

UNIVERSITE DE NANTES

ECOLE DE SAGES-FEMMES

UFR DE MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Années universitaires 2017-2021

Suivi gynécologique de prévention et de contraception :
Etat des lieux auprès des sages-femmes
des Pays-de-la-Loire en 2020

Mémoire présenté et soutenu par

Marie MELLERIN

Née le 7 Février 1997

Directeur de mémoire : Madame Gwénola SAUVAGE, Sage-femme

REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes remerciements aux personnes sans qui la réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible :

A mesdames SAUVAGE Gwénola, directrice de mémoire, et LE GUILLANTON Nathalie, sage-femme enseignante, pour leur intérêt, leurs conseils, et le temps apporté à la réalisation de ce mémoire.

Aux cinq conseils départementaux de l'Ordre des sages-femmes des Pays-de-la-Loire, m'ayant facilité la diffusion de cette étude.

A toutes les sages-femmes ayant pris le temps de répondre à ce questionnaire, et aux établissements de santé publics et privés des Pays-de-la-Loire ayant répondu à mes appels et mails.

A l'ensemble de la promotion 2017-2021, pour les très bons moments passés ensemble.

A toute ma famille, mes amies, mes proches, et tout particulièrement à ma sœur, mes parents, et ma grand-mère, qui ont été moteur de motivation durant ces six années d'études, et pour leur soutien et encouragement.

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.....	1
2. MATERIELS ET METHODES	3
2.1. Type d'étude	3
2.2. Population étudiée	3
2.3. Modalités de recueil des données	4
2.4. Méthodologie d'analyse utilisée	4
3. RESULTATS.....	5
3.1. Profil des sages-femmes (N=267)	5
3.1.2. <i>Lieu d'exercice</i>	5
3.1.3. <i>Mode(s) d'exercice et secteur(s) d'activité</i>	5
3.1.4. <i>Année de diplôme</i>	8
3.2. Non exercice des consultations de notre population générale (n=139)	8
3.2.1. <i>Les raisons</i>	8
3.2.2. <i>A la question « Si vous exercez en libéral et que vous ne pratiquez pas de suivi gynécologique de prévention et/ou de contraception, vers qui redirigez-vous les patientes auxquelles vous refusez le suivi gynécologique ou de contraception ? »</i>	10
3.3. Exercice des consultations de notre population générale (n=128)	11
3.3.1. <i>La formation</i>	11
3.3.2. <i>Diplômé(e)s avant 2013 (n=99)</i>	13
3.4. Exercice de consultations gynécologiques de prévention et de contraception quelle que soit l'année de diplôme (n=128)	14
3.4.1. <i>Nombre de consultations par mois</i>	14
3.4.2. <i>Motif(s) de consultations</i>	14
3.4.3. <i>Moyens de contraception</i>	15
3.4.4. <i>Frottis Cervico-Utérin</i>	17
3.4.5. <i>Examen sénologique</i>	17
3.4.6. <i>Echographie gynécologique de surveillance et de dépistage</i>	18
3.4.7. <i>Difficulté(s) rencontrée(s)</i>	18
3.4.8. <i>Sentiment d'intégration des compétences au métier de sage-femme</i>	19
3.5. Collaboration avec les médecins généralistes et les gynécologues	20
4. DISCUSSION	22
4.1. Caractéristiques de la population.....	22
4.2. Exercice des consultations.....	22
4.3. La Formation	23
4.3.1. <i>La formation initiale</i>	23
4.3.2. <i>La formation continue</i>	24

4.3.3.	<i>Diplômées avant 2013</i>	25
4.3.4.	<i>Diplômées à partir de 2013</i>	26
4.4.	Caractéristiques des consultations	27
4.5.	Collaboration avec les médecins et gynécologues	29
4.6.	Non exercice des consultations.....	33
4.6.1.	<i>Activité libérale</i>	33
4.6.2.	<i>Secteur public</i>	34
4.6.3.	<i>Secteur privé</i>	34
4.7.	Sentiment des sages-femmes suite à l'acquisition de ces nouvelles compétences....	35
4.8.	Limites et biais de l'étude.....	37
5.	CONCLUSION	38

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

GLOSSAIRE

AMP : Aide Médicale à la Procréation

AINS : Anti Inflammatoires Non Stéroïdiens

CAT : Conduite à tenir

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

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

CNSF : Collège National des Sages-femmes de France

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

DE : Diplôme d'Etat

DFGSM : Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DU : Diplôme Universitaire

FCU : Frottis Cervico-Utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoire

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IU : Inter-Universitaire

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé

PEC : Prise En Charge

PMI : Protection Maternelle Infantile

PDL : Pays-de-la-Loire

THS : Traitement Hormonal Substitutif

1. INTRODUCTION

La profession de sage-femme a connu de nombreuses évolutions. Au Moyen-âge, les sages-femmes étaient nommées « ventrières », puis « matrones » au XIV^e siècle, désignant les femmes qui assistaient les futures mères lors de leurs accouchements. Durant ces périodes et pendant des siècles, aucune formation n'était mise en place, « l'art d'accoucher » se transmettait uniquement de génération en génération. La naissance est ensuite devenue un enjeu social, permettant le développement d'un apprentissage théorique et clinique. Les sages-femmes vont progressivement acquérir, en plus de leurs qualités « d'accoucheuses », des connaissances notamment en gynécologie grâce à un enseignement reconnu [1]. Parallèlement à leurs compétences pré, per et post-natales, elles ont un rôle essentiel auprès des femmes pour leur santé génésique.

D'abord autorisées en 2004 à prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, au cours de l'examen post-natal et après une IVG [2], les sages-femmes ont vu étendre leurs compétences avec la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) du 21 Juillet 2009. Cette loi a été promulguée dans le but de « définir une nouvelle organisation sanitaire et médico-sociale visant à mettre en place une offre de soins graduée, accessible à tous et satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé » [3] [4]. Grâce à cette loi, les sages-femmes peuvent désormais assurer des consultations en matière de gynécologie préventive et de contraception auprès des femmes en bonne santé tout au long de leur vie. Elles peuvent pratiquer en toute autonomie l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de situations pathologiques. Elles peuvent informer sur les différentes méthodes contraceptives, en faire la prescription, et assurer la pose, la surveillance, et le retrait en fonction du type de contraception. En cas de pathologie, la sage-femme devra diriger la patiente vers un médecin généraliste ou un gynécologue [5].

Toutefois, malgré l'acquisition de ces compétences depuis onze ans, des questionnements persistent quant à leur application. La difficulté est parfois de déterminer la limite entre la physiologie et la pathologie, nécessitant une collaboration avec les médecins pour une prise en charge optimale des patientes.

Ce versant du métier est aussi méconnu du grand public, constatation que j'ai pu faire en questionnant mon entourage, et qui se confirme avec le mémoire de fin d'études de

Camille DELEPAU, sage-femme diplômée de 2016 [6]. Beaucoup de femmes ignorent encore la possibilité de consulter une sage-femme pour leur suivi gynécologique, alors que certaines peinent à obtenir un rendez-vous rapidement chez un gynécologue, les dissuadant parfois de consulter, au dépend d'un suivi gynécologique régulier. En effet, le nombre de gynécologues médicaux a diminué d'environ 40% de 2007 à 2017 [7].

L'objectif de ce mémoire est de savoir si, en Pays-de-la-Loire, les compétences en matière de gynécologie de prévention et de contraception, qui ont été attribuées depuis onze ans aux sages-femmes, font partie intégrante du métier. Pour cela, nous avons étudié la formation des sages-femmes, le déroulement des consultations, ainsi que les difficultés et freins qu'elles rencontrent dans cette pratique. Nous nous sommes également intéressées à l'opinion et aux raisons pour lesquelles certaines sages-femmes n'ont pas développé cette activité. Cette étude a été établie dans le but d'essayer de répondre aux difficultés rencontrées, d'aider les futures sages-femmes à comprendre comment appliquer leurs connaissances en matière de gynécologie et les intégrer à leur pratique, et ainsi améliorer la prise en charge des patientes en répondant à leurs besoins de santé gynécologique.

Nous expliquerons d'abord la méthode utilisée pour la réalisation de l'étude, en exposerons les résultats, puis nous discuterons au sujet des réponses afin de répondre à notre objectif.

2. MATERIELS ET METHODES

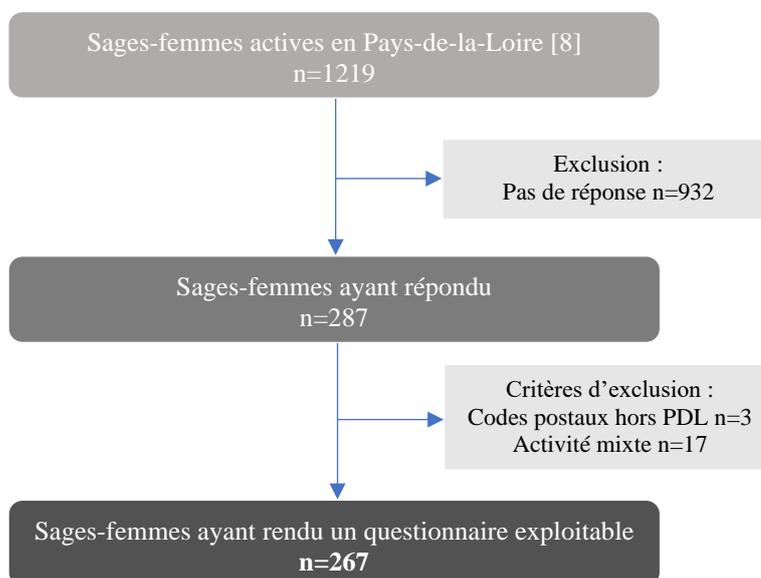
2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive et transversale. Elle a été réalisée à partir d'un questionnaire anonyme rédigé sur Google Forms. Nous avons d'abord transmis ce questionnaire par mail aux cinq conseils départementaux de l'Ordre des sages-femmes de la région Pays-de-la-Loire, qui l'ont ensuite transmis aux sages-femmes inscrites, et ce sur la période du 23 juin 2020 au 15 octobre 2020.

2.2. Population étudiée

La population étudiée était les sages-femmes des Pays-de-la-Loire exerçant en libéral, dans les maternités privées et publiques, dans les Centres de Planification et d'Education Familiale, et à la Protection Maternelle et Infantile. Le questionnaire s'adressait aux sages-femmes effectuant et n'effectuant pas de suivi gynécologique.

La sélection de la population s'est faite selon le schéma suivant :



Nous avons fait le choix d'exclure les sages-femmes ayant une activité mixte (n=17), ne pouvant pas déterminer le mode d'activité auquel elles faisaient référence dans leurs réponses.

2.3. Modalités de recueil des données

Le questionnaire a été rédigé sur Google Forms (Annexe I). Nous avons d'abord interrogé les sages-femmes sur leur profil, puis deux questionnaires différents étaient proposés selon l'exercice ou non des compétences en matière de gynécologie de prévention et de contraception par les sages-femmes participantes.

Le premier questionnaire A s'adressait aux sages-femmes n'exerçant pas ces compétences. Le temps estimé pour y répondre était de cinq minutes.

Le deuxième questionnaire B s'adressait aux sages-femmes exerçant ces compétences. Le temps estimé pour y répondre était de quinze minutes.

Les grandes parties traitées étaient :

- Le mode de formation
- La qualification et la quantification des actes effectués
- Les difficultés rencontrées
- La collaboration avec les médecins généralistes et les gynécologues

2.4. Méthodologie d'analyse utilisée

Une fois reçues, les réponses ont été automatiquement saisies dans un tableur Excel de façon à être analysées. Les tests statistiques ont été faits sur le site « Biostat-TGV ». Le test du Chi² a été utilisé. Une p-value <0,05 indique une différence significative pour nos résultats.

3. RESULTATS

Nous avons un effectif de 267 sages-femmes (263 femmes et 4 hommes). Dans cet échantillon, **47,9% (n=128) des sages-femmes pratiquent des consultations de suivi gynécologique de prévention et de contraception.**

3.1. Profil des sages-femmes (N=267)

3.1.1. Age

<25 ans	25 à 35 ans	36 à 45 ans	46 à 55 ans	>55 ans
2,6% (n=7)	32,6% (n=87)	28,8% (n=77)	26,6% (n=71)	9,4% (n=25)

Tableau 1 : Répartition des sages-femmes selon leur âge

3.1.2. Lieu d'exercice

Loire-Atlantique	Vendée	Maine-et-Loire	Sarthe	Mayenne
40,8% (n=109)	25,8% (n=69)	22,1% (n=59)	10,9% (n=29)	0,4% (n=1)

Tableau 2 : Répartition des sages-femmes selon leur département d'exercice

50,2% (n=134) de notre population travaillent en milieu urbain ; 29,6% (n=79) en milieu semi-urbain ; et 20,2% (n=54) en milieu rural.

3.1.3. Mode(s) d'exercice et secteur(s) d'activité

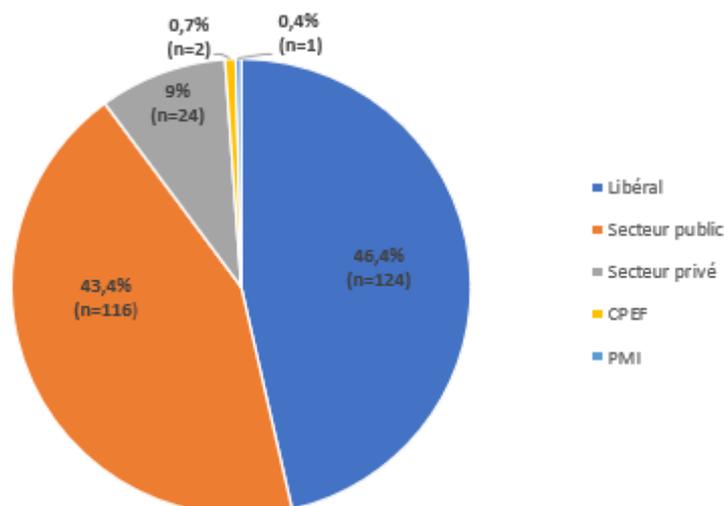


Figure 1 : Répartition des sages-femmes selon le mode d'exercice (n=267)

	Libéral (n=124)	Secteur privé (n=24)	Secteur public (n=116)	CPEF (n=2)	PMI (n=1)
Suivi de grossesse	95,5% (n=118)	16,7% (n=4)	56,9% (n=66)	0%	100% (n=1)
Préparation à la Naissance et à la Parentalité	94,4% (n=117)	0%	20,7% (n=24)	0%	100% (n=1)
Suivi de Grossesse pathologique ou Grossesse à haut risque	79% (n=98)	62,5% (n=15)	69% (n=80)	0%	0%
Echographies	4,8% (n=6)	0%	11,2% (n=13)	0%	0%
Accouchements	4,8% (n=6)	95,8% (n=23)	87,9% (n=102)	0%	0%
Suites de couches	37,9% (n=47)	83,3% (n=20)	89,7% (n=104)	0%	0%
Suivi post natal	96% (n=119)	4,2% (n=1)	19,8% (n=23)	0%	0%
Rééducation périnéale	89,5% (n=111)	0%	2,6% (n=3)	0%	0%
Suivi gynécologique de prévention	86,3% (n=107)	0%	16,4% (n=19)	100% (n=2)	0%
Consultation de contraception	84,7% (n=105)	0%	17,2% (n=20)	100% (n=2)	0%
IVG médicale en ambulatoire	4,8% (n=6)	4,2% (n=1)	8,6% (n=10)	50% (n=1)	0%
Aide Médicale à la Procréation	0,8% (n=1)	4,2% (n=1)	0,9% (n=1)	0%	0%
Consultation d'éducation à la vie sexuelle et affective	41,1% (n=51)	0%	4,3% (n=5)	100% (n=2)	0%

Tableau 3 : Pratiques des sages-femmes selon le mode d'exercice

Il semble que certaines sages-femmes se soient trompées au moment de cocher leur(s) secteur(s) d'activité, ce qui explique les différences entre les chiffres du tableau 3 et ceux que l'on exposera par la suite. Pour illustrer notre propos ; une sage-femme a par exemple coché les actes « consultation de contraception » et « suivi gynécologique de prévention » dans un premier temps, puis a coché « Non » à la question suivante « Pratiquez-vous des consultations de suivi gynécologique de prévention et contraception ? » (Annexe I). Sa réponse est contradictoire et ininterprétable. Nous ne tiendrons donc pas compte des pourcentages du tableau 3 pour l'analyse des résultats.

Il est tout de même observé dans le tableau 3 que trois sages-femmes ont fait une différence entre l'acte « suivi gynécologique de prévention » et l'acte « consultation de contraception ».

Nous retiendrons un effectif de 128 sages-femmes pratiquant les consultations de gynécologie de prévention et de contraception, ayant eu accès au questionnaire B (Annexe I).

	Pratiquent les consultations (n=128)	Ne pratiquent pas les consultations (n=139)
Libéral (n=124)	85,5% (n=106)	14,5% (n=18)
Secteur public (n=116)	17,2% (n=20)	82,8% (n=96)
Secteur privé (n=24)	0%	100% (n=24)
CPEF (n=2)	100% (n=2)	0%
PMI (n=1)	0%	100% (n=1)

Tableau 4 : Répartition des sages-femmes selon le mode d'exercice pratiquant ou non les consultations de gynécologie de prévention et de contraception

Le nombre de sages-femmes exerçant en PMI étant trop faible, nous n'en tiendrons pas compte lors de l'analyse des résultats.

Nous avons fait le choix de ne pas considérer l'exercice en CPEF comme faisant partie d'un exercice en secteur public compte tenu de l'objectif pour lequel ont été créés les CPEF. Il paraît en effet évident que les sages-femmes exerçant dans ces structures pratiquent des consultations de gynécologie de prévention et de contraception.

Seuls les exercices en libéral et en secteur public sont comparés dans les tableaux 5 et 6, puisque ce sont les deux seuls modes d'exercice retrouvés à la fois chez les sages-femmes pratiquant et ne pratiquant pas ces consultations.

Pratiquent ou non les consultations	Effectif en % (nombre)	Mode d'exercice		P-value
		Libéral (n=124)	Secteur public (n=116)	
<i>Oui</i>	52,5% (n=126)	84,1% (n=106)	15,9% (n=20)	p=3,7x10 ⁻²⁶
<i>Non</i>	47,5% (n=114)	15,8% (n=18)	84,2% (n=96)	

Tableau 5 : Répartition des sages-femmes exerçant ou non les consultations selon le mode d'exercice

Les sages-femmes libérales exercent plus ces compétences en consultations de gynécologie de prévention, avec une différence significative (p-value <0,05).

3.1.4. Année de diplôme

Nous avons décidé de répartir les sages-femmes en deux groupes : celles ayant obtenu le Diplôme d'Etat de sage-femme avant 2013, et celles diplômées à partir de 2013. En effet, suite à la loi HPST datant de 2009, les premières étudiantes à avoir bénéficié de la formation gynécologique sur quatre années à l'issue de l'attribution de nouvelles compétences gynécologiques sont donc celles diplômées à partir de 2013.

	Effectif en % (nombre)	Année de diplôme		P-value
		< 2013 (n=180)	A partir de 2013 (n=60)	
Pratiquent ou non les consultations	N=240			
Oui	52,5% (n=126)	53,9% (n=97)	48,3% (n=29)	p=0,46
Non	47,5% (n=114)	46,1% (n=83)	51,6% (n=31)	

Tableau 6 : Répartition des sages-femmes exerçant ou non les consultations selon leur année de diplôme

Il n'existe pas de différence significative entre l'année de diplôme et le fait de pratiquer ou non les consultations gynécologiques de prévention et de contraception.

3.2. Non exercice des consultations de notre population générale (n=139)

139 sages-femmes, soit 52,1% ont répondu ne pas pratiquer de consultation de suivi gynécologique de prévention et de contraception. Ces sages-femmes ont eu accès au questionnaire A.

3.2.1. Les raisons

Différentes raisons expliquent le fait de ne pas exercer ces compétences. Les premières concernant la **formation** sont citées dans le tableau suivant (plusieurs réponses étaient possibles) :

	Libéral (n=18)	Secteur public (n=96)	Secteur privé (n=24)	PMI (n=1)	Ensemble des sages- femmes (n=139)
Manque de connaissances et de formation	55,6% (n=10)	31,3% (n=30)	3,7% (n=2)	0%	30.2% (n=42)
Manque de temps pour se former	50% (n=9)	6,25% (n=6)	0%	0%	10,8% (n=15)
Trop de formations complémentaires	27,8% (n=5)	6,25% (n=6)	0%	0%	7,9% (n=11)
Coût de la formation	33,3% (n=6)	4,2% (n=4)	0%	0%	7,2% (n=10)
Manque de lieu de formation à proximité	38,9% (n=7)	1% (n=1)	0%	0%	5,8% (n=8)

Tableau 7 : Représentation des sages-femmes en fonction des raisons de leur non exercice des consultations

Ces compétences n'intéressent pas les sages-femmes pour 15,1% (n=21) d'entre elles, dont 8 sages-femmes libérales toutes diplômées avant 2013, soit 44,4% des sages-femmes libérales (n=18).

33,1% (n=46) préfèrent **favoriser la pratique obstétricale**, dont 8 sages-femmes libérales toutes diplômées avant 2013, soit 44,4% des sages-femmes libérales (n=18), et 34 sages-femmes du secteur public, soit 35,4% des sages-femmes du secteur public (n=96).

L'établissement ne propose pas ces consultations pour 20,9% (n=29) d'entre elles. Cela concerne 15,6% (n=15) des sages-femmes du secteur public (n=96), et 54,2% (n=13) des sages-femmes du secteur privé (n=24).

Cette activité n'est pas proposée aux sages-femmes dans 13,7% (n=19) des cas. Cela concerne 7,3% (n=7) sages-femmes du secteur public et 50% (n=12) des sages-femmes du secteur privé.

Le **coût du matériel** ne représente un frein à l'exercice de ces consultations que pour les sages-femmes libérales, pour 33,3% (n=6) d'entre elles.

Le reste des réponses à la question « Si vous ne pratiquez pas de suivi gynécologique de prévention et/ou de contraception, quelles en sont les raisons ? » est mentionné dans l'annexe II.

3.2.1.1. *Emploi du temps trop chargé*

9,4% (n=13) de sages-femmes estiment avoir un emploi du temps trop chargé ne leur permettant pas d'effectuer ces consultations.

Cela concerne 6 (33,3%) des 18 sages-femmes libérales et 6 (6,3%) des 96 sages-femmes du secteur public. C'est le cas également pour une sage-femme du secteur privé.

- Zone surdotée¹
- Zone très dotée¹
- Zone intermédiaire¹

	La Roche-sur-Yon	Nantes	Angers	Saint Herblain	Saint Nazaire	La Chapelle-sur-Erdre
Urbain	1	1	1	1	1	0
Semi-urbain	0	0	0	0	0	1

Tableau 8 : Nombre de sages-femmes libérales ayant un emploi du temps trop chargé selon la ville et le milieu où elles exercent

4 sages-femmes libérales estimant avoir un emploi du temps trop chargé travaillent en zone surdotée ou très dotée, et 2 sages-femmes en zone intermédiaire.

3.2.2. *A la question « Si vous exercez en libéral et que vous ne pratiquez pas de suivi gynécologique de prévention et/ou de contraception, vers qui redirigez-vous les patientes auxquelles vous refusez le suivi gynécologique ou de contraception ? »*

Cette question était à choix multiples, ceci ne nous permettant pas d'analyser les réponses comme nous l'aurions voulu au vu des propositions (Annexe I). Nous avons tout de

¹ : Zonage issu de l'arrêté du 23 octobre 2020 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles l'offre est particulièrement élevée concernant la profession de sage-femme, conformément à l'article L1434-4 du code de la santé publique [9]

même constaté que la quasi-totalité des sages-femmes a coché plusieurs choix ce qui montre que ces dernières ne redirigent pas vers un seul professionnel en particulier.

3.3. Exercice des consultations de notre population générale (n=128)

Seules les sages-femmes ayant répondu « Oui » à la question « Pratiquez-vous des consultations de suivi gynécologique de prévention et contraception ? » ont eu accès à ce questionnaire B (Annexe I). 128 sages-femmes de notre étude, soit 47,9%, pratiquent ces consultations.

77,3% (n=99) des sages-femmes ont été diplômées avant 2013. 99% (n=98) ont trouvé des modifications à leur pratique suite à l'attribution de ces nouvelles compétences.

22,7% (n=29) ont donc bénéficié de la formation gynécologique sur quatre années à l'école de sages-femmes à l'issue de la loi HPST.

3.3.1. *La formation*

Toutes les sages-femmes diplômées avant 2013 (n=99) ont réalisé une formation supplémentaire pour exercer des consultations gynécologiques de prévention et de contraception.

Concernant les sages-femmes diplômées à partir de 2013 (n=29), nous leur avons demandé si la formation à l'école de sages-femmes leur a semblé suffisante pour assurer le suivi gynécologique de prévention et de contraception de leurs patientes. 24,1% (n=7) ont répondu « Oui, totalement » ; 62,1% (n=18) ont répondu « Oui, en partie » ; et 13,8% (n=4) ont répondu « Non ». 75,9% (n=22) estiment donc que la seule formation à l'école de sages-femmes ne leur a pas semblé suffisante pour assurer le suivi gynécologique de prévention et de contraception de leur patiente.

La figure 2 représente les éléments sur lesquels ces 22 sages-femmes sentaient le besoin de renforcer leur formation (plusieurs choix étaient possibles).

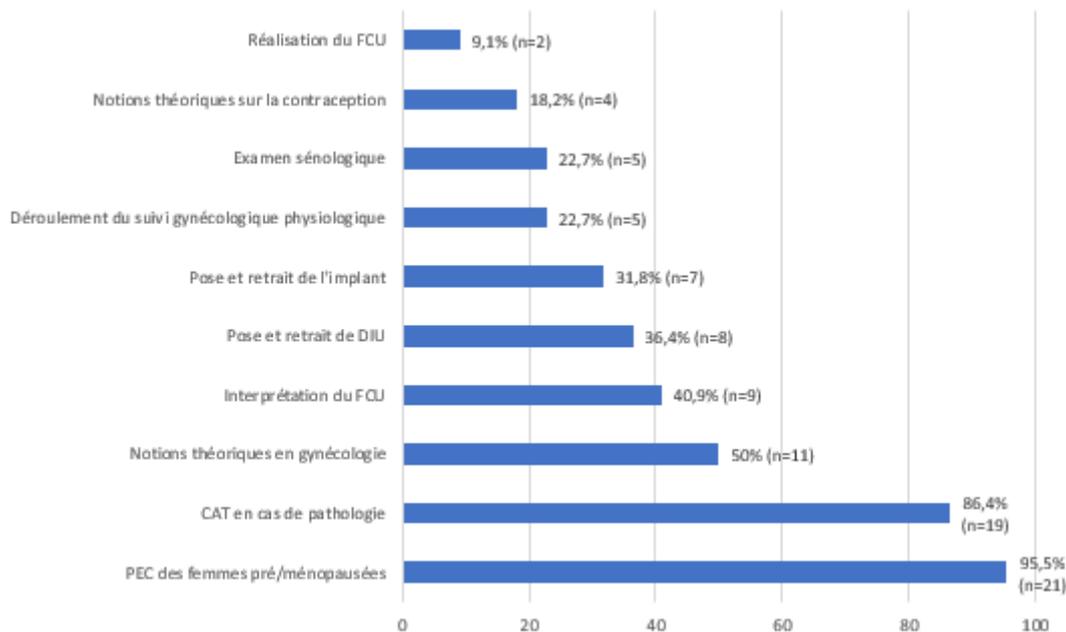


Figure 2 : Sur quel(s) élément(s) sentiez-vous le besoin de renforcer votre formation ? (n=22)

Sur ces 22 sages-femmes, 63,6% (n=14) ont effectué une formation supplémentaire à celle reçue à l'école de sages-femmes.

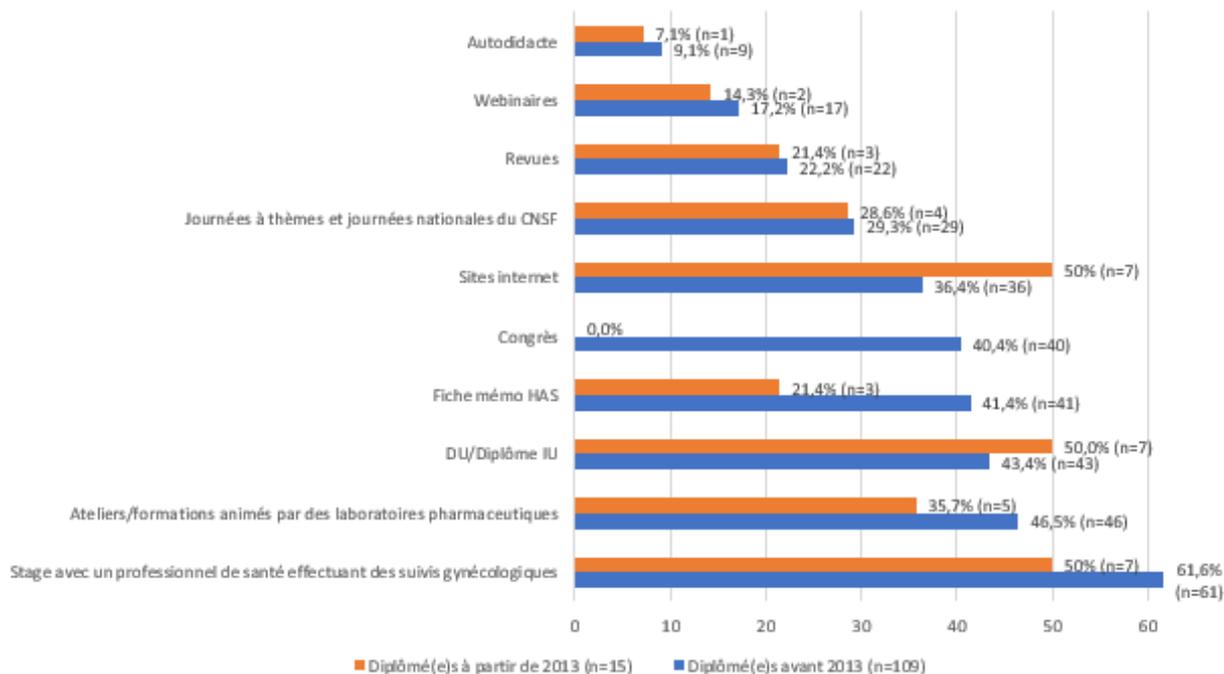


Figure 3 : A quel(s) moyen(s) avez-vous eu recours pour compléter votre formation ou acquérir ces nouvelles compétences ? (Plusieurs choix possibles)

A noter que sur les 50% des sages-femmes utilisant internet, 17 sages-femmes soit 34% ont informé se documenter sur le site web *Formagyn*².

3.3.2. Diplômé(e)s avant 2013 (n=99)

A la question « Vous est-il déjà arrivé avant la loi de 2009 d'exercer ces compétences ? » ; 74,8% (n=74) ont répondu « Non » ; 23,2% (n=23) ont répondu « Oui, certaines compétences » ; 2% (n=2) ont répondu « Oui, toutes les compétences ».

Parmi les 25 sages-femmes ayant répondu « Oui », 80% (n=20) exercent en libéral et 20% (n=5) en secteur public.

5 d'entre elles disent avoir déjà assuré un suivi gynécologique ; 2 salariées du secteur public avaient déjà posé un implant et un stérilet ; 1 sage-femme libérale a déjà posé un implant. 8 sages-femmes ont déjà réalisé des FCU dont 7 libérales alors que ce n'était pas dans leur champ de compétences.

A la question « Si vous faites de la consultation de gynécologie de prévention et de la contraception, dans quelle(s) mesure(s) ces nouvelles compétences ont modifié votre pratique ? », seulement 1 sage-femme n'a pas trouvé de changement à sa pratique après l'attribution des nouvelles compétences n'ayant pas assez de recul compte tenu du commencement de son activité en libéral il y a 3 ans.

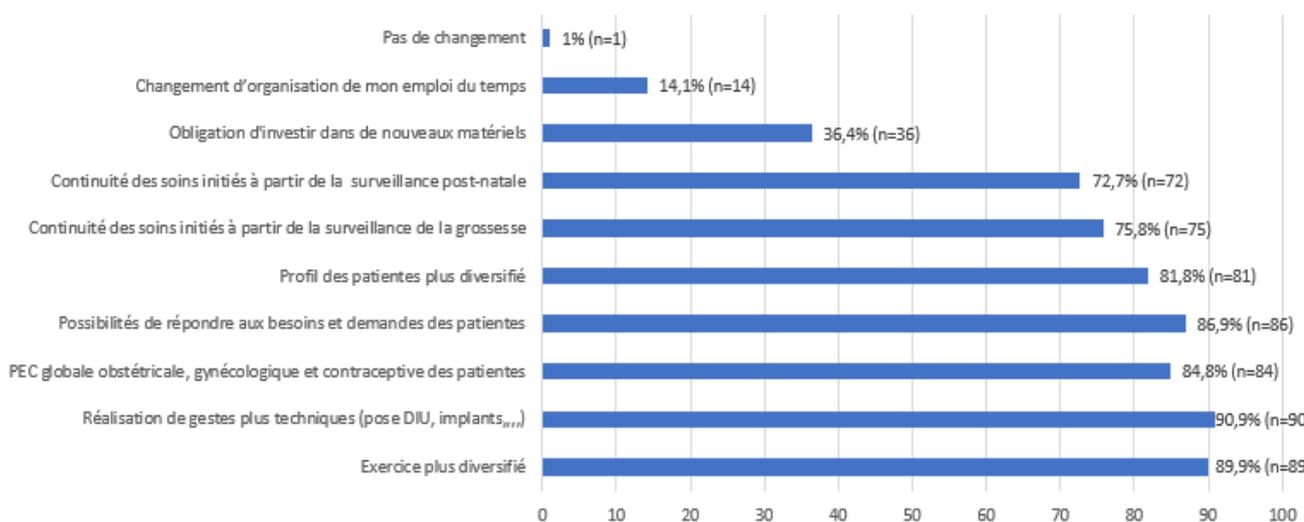


Figure 4 : « Si vous faites de la consultation de gynécologie de prévention et de contraception, dans quelle(s) mesure(s) ces nouvelles compétences ont modifié votre pratique ? »

² *Formagyn* : Association qui a pour objet d'aider à développer à tous les niveaux les compétences des étudiants et des professionnels diplômés ou en formation en matière de gynécologie, d'obstétrique et de santé sexuelle. Elle dispose d'un site internet (*Formagyn.fr*) où l'on trouve des présentations, de la bibliographie, des fiches pratiques et des outils web auxquels on peut accéder en accès libre suite à une adhésion payante [29]

3.4. Exercice de consultations gynécologiques de prévention et de contraception quelle que soit l'année de diplôme (n=128)

3.4.1. *Nombre de consultations par mois*

	Moins de 5	Entre 5 et 20	Entre 20 et 50	Entre 50 à 80	Plus de 80
Consultation(s) de contraception	10,2% (n=13)	60,9% (n=78)	21,1% (n=27)	4,7% (n=6)	3,1% (n=4)
Suivi(s) gynécologique(s) de prévention	10,2% (n=13)	58,6% (n=75)	25,8% (n=33)	2,3% (n=3)	3,1% (n=4)

Tableau 9 : Nombre de consultations par mois

Près d'un tiers des sages-femmes réalisent au moins 20 consultations de gynécologie de prévention et/ou de contraception par mois, ce qui représente au moins 5 consultations par semaine.

3.4.2. *Motif(s) de consultations*

Les principaux motifs pour lesquels les patientes consultent très fréquemment sont (Annexe III) :

- La réalisation du FCU à 71,1% (n=91)
- La pose du DIU à 46,9% (n=60)
- Le suivi gynécologique de prévention hors ménopause à 45,3% (n=58)
- La prescription et le suivi de la contraception orale à 45,3% (n=58)

Les sages-femmes ne sont jamais ou très rarement sollicitées pour des symptomatologies utérines et/ou annexielles, et pour des questions concernant le protocole AMP ou concernant l'IVG (Annexe III).

3.4.3. Moyens de contraception

3.4.3.1. La contraception orale

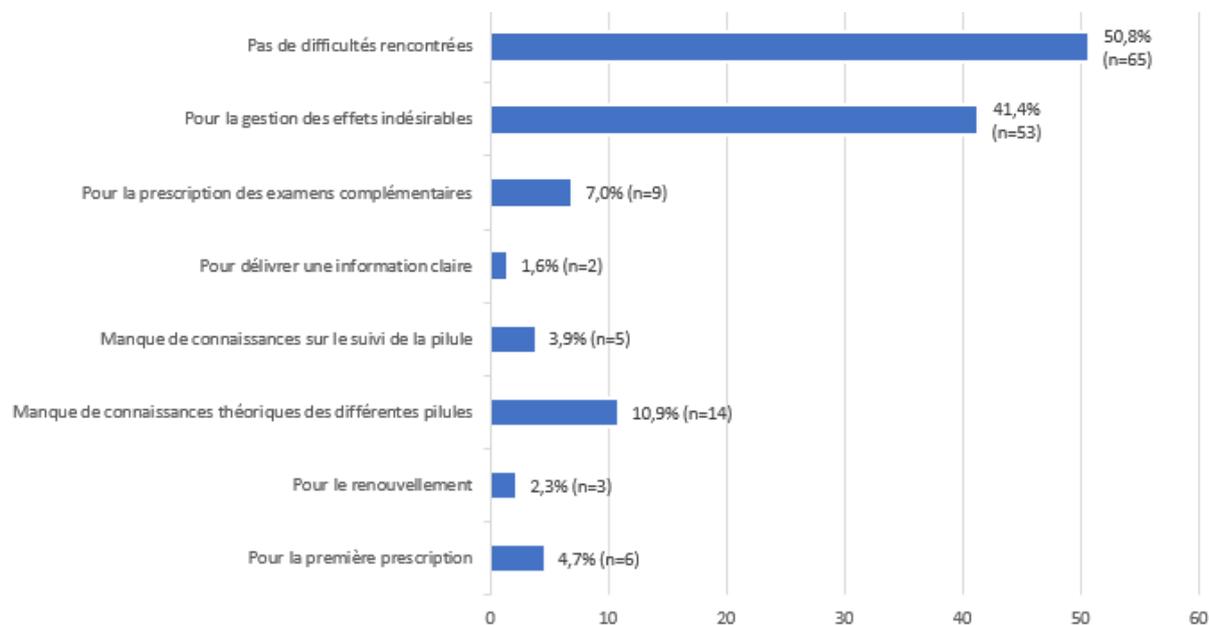


Figure 5 : Répartition des sages-femmes selon les difficultés rencontrées concernant la pilule

Plus de la moitié des sages-femmes ne rencontrent pas de difficulté concernant la pilule.

3.4.3.2. Dispositif intra-utérin et implant

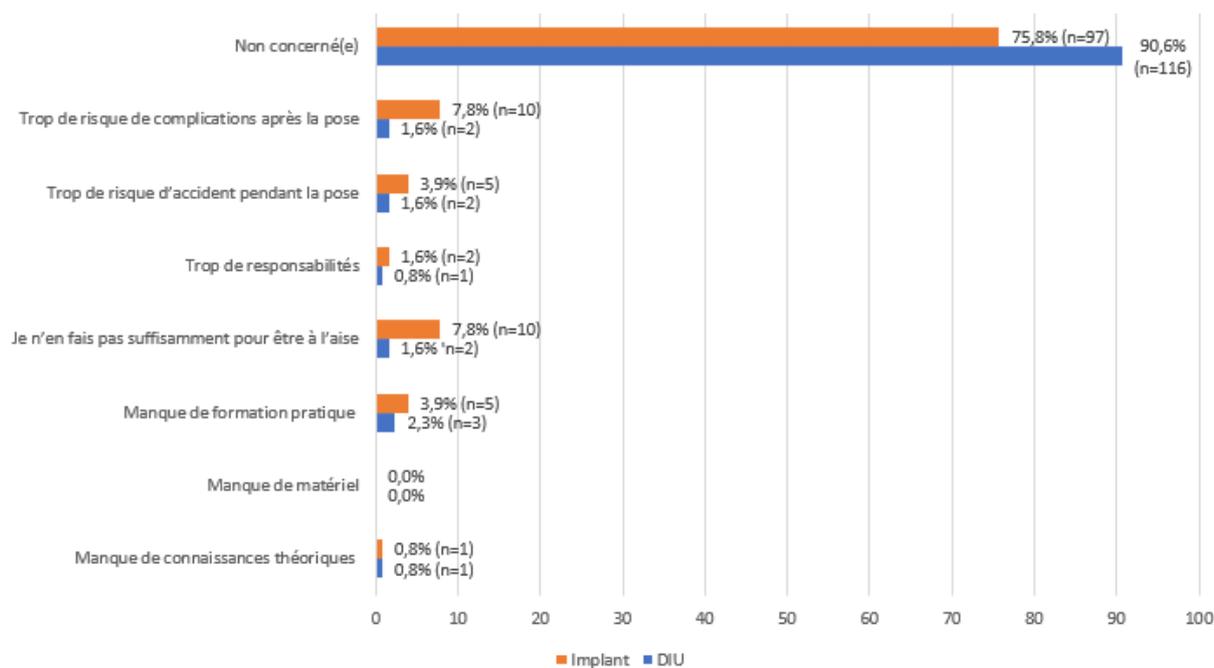


Figure 6 : Si vous ne posez pas de DIU ou d'implant, quelle(s) en est(sont) la(les) raison(s) ? (n=128)

La grande majorité des sages-femmes pose des DIU et des implants : elles font moins de pose d'implant (différence d'environ 15%). Elles expliquent cette différence par la peur de complications après la pose et le fait de ne pas être assez à l'aise puisqu'elles n'en font pas assez souvent. Les difficultés rencontrées concernant ces deux contraceptifs sont plutôt rares. La pose et le retrait sont les deux actes pour lesquels il y a une différence entre les taux de difficultés rencontrées. C'est le retrait de l'implant qui semble poser le plus de problème ; 33,6% (n=43) rencontrent parfois des difficultés pour ce geste, et cela les dissuade parfois d'en faire la pose « *Ne souhaite pas faire le retrait donc ne fait pas la pose* ». Pour le DIU, c'est lors de la pose que les sages-femmes rencontrent parfois des difficultés, pour 28,1% (n=36) (Annexe IV).

Le nombre de sages-femmes qui ne se sentent pas concernées par l'utilisation des DIU et des implants est différent dans la figure 6 et l'annexe IV. Cela peut s'expliquer par le fait que certaines sages-femmes ne prescrivant pas ces deux moyens de contraception ont répondu « jamais » à la question sur les difficultés rencontrées au lieu de « non concerné(e) » (Annexe I).

3.4.3.3. Autres contraceptifs

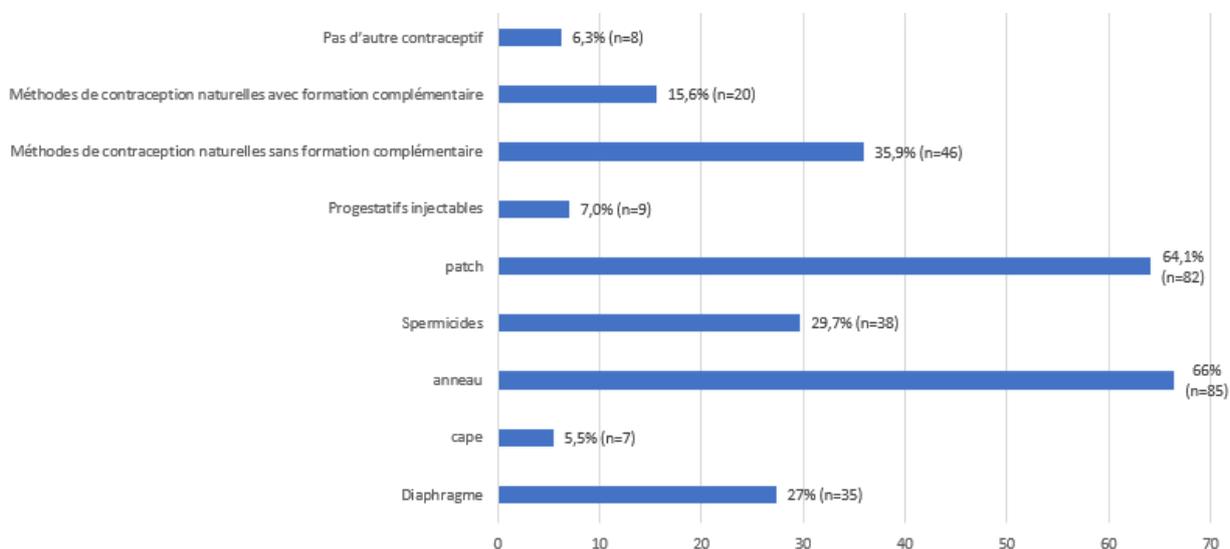


Figure 7 : Prescrivez-vous d'autre(s) contraceptif(s) ? (n=128)

Concernant ces autres contraceptifs, 22,7% (n=29) des sages-femmes ont rencontré des difficultés. C'est l'absence ou l'insuffisance des connaissances qui peut entraîner la difficulté à donner une information claire et objective, notamment pour les méthodes naturelles : « *Manque*

de connaissances sur la mise en œuvre et l'efficacité des méthodes naturelles », « J'adresse les couples vers d'autres praticiens compétents ».

Concernant la cape et le diaphragme, beaucoup d'entre elles soulignent une « utilisation compliquée pour les patientes » : « Il est difficile d'avoir une bonne technique pour former les utilisatrices du diaphragme », « Manque de pratique pour le diaphragme/cape quasi jamais abordés et utilisés par ma patientèle ».

3.4.4. Frottis Cervico-Utérin

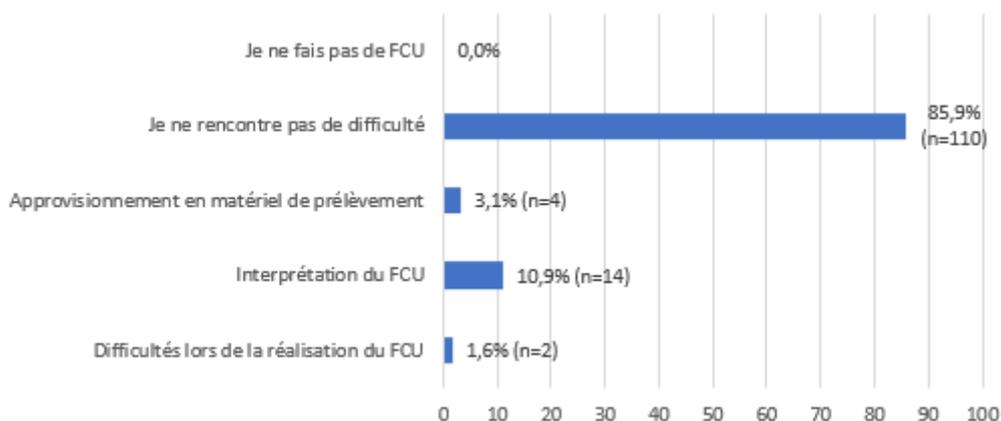


Figure 8 : Concernant les FCU, quelle(s) difficulté(s) rencontrez-vous ?

Toutes les sages-femmes réalisent des FCU. La grande majorité ne rencontre pas de difficulté (86%).

3.4.5. Examen sénologique

25,8% (n=33) des sages-femmes effectuent l'examen sénologique pour tous les suivis de grossesse ; 46,1% (n=59) le font à toutes les consultations de gynécologie ; 51,6% (n=66) le font mais pas à toutes les consultations de gynécologie ; 3,1% (n=4) ne le font pas.

Il était possible de cocher plusieurs réponses. Il est difficile de savoir comment les sages-femmes ont interprété les réponses proposées. En effet, l'examen clinique mammaire est à faire au moins une fois par an par un professionnel [10], il est donc normal de ne pas le faire à chaque consultation si la patiente consulte plusieurs fois dans l'année pour un autre motif.

On notera tout de même que 4 sages-femmes ne le font pas malgré les recommandations.

3.4.6. Echographie gynécologique de surveillance et de dépistage

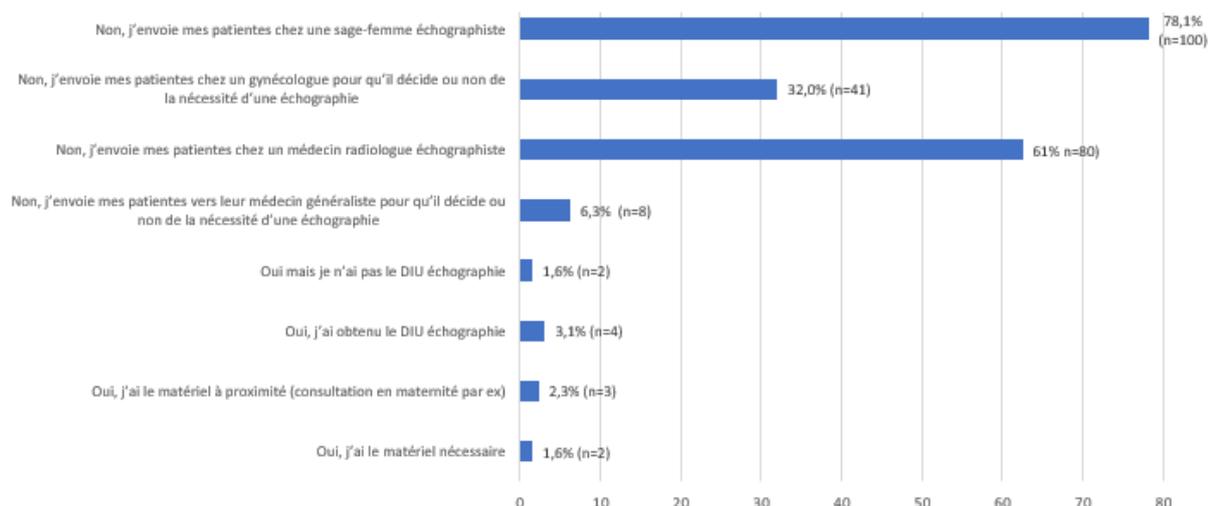


Figure 9 : En cas de doute, avez-vous recours à l'utilisation de l'échographie dans le cadre du suivi gynécologique ? (n=128)

Il était possible ici de cocher plusieurs réponses.

3.4.7. Difficulté(s) rencontrée(s)

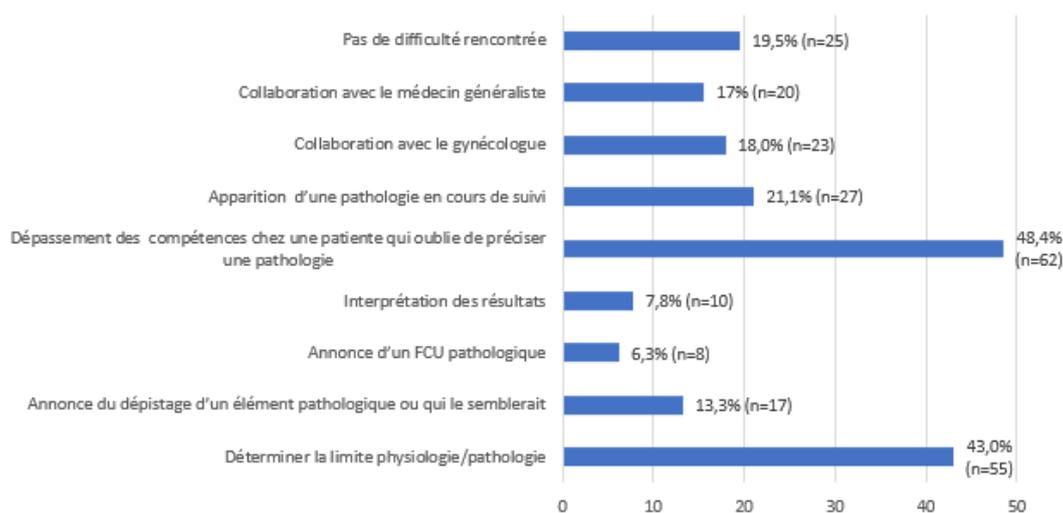


Figure 10 : Les difficultés rencontrées lors du suivi gynécologique (n=128)

Parmi les 25 sages-femmes n'ayant **pas rencontré de difficulté à ce jour**, 24 sages-femmes soit 96% exercent en libéral et 1 exerce en CPEF.

Parmi les sages-femmes rencontrant des **difficultés au niveau de la collaboration** avec les médecins généralistes et/ou les gynécologues (n=31), 29 exercent en libéral, soit 93,5%.

43% ont parfois des difficultés à **déterminer la limite entre la physiologie et la pathologie** : « *Difficulté de diagnostic sur les différentes pathologies de type infections vulvaires ou vaginales (leucorrhées anormales par exemple)* ».

Cela peut parfois aboutir à des **dépassements de compétences** (48,4%), qui concernent 70% (n=14) des sages-femmes salariées du secteur public, et 58% (n=48) des sages-femmes libérales.

Beaucoup de sages-femmes soulignent également des difficultés dues à la **limitation des droits de prescription** pour les sages-femmes : « *Dépistage mais pas de traitement possible donc toujours recours à un médecin* », « *Impossibilité de prescription de certains traitements (ex : vaginose -> flagyl per os)* ».

Concernant le suivi de la ménopause, le fait de ne **pas pouvoir prescrire le traitement hormonal substitutif** complique la prise en charge des femmes ménopausées pour 24,2% (n=31) des sages-femmes. 16,4% (n=21) ne font pas de suivi gynécologique chez les femmes ménopausées.

3.4.8. *Sentiment d'intégration des compétences au métier de sage-femme*

61,7% (n=79) des sages-femmes trouvent que le suivi gynécologique de prévention et de contraception est **pleinement intégré** au métier de sage-femme depuis 12 ans. C'est le cas pour 66% (n=70) des sages-femmes libérales, 40% (n=8) des sages-femmes du public, et 1 des 2 sages-femmes travaillant dans un CPEF.

36,7% (n=47) trouvent qu'il l'est **partiellement**. C'est le cas pour 33% (n=35) des sages-femmes libérales, 55% (n=11) des sages-femmes du public et 1 des 2 sages-femmes travaillant dans un CPEF.

2 sages-femmes trouvent que ce suivi **n'est pas intégré** au métier en justifiant par le fait que « *les femmes ne savent pas qu'on puisse le faire* » pour une sage-femme libérale, et que « *la prévention des cancers féminins est trop légère, les connaissances scientifiques devraient nous permettre d'être bien meilleures* » selon une sage-femme salariée du secteur public.

3.5. Collaboration avec les médecins généralistes et les gynécologues

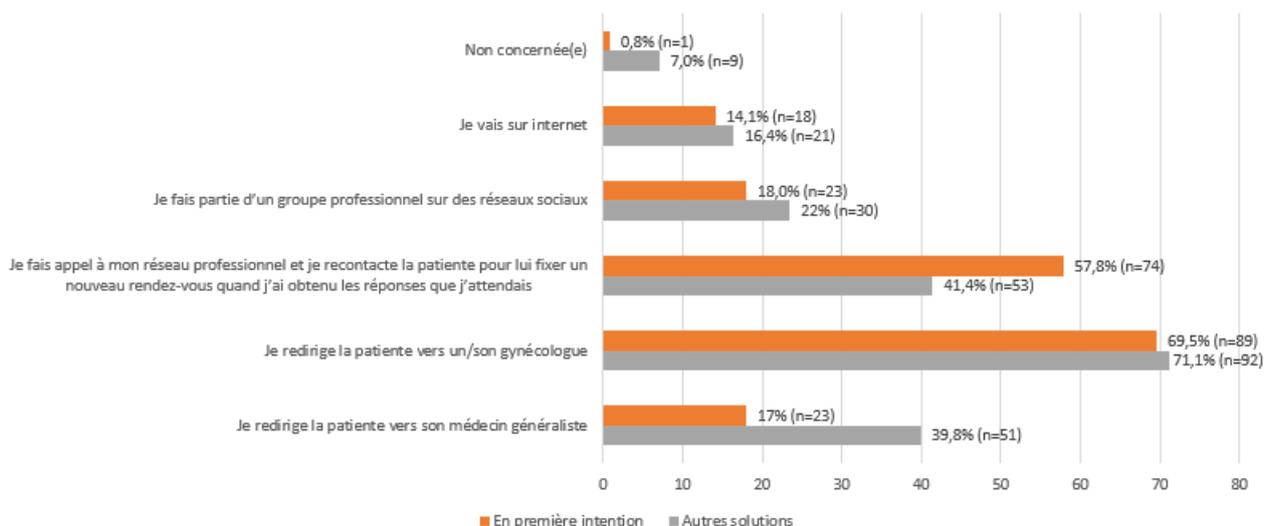


Figure 11 : Si vous avez des situations difficiles à gérer, que faites-vous ? (n=128)

Les deux questions ont été posées à la suite avec la possibilité de cocher plusieurs réponses. Ceci ne nous permet pas de savoir précisément le moyen utilisé en première intention face à une difficulté.

Environ 70% dirigent vers le gynécologue que ce soit en première ou deuxième intention. 58% essaient de se débrouiller par elle-même.

Concernant les sages-femmes salariées, en cas de difficultés, presque 60% sollicitent leur réseau professionnel pour obtenir des réponses avant de rediriger vers un médecin, que ce soit en première ou deuxième intention ; 70% redirigent vers un gynécologue en première intention et 55% en deuxième intention ; 20% redirigent vers le médecin généraliste seulement en deuxième intention.

Concernant les sages-femmes libérales, en cas de difficultés, 63% sollicitent leur réseau professionnel pour obtenir des réponses avant de rediriger vers un médecin en première intention, et 52% en deuxième intention ; environ 74% redirigent vers un gynécologue que ce soit en première ou deuxième intention ; 21% redirigent vers le médecin généraliste en première intention, et 44% en deuxième intention.

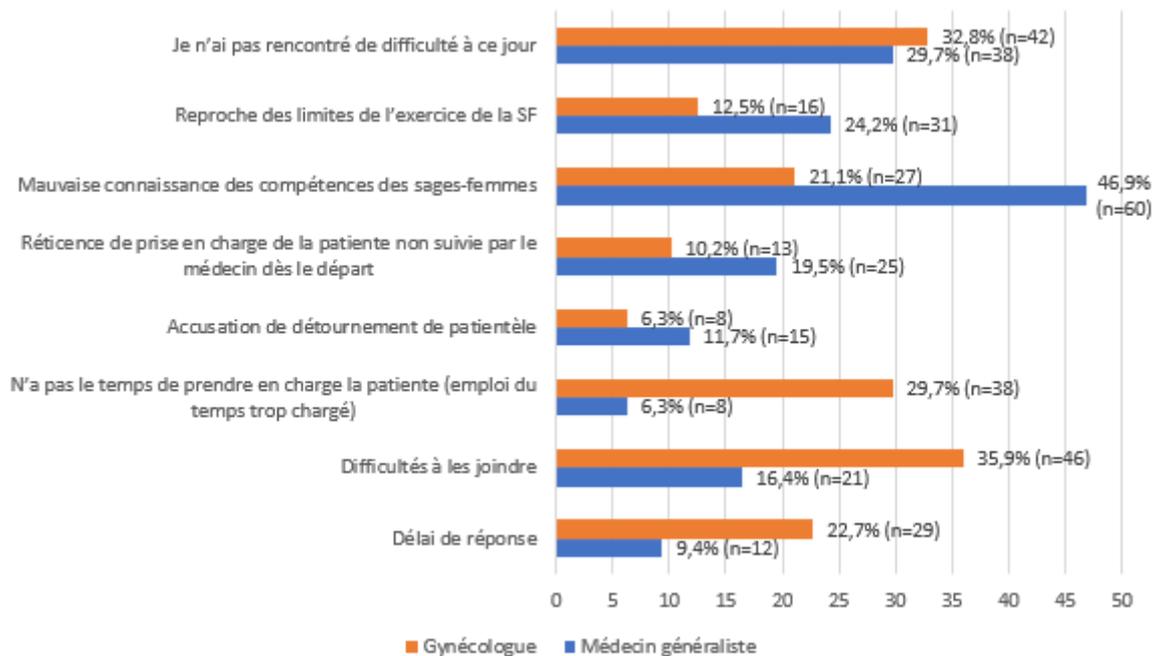


Figure 12 : Concernant la collaboration avec les médecins généralistes ou les gynécologues, quelles sont les difficultés que vous rencontrez ? (n=128)

65% des sages-femmes du secteur public ne rencontrent pas de difficultés contre 31,1% des sages-femmes libérales.

Pour faciliter la collaboration avec les médecins généralistes et les gynécologues, 20,3% (n=26) ont pris contact avec eux par téléphone et 32% (n=41) sont allées les rencontrer à leur cabinet pour se présenter avant leur installation.

55,5% (n=71) appellent directement le médecin généraliste ou gynécologue selon le souhait de la patiente pour prendre rendez-vous. 80,5% (n=103) laissent un courrier à la patiente qu'elle présentera au médecin lors de son prochain rendez-vous.

4. DISCUSSION

4.1. Caractéristiques de la population

Selon les données du CNOSF de 2017 [8], 1433 sages-femmes exercent en Pays-de-la-Loire, dont 1219 actives. La densité de sages-femmes dans la région est comparable à la moyenne de la France [11]. Nous avons recueilli 267 réponses, soit une participation de 22% des sages-femmes actives des Pays de la Loire.

Loire-Atlantique	Vendée	Maine-et-Loire	Sarthe	Mayenne
21,3%	36,1%	19,4%	21,6%	1,3%

Tableau 10 : Taux de participation des sages-femmes dans chaque département [8] (Tableau 2)

Environ 70 % des sages-femmes exercent en tant que salariées dans la région, en hôpital public pour 71%, en établissement privé pour 20%, en PMI pour 7% et en centre de santé ou établissement d'enseignement pour 2%. En 2017, 283 sages-femmes exerçaient en libéral, effectif qui a progressé deux fois plus rapidement que celui des salariés au cours des quinze dernières années, tendance qui va se prolonger dans les années à venir. La densité de sages-femmes libérales est un peu plus importante dans la région que la moyenne nationale [8] [11]. Nous avons obtenu presque le même nombre de réponses de sages-femmes libérales que de sages-femmes salariées, alors que ces dernières sont plus nombreuses (Figure 1).

4.2. Exercice des consultations

Il semble que ce soit les sages-femmes libérales qui aient le plus investi les compétences gynécologiques de prévention et de contraception qui leur ont été attribuées en 2009 (Tableau 5). Cela pourrait expliquer qu'elles soient plus nombreuses à avoir répondu du fait qu'elles se soient senties plus concernées. Le tableau 4 confirme cette hypothèse : 85,5% des sages-femmes libérales pratiquent des consultations gynécologiques de prévention et de contraception contre 17,2% des sages-femmes du secteur public.

Les deux sages-femmes travaillant dans un Centre de Planification et d'Education Familiale réalisent ces consultations ce qui est attendu compte tenu de l'objectif pour lequel ont été créées ces structures.

Aucune sage-femme salariée du secteur privé ne réalise ces consultations.

Près d'un tiers des sages-femmes libérales réalisent au moins 5 consultations par semaine de suivi gynécologique de prévention et de contraception. Cela montre la part croissante de cette activité pour nombre d'entre elles.

La sage-femme libérale a la liberté de choisir son organisation et son activité. La part de son activité gynécologique peut dépendre de sa volonté de consacrer plus ou moins de temps à cet exercice et/ou, dans la majorité des cas, dépend de la demande des femmes : « *Je préfère favoriser l'obstétrique mais je fais le nécessaire pour répondre à la demande gynécologique* ». Un emploi du temps trop chargé peut aussi être un élément influenceur : « *Les demandes des femmes sont importantes et au sein de mon cabinet nous ne pouvons plus prendre de nouvelles patientes* ».

Concernant les sages-femmes salariées du public, nous nous sommes renseignées, auprès des maternités des Pays de la Loire proposant aux sages-femmes la réalisation des consultations de suivi gynécologique et de contraception, sur le temps réservé à cet exercice. Le nombre de consultations dépend soit de la demande des femmes, comme dans un établissement où ces consultations, couplées avec les consultations d'obstétrique, sont réalisées par cinq sages-femmes attribuées à cet effet, soit du temps accordé à cet exercice par l'établissement, tel que dans un autre établissement qui lui consacre trois jours par semaine. Certains hôpitaux publics n'offrent pas la possibilité aux sages-femmes de réaliser les consultations gynécologiques.

4.3. La Formation

4.3.1. *La formation initiale*

L'arrêté du 11 décembre 2001 est venu modifier le décret de 1985 qui a allongé les études de sages-femmes à 4 ans, en divisant ces quatre années en deux cycles : les deux premières années sont centrées sur la physiologie et les deux dernières sur la pathologie. Un premier renforcement de l'enseignement en matière de gynécologie a été établi [12]. En 2009 a été créée la PACES qui a réuni les filières de médecine, dentaire, pharmacie et maïeutique, et qui a permis aux écoles de sages-femmes de rentrer dans un système Licence-Master-Doctorat avec l'obtention du Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques (DFGSM) pour

le grade de Licence, et l'obtention du Diplôme d'Etat (DE) pour le grade Master correspondant au Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Maïeutiques [1]. Suite à cette réforme et à la loi HPST de 2009, l'enseignement en gynécologie pour les étudiants en maïeutique a de nouveau été renforcé. Un nouveau programme a été élaboré par le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, dont les objectifs sont retrouvés dans le bulletin n°30 du 25 août 2011 fixant le régime des études en vue de l'obtention du DFGSM [13], et dans le bulletin n°15 du 11 avril 2013 fixant le régime des études en vue de l'obtention du DE de sage-femme [14]. A la suite de l'arrêté du 11 mars 2013, une nouvelle unité d'enseignement « Gynécologie – santé génésique des femmes et assistance médicale à la procréation » a été créée [15] (Annexe V). Même si ces deux bulletins officiels datent de 2011 et 2013, il semble normal de penser que les écoles ont adapté la formation de l'ensemble des étudiants dès la rentrée 2009 pour leur permettre l'acquisition de ces compétences, d'où notre choix d'étudier les réponses de sages-femmes diplômées avant 2013, et à partir de 2013.

L'apport théorique est complété par des activités de raisonnement clinique et d'apprentissage pratique. Le référentiel métier et compétences des sages-femmes intègre les compétences requises à l'issue de la formation initiale. Huit situations types (non exhaustives) décrivent des situations clés de la pratique clinique de la sage-femme, la septième étant de « Réaliser une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention » (Annexe IV) [14] [16]. Pour exemple, après interrogation d'une sage-femme enseignante d'un CHU intégrant une école de sages-femmes, un stage obligatoire de trois semaines avec un gynécologue ou une sage-femme libérale ayant une activité en gynécologie et en contraception a été instauré dans la formation dispensée dans celle-ci.

4.3.2. *La formation continue*

Compte tenu de l'évolution constante du métier de sage-femme, et de l'actualisation régulière des recommandations, la sage-femme a l'obligation triennale, d'après l'article L4021-1, de justifier son engagement dans une démarche de développement professionnel continu qui « a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques » [17].

Compte tenu de la diversité du métier de sage-femme, et du fait que chaque femme soit différente, il n'est pas possible d'avoir été confronté à toutes les situations à la sortie de l'école, ce qui peut expliquer que certaines sages-femmes nouvellement diplômées ressentent le besoin de compléter leur formation initiale. De plus, chaque école organise comme elle le souhaite

l'application du programme pour la formation [18]. Il faut donc différencier formation théorique et formation clinique. Rien ne nous permet dans notre étude d'évaluer la formation reçue. Était-ce essentiellement un enseignement théorique sous forme de cours magistraux, cas cliniques, enseignements dirigés et travaux pratiques, ou y avait-il aussi des stages cliniques auprès de professionnels réalisant du suivi gynécologique de prévention et des consultations de contraception ?

D'autre part, certaines notions ou certains actes ne sont pas réalisés régulièrement, dépendant de la demande des femmes et toujours de la diversité du métier : « *Je ne pose pas assez d'implant pour être à l'aise* ». Cela prouve l'obligation des professionnels à se former régulièrement pour actualiser leurs connaissances et pratiques. Par ailleurs, nous avons pu noter que les sages-femmes diplômées avant 2013 n'ont pas ou peu bénéficié de formation initiale en santé génésique des femmes et en suivi gynécologique de prévention. Elles se sont toutes formées ultérieurement.

Il existe différentes méthodes mises à disposition dans le cadre de la formation continue (Figure 3).

4.3.3. Diplômées avant 2013

Ne pas avoir bénéficié de la formation, à l'issue de la loi HPST délivrant de nouvelles compétences gynécologiques aux sages-femmes, sur quatre ans complets à l'école de sages-femmes, ne semble pas influencer sur la pratique des consultations gynécologiques (Tableau 6). Ceci peut être expliqué par le fait qu'elles soient le plus représentées dans cette étude. Néanmoins, il semble logique que ces dernières aient toutes réalisé une formation supplémentaire pour les pratiquer.

43,4% des sages-femmes ont effectué un **DU/DIU** pour se former aux nouvelles compétences qui leur ont été attribuées. Cependant, le moyen qu'elles ont le plus utilisé pour se former est le **stage avec un professionnel** de santé à 62,4%. Ce stage leur permettait d'être rapidement opérationnelle pour répondre à la demande des patientes.

9% disent avoir été **autodidactes**. Chacune de ces 9% a, soit participé à un congrès ou un webinaire, soit effectué un stage avec un professionnel formé, mais n'ont pas réalisé de DU pour se former. Elles se sont aidées de **revues**, de sites **internet** tels que *Formagyn* [29], ou encore de **fiches mémo de la HAS**, en s'appuyant sur leur propre expérience.

25% disent avoir déjà exercé certaines compétences (prescription et information sur la contraception) avant que la loi HPST de 2009 autorise pleinement le suivi gynécologique par les sages-femmes. En effet, la loi du 9 août 2004 avait déjà autorisé les sages-femmes à prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, au cours de la visite postnatale (qu'elles peuvent désormais effectuer dans le cadre d'une grossesse et d'un accouchement normaux) et après une interruption volontaire de grossesse [2]. Toutefois, certaines disent avoir posé un implant et un DIU avant la loi HPST. Sur ces 25%, nous pouvons noter que 80% sont des sages-femmes libérales. Ce constat semble curieux et nous aurions pu penser que cela aurait plutôt concerné les sages-femmes hospitalières publiques qui, parfois, réalisent des actes sous l'autorité du médecin chef de service. Notre étude ne nous permet pas de préciser si les sages-femmes libérales qui témoignent de cette pratique étaient déjà en exercice libéral ou étaient hospitalières avant la loi leur permettant cet exercice et ces prescriptions. Certaines sages-femmes ont d'ailleurs confirmé cette hypothèse.

4.3.4. Diplômées à partir de 2013

La moitié a indiqué qu'elle manquait de connaissances théoriques générales en gynécologie.

C'est principalement sur la **prise en charge des femmes pré-ménopausées et/ou ménopausées** qu'elles sont le moins à l'aise en sortant de l'école (Figure 2). Les différentes périodes de la vie de la femme sont pourtant abordées dans l'enseignement des étudiants sages-femmes, incluant la ménopause et la post-ménopause ; cet enseignement n'est peut-être pas complètement adapté à leur exercice. D'ailleurs, 16,4% de l'ensemble des sages-femmes pratiquant les consultations quelle que soit l'année de diplôme ne font pas de suivi gynécologique chez les femmes ménopausées. Peut-être est-ce simplement parce que leur patientèle n'est pas encore arrivée à cet âge ? De plus, nous pensons que, de façon implicite, ne pouvant prescrire de THS, elles orientent peut-être leurs patientes vers leur médecin généraliste ou vers un gynécologue quand celles-ci viennent consulter pour des troubles climatiques de la ménopause. Les demandes de suivi gynécologique par les femmes ménopausées sont plutôt rares pour 41% des sages-femmes (Annexe III).

En formation initiale, la sage-femme est formée à dépister les pathologies en gynécologie, mais n'est pas formée à leur prise en charge thérapeutique, d'où l'intitulé « suivi gynécologique de prévention ». Cependant, dépister la pathologie quand le professionnel n'y est pas régulièrement confronté peut parfois s'avérer difficile et être à l'origine de difficultés pour les sages-femmes.

Nous pouvons nous étonner que la totalité des 22 sages-femmes diplômées à partir de 2013, ne trouvant pas la formation à l'école de sages-femmes suffisante, n'ait pas suivi de formation supplémentaire. 8 sages-femmes exercent donc des consultations de gynécologie et de contraception alors qu'elles n'estiment pas avoir le niveau de compétences nécessaire.

Il est surprenant que la moitié d'entre elles ait eu besoin d'effectuer un DU/DIU gynécologique à la sortie de l'école. Il aurait été intéressant de savoir si la formation effectuée, quelle qu'elle soit, a répondu à leurs attentes et si elles s'estimaient mieux formées à l'issue de celle-ci.

4.4. Caractéristiques des consultations

Certaines sages-femmes ont fait la différence entre une consultation de suivi gynécologique et une consultation de contraception. On peut émettre l'hypothèse que la formulation des réponses au questionnaire a influencé une différence. En effet, une consultation pour un suivi gynécologique simple impose d'aborder la contraception, tout comme une consultation de contraception que ce soit une instauration, un suivi ou un changement de moyen contraceptif, impose de questionner sur le suivi gynécologique de la patiente. Il aurait été logique qu'il y ait eu un plus grand nombre de consultations de contraception ne nécessitant pas à chaque fois de refaire un point gynécologique si déjà fait dans l'année, lors d'une pose ou d'un retrait d'un DIU par exemple. Or, ce n'est pas le cas : nous ne savons pas sur quoi se sont basées les sages-femmes concernées pour faire la différence.

Les principaux motifs pour lesquels les patientes consultent très fréquemment ou fréquemment sont (Annexe III) :

- La réalisation du FCU
- La prescription et le suivi de la contraception orale
- La pose, le suivi et le retrait du DIU
- Le suivi gynécologique de prévention hors ménopause
- Les symptomatologies vaginales

Les difficultés rencontrées pour ces motifs sont plutôt rares.

La pilule et le DIU sont effectivement les deux moyens de contraception les plus utilisés par les femmes selon l'étude de Santé Publique France de 2016 [19]. 51% ne rencontrent pas de difficulté avec la contraception orale. La problématique est essentiellement

la gestion des effets indésirables à 41%. S'agissant du DIU, les sages-femmes rencontrent plus de difficultés concernant la pose, alors que pour l'implant, c'est le retrait qui est plus délicat.

Le contenu des consultations et l'utilisation plus ou moins importante des moyens contraceptifs dépendent de la demande des femmes, mais aussi du professionnel. En effet, certaines sages-femmes font le choix de ne pas en poser « *Je ne souhaite pas poser d'implant ou de DIU* », et ce parfois à cause du geste technique de pose ou de retrait du contraceptif : « *Ne souhaite pas faire le retrait de l'implant donc ne fait pas la pose* ». D'autres sont « *mal à l'aise avec le mode d'action du DIU* » ou d'un autre moyen contraceptif. Toutefois, l'opinion personnelle, les difficultés rencontrées et la liberté de choisir son activité (pour les sages-femmes libérales) ne doivent pas mener à imposer une contraception particulière à sa patientèle.

Pour aider les sages-femmes rencontrant des difficultés, des organismes de formation pourraient proposer des demi-journées d'atelier de pose et retrait d'implant et de DIU sur mannequin pour se familiariser avec les gestes techniques. Le format « demi-journée » pourrait inciter les sages-femmes à y participer car cela ne prendrait pas autant de temps qu'une formation sur trois jours reprenant l'aspect théorique si cela n'est pas nécessaire pour la sage-femme.

Les principaux motifs pour lesquels les sages-femmes sont très rarement, ou ne sont jamais sollicitées sont les symptomatologies utérines et/ou annexielles (fibrome, prolapsus, kyste ovarien, ...), les questions sur le suivi protocole AMP ou concernant l'IVG. Effectivement, la sage-femme n'est pas le premier professionnel de santé auquel les femmes pensent consulter pour ces motifs. Pourtant, conformément à l'article L.4151-1 du code de la santé publique, les sages-femmes sont autorisées à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation [20]. Depuis le 26 janvier 2016, elles sont autorisées à pratiquer les IVG médicamenteuses [21]. Les femmes ne savent pas forcément que cela fait partie de leurs rôles, même si elles ne sont qu'une dizaine de sages-femmes à pratiquer les IVG médicamenteuses en libéral dans les Pays-de-la-Loire selon le Réseau Sécurité Naissance. Il semble que les sages-femmes ne soient pas intéressées par l'exercice de ces compétences (IVG et AMP).

4.5. Collaboration avec les médecins et gynécologues

« L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention [...] sous réserve que la sage-femme **adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique** », d'après l'article L4151-1 du code de la santé publique [22].

La limite entre la physiologie et la pathologie peut être fragile. 43% trouvent difficile de déterminer cette limite. Effectivement, la sage-femme commence parfois à prendre en charge une femme en bonne santé, mais peut s'apercevoir en cours de suivi de l'apparition d'une pathologie et que, par conséquent, cela ne relève plus de ses compétences. Presque la moitié des sages-femmes rencontrent des difficultés du fait qu'une patiente oublie de mentionner un élément pathologique lors de l'anamnèse, pouvant parfois entraîner un exercice hors compétences.

Nous avons émis l'hypothèse que ce soit les sages-femmes libérales qui rencontrent le plus de difficultés du fait qu'elles n'aient pas la possibilité d'avoir un échange avec un gynécologue aussi facilement qu'une sage-femme salariée, en dehors de celles travaillant dans une maison de santé pluridisciplinaire. Or, sur les 25 sages-femmes qui ne rencontrent pas de difficulté, 24 sont des sages-femmes libérales.

En cas de difficultés, la plupart des sages-femmes redirigent la femme vers un gynécologue, ou bien font appel à leur réseau professionnel pour obtenir des réponses avant de rediriger la patiente. Les sages-femmes libérales redirigent plus vers le médecin généraliste que les sages-femmes salariées, ces dernières travaillant avec les gynécologues du service : « *Travaillant au sein d'un CH public, je demande au gynécologue présent sur place* ».

Certains symptômes nécessitent la réalisation d'une échographie pour pouvoir écarter ou poser un diagnostic. D'après l'article R4127-318, la sage-femme est autorisée à pratiquer des échographies gynéco-obstétricales nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie [23]. Notre hypothèse était que les sages-femmes salariées du public étaient plus nombreuses à avoir recours à l'échographie sans forcément avoir passé le DU puisqu'elles bénéficient de toute l'infrastructure de l'établissement dans lequel elles travaillent, ainsi que des avis plus rapides en raison de la présence in situ de gynécologues. Très peu de sages-femmes de notre étude réalisent des échographies dans le cadre du suivi gynécologique. En cas d'élément semblant nécessiter une échographie, elles redirigent en général vers le gynécologue qu'elles jugent sûrement le plus spécialisé, mais la majorité laisse

le choix à la patiente en proposant plusieurs spécialistes tels qu'un gynécologue, un radiologue échographiste, une sage-femme échographiste, ou encore le médecin généraliste.

La collaboration entre les médecins généralistes, les gynécologues et les sages-femmes est donc primordiale pour assurer un suivi gynécologique optimal. Ce sont les sages-femmes libérales qui rencontrent le plus de problèmes avec cette collaboration.

C'est la **méconnaissance des compétences de la sage-femme** qui est le plus reprochée aux médecins généralistes à presque 50%, confirmée par certains commentaires récurrents tels qu'une « *mauvaise connaissance de notre champ de compétences par certains médecins* ». Cette méconnaissance peut ainsi entraîner une réticence des médecins à travailler avec les sages-femmes, pensant qu'elles ne sont pas dans leur champ de compétences. Les médecins généralistes sont tout autant habilités à faire le suivi gynécologique, et certains tiennent à garder la gynécologie dans leur pratique. De plus, cela permet d'avoir un plus large panel de professionnels permettant aux femmes de choisir celui qui leur convient le mieux pour leur suivi gynécologique. D'autre part, la réforme de la PACES a intégré une mutualisation des cours entre les étudiants en médecine et les étudiants sages-femmes favorisant l'inter-professionnalité. Ainsi chacun peut percevoir l'enseignement théorique de chaque professionnel et ainsi éviter les méconnaissances des différents champs professionnels.

Concernant les gynécologues, le journal le Monde a publié un article en 2017 illustrant la difficulté à trouver un gynécologue et à avoir un rendez-vous rapidement, ceci ayant pour conséquence un défaut de suivi gynécologique pour de nombreuses femmes. Un gynécologue témoigne qu'il est obligé de refuser chaque jour des demandes de consultations n'ayant pas assez de temps pour suivre de nouvelles patientes. Le nombre de gynécologues a effectivement chuté d'environ 30% depuis 2010. Deux choses expliquent ce phénomène : départs à la retraite des gynécologues médicaux et arrêt de la formation de cette spécialité de 1987 à 2003 [7]. Face à cette pénurie, les médecins généralistes et les sages-femmes jouent un rôle central pour pallier la demande importante des femmes. Or, la prise en charge des femmes reste impactée car les pathologies les plus graves ne peuvent être soignées que par les gynécologues.

Nous n'avons obtenu qu'une seule réponse d'une sage-femme libérale de Mayenne (Tableau 2). La densité de sages-femmes libérales varie sensiblement d'un département à l'autre, avec des densités en Loire-Atlantique, Maine-et Loire et Vendée 1,5 fois plus élevées qu'en Sarthe, et 2,5 plus élevées qu'en Mayenne [11]. Selon l'étude annuelle menée par le Conseil

national de l'Ordre des médecins en 2019, la densité médicale en Mayenne est la troisième plus basse de France métropolitaine [24]. Ce manque de médecins est susceptible d'affecter les autres professions de santé telles que les sages-femmes libérales. En effet, la sage-femme a un rôle de dépistage des pathologies et un champ de prescription limité qui nécessitent une collaboration avec les médecins généralistes et/ou les gynécologues. Un nombre limité de médecins à proximité peut donc compliquer la prise en charge des patientes et ainsi dissuader l'installation des sages-femmes libérales de peur de ne pas pouvoir apporter des soins de qualité à la population dans les territoires concernés. Ce sont cependant ces territoires qui offrent des possibilités d'installation de nouvelles sages-femmes. Il aurait donc été intéressant de pouvoir recueillir le sentiment des sages-femmes de Mayenne pour confirmer ou infirmer cette hypothèse. Une sage-femme de Sarthe précise qu'elle est parfois obligée de « *dépasser ses compétences car manque de gynécologues dans la région* ». Cela peut aussi entraîner des retards de diagnostic à cause parfois de longs délais de réponse (23%) et de difficultés à les joindre (36%) (Figure 12).

La limitation des prescriptions pour les sages-femmes est un élément qui est souvent revenu dans les commentaires. Dans le cadre du suivi gynécologique, elles peuvent prescrire :

- Des anti-infectieux locaux pour les vulvovaginites
- AINS pour les dysménorrhées en renouvellement de la prescription d'un médecin
- Tous les moyens de contraception [25]

Les sages-femmes ne revendiquent pas une prise en charge de toute la pathologie, mais de certaines affections bénignes qui permettrait une prise en charge plus rapide de la patiente. Par exemple, une femme consulte pour des symptômes évoquant une infection génitale basse. La sage-femme prescrit les examens complémentaires pour dépister l'infection : premier temps d'attente pour la patiente. Une fois les résultats obtenus, elle pourra poser le diagnostic d'une infection génitale basse (qui ne peut pas toujours être traitée par la sage-femme selon le type d'infection) qui devra être confirmé par un médecin, seul prescripteur du traitement : deuxième temps d'attente. Le risque est que la patiente tarde à prendre un rendez-vous, période pendant laquelle les symptômes sont toujours présents et peuvent s'aggraver, ou qu'elle ne consulte pas du tout. De plus, du fait des déserts médicaux de certaines régions, on peut se poser la question de l'extension des droits de prescription pour les sages-femmes. Cela permettrait de réduire les retards de diagnostic, car la patiente ne serait pas obligée de prendre un autre rendez-vous. Le médecin serait informé de la prise en charge par la sage-femme, et jugerait s'il est nécessaire ou non de venir le consulter. En effet, il ne faudrait pas au contraire passer à côté d'une

pathologie qui aurait mérité une prise en charge par un spécialiste. On en revient au problème de la limite entre la pathologie et la physiologie.

Il est fondamental de favoriser de bonnes relations avec les médecins. Se présenter par téléphone, par mail ou aller à la rencontre des professionnels des cabinets médicaux des alentours avant son installation en libéral permet la prise de contact, l'information, et d'initier des rapports confraternels : seulement 50% des sages-femmes libérales de notre étude l'ont fait. Ceci pourrait éviter les accusations de détournement de patientèle, et nous avons été étonnées que ce phénomène soit cité par 23 sages-femmes libérales (Figure 12). Laisser un courrier à la patiente pour le médecin lors de la prochaine consultation ou bien envoyer le courrier à celui-ci, envoyer un mail ou téléphoner au médecin permettrait de favoriser la confraternité dans l'intérêt des patientes. Le développement des maisons de santé pluridisciplinaire favorise cet esprit collectif. : « *En ce qui concerne les médecins généralistes, le fait de travailler en MSP a changé beaucoup le regard des médecins généralistes sur notre activité, et ils sont beaucoup plus disponibles à une demande de conseil ou de consultation* ».

Un hôpital de référence pour les sages-femmes libérales seules, c'est-à-dire ne faisant pas partie d'une MSP, pourrait leur être attribué. Elles auraient un numéro à appeler en cas de problème rencontré pour échanger avec un médecin qui serait au courant de la possibilité de recevoir des appels des sages-femmes libérales. Une tranche horaire peut être décidée pour arranger au mieux l'organisation de chacun.

Dans le même esprit que ce qui est fait avec les médecins libéraux, il pourrait être organisé, une fois par semaine ou tous les quinze jours, selon les besoins, une réunion en télémédecine, pour échanger sur les dossiers, à l'image de ce qui est fait au sein des maternités lors des staffs ou des réunions de concertations pluridisciplinaires où sont abordés les dossiers complexes. Ces réunions pourraient se dérouler sur des logiciels de visioconférence, outil de communication maintenant très utilisé depuis la crise sanitaire liée à la COVID 19.

4.6. Non exercice des consultations

4.6.1. *Activité libérale*

18 sages-femmes libérales, soit seulement un septième des sages-femmes libérales (n=124) ne pratiquent pas les consultations de suivi gynécologique de prévention et/ou de contraception.

L'une des deux raisons principales expliquant la non intégration de la gynécologie à leur exercice est le **manque de connaissances et de formation** à 55,6%.

L'autre raison est le **manque de temps** pour se former (50% des réponses). On peut faire le lien avec le fait que 33,3% des sages-femmes libérales estiment avoir un **emploi du temps trop chargé** ne leur permettant ni de libérer du temps pour se former, ni d'ajouter ces consultations à leur organisation. Quatre sages-femmes libérales estimant avoir un emploi du temps trop chargé travaillent en zone surdotée ou très dotée, et les deux autres travaillent en zone intermédiaire (Tableau 8), ceci tenant compte du nouveau zonage issu de l'arrêté du 23 octobre 2020 [9]. Cela questionne la problématique du zonage qui doit tenir compte de l'offre de soins disponible, mais aussi de la demande plus ou moins importante selon les territoires.

On peut aussi corréler le manque de temps pour se former au **manque de lieux de formation à proximité** du lieu de travail ou d'habitation des sages-femmes (38,9%), qui nécessite de libérer du temps pour se déplacer, et/ou de se faire remplacer lors de leurs jours de formation. Par ailleurs, la formation est aux frais de la sage-femme libérale. Elle peut bénéficier d'indemnités pour passer le diplôme universitaire mais qui ne couvrent pas la totalité des frais. Dans notre étude, le **coût de la formation** et le **coût du matériel** représentent un frein pour un tiers des sages-femmes libérales.

D'autre part, ces nouvelles compétences en matière de gynécologie préventive et de contraception ne sont pas vues d'un bon œil par toutes les sages-femmes, ceci illustré par les propos suivants : « *Ceci n'est pas le cœur de notre métier* », « *Je n'ai pas fait sage-femme pour cela et je n'aime pas la gynécologie* ». 44,4% disent **ne pas être intéressées** par ces compétences. Autant **préfèrent favoriser la pratique obstétricale**, elles ont fait le choix de se consacrer à cette partie du métier : « *Être compétente dans tous les domaines est difficile, je me suis spécialisée dans certains et ne peut y adjoindre d'autres* », « *J'ai préféré me concentrer sur moins de compétences et me spécialiser dans celles que j'exerce* ».

Les sages-femmes libérales qui ne pratiquent pas ces consultations semblent rediriger leurs patientes vers différents professionnels adaptés à leurs besoins, et laissant aux femmes le choix d'aller consulter soit une consœur, un gynécologue ou leur médecin généraliste si le motif de consultation permet de leur laisser ce choix.

4.6.2. Secteur public

Presque 83% des sages-femmes du secteur public ne réalisent pas les consultations de gynécologie de prévention et de contraception.

Le **manque de connaissances et de formation** en est l'une des principales raisons pour près d'un tiers d'entre elles.

35,4% préfèrent **favoriser la pratique obstétricale**. Les consultations de suivi de grossesse, et les services de grossesse à haut risque, salle de naissance et suites de couches, représentent en effet la majeure partie de l'activité des sages-femmes hospitalières (Tableau 7).

Le souhait de pouvoir allier pratique obstétricale et gynécologique n'est pas toujours possible puisque certaines maternités publiques ne proposent pas ces consultations : cela concerne 15,6% des sages-femmes. D'autre part, soit il n'est pas offert la possibilité aux sages-femmes de réaliser cette activité (7,3%), soit le nombre de postes ou le temps de travail proposés ne sont pas suffisants pour satisfaire toutes les intéressées : « *Poste de consultations gynécologiques pour les sages-femmes dans mon établissement mais 1 seul poste disponible pour toute l'équipe* », « *De plus en plus de sages-femmes formées mais peu de postes* », « *consultations réalisées par les sages-femmes ayant le DU, pas de place pour les autres sages-femmes* ».

4.6.3. Secteur privé

Aucune sage-femme salariée du secteur privé ne réalise ces consultations. Cela s'explique par le fait que leur établissement ne propose pas ces consultations (54,2%), ou que cette activité n'est pas proposée aux sages-femmes (50%). Nous nous attendions à ce que 100% cochent ces 2 propositions étant donné que nous pensions que, dans les établissements privés, ces consultations sont effectuées par les gynécologues. Après avoir contacté toutes les maternités privées de la région Pays-de-la-Loire, nous avons confirmé qu'aucune maternité privée ne proposait la réalisation des consultations gynécologiques de prévention et de contraception aux sages-femmes.

4.7. Sentiment des sages-femmes suite à l'acquisition de ces nouvelles compétences

Les sages-femmes ont donc vu leurs compétences s'élargir, apportant ainsi des modifications au métier qu'elles exercent pour certaines depuis longtemps, que ce soit positivement ou négativement : « *Je fais partie de la "vieille" génération de sage-femme. La gynécologie s'est imposée à moi au bout de 20 ans de pratique. Je n'avais pas fait sage-femme pour cela et je n'aime pas la gynécologie, même si je fais le nécessaire pour répondre à la demande* », « *Cette possibilité de pratiquer de la gynécologie de prévention est super, cela permet un suivi global de la femme, et les femmes sont très contentes. Délais d'attente plus courts et temps consacré aux femmes plus long.* »

Seulement une sage-femme n'a pas trouvé de changement à sa pratique après l'attribution des nouvelles compétences n'ayant pas assez de recul compte tenu du commencement de son activité en libéral il y a 3 ans. Pour 85% d'entre elles, cela permet une prise en charge globale obstétricale, gynécologique et contraceptive de leurs patientes, avec une continuité des soins dès le début de grossesse ou de la visite post-natale, ou bien une initiation du suivi de la patiente par la gynécologie menant ensuite à un suivi de grossesse. Les formations pour acquérir ces nouvelles compétences permettent de donner plus de possibilités aux sages-femmes de répondre aux besoins et demandes des patientes dans leur globalité. Le profil de leurs patientes est plus hétérogène, diversifiant ainsi leur exercice. Quelques-unes soulignent l'obligation de changer l'organisation de leur planning, ou d'investir dans de nouveaux matériels.

Tout mode d'activité confondu, les sages-femmes qui pratiquent les consultations trouvent que le suivi gynécologique de prévention et de contraception est pleinement intégré au métier. Deux tiers des sages-femmes libérales ayant participé à notre étude le pensent. Pour la majorité des sages-femmes salariées du secteur public, il est partiellement intégré. La raison principale pour laquelle il ne l'est pas pleinement est qu'il n'y a pas assez de sages-femmes salariées formées et pas assez de places proposées pour cet exercice, ce qui explique qu'elles soient si peu nombreuses à réaliser cette pratique.

Les trois raisons principales exprimées par les sages-femmes qui expliquent que nous n'ayons pas 100% de pleine intégration des compétences, classées dans l'ordre croissant d'importance, sont :

- La méconnaissance des femmes sur leur possibilité d'être suivies en gynécologie
- Le nombre insuffisant de sages-femmes formées
- La limitation de leurs droits de prescription, comme évoqué précédemment

En premier lieu, il y a eu énormément de commentaires laissés sur la méconnaissance des compétences gynécologiques des sages-femmes par les femmes et le grand public, qui cantonnent les sages-femmes à leurs compétences en obstétrique. Le mémoire de fin d'études de Camille DELEPAU de 2016 avait pour objectif d'évaluer les représentations et connaissances des femmes, dans le Rhône et dans l'Isère, quant à la possibilité de faire réaliser leur suivi par une sage-femme. Les résultats confirment cette méconnaissance : seulement 41% des femmes de l'étude savent que leur suivi gynécologique peut être assuré par les sages-femmes [6].

De plus, elles soulignent aussi la méconnaissance des autres professionnels de santé qui ne peuvent donc pas diriger les patientes vers les sages-femmes. J'ai par exemple reçu en consultation dans un cabinet de sages-femmes libérales, où je faisais mon stage en janvier 2020, un couple de kinésithérapeutes qui a appris, grâce à notre discussion, cette pratique par les sages-femmes. J'ai été surprise d'apprendre qu'ils ne le savaient pas, mais cela a permis de les en informer. Ils ont d'ailleurs précisé qu'ils proposeraient désormais aussi une sage-femme à leurs patientes dans le besoin. Cet exemple illustre un défaut de communication sur les compétences des sages-femmes pouvant avoir un impact sur le suivi des femmes en gynécologie.

Les sages-femmes sont les principales actrices de cette diffusion d'information. Une patiente satisfaite de son rendez-vous participe aussi à la diffusion de l'information auprès de ses proches. Néanmoins, elles soulignent le manque de communication de la part du gouvernement sur cette partie du métier ne les aidant pas à développer cette pratique : « *Oublis récurrents de notre métier dans les messages de prévention à destination du public* ».

Ceci nous amène à parler de la deuxième notion expliquant que ce suivi gynécologique ne soit pas pleinement intégré au métier selon une partie des sages-femmes. En effet, celles qui font ces consultations trouvent que trop peu de sages-femmes sont formées pour les réaliser par rapport à une demande importante des patientes. Ceci les amène à refuser certains suivis, ou du moins à retarder la prise du rendez-vous. D'autres pensent que refuser de pratiquer les suivis gynécologiques alors qu'elles en ont la possibilité « *décrédibilise* » la profession. Néanmoins, la sage-femme a le droit d'exercer son métier comme elle l'entend, y compris de ne pas

pratiquer certains actes, si ses écrits et ses propos ne portent pas atteinte à l'honneur de la profession. « Lorsque la sage-femme participe à une action d'information du public à caractère éducatif, scientifique ou sanitaire, quel qu'en soit le moyen de diffusion, elle [...] fait preuve de prudence et a le souci des répercussions de ses propos auprès du public » selon l'article R4127-308 du code de la santé publique [26].

Le mémoire de Camille DELEPAU montre par ailleurs que les femmes suivies par une sage-femme sont significativement plus jeunes [6], ce qui montre que l'information passe de plus en plus chez les femmes en âge de procréer.

4.8. Limites et biais de l'étude

Tout d'abord, nous pouvons souligner deux **biais de sélection** dans notre étude. Premièrement, le nombre de réponses obtenues n'était pas assez important. Seulement 22% des sages-femmes ont participé à l'étude, échantillon qui n'est pas vraiment représentatif de la population de sages-femmes des Pays-de-la-Loire. Deuxièmement, nous nous sommes basées sur une formation reçue depuis 2009 pour classer nos réponses en deux groupes : diplômé(e)s avant 2013 et à partir de 2013. La formation a été modifiée dans les écoles à l'issue de la loi HPST dès la rentrée 2009, mais la mise en place d'une formation adéquate attendue pour être apte à réaliser les consultations de gynécologie de prévention et de contraception est probablement arrivée plus tard, avec l'affinement par les enseignants au fur et à mesure des années.

On retrouve un **biais de recrutement**, puisque seules les sages-femmes se sentant concernées ont répondu au questionnaire. Le questionnaire a uniquement été envoyé par mail, ce qui a pu être un frein car les mails ne sont pas toujours consultés, se perdent vite entre les nombreux autres reçus, ou sont orientés dans les mails indésirables.

Pour finir, certaines questions auraient pu être formulées différemment, de façon à mieux comprendre ce qui était demandé. Parfois, il n'était pas possible d'interpréter les réponses car les choix étaient multiples alors que la question n'aurait mérité qu'un seul choix parmi les propositions, et inversement. D'autres auraient pu être supprimées, ou ajoutées pour affiner l'analyse des résultats. Grâce à cela, nous aurions pu inclure les sages-femmes ayant une activité mixte, en construisant le questionnaire de façon à savoir à quel mode d'activité elles faisaient référence dans leurs réponses.

5. CONCLUSION

Depuis leurs acquisitions avec la loi HPST de 2009, les compétences en matière de gynécologie de prévention et de contraception font partie intégrante du métier de sage-femme. Ce sont les sages-femmes libérales qui les ont le plus investies du fait de leur liberté de choix d'exercice. Concernant les sages-femmes salariées, seules celles exerçant en établissement public ont accès à ces consultations, ainsi qu'en CPEF. Les sages-femmes salariées seraient plus nombreuses à exercer ces compétences si elles en avaient la possibilité. Toutefois, ce n'est pas seulement le fait qu'il n'y ait pas assez de postes pour ces consultations qui explique le non exercice. Beaucoup de sages-femmes ne souhaitent pas investir ces compétences, que ce soit en activité libérale ou salariée, car la gynécologie ne les intéresse pas, et/ou parce qu'elles préfèrent favoriser d'autres pratiques dans leur métier.

Les sages-femmes diplômées avant la promulgation de cette loi ont tout autant investi les compétences après l'actualisation de leurs connaissances théoriques et pratiques. La formation initiale ne semble pas totalement suffisante pour exercer les consultations, beaucoup ayant eu besoin de se former à la sortie de l'école parfois avec une formation longue telle que celle pour l'obtention d'un diplôme universitaire.

La collaboration avec les médecins généralistes et les gynécologues est primordiale pour assurer un suivi gynécologique optimal, dans l'intérêt des femmes. Déterminer la limite entre la physiologie et la pathologie reste une difficulté majeure. Cette collaboration semble plus simple pour l'exercice salarié que libéral. C'est pourquoi il est indispensable de trouver des moyens pour favoriser les échanges avec les professionnels libéraux, tels que des temps consacrés avec les médecins afin de discuter des conduites à tenir pour les dossiers posant des difficultés, et ainsi améliorer les prises en charge des patientes.

La pénurie qui touche les gynécologues médicaux participe à l'exercice de ces compétences par les sages-femmes, dans le cadre d'une prise en charge globale des femmes. Cela oblige à ce que soit diffusée une information claire sur le rôle primordial des sages-femmes concernant la santé génésique des femmes, qui ne sont pas toujours intégrées aux discours de santé publique et de prévention délivrés par les campagnes gouvernementales de promotion de la santé. Le grand public n'est pas encore assez au courant de la possibilité d'aller consulter une sage-femme pour le suivi gynécologique, même si cela tend à se développer.

Les déserts médicaux posent la question de l'extension des droits de prescription des sages-femmes qui se sentent parfois limitées pour leur pratique en gynécologie. Le 14 avril 2021, l'Assemblée nationale a d'ailleurs définitivement adopté la proposition de loi « visant à

améliorer le système de santé par la confiance et la simplification » [27]. Concernant le suivi gynécologique, une nouvelle compétence a été attribuée aux sages-femmes : elles pourront désormais prescrire les bilans et le traitement des infections sexuellement transmissibles à leurs patientes et leurs partenaires. D'autre part, un nouveau dispositif permettra aux sages-femmes d'orienter directement leurs patientes vers un médecin spécialiste dans le cadre de leur exercice, mesure qui entrera en vigueur dès la publication de la loi. Pour ce qui est de la prise en charge des IST, il faudra attendre la parution des textes d'application pour que cette disposition soit appliquée [28]. Cette proposition de loi vise à offrir aux sages-femmes les mêmes conditions d'exercice que l'ensemble des autres professions médicales, le métier n'étant pas encore reconnu en tant que profession médicale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Morin PC, Enseignante S-F, Leymarie M-C, Directrice S-F. Évolution de la formation des sages-femmes. Les D.O. Août-Septembre 2014;(440):28-32.
2. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (1). 2004-806 août 9, 2004.
3. Ministère des Solidarités et de la Santé. Loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires) [Internet]. 2021 [cité 15 février 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/loi-hpst-hopital-patients-sante-territoires>
4. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2009-879 juill 21, 2009.
5. Conseil National de l'Ordre des sages-femmes. Compétences [Internet]. [cité 15 février 2021]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/>
6. Delepau C, Menecier P, Balsan M, Fernandez L. Représentations et connaissances des patientes sur le suivi gynécologique de prévention par les sages-femmes. Vocation Sage-femme. 1 juillet 2017;16:40-3.
7. Le Monde.fr. Consulter un gynécologue : la grande galère. [Internet]. 27 décembre 2017 [cité 15 février 2021] ; Disponible sur : https://www.lemonde.fr/sante/article/2017/12/27/consulter-un-gynecologue-la-grande-galere_5234776_1651302.html
8. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Données démographiques de la profession [Internet]. [cité 13 février 2021]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/>
9. Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé Pays de la Loire. Arrêté du 23 octobre 2020 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles l'offre est particulièrement élevée concernant la profession de sage-femme, conformément à l'article L1434-4 du code de la santé publique [Internet]. [cité 17 février 2021]. Disponible sur : <https://www.paysdelaloire.paps.sante.fr/system/files/2020-11/ARS-23-10-2020-ARS-PDL-DOSA-589-2020-PDL-ZONAGE-SF.pdf>

10. Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage [Internet]. [cité 22 février 2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage
11. Loire O (Observatoire régional de la santé) P de la, ORS (Observatoire régional de la santé) Pays de la Loire. Sages-femmes. Dans « La santé observée dans les Pays de la Loire » [Internet]. Nantes: Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire; 2016. 10 p. [cité 14 février 2021] Disponible sur : https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2016_PDF/2016_sagesfemmes_iso.pdf
12. Journal officiel de 19 décembre 2001. Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sages-femmes [Internet]. [cité 18 février 2021]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-02/a0020155.htm>
13. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Diplôme de formation générale en sciences maïeutiques [Internet]. [cité 18 février 2021]. Disponible sur : [ESRS1119920A - Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation \(enseignementsup-recherche.gouv.fr\)](ESRS1119920A - Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation (enseignementsup-recherche.gouv.fr))
14. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Diplôme d'État de sage-femme [Internet]. [cité 18 févr 2021]. Disponible sur : [ESRS1301419A - Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation \(enseignementsup-recherche.gouv.fr\)](ESRS1301419A - Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation (enseignementsup-recherche.gouv.fr))
15. Légifrance. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme [Internet]. [cité 3 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000027231825/>
16. Conseil National de l'Ordre des sages-femmes. Compétences [Internet]. [cité 15 février 2021]. Disponible sur : [REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf \(ordre-sages-femmes.fr\)](REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf (ordre-sages-femmes.fr))
17. Article R4021-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 22 février 2021]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038395131
18. Légifrance. Arrêté du 11 septembre 2009 relatif aux modalités d'agrément des écoles de sages-femmes et de cadres sages-femmes article 6 [Internet]. [cité 18 février 2021]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000021044860>
19. Santé Publique France. Les Françaises et la contraception : premières données du Baromètre santé 2016 [Internet]. [cité 21 février 2021]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2017/les-francaises-et-la-contraception-premieres-donnees-du-barometre-sante-2016>

20. Décret n° 2012-885 du 17 juillet 2012 relatif aux conditions dans lesquelles les sages-femmes concourent aux activités d'assistance médicale à la procréation. 2012-885 juillet 17, 2012.
21. 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. 2016-743 juin 2, 2016.
22. Légifrance. Article L4151-1 du Code de la santé publique [Internet]. [cité 28 février 2021]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930152/
23. Légifrance. Article R4127-318 du Code de la santé publique [Internet]. [cité 28 février 2021]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000026202949
24. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale [Internet]. 2019 [cité 13 février 2021]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
25. Légifrance. Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires [Internet]. [cité 28 février 2021] Disponible sur : [Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)
26. Légifrance. Section 3 : Code de déontologie des sages-femmes Articles R4127-301 à R4127-367) [Internet]. [cité 8 mars 2021]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190549/
27. Assemblée Nationale. Proposition de loi n° 528, adoptée par l'Assemblée nationale visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification [Internet]. Assemblée nationale. [cité 15 mars 2021]. Disponible sur : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/115t0528_texte-adopte-seance
28. Conseil Nationale de l'Ordre des sages-femmes. PPL SEGUR : des mesures concrètes pour la santé des femmes et des sages-femmes [Internet]. [cité 18 avril 2021]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/ppl-segur-des-mesures-concretes-pour-la-sante-des-femmes-et-les-sages-femmes/>
29. Teddy. Bienvenue - Formagyn.fr [Internet]. 2018 [cité 18 avril 2021]. Disponible sur : <https://formagyn.fr/>

Autres éléments bibliographiques non cités

30. Collège National des Sages-femmes de France. Nos journées de formations [Internet]. [cité 4 avril 2020]. Disponible sur : <https://www.cnsf.asso.fr/formations/nos-journees-de-formationen/>
31. Akouka C., AMREF, Association nationale des sages-femmes libérales, et al. La lettre du Conseil de l'Ordre. CONTACT Sages-femmes. 2017 (50) : 3-9.
32. Haute Autorité de Santé. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes [Internet]. [cité 16 avril 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes
33. Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme adulte et de l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG) [Internet]. [cité 16 avril 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752542/fr/contraception-chez-la-femme-adulte-et-de-l-adolescente-en-age-de-procreer-hors-post-partum-et-post-ivg
34. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Être sage-femme Archive [Internet]. [cité 16 avril 2020]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/>

ANNEXES

ANNEXE I : Le questionnaire

ANNEXE II : Raison du non exercice de consultations (suite)

ANNEXE III : Fréquence des motifs de consultations

ANNEXE IV : Fréquence des difficultés rencontrées concernant le DIU et l'implant

ANNEXE V : Objectifs théoriques de l'Unité d'enseignement théorique « Gynécologie – santé génésique des femme et assistance médicale à la procréation » issue du bulletin n°15 du 11 avril 2013 fixant le régime des études pour l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme

ANNEXE VI : Septième situation-type du référentiel métier des sages-femmes

ANNEXE I : Le questionnaire

Bonjour,

Je m'appelle Marie MELLERIN, je suis étudiante sage-femme en 4e année à l'école de Nantes. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je m'intéresse aux nouvelles compétences gynécologiques de prévention et de contraception acquises par les sages-femmes depuis la loi HPST de 2009. Je souhaite faire un état des lieux depuis 10 ans auprès des sages-femmes des Pays de la Loire exerçant en libéral, dans les maternités privées et publiques, dans les Centres de Planification et d'Education Familiale, et à la Protection Maternelle et Infantile pour savoir si ces compétences font désormais partie intégrante de la profession de sage-femme. Je souhaite interroger les sages-femmes qui réalisent ET ne réalisent pas de suivi gynécologique de prévention et de contraception.

Je vous remercie par avance du temps que vous prendrez pour répondre aux questions afin de m'aider dans la réalisation de ce mémoire.

*** plusieurs réponses possibles*

❖ PROFIL DES SAGES-FEMMES

- 1) Vous êtes :
 - a. Une femme
 - b. Un homme
- 2) En quelle année êtes-vous né(e)s ? Années déroulantes
- 3) Quel est le code postal de la ville où vous travaillez ? choix libre
- 4) Dans quel milieu exercez-vous ?
 - a. Rural
 - b. Semi-urbain
 - c. Urbain
- 5) Quel(s) est(sont) votre(vos) mode(s) d'exercice et quels sont vos secteurs d'activités ?

	Libéral	Secteur privé	Secteur publique	Centre de Planification et d'Education Familiale	Protection Maternelle Infantile	Non concerné(e)
Suivi de grossesse						
Préparation à la Parentalité et à la Naissance						
Suivi de Grossesse pathologique ...						

...ou Grossesse à haut risque						
Echographies						
Accouchements						
Suites de couches						
Suivi post natal						
Réducation périnéale						
Suivi gynécologique de prévention						
Consultation de contraception						
IVG médicale en ambulatoire						
Aide Médicale à la Procréation						
Consultation d'éducation à la vie sexuelle et affective						

6) Pratiquez-vous des consultations de suivi gynécologique de prévention et contraception ?

- a. Oui
- b. Non

❖ QUESTIONNAIRE A : Je ne pratique pas de suivi gynécologique de prévention et/ou de contraception

7) Quelles en sont les raisons ? **

- a. Manque de temps pour me former
- b. Manque de formation/connaissances
- c. Cela nécessite trop de formations complémentaires
- d. Formations onéreuses
- e. Pas de lieu de formation à proximité
- f. Matériel onéreux
- g. Emploi du temps trop chargé
- h. Pas assez de demandes des femmes
- i. Tarif de consultation insuffisant
- j. Pas assez rémunérateur pour l'établissement
- k. Pas assez rémunérateur par rapport au temps passé en activité libérale
- l. Trop de responsabilités
- m. Activité pour les sages-femmes non souhaitée par les médecins de l'établissement où je travaille
- n. L'établissement ne propose pas ces consultations
- o. Pas nécessaire à mon organisation ou l'organisation du service
- p. Je préfère favoriser la pratique obstétricale

- q. Cela ne m'intéresse pas
- r. Je trouve que ces compétences ne conviennent pas à mon métier
- s. Pressions extérieures pour que je ne pratique pas cette activité en libéral
- t. Autres :

8) Si vous exercez en libéral et que vous ne pratiquez pas de suivi gynécologique de prévention et/ou de contraception, vers qui redirigez-vous les patientes auxquelles vous refusez le suivi gynécologique ou de contraception ? **

- a. Consoeur sage-femme pratiquant des consultations
- b. Gynécologue avec qui je suis en réseau ou que je connais
- c. Gynécologue laissé au choix de la patiente
- d. Médecin généraliste de la patiente
- e. Je dis que je n'en fais pas et je demande à la patiente de s'adresser soit à son médecin généraliste, soit de chercher une autre sage-femme ou un gynécologue
- f. Je n'exerce pas en libéral
- g. Autres

9) En quelle année avez-vous été diplômé(e)s?

- a. Avant 2013
- b. A partir de 2013 (2013 inclus)

❖ **QUESTIONNAIRE B : Je pratique le suivi gynécologique de prévention et/ou de contraception.**

10) En quelle année avez-vous été diplômé(e)s ?

- a. Avant 2013
- b. A partir de 2013 (2013 inclus)

J'ai été diplômé(e) avant 2013 donc je n'ai pas reçu la nouvelle formation complète depuis la loi HPST de 2009.

11) A quel(s) moyen(s) avez-vous eu recours pour compléter votre formation et acquérir ces nouvelles compétences ? **

- a. DU/ DIU (Diplôme Universitaire, Diplôme Interuniversitaire)
- b. Stage avec un professionnel de santé effectuant des suivis gynécologiques (Sage-femme, gynécologue, médecin généraliste, planning familial,...)
- c. Congrès
- d. Ateliers/formations animés par des laboratoires pharmaceutiques (pose DIU, implant, prescription contraception oestro-progestative)
- e. Webinaires
- f. Journées à thèmes et journées nationales du Collège National des Sages-femmes de France
- g. Revues
- h. Sites internet

- i. Fiche mémo HAS
- j. J'ai été autodidacte
- k. Je n'ai pas eu besoin de compléter ma formation
- l. Autres :

Si vous avez eu recours à un DU/DIU, des sites internet ou des revues, veuillez préciser le(s)quel(s) : Expression libre

12) Vous est-il déjà arrivé avant la loi de 2009 d'exercer ces compétences ?

- a. Non
- b. Oui, toutes les compétences, *Précisez :*
- c. Oui, certaines compétences, *Précisez :*

13) Si vous faites de la consultation de gynécologie de prévention et de la contraception, dans quelle(s) mesure(s) ces nouvelles compétences ont modifié votre pratique ? **

- a. Prise en charge globale obstétricale, gynécologique et contraceptive des patientes
- b. Continuité des soins initiés à partir de la surveillance de la grossesse
- c. Continuité des soins initiés à partir de la surveillance post-natale
- d. Possibilité de répondre aux besoins et demandes des patientes
- e. Exercice professionnel plus diversifié
- f. Profil des patientes plus diversifié (âge)
- g. Réalisation de gestes plus techniques (pose DIU, implants,...)
- h. Obligation d'investir dans de nouveaux matériels
- i. Changement d'organisation de mon emploi du temps
- j. Pas de changement dans ma pratique professionnelle
- k. Autres changements non cités :

J'ai été diplômé(e) à partir de 2013 (2013 inclus) donc j'ai reçu la nouvelle formation complète depuis la loi HPST de 2009.

14) La formation à l'école de sages-femmes vous a-t-elle semblé suffisante pour assurer le suivi gynécologique de prévention et de contraception de vos patientes ?

- a. Oui, totalement
- b. Oui, en partie
- c. Non

Si Non ou Oui en partie,

Sur quel(s) élément(s) sentiez-vous le besoin de renforcer votre formation ? **

- a. Notions théoriques en gynécologie
- b. Notions théoriques sur la contraception
- c. Déroulement du suivi gynécologique physiologique
- d. Conduite à tenir en cas de pathologie
- e. Réalisation d'un FCU
- f. Interprétation du FCU
- g. Réalisation de l'examen sénologique
- h. Pose et retrait de DIU

- i. Pose et retrait de l'implant contraceptif
- j. Prise en charge des femmes pré-ménopausées/ménopausées
- k. Autres :

15) Si vous estimiez ne pas avoir le niveau de compétences nécessaire pour réaliser des consultations de gynécologie de prévention ou/et de contraception, avez-vous effectué une formation supplémentaire ?

- a. Oui
- b. Non

Si Oui,

16) Si vous estimez que vous n'étiez pas assez formé(e) après l'obtention de votre diplôme à partir de 2013, quel(s) a (ont) été le(s) moyen(s) pour vous former ? **

- a. DU/ DIU (Diplôme Universitaire, Diplôme Interuniversitaire)
- b. Stage avec un professionnel de santé effectuant des suivis gynécologiques (Sage-femme, gynécologue, médecin généraliste, planning familial)
- c. Congrès
- d. Ateliers formation animés par des laboratoires pharmaceutiques (pose DIU, implant, prescription contraception oestro-progestative)
- e. Webinaires
- f. Journées à thèmes et journées nationales du Collège National des Sages-femmes de France
- g. Revues
- h. Sites internet
- i. Fiche mémo HAS
- j. J'ai été autodidacte
- k. Je n'ai pas eu besoin de compléter ma formation
- l. Autres :

Si vous avez eu recours à un DU/DIU, des sites internet ou des revues, veuillez préciser le(s)quel(s) : Expression libre

Je fais du suivi gynécologique de prévention et/ou de contraception quelle que soit mon année de diplôme.

17) Combien effectuez-vous par mois de ?

	Moins de 5	5 à 20	20 à 50	50 à 80	Plus de 80
Consultations de contraception					
Suivis gynécologiques de prévention					

18) Pour quel(s) motif(s) les patientes viennent-elles consulter ?

	Très fréquemment	Fréquemment	Rarement	Très rarement	Jamais
Prescription et suivi pilule					
Pose DIU					
Retrait DIU					
Suivi DIU					
Pose d'implant					
Retrait d'implant					
Suivi d'implant					
Suivi gynécologique de prévention hors ménopause					
Suivi gynécologique de prévention pour pré-ménopause/ménopause					
Réalisation de FCU					
Troubles du cycle					
Symptomatologie vaginale					
Symptomatologie mammaire					
Symptomatologie utérine et/ou annexielle (fibrome, prolapsus, kyste ovarien,...)					
Questions concernant les troubles sexuels					
Questions concernant l'IVG					
Questions sur le suivi protocole AMP					

19) Concernant la pilule, rencontrez-vous des difficultés ? **

- a. Pour la première prescription
- b. Pour le renouvellement
- c. Manque de connaissances théoriques des différentes pilules
- d. Manque de connaissances sur le suivi de la pilule
- e. Pour délivrer une information claire
- f. Pour la prescription des examens complémentaires
- g. Pour la gestion des effets indésirables type spotting, mastodynie, acné, prise de poids...
- h. Je ne rencontre pas de difficulté
- i. Autre :

20) Concernant les DIU, vous arrive-t-il de rencontrer des difficultés ?

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Non concerné(e)
Pour délivrer une information claire						
Pour la pose						
Pour le retrait						
Pour le suivi						
Pour la prescription des examens complémentaires						

21) Si vous ne posez pas de DIU, quelle(s) en est (sont) la (les) raison(s) ? **

- a. Manque de connaissances théoriques
- b. Manque de matériel
- c. Manque de formation pratique
- d. Je n'en fais pas suffisamment pour être à l'aise
- e. Trop de responsabilités
- f. Trop de risques d'accident pendant la pose
- g. Trop de risques de complications après la pose
- h. Non concerné(e)
- i. Autre :

22) Concernant les implants, vous arrive-t-il de rencontrer des difficultés ?

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais	Non concerné(e)
Pour délivrer une information claire						
Pour la pose						
Pour le retrait						
Pour le suivi						
Pour la prescription des examens complémentaires						

23) Si vous ne posez pas d'implant, quelle(s) en est (sont) la (les) raison(s) ? **

- a. Manque de connaissances théoriques
- b. Manque de matériel
- c. Manque de formation pratique
- d. Je n'en fais pas suffisamment pour être à l'aise
- e. Trop de responsabilités
- f. Trop de risques d'accident pendant la pose
- g. Trop de risques de complications après la pose

- h. Non concerné(e)
- i. Autres :

24) Prescrivez-vous d'autres contraceptifs ? **

- a. Diaphragme
- b. Cape
- c. Anneau
- d. Spermicides
- e. Patch
- f. Progestatifs injectables
- g. Je donne des conseils sur les méthodes de contraception naturelle mais je n'ai pas suivi de formation supplémentaire spécifique
- h. Je donne des conseils sur les méthodes de contraception naturelle et j'ai suivi une formation supplémentaire spécifique
- i. Je ne prescris pas d'autre contraceptif

25) Avez-vous rencontré des difficultés concernant ces autres contraceptifs ?

- a. Non
- b. Oui, *précisez* :

26) Si vous avez des situations difficiles à gérer, que faites-vous en première intention ? **

- a. Je redirige la patiente vers son médecin généraliste
- b. Je redirige la patiente vers un ou son gynécologue
- c. Je fais appel à mon réseau professionnel et je recontacte la patiente pour lui fixer un nouveau RDV quand j'ai obtenu les réponses que j'attendais
- d. Je fais partie d'un groupe professionnel sur des réseaux sociaux
- e. Je vais sur internet
- f. Non concerné(e)
- g. Autre : *précisez*

27) Si vous avez des situations difficiles à gérer, quelles sont les autres solutions que vous utilisez si besoin ? **

- a. Je redirige la patiente vers son médecin généraliste
- b. Je redirige la patiente vers un ou son gynécologue
- c. Je fais appel à mon réseau professionnel et je recontacte la patiente pour lui fixer un nouveau RDV quand j'ai obtenu les réponses que j'attendais
- d. Je fais partie d'un groupe professionnel sur des réseaux sociaux
- e. Je vais sur internet
- f. Non concerné(e)
- g. Autre : *précisez*

28) Concernant le FCU, quelle(s) difficulté(s) rencontrez-vous ? **

- a. Difficultés lors de la réalisation du FCU
- b. Interprétation du FCU
- c. Approvisionnement en matériel de prélèvement
- d. Je ne rencontre pas de difficulté
- e. Je ne fais pas de FCU
- f. Autre :

29) Si vous ne faites pas de FCU, quelle(s) en est(sont) la(les) raison(s) ? **

- a. Manque de connaissances théoriques
- b. Manque de matériel
- c. Manque de formation pratique
- d. Je n'en fais pas suffisamment pour être à l'aise
- e. Interprétation des résultats difficile
- f. Non concerné(e)
- g. Autre :

30) Effectuez-vous l'examen sénologique ? **

- a. Oui, pour tous les suivis de grossesse
- b. Oui, à toutes les consultations de gynécologie
- c. Oui, mais pas à toutes les consultations de gynécologie
- d. Non

31) Quelles difficultés rencontrez-vous dans vos suivis gynécologiques ? **

- a. Difficultés à déterminer la limite entre la physiologie et la pathologie
- b. Difficultés à l'annonce du dépistage d'un élément pathologique ou qui semblerait pathologique (ex : masse dans le sein, douleur suspecte utérine ou annexielle)
- c. Difficultés à l'annonce d'un FCU pathologique
- d. Dans l'interprétation des résultats
- e. Dépassement de compétences chez une patiente qui oublie de préciser une pathologie
- f. Apparition d'une pathologie en cours de suivi
- g. La collaboration avec le gynécologue est parfois difficile
- h. La collaboration avec le médecin généraliste est parfois difficile
- i. Je n'ai pas rencontré de difficulté à ce jour
- j. Autre :

32) Concernant la collaboration avec les médecins généralistes ou les gynécologues, quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?

	Médecin généraliste	Gynécologue
Délai de réponse		
Difficultés à les joindre		
N'a pas le temps de prendre en charge la patiente (emploi du temps trop chargé)		
Accusation de détournement de patientèle		
Réticence de prise en charge de la patiente non suivie par le médecin dès le départ		
Mauvaise connaissance des compétences des sages-femmes		
Reproche des limites de l'exercice de la sage-femme		
Je n'ai pas rencontré de difficulté à ce jour		

33) Que faites-vous pour faciliter la collaboration avec les médecins généralistes et les gynécologues ?

**

- a. Avant mon installation, j'ai pris contact avec eux pour me présenter par téléphone
- b. Avant mon installation, je suis allé(e) les rencontrer à leur cabinet pour me présenter
- c. J'appelle directement le médecin généraliste ou gynécologue selon le souhait de la patiente pour prendre le rendez-vous
- d. Je laisse un courrier à la patiente qu'elle présentera au médecin lors de son rendez-vous
- e. Autre :

34) Les sages-femmes sont aussi autorisées à pratiquer des échographies gynécologiques de surveillance et de dépistage. En cas de doute, avez-vous recours à l'utilisation de l'échographie dans le cadre du suivi gynécologique ? **

- a. Oui, j'ai le matériel nécessaire
- b. Oui, j'ai le matériel à proximité (pour les consultations en maternité)
- c. Oui, et j'ai obtenu le DIU échographie
- d. Oui, mais je n'ai pas le DIU échographie
- e. Non, j'envoie mes patientes vers leur médecin généraliste pour qu'il décide ou non de la nécessité d'une échographie
- f. Non, j'envoie mes patientes chez un médecin radiologue échographiste
- g. Non, j'envoie mes patientes chez un gynécologue pour qu'il décide ou non de la nécessité d'une échographie
- h. Non, j'envoie mes patientes chez une sage-femme échographiste
- i. Autre :

35) Concernant le suivi de la ménopause, le fait de ne pas pouvoir prescrire le traitement hormonal substitutif complique-t-il votre prise en charge des femmes ménopausées ?

- a. Oui
- b. Non
- c. Je ne fais pas de suivi gynécologique chez les femmes ménopausées

36) Depuis 10 ans, trouvez-vous que le suivi gynécologique de prévention et contraception est pleinement intégré au métier de sage-femme ?

- a. Oui
- b. Partiellement
- c. Non

37) Si non ou partiellement, Pourquoi ? *Expression libre*

N'hésitez pas à laisser un commentaire si vous le souhaitez. Merci à vous ! *Expression libre*

ANNEXE II : Raisons du non exercice des consultations

Trop de responsabilités	Ces compétences ne conviennent pas à mon métier	Pas assez rémunérateur par rapport au temps passé en libéral ou pour l'établissement	Tarifs de consultation insuffisants	Pas assez de demande des femmes	Pressions extérieures pour que je ne pratique pas cette activité en libéral
(n=4)	(n=5)	(n=3)	(n=0)	(n=1)	(n=0)

Tableau 11 : Raisons du non exercice des consultations (suite)

ANNEXE III : Fréquence des motifs de consultations

	Très fréquemment	Fréquemment	Rarement	Très rarement	Jamais
Prescription et suivi pilule	45,3% (n=58)	44,5% (n=57)	10,2% (n=13)	0%	0%
Pose DIU	46,9% (n=60)	48,4% (n=62)	1,6% (n=2)	1,6% (n=2)	1,6% (n=2)
Retrait DIU	32,8% (n=42)	51,6% (n=66)	12,5% (n=16)	0,8% (n=1)	2,3% (n=3)
Suivi DIU	35,9% (n=46)	53,1% (n=68)	7,8% (n=10)	1,6% (n=2)	1,6% (n=2)
Pose d'implant	7,8% (n=10)	32,8% (n=42)	39,1% (n=50)	8,6% (n=11)	11,7% (n=15)
Retrait d'implant	7% (n=9)	29,7% (n=38)	37,5% (n=48)	14,1% (n=18)	11,7% (n=15)
Suivi d'implant	6,25% (n=8)	21,3% (n=27)	41,4% (n=53)	18% (n=23)	13,3% (n=17)
Suivi gynécologique de prévention hors ménopause	45,3% (n=58)	43,8% (n=56)	4,7% (n=6)	3,1% (n=4)	3,1% (n=4)
Suivi gynécologique de prévention pour préménopause/ménopause	7% (n=9)	28,1% (n=36)	40,6% (n=52)	14,8% (n=19)	9,4% (n=12)
Réalisation de FCU	71,1% (n=91)	26,6% (n=34)	1,6% (n=2)	0,8% (n=1)	0%
Troubles du cycle	10,2% (n=13)	34,4% (n=44)	40,6% (n=52)	10,2% (n=13)	4,7% (n=6)
Symptomatologie vaginale	20,3% (n=26)	54,7% (n=70)	21,9% (n=28)	1,6% (n=2)	1,6% (n=2)
Symptomatologie mammaire	4,7% (n=6)	21,9% (n=28)	48,4% (n=62)	21,3% (n=27)	3,9% (n=5)
Symptomatologie utérine et/ou annexielle (fibrome, prolapsus, kyste ovarien,...)	1,6% (n=2)	10,9% (n=14)	43% (n=55)	33,6% (n=43)	10,9% (n=14)
Questions concernant les troubles sexuels	3,9% (n=5)	17,2% (n=22)	44,5% (n=57)	28,9% (n=37)	5,5% (n=7)
Questions concernant l'IVG	4,7% (n=6)	5,5% (n=7)	24,2% (n=31)	44,5% (n=57)	21,1% (n=27)
Questions sur le suivi protocole AMP	1,6% (n=2)	3,1% (n=4)	18% (n=23)	44,5% (n=57)	32,8% (n=42)

Tableau 12 : Fréquence des motifs de consultations

ANNEXE IV : Fréquence des difficultés rencontrées concernant le DIU et l'implant

Difficultés rencontrées concernant le DIU (n=128)

Difficultés rencontrées concernant l'implant (n=128)

	Toujours		Souvent		Parfois		Rarement		Jamais		Non concerné(e)	
Pour délivrer une information claire	0%	0%	0,8% (n=1)	1,6% (n=2)	5,5% (n=7)	7% (n=9)	32% (n=41)	39,1% (n=50)	60,9% (n=78)	46,9% (n=60)	0,8% (n=1)	5,5% (n=7)
Pour la pose	0%	5,5% (n=7)	2,3% (n=3)	0,8% (n=1)	28,1% (n=36)	4,7% (n=6)	55,5% (n=71)	32% (n=41)	9,4% (n=12)	42,2% (n=54)	3,1% (n=4)	14,8% (n=19)
Pour le retrait	0%	7,8% (n=10)	0%	1,6% (n=2)	8,6% (n=11)	33,6% (n=43)	56,3% (n=72)	33,6% (n=43)	32% (n=41)	9,4% (n=12)	3,1% (n=4)	14,1% (n=18)
Pour le suivi	0%	2,3% (n=3)	0%	0,8% (n=1)	7,8% (n=10)	11,7% (n=15)	45,3% (n=58)	39,1% (n=50)	43,8% (n=56)	32% (n=41)	3,1% (n=4)	14,1% (n=18)
Pour la prescription des examens complémentaires	0%	3,1% (n=4)	0%	0,8% (n=1)	8,6% (n=11)	9,4% (n=12)	39,1% (n=50)	32% (n=41)	49,2% (n=63)	40,6% (n=52)	3,1% (n=4)	14,1% (n=18)

Tableau 13 : fréquence des difficultés rencontrées concernant le DIU et l'implant

ANNEXE V : Objectifs théoriques de l'Unité d'Enseignement théorique
« Gynécologie – santé génésique des femmes et assistance médicale à la
procréation » issu du bulletin n°15 du 11 avril 2013 fixant le régime des études
pour l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme [14]

Gynécologie - sante génésique des femmes et assistance médicale a la procréation

Ces UE représentent 4 à 8 ECTS

Objectifs généraux :

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

Principaux objectifs spécifiques en lien avec les compétences attendues :

- Mener une consultation de suivi gynécologique de prévention :
 - . Les différents temps de la consultation gynécologique,
 - . Analyse des principaux motifs de plaintes ;
 - . Prescription des examens complémentaires de première intention,
 - . Connaissance des médicaments utilisés en gynécologie inscrits dans les droits de prescription de la sage-femme ;
- Accompagner ou orienter les femmes dans les périodes pré, per et post-IVG :
 - . Entretien pré-IVG analyse de l'échec de contraception,
 - . Techniques d'IVG,
 - . Surveillance et contraception post-IVG ;
- Dépister et participer à la prise en charge des pathologies gynécologiques :
 - . Raisonnement médical, démarche clinique,
 - . Reconnaissance et identification des signes cliniques,
 - . Pathologies fonctionnelles et organiques des organes uro-génitaux et mammaires,
 - . Bilan uro-dynamique ;
- Organiser et animer une séance collective d'information auprès d'adolescents sur la sexualité, la contraception et les infections sexuellement transmissibles :
 - . Les spécificités de l'adolescence,
 - . Sélection des contenus et méthodes d'animation ;
- Aborder la sexualité lors d'une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention ,
 - . Aspects biopsychosociaux de la sexualité,
 - . Principaux motifs de plaintes,
 - . Éducation sexuelle ;
- Prévenir et dépister les violences faites aux femmes :
 - . Épidémiologie des violences faites aux femmes,
 - . Médecine légale et démarches de protection ;
- Participer aux activités d'assistance médicale à la procréation :
 - . Infertilité et stérilité du couple : exploration, diagnostic, traitement,
 - . Techniques d'assistance médicale à la procréation,
 - . Législation,
 - . Bioéthique.

Situation 7

REALISER UNE CONSULTATION DE CONTRACEPTION ET DE SUIVI GYNECOLOGIQUE DE PREVENTION

Réaliser un diagnostic

- En accueillant la femme et éventuellement l'accompagnant, en consultation, en l'informant du suivi gynécologique régulier et en lui proposant de réfléchir à sa contraception.
- En réalisant l'anamnèse, afin d'identifier d'éventuelles contre-indications
 - en repérant les conduites de consommation à risque
 - en repérant les comportements à risque
 - en identifiant les facteurs de risque médicaux
- En réalisant l'examen clinique de la femme
- En réalisant, si nécessaire, un frottis cervico-vaginal de dépistage et/ou un prélèvement vaginal

Décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge et d'accompagnement

- En présentant les différentes formes de contraception possibles pour éclairer son choix :
 - en utilisant des supports pédagogiquesen étant à l'écoute de ses attentes et de son mode de vie et en lui présentant les risques/bénéfices de chaque option
 - en expliquant la physiologie de la fécondité, des cycles et de la vie sexuelle
 - en instaurant le dialogue autour de la sexualité avec la femme / le couple
- En prévenant et dépistant toute situation de vulnérabilité de la femme
- En participant au dépistage et à la prévention des cancers gynécologiques et des infections sexuellement transmissibles
- En prescrivant la contraception et les examens complémentaires en relation avec le suivi gynécologique
 - en faisant reformuler la femme quant à sa compréhension de l'utilisation de la méthode contraceptive retenue, et si besoin en lui faisant réaliser les gestes adaptés
 - en l'informant sur les démarches d'observance, de suivi, et de conduite à tenir en cas d'échec, d'oubli ou de problème
 - en donnant des conseils d'hygiène, de diététique et d'éducation à la santé
- En prescrivant si nécessaire d'autres thérapeutiques (vaccins, médicaments)

Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge

- En planifiant le suivi gynécologique de la femme
- En cas de dépistage de pathologie, en adressant la femme à un médecin

RESUME

La loi HPST du 21 juillet 2009 a attribué de nouvelles compétences gynécologiques aux sages-femmes. L'objectif de ce mémoire est de savoir si depuis 11 ans, en Pays-de-la-Loire, ces compétences en matière de gynécologie de prévention et de contraception font partie intégrante du métier de sage-femme. Il s'agit d'une étude observationnelle, transversale, et descriptive, réalisée entre le 23 juin 2020 et le 15 octobre 2020.

267 réponses ont été interprétables, recueillies après avoir adressé un questionnaire à toutes les sages-femmes des Pays-de-la-Loire exerçant en libéral, dans les maternités privées et publiques, dans les Centres de Planification et d'Education Familiale, et à la Protection Maternelle et Infantile. Le questionnaire s'adressait aux sages-femmes effectuant et n'effectuant pas de suivi gynécologique.

Les compétences en matière de gynécologie de prévention et de contraception font partie intégrante du métier de sage-femme, quelle que soit leur année de diplôme. Ce sont les sages-femmes libérales qui les ont le plus investies du fait de leur liberté de choix d'exercice. Concernant les sages-femmes salariées, seules celles exerçant en établissement public ont accès à ces consultations. Elles seraient plus nombreuses à exercer ces compétences si elles en avaient la possibilité. La collaboration avec les médecins généralistes et les gynécologues est primordiale pour assurer un suivi gynécologique optimal, et pallier la difficulté rencontrée pour déterminer la limite entre la physiologie et la pathologie.

Les sages-femmes se sentent parfois limitées par leur droit de prescription pour assurer le suivi gynécologique. De nouvelles mesures leur ont été octroyées dans le cadre de la proposition de loi « visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification », adoptée par l'Assemblée nationale en avril 2021.

Mots-clés : compétences sages-femmes, consultations gynécologiques, contraception, formation