervico-utérin, prélèvement vaginal à la recherche d'IST, prescription de contraception) ?

☐ Oui

☐ Non

3. Réalisez-vous des entretiens de contraception ?

☐ Oui

☐ Non

3.1 Si **OUI**, à quel moment ? (précisez)

_____

_____

4. L'activité libérale est-elle une éventualité pour vous dans l'avenir ?

☐ Oui

☐ Non

4.1 Si **OUI** à la question, envisagez-vous de réaliser une formation complémentaire en gynécologie avant de vous installer ?

☐ Oui

☐ Non

Pourquoi ?

_____

_____

Avec le recul obtenu depuis votre diplôme :

5. Réaliser une consultation de suivi gynécologique est une situation où vous êtes :

Tout à fait à l'aise

A l'aise

Peu à l'aise

Pas du tout à l'aise

6. Effectuer la pose d'un implant contraceptif est une situation où vous êtes :

☐ Tout à fait à l'aise

☐ A l'aise

☐ Peu à l'aise

☐ Pas du tout à l'aise

7. Effectuer la pose d'un dispositif intra-utérin est une situation où vous êtes :

☐ Tout à fait à l'aise

☐ A l'aise

☐ Peu à l'aise

☐ Pas du tout à l'aise

Si vous exercez en libéral :

1. Avez-vous effectué une formation complémentaire en gynécologie avant de vous installer ?

☐ Oui

☐ Non

1.1 Si **OUI** à la question, l'avez-vous jugé utile à votre pratique quotidienne ?

☐ Oui

☐ Non

1.2 Pourquoi ?

_____

_____

Avec le recul obtenu depuis votre diplôme :

2. Réaliser une consultation de suivi gynécologique est une situation où vous êtes :

☐ Tout à fait à l'aise

☐ A l'aise

☐ Peu à l'aise

☐ Pas du tout à l'aise

3. Effectuer la pose d'un implant contraceptif est une situation où vous êtes :

☐ Tout à fait à l'aise

☐ A l'aise

☐ Peu à l'aise

☐ Pas du tout à l'aise

4. Effectuer la pose d'un dispositif intra-utérin est une situation où vous êtes :

☐ Tout à fait à l'aise

☐ A l'aise

☐ Peu à l'aise

☐ Pas du tout à l'aise

Si vous exercez en tant que sage-femme territoriale :

1. Dans quel département travaillez-vous ?

_____

2. Dans quel lieu exercez-vous ?

Dans un planning familial

Dans un centre de protection maternelle et infantile

☐ Autre (précisez) : _____

3. Avez-vous effectué une formation complémentaire en gynécologie avant de travailler en tant que sage-femme territoriale ?

☐ Oui

☐ Non

3.1 Si **OUI** à la question, l'avez-vous jugé utile à votre pratique quotidienne ?

☐ Oui

☐ Non

3.2 Pourquoi ?

_____

_____

_____

Avec le recul obtenu depuis votre diplôme :

4. Réaliser une consultation de suivi gynécologique est une situation où vous êtes :

☐ Tout à fait à l'aise

☐ A l'aise

☐ Peu à l'aise

☐ Pas du tout à l'aise

5. Effectuer la pose d'un implant contraceptif est une situation où vous êtes :

☐ Tout à fait à l'aise

☐ A l'aise

☐ Peu à l'aise

☐ Pas du tout à l'aise

6. Effectuer la pose d'un dispositif intra-utérin est une situation où vous êtes :

☐ Tout à fait à l'aise

☐ A l'aise

☐ Peu à l'aise

☐ Pas du tout à l'aise

Merci de l'attention apportée à ce questionnaire.

Mélanie SEURE

Résumé

Introduction : Les compétences des sages-femmes évoluent avec les années, principalement dans le domaine de la gynécologie. Principales spécialistes de la physiologie de la femme, elles peuvent accompagner celle-ci durant les différentes étapes de la vie, et ce même en dehors de la grossesse. Au vu de l'élargissement du champ de compétence des sages-femmes et de la diversité d'exercice du métier, nous nous sommes demandées si les sages-femmes étaient suffisamment formées durant leurs études pour pratiquer le suivi gynécologique de prévention et des consultations de contraception et quel était l'impact de la formation initiale sur cette pratique.

Méthode : Une étude quantitative multicentrique a été réalisé auprès des sages-femmes diplômées en 2019 d'une des 4 écoles d'Ile-De-France, à l'aide d'un questionnaire en ligne. Nous avons obtenu 91 réponses, soit un taux de participation de 50,3%.

Résultats : Nous avons pu noter qu'environ 2/3 des sages-femmes semblait suffisamment à l'aise à l'issu de la formation initiale pour pratiquer le suivi gynécologique de prévention et de contraception. Cependant, le manque de pratique représente un frein à une totale satisfaction des sages-femmes face à leurs études et à leur formation initiale en gynécologie. Cette insuffisance de pratique a été souligné chez la majorité de nos répondants. Également, à la sortie de l'école, 86,8% des sages-femmes de notre étude se sont dirigés vers le secteur hospitalier, contre 82,4% un an après. Elles sont une majorité à travailler en salle de naissance, à raison de 79%, et en suites de couches à 55%. Malgré tout, les consultations de gynécologie sont peu accessibles aux sages-femmes hospitalières. L'activité principale retrouvée est obstétricale.

Conclusion : Ainsi, les connaissances globales en gynécologie à travers les apports théoriques dispensés dans la formation initiale, sont évaluées plutôt favorablement mais il semblerait qu'il y ait tout de même des lacunes et des manques d'approfondissement.
Le manque de pratique durant la formation initiale est ce qui ressort le plus de notre étude, ainsi qu'un accès limité à la pratique de la gynécologie de prévention en secteur hospitalier, où la majorité des jeunes diplômés exercent.

Mots clés : sage-femme, formation initiale, suivi de prévention, contraception, gynécologie de prévention

Introduction: Midwives' skills grow over the years, mainly in gynecology. As first specialists of woman physiology, they can support them throughout different life stages, even outside of pregnancy periods. As per the midwives' skill widening and the profession's diversity, we asked ourselves if midwives were sufficiently trained during their studies to handle preventive gynecologic follow-up and contraceptive consultations and the impact of the initial training regarding those practices.

Methodology: We carried out a multicenter quantitative study among midwives who graduated in 2019 from one of the four schools located in the Ile-de-France area (France) via an online survey. We collected 91 answers, which account for a response rate of 50.3%.

Results: We have noticed that 2/3 of midwives felt at ease handling preventive gynecologic and contraceptive follow-ups after their initial training. However, the lack of practice represents a drag on midwives' satisfaction during their studies and gynecology initial training. Most respondents highlighted that practice shortfall. At the end of their training, 86.8% of midwives in our study chose the hospital sector, against 82.4% a year after. The vast majority is working in the delivery room, at a rate of 79%, and in postpartum, at 55%. Despite that, gynaecologic consultations remain less accessible to midwives working at the hospital. The main observed activity is obstetric.

Conclusion: Finally, global gynecologic knowledge learned during the initial training's theoretical courses is recognized mostly favorably, even though some gaps and deficiencies of more in-depth development are also mentioned. The lack of practice during initial training remains the most critical outcome of our study, as well as limited access to gynecologic practice in the hospital sector, where most young graduates start to practice.

***Keywords*:** midwives, initial training, preventive follow-up, contraception, preventive gynecology