



HAL
open science

Sages-femmes, gynécologie et contraception

Marie Bauer

► **To cite this version:**

Marie Bauer. Sages-femmes, gynécologie et contraception. Médecine humaine et pathologie. 2011. hal-01882438

HAL Id: hal-01882438

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01882438v1>

Submitted on 27 Sep 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes de Metz

SAGES-FEMMES, GYNÉCOLOGIE ET
CONTRACEPTION

Les compétences attribuées aux sages-femmes par la loi
du 21 juillet 2009

Mémoire présenté et soutenu par

BAUER Marie

Née le 4 février 1988

Promotion [2007-2011]

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes de Metz

SAGES-FEMMES, GYNÉCOLOGIE ET
CONTRACEPTION

Les compétences attribuées aux sages-femmes par la loi
du 21 juillet 2009

Mémoire présenté et soutenu par

BAUER Marie

Née le 4 février 1988

Promotion [2007-2011]

Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur.

Merci à Laure Genevois, sage-femme, pour avoir accepté de diriger ce mémoire, pour sa patience et ses conseils.

Merci aux sages-femmes enseignantes de m'avoir aidé à réaliser le questionnaire d'enquête.

Merci à l'ANSFL et à ses adhérents, sans lesquels l'enquête aurait été impossible.

Merci à Mme Bérengère Poletti et à ses assistantes pour leur grande disponibilité.

Merci à mes proches.

Je dédie ce mémoire à toutes les sages-femmes car si les évolutions de notre profession sont considérables, nous devons encore nous battre pour être mieux reconnues.

Je dédie également ce mémoire aux futurs étudiants sages-femmes qui vont enfin entrer dans le système « LMD » et qui auront encore tout à construire.

LES ABBREVIATIONS

AMM : Autorisation de mise sur le marché (à propos d'un produit de santé)

ANSFL : Association nationale des Sages-femmes Libérales

CNOSF : Conseil national de l'Ordre des Sages-femmes

CSP : le Code de la Santé Publique

DIU : Dispositif intra-utérin (au cuivre)

HAS* : la Haute Autorité de Santé (cf. glossaire)

INPES* : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (cf. glossaire)

IVG : Interruption volontaire de grossesse

IGAS* : Inspection Générale des Affaires Sociales (cf. glossaire)

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SIU : Système intra-utérin (hormonal)

Les mots ou abréviations marqués par un astérisque * sont expliqués dans le glossaire.

SOMMAIRE

Introduction.....p.4

Première partie : L'EXTENSION DU CHAMP DE COMPETENCES DES SAGES-FEMMES PAR LA LOI DU 21 JUILLET 2009.....p.6

I) L'extension du champ de compétences des sages-femmes.....p.7

II) Les origines de ces compétences.....p.9

1) Entretien avec Mme Bérengère Poletti.....p.10

2) Contraception et IVG en France.....p.12

3) La gynécologie médicale..... p.13

a) Les professionnels de la santé des femmes en France.....p.14

b) La démographie médicale.....p.15

III) Les sages-femmes aujourd'hui.....p.17

1) Compétences en contraception et en gynécologie.....p.17

2) Formation initiale en gynécologie.....p.17

3) La démographie des sages-femmes.....p.19

IV) La mise en pratique des compétences.....p.20

1) Résultats de l'enquête du Conseil Interrégional de l'Ordre des sages-femmes du secteur 2.....p.20

2) Difficultés de mise en œuvre des compétences.....p.21

a) L'exercice des sages-femmes.....p.21

b) A propos du statut des sages-femmes.....p.22

c) Les difficultés qui découlent de la loi elle-même.....p.23

Deuxième partie : ENQUETE AUPRES DES SAGES-FEMMES DE L'ANSFL.....p.24

I) Objectifs de l'enquête.....p.25

II) Choix de la population et de la méthode.....p.25

1) Population.....p.25

2) Méthode.....p.27

3) Recueil et analyse des données.....p.27

III) Résultats de l'enquête.....p.28

1) Les renseignements généraux.....p.28

2) Les nouvelles compétences des sages-femmesp.33

3) La mise en pratique des compétences.....p.35

<u>Troisième partie : ANALYSE ET DISCUSSION</u>	p.42
I) Méthodologie de l'enquête.....	p.43
1) Les limites.....	p.43
2) Les intérêts.....	p.44
II) Analyse et constats.....	p.44
1) Généralités sur l'échantillon.....	p.44
2) La connaissance du champ de compétences par les sages-femmes.....	p.46
3) La pratique des sages-femmes en gynécologie et en contraception.....	p.48
4) Les difficultés de mise en œuvre exprimées par les sages- femmes sondées.....	p.50
III) Quelques propositions.....	p.52
Conclusion.....	p.54
Références bibliographiques.....	p.57
Glossaire.....	p.62
Annexes.....	p.64

INTRODUCTION

J'ai, comme la plupart des sages-femmes, fait connaissance avec mon futur métier lors de mon entrée à l'Ecole de Metz. C'est en mesurant l'étendue des compétences médicales, techniques et humaines qui doivent être mises en œuvre, au quotidien, que nous agrandissons notre estime du métier. J'ai alors développé un intérêt croissant pour le statut des sages-femmes en France et sur la place qu'elles occupent dans le monde médical.

Le 21 juillet 2009, une loi portant la réforme « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » (ou HPST) a été promulguée en France. Préparée par Madame la Ministre Roselyne Bachelot, cette loi a repris des propositions du rapport de M. Gérard Larcher, ancien président de la Fédération hospitalière de France. Cette loi veut amener les hôpitaux publics à un meilleur équilibre budgétaire en 2012 après bien des échecs, notamment avec la réforme de 2002.

La réforme concerne quatre points dits titres qui sont la modernisation des établissements de santé, l'amélioration de l'accès à des soins de qualité, la prévention et la santé publique et l'organisation territoriale du système de santé. [1]

L'article 86 de cette loi a modifié le Code de la Santé Publique en ce qui concerne la profession de sage-femme. Le champ de compétences des sages-femmes, jusqu'à présent réservé à l'obstétrique physiologique, a été grandement élargi par la possibilité de réaliser un suivi gynécologique de prévention et de prescrire une contraception aux femmes sans pathologie connue. [2]

La présentation de l'amendement avait provoqué de nombreuses réactions au niveau politique, ainsi que dans le monde de la santé. D'ailleurs, on ne pouvait que souvent constater une méconnaissance des compétences des sages-femmes.

Mais je me suis rendu compte que ces compétences étaient très peu utilisées par les sages-femmes, voire pas du tout, en milieu hospitalier.

Je me suis alors interrogée sur les difficultés que pouvaient rencontrer les sages-femmes dans la mise en œuvre de ces nouvelles compétences.

Ainsi, après avoir cherché les motifs pour lesquels la loi HPST du 21 juillet 2009 a autorisé une telle extension des compétences des sages-femmes, j'ai tenté de les exposer dans une première partie. Puis, à l'aide des réponses obtenues à mon questionnaire réalisé auprès des sages-femmes de l'ANSFL, j'ai essayé, dans un deuxième temps, d'analyser leur mise en pratique. Cela m'a alors conduit à comprendre et à trier dans une troisième partie tous les types de difficultés que peuvent rencontrer les sages-femmes dans l'application des compétences que leur offre cette nouvelle loi.

Première partie

**L'EXTENSION DU CHAMP DE COMPETENCES
DES SAGES-FEMMES PAR LA LOI DU 21
JUILLET
2009**

I) L'EXTENSION DU CHAMP DE COMPETENCES DES SAGES-FEMMES

L'article 86 de la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » du 21 juillet 2009 modifie dans le Code de la Santé Publique les articles L.4151-1, L.2122-1 et L.5134-1 qui concernent la profession de sage-femme. [2]

On peut ainsi retrouver à l'article L.4151-1 que « *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.* »

Puis à l'article L.2122-1 que « *Le médecin ou la sage-femme propose également un frottis cervico-utérin, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.* »

Et enfin à l'article L.5134-1 que « *Les contraceptifs intra-utérins ainsi que les diaphragmes et les capes ne peuvent être délivrés que sur prescription d'un médecin ou d'une sage-femme [...]. L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin ou une sage-femme [...]. Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux. La surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant.* » [Annexe I]

Ainsi, afin de faciliter l'accès aux soins et à la contraception des femmes, la réforme HPST donne la possibilité aux sages-femmes françaises d'effectuer un suivi gynécologique de prévention et de prescrire une contraception à toutes les femmes en bonne santé sous réserve d'adresser la patiente à un médecin en cas de situation pathologique.

Cette profession médicale, spécialiste de l'obstétrique physiologique, est maintenant également considérée comme spécialiste de la gynécologie physiologique et de la contraception.

Les conséquences sont importantes puisque ces nouvelles compétences impliquent que les sages-femmes peuvent désormais, pour les femmes en bonne santé, de la puberté à la ménopause :

- réaliser un suivi gynécologique de prévention
- prescrire l'ensemble des moyens de contraception
- poser, surveiller et retirer les DIU ou SIU
- prescrire voire réaliser les examens complémentaires nécessaires au suivi gynécologique ou à la prescription d'un moyen de contraception
- réaliser le frottis cervico-vaginal de dépistage.

Au sujet du suivi biologique nécessaire à la surveillance à long terme d'une contraception hormonale, la loi précise qu'il sera effectué par le médecin traitant.

Les recommandations émises par l'HAS* (anciennement ANAES) en décembre 2004 précisent que *« lorsqu'une méthode hormonale est envisagée, pour une femme sans antécédent personnel ou familial de maladie métabolique ou thromboembolique, qui ne fume pas et dont l'examen clinique est normal, le premier bilan biologique peut être réalisé dans les 3 à 6 mois après le début de la contraception (même oestroprogestative). Sa non réalisation ne doit pas retarder la prescription d'une contraception oestroprogestative. Il comporte la détermination du cholestérol total, des triglycérides et de la glycémie à jeun. Le bilan sera renouvelé tous les 5 ans. Un bilan d'hémostase n'est pas nécessaire. En cas d'antécédent familial d'hyperlipidémie, il est impératif de demander le bilan biologique avant le début de toute contraception oestroprogestative et entre 3 à 6 mois après. »* [3]

En ce sens, précisons qu'une sage-femme peut également :

- réaliser des consultations de contraception à court terme pour toutes les femmes en bonne santé
- renouveler une contraception hormonale dès lors qu'il n'est pas nécessaire d'effectuer le bilan biologique. [4] [5]

Les sages-femmes sont également aptes à proposer des consultations préconceptionnelles dans le cadre d'un projet de grossesse. L'HAS indique dans un de ses dossiers spéciaux Gynécologie & Obstétrique de décembre 2010 que : « *toutes les femmes et les couples devraient bénéficier, en période préconceptionnelle, d'informations, de messages de prévention et d'interventions adaptées, pour maintenir ou améliorer leur santé et éviter des complications obstétricales. Cette consultation peut être menée par un médecin généraliste, un gynécologue obstétricien, un gynécologue médical et une sage-femme.* » [6]

A cela s'ajoute un arrêté publié au Journal Officiel le 14 janvier 2011 qui modifie la liste des vaccins que les sages-femmes peuvent prescrire. Les vaccins contre le méningocoque C, le papillomavirus humain et, sous sa forme associée, la rougeole, la rubéole et les oreillons en font désormais partie. Les deux derniers sont nécessaires au suivi gynécologique de prévention des femmes. [7]

Les sages-femmes devront donc maîtriser le calendrier vaccinal et savoir utiliser le carnet de santé des patientes.

II) LES ORIGINES DE CES COMPETENCES

La loi HPST de 2009 contient quatre titres de réforme relatifs à quatre domaines de la santé. On y retrouve, d'une part, la volonté de favoriser l'accès à la prévention et aux soins de premiers recours et, d'autre part, celle de faciliter l'accès des femmes à la contraception.

Comment est né l'article 86 de cette loi permettant l'élargissement de compétences des sages-femmes au domaine de la gynécologie ? En effectuant des recherches sur cette loi, j'ai découvert le rôle d'une députée, Mme Bérengère Poletti.

1) Entretien avec Mme Bérengère Poletti

Bérengère Poletti, actuellement députée des Ardennes, est sage-femme de profession. Vice-présidente de la délégation de l'Assemblée nationale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, elle a déposé à ce titre un rapport d'information sur l'interruption volontaire de grossesse en octobre 2008.

Voici le résumé de notre entretien téléphonique en septembre 2010 :

A propos de la loi sur les nouvelles compétences sages-femmes (suivi gynécologique et prescription de contraception aux femmes en bonne santé) publiée le 21 juillet 2009 dans le cadre de la réforme HPST, je lui demandais :

-Par qui cette loi a-t-elle été proposée ? Quelles en sont les origines ?

Mme Bérengère Poletti : « Moi-même. J'ai déposé un amendement après un rapport sur l'IVG établissant un bilan de la loi de 2001. Concernant le taux d'IVG, les résultats ne sont pas satisfaisants, surtout chez les mineurs. En fait, on constate qu'il existe un manque d'information sur les différents moyens de contraception. La contraception orale est trop facilement prescrite sans qu'elle soit pour autant le moyen de contraception le plus adapté. Les médecins généralistes ne bénéficient pas tous d'une formation spécifique et les gynécologues médicaux sont trop peu nombreux.

En ce qui concerne l'histoire de cette loi, mon amendement a été voté par l'Assemblée Nationale puis par le Sénat. Avant d'être promulguée, certaines lois sont examinées par une commission mixte paritaire (sénateurs et députés) chargée de vérifier et de finaliser le texte. Cette dernière a introduit et voté un amendement stipulant que le suivi biologique devait être assuré par le médecin traitant.

Face à cela, j'ai déposé un amendement dans le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale en invoquant le coût supplémentaire engendré par un double suivi

sage-femme et médecin généraliste. Mais l'amendement a été rejeté car considéré comme cavalier législatif* par le Conseil Constitutionnel. Je présenterai un nouvel amendement lors du vote de la nouvelle loi relative à la politique de santé publique, d'ici 2011 ou 2012. »

-Quels en sont les objectifs ?

« Le but est d'améliorer la prise en charge et l'information des femmes en matière de contraception afin de diminuer le taux d'IVG. Il faut pallier au manque de professionnels de la santé des femmes afin de faciliter l'accès aux consultations de gynécologie et de contraception.

Pour moi, les sages-femmes sont des professionnelles de santé parfaitement aptes à assurer ces consultations. Elles sont des spécialistes des femmes tant au niveau anatomophysiologique que psychologique. Même si elles doivent suivre une formation supplémentaire dans ce cas.»

-Des décrets d'application* vont-ils suivre ?

« Il n'y a pas besoin de décret d'application. »

-Connaissez-vous les principales difficultés d'application de cette loi actuellement ?

« J'ai conscience que la difficulté principale est le manque de formation des sages-femmes dans le domaine de la gynécologie. Pour les autres difficultés, c'est un autre combat. »

-En tant que sage-femme, quel est votre avis personnel sur ces nouvelles compétences ?

« Je pense que notre profession n'est pas assez valorisée. Ces nouvelles compétences ne vont pas seulement dans le sens d'une valorisation, elles sont aussi nécessaires à la santé des femmes car la démographie des gynécologues nous oblige à nous intéresser à cette question. »

2) Contraception et IVG en France

Dans l'entretien, Mme Poletti cite le rapport d'information n°1206 sur l'application de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Elle l'a déposé au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre hommes et femmes fin 2008.

Ce rapport souligne la situation paradoxale de la France : le nombre annuel d'IVG est stable depuis une vingtaine d'années « *alors que le taux d'utilisation de contraceptifs y est parmi les plus élevés d'Europe.* »

En effet, alors que « *moins de 5% des femmes de 15 à 45 ans sexuellement actives et ne souhaitant pas avoir d'enfant déclarent ne pas utiliser, ou ne pas utiliser systématiquement, un moyen de contraception* », « *près de 2 grossesses sur 3 surviennent chez des femmes qui déclarent utiliser une contraception au moment de la survenue de cette grossesse* ».

Si le nombre d'IVG reste constant (environ 210 000 par an), « *il augmente de façon régulière chez les jeunes femmes de moins de vingt ans notamment chez les mineures de 15 à 17 ans* ». [8]

L'INPES*, à travers un dossier de presse de 2007 intitulé Contraception : ce que savent les Français, explique que le paradoxe français est en partie dû à « *une difficulté à gérer sa contraception au quotidien* ». De plus, si les Français se considèrent satisfaits et bien informés, ils persistent « *des représentations erronées* » de la contraception mais surtout « *de nombreuses lacunes sur le cycle féminin et l'utilisation de méthodes contraceptives* ». [9]

Le rapport sur La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence a été établi par l'IGAS* en octobre 2009. Il indique que « *c'est moins à un problème d'accès à la contraception que sont confrontées les femmes qu'à une inéquation entre les méthodes contraceptives qui leur sont prescrites et leurs conditions de vie au quotidien, ainsi qu'à une insuffisance*

d'explication sur les modalités de celle-ci ». Les auteurs affirment, en ce sens, que « *tous les prescripteurs ne sont pas conscients de la véritable dichotomie qui existe entre les connaissances scientifiques, d'une part, et le vécu subjectif de la contraception, d'autre part* ». De plus, « *l'attitude des patientes après l'oubli de pilule témoigne d'un réel défaut d'information quant à la conduite à tenir dans ce genre de circonstances* ».

D'un autre côté, ce rapport mentionne le coût et le remboursement des produits contraceptifs comme frein à leur utilisation, « *notamment sous l'angle de la non neutralité du régime de prise en charge financière qui contribue à orienter la demande et/ou la prescription contraceptive vers certains types de produits plutôt que d'autres* ». Rappelons que l'Assurance maladie ne rembourse à 65% que les pilules de 2^e génération, les DIU/SIU au cuivre ou progestatifs, l'implant progestatif et 2 pilules de 3^e génération parmi tous les moyens contraceptifs commercialisés en France. [10]

Aujourd'hui, malgré les campagnes d'information et les nombreux moyens contraceptifs existants, il semble persister dans la population, non seulement chez les plus jeunes mais également dans la population en général, une méconnaissance de la contraception.

3) La gynécologie médicale

a) Les professionnels de la santé des femmes en France

Les professionnels de santé compétents pour prendre en charge la santé des femmes sont les médecins gynécologues, les gynécologues obstétriciens, les médecins généralistes et, reconnues depuis 2009, les sages-femmes.

En France, il existe deux types de gynécologues : les gynécologues médicaux et les gynécologues obstétriciens. D'après le Larousse, la gynécologie est

une « *spécialité médicale consacrée à l'étude de l'organisme de la femme et de son appareil génital, du point de vue tant physiologique que pathologique* ». La différence entre les deux spécialités réside principalement dans le type de prise en charge des patientes : les obstétriciens sont des chirurgiens accoucheurs alors que les gynécologues médicaux s'occupent plutôt de l'ensemble des problèmes médicaux et gynécologiques. [11]

Leurs formations ne sont pas identiques puisqu'elles concernent des DES* différents. Le DES de gynécologie médicale avait été supprimé en 1984 suite à la réforme de l'internat. Face à cela, des gynécologues médicaux et des femmes ont créé le Comité de défense de la Gynécologie Médicale. Suite à plusieurs pétitions et manifestations nationales, le DES a été rétabli en 2003. [12] [13]

D'après la World Family doctors Caring for People, les médecins généralistes ou médecins de famille sont chargés de dispenser des soins globaux et continus indépendamment de l'âge, du sexe ou de la maladie d'un patient. Ils jouent un rôle-clé dans les domaines de la prévention et de la santé publique. [14]

En France, ils possèdent un DES de Médecine générale qui leur permet de prendre en charge l'ensemble des soins de santé primaires et d'orienter un patient vers un médecin spécialiste si besoin est.

Le rapport de l'IGAS souligne que « *3 800 000 actes gynécologiques par an sont dispensés par des médecins généralistes, dont 35% concernent la contraception* ». Et surtout quand ces médecins généralistes sont des femmes. [10]

b) La démographie médicale

Une des raisons les plus avancées justifiant l'élargissement des compétences des sages-femmes concerne la démographie des médecins gynécologues.

Mais que disent les chiffres à ce propos ?

L'Atlas national, publié chaque année par l'Ordre National des Médecins, renseigne sur l'ensemble des données démographiques concernant la profession. Les statistiques de 2010 nous renseignent ainsi : si le nombre de médecins a doublé en trente ans, passant de 112 066 en 1979 à 216 450 en 2009, le nombre de médecins retraités a été multiplié par 6 car ils étaient 6776 en 1979 et 44 928 en 2009. La densité médicale, toutes activités confondues, est actuellement estimée à 308,8 médecins pour 100 000 habitants mais avec d'importantes disparités régionales (238 à 309 pour 100 000). L'âge moyen des médecins est de 50 ans et de 53 ans pour les médecins libéraux. [15]

- On compte 1648 gynécologues médicaux. Ils exercent en libéral à 64% et 92% d'entre eux sont des femmes. Leur âge moyen est de plus de 55 ans. Depuis 2005, le nombre de postes offerts dans cette spécialité n'a que très peu augmenté puisqu'il est passé de 20 à 24 et qu'il reste le plus faible par rapport aux autres spécialités. Le rapport entrants/sortants est de 11 pour 54.

En moyenne, on retrouve 1,9 gynécologues médicaux pour 100 000 habitants.

- Le nombre de gynécologues obstétriciens est de 1952 et 55% d'entre eux exercent en libéral. Agés en moyenne de plus de 55 ans, la profession affiche un rapport entrants/sortants de 49 pour 209 avec un nombre de postes offerts à 177 pour l'année 2010-2011 (155 en 2005).

On retrouve en moyenne 2,8 gynécologues obstétriciens pour 100 000 habitants.

- On dénombre 55 891 médecins généralistes et 26 797 spécialistes en médecine générale, soit 82 688 en tout. Il est à noter qu'un décret du 19 mars 2004 permet aux médecins généralistes de solliciter la qualification de médecins spécialistes en médecine générale.

Ils exercent majoritairement en libéral et sont âgés, en moyenne, de plus de 50 ans.

On trouve environ 82,8 médecins généralistes et 46,7 médecins spécialistes pour 100 000 habitants.

Le nombre de postes offerts en spécialité de médecine générale est de 3632 pour l'année 2010-2011. C'est le plus important des nombres de postes offerts et il représente plus de 50% de leur total.

Le rapport entrants/sortants est de 1047 pour 358 dans la spécialité médecine générale alors qu'il est de 950 pour 1440 dans la médecine générale (du fait de la qualification de certains médecins en spécialistes).

Le constat est évident, le renouvellement des gynécologues, qu'ils soient médicaux ou obstétriciens, est insuffisant, surtout en regard de l'âge moyen de ces deux professions.

Les médecins généralistes affichent un rapport entrants/sortants positif mais, si le rapport d'information n°1206 sur le suivi de la loi du 4 juillet relative à l'IVG et à la contraception reconnaît leur importance dans le bon accès à la contraception, le constat est « *qu'au cours des études de médecine, un nombre très restreint d'heures de cours, qui plus est, facultatives, est consacré à la contraception et à l'IVG. La formation médicale continue ne pallie pas cette situation.* » Il semblerait donc que les médecins généralistes n'aient pas tous eu la possibilité d'acquérir l'ensemble des compétences pour prescrire une contraception ou effectuer un suivi gynécologique.

Les nouvelles compétences attribuées aux sages-femmes permettraient donc d'augmenter le nombre de professionnels de santé à même de prescrire des contraceptifs et d'assurer un suivi gynécologique de prévention. Les femmes bénéficieraient alors d'un meilleur accès à la maîtrise de la fécondité et aux soins dans le domaine de la gynécologie.

L'ouvrage intitulé Référentiel métiers et compétences, paru en décembre 2010, réunit les professions de médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues obstétriciens. Destiné à renforcer la collaboration entre ces professionnels de santé, il démontre leur complémentarité dans le but d'optimiser la prise en charge des femmes. [16]

III) LES SAGES-FEMMES AUJOURD'HUI

Les sages-femmes appartiennent au corps des professions médicales au même titre que les médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes. Elles possèdent, comme les chirurgiens-dentistes, des compétences spécifiques, c'est-à-dire que le Code de la Santé Publique a défini leur champ d'intervention.

Pour les sages-femmes, ce champ d'intervention concerne l'obstétrique physiologique. Depuis 2009, il concerne également la gynécologie physiologique.

1) Compétences en contraception et en gynécologie

Les compétences des sages-femmes en matière de contraception et gynécologie ne sont pas inédites. En effet, la loi du 9 août 2004 avait modifié les articles L4151-1 et L5134-1 du Code de la Santé Publique en y incluant que *« l'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique »* et *« les sages-femmes sont habilitées à prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen postnatal et après une interruption volontaire de grossesse »*. [17]

Les frottis cervico-vaginaux sont pratiqués par les sages-femmes dans le cadre du suivi de grossesse depuis l'arrêté du 17 octobre 1983. [18]

2) Formation initiale en gynécologie

Les études de sage-femme ont largement été modifiées au XXe siècle puis au XXIe siècle de manière à former des professionnels qualifiés en réponse aux besoins des femmes et des nouveaux-nés. Elles duraient 3 ans en 1943, 4 ans à partir de 1986.

Jusqu'à la rentrée 2010 et depuis 2002, les études de sages-femmes se déroulaient au sein des écoles de sages-femmes accessibles après avoir été classé en

rang utile au concours de la première année du Premier Cycle des Etudes Médicales (PCEM 1). [19]

L'arrêté du 11 décembre 2001 fixait leur durée à quatre ans, répartis en deux phases de deux années. La première formait à la physiologie générale et spécifique à la profession de sage-femme, la deuxième au dépistage et à la prévention dans les domaines de l'obstétrique, de la gynécologie et de la pédiatrie. Un des objectifs de la formation était de « *participer à la prévention, à l'information et à l'éducation dans les domaines de la fécondité et de l'infertilité, de la gynécologie et de la petite enfance* ». [20]

Ces études comportaient, pour chaque domaine abordé, des cours théoriques, des cours pratiques et des stages obligatoires.

D'après le Conseil national de l'Ordre des Sages-femmes, ce programme de formation initial permet aux sages-femmes diplômées depuis 2002 d'assurer le suivi gynécologique avec 160 heures de cours théoriques associées à 120 heures de stages cliniques. [5]

Une des recommandations de l'IGAS en octobre 2009, était d'« *adapter le programme des études de sage-femme aux nouvelles compétences que leur reconnaît la loi du 21 juillet 2009 en matière de contraception* ». [10]

Lors d'une étude réalisée auprès de 116 sages-femmes d'Ille-Et-Vilaine, un mémoire de fin d'études de sage-femme en 2010 sur l'extension du champ de compétence, a fait le constat suivant : « *la formation initiale ne semblait pas toujours pleinement satisfaisante dans son objectif de préparation à la nouvelle pratique de la gynécologie* ». [21]

Quoi qu'il en soit, si la formation initiale est jugée insuffisante pour exercer les nouvelles compétences, elle doit être complétée par la formation continue. D'après le Code de Déontologie, les articles R4127-304 et R4127-325 du CSP exige d'une sage-femme « *l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances* » dans le

but d'assurer à ses patients « *des soins conformes aux données scientifiques du moment* ». [22]

La loi HPST a également permis l'intégration à l'université de la formation des sages-femmes. La réforme des études de sage-femme associée à la mise en place de la PACES va à nouveau modifier le déroulement de la formation initiale, d'ici la rentrée 2011.

3) La démographie des sages-femmes

Tableau I : Démographie des sages-femmes [23]

	Hospitalières	Libérales	Poly actives	PMI	Salariées PSPH	Salariées cliniques	Intérim
2007	10 401	2 092	575	814	487	2 420	483
2008	10 720	2 229	564	860	453	2 513	431
2009	11 093	2 414	631	864	452	2 577	428
2010	11 252	2 662	713	916	672	2 678	229

En 2010, l'Ordre National des Sages-femmes recensait 19 122 sages-femmes, soit environ 2000 de plus par rapport à l'année 2007.

Le nombre des sages-femmes en activité augmente régulièrement ces dernières années et ce, dans tous les modes d'exercice possibles.

Elles sont, à presque 80%, salariées dans des établissements de soins privés ou publics, plus de 13% exercent en libéral et environ 4% en PMI.

Le nombre de sages-femmes libérales suit la tendance avec, depuis 2007, une augmentation de 570 sages-femmes, soit + 27% en 3 ans, tandis que le nombre des sages-femmes intérimaires, dont les fonctions sont, par définition, provisoires et vacantes, diminue.

Ainsi, l'extension du champ des compétences des sages-femmes aux domaines de la gynécologie de prévention et de la contraception semble judicieuse pour répondre aux besoins des femmes. Elles représentent des professionnelles de santé qualifiées dont le nombre est en constante augmentation ces dernières années. L'anatomie et la psychologie féminines font partie des connaissances de base des sages-femmes qui occupent déjà une place privilégiée auprès des femmes et des couples, quelle que soit la durée de leur formation initiale.

IV) LA MISE EN PRATIQUE DES COMPETENCES

1) Résultats de l'enquête du Conseil Interrégional de l'Ordre des sages-femmes du secteur 2

« Si les nouvelles compétences attribuées aux sages-femmes par la loi HPST dans le domaine de la contraception et du suivi gynécologique de prévention ont un énorme intérêt pour la santé des femmes et tout leur sens dans la profession de sage-femme, leur mise en œuvre risque d'être compromise, voire entravée faute de moyens et de formation continue spécifique ». C'est par ce paragraphe que débute le compte-rendu de l'enquête réalisée par le Conseil Interrégional de l'Ordre des sages-femmes du secteur 2 (CIR 2) en 2010. [24]

Leurs principaux constats pour le secteur 2 étaient que :

- plus de 2/3 des sages-femmes exercent des activités liées à la contraception mais principalement de l'information
- le cadre hospitalier ne les favorisant pas, ces activités sont très dépendantes du type d'exercice
- les motifs exprimés par les sages-femmes qui ne pratiquent pas d'activités liées à la contraception sont institutionnels (postes en structures hospitalières et en PMI) et liés à un manque de formation et de compétence, quelle que soit la durée des études

- celles qui pratiquent le suivi gynécologique de prévention sont rares
- les motifs exprimés par les sages-femmes ne pratiquant pas de suivi gynécologique sont superposables à ceux évoqués pour la contraception
- la grande majorité des sages-femmes souhaite avoir une formation continue en contraception ou en suivi gynécologique de prévention
- elles expriment de l'intérêt pour ces compétences mais ne souhaitent pas que leur mise en œuvre soit une source de conflit avec les gynécologues
- elles expriment, cependant, *« un très grand besoin de reconnaissance professionnelle par leurs employeurs, les usagers, les autorités de santé et l'Assurance maladie, pour toutes les compétences qui leur sont dévolues et ne cessent de s'étendre »*
- la revalorisation des actes des sages-femmes est nécessaire afin que celles-ci puissent pratiquer leurs nouvelles compétences.

2) Difficultés de mise en œuvre des compétences

a) L'exercice des sages-femmes

D'après l'enquête du CIR2, l'exercice en établissement de soin ne favorise pas la mise en pratique de ces compétences. Les sages-femmes les plus à même de pratiquer des activités dans le domaine de la gynécologie et de la contraception semblent donc être celles pour qui ce type d'exercice est compatible avec leur fiche de poste ou celles qui sont libres dans leur choix d'activité, c'est-à-dire en libéral, en PMI et dans les centres de planification familiale. Ce qui doit représenter environ 20% des sages-femmes.

Le manque de formation est un motif de non mise en pratique exprimé par les sages-femmes de cette enquête, quelle que soit la durée de leur formation initiale.

Les sages-femmes libérales, dont le mode d'exercice est en plein essor (Tableau I), possèdent une grande autonomie dans leur pratique, même si elles ont tendance à développer les activités qui sont peu répandues dans le milieu hospitalier (préparation à la naissance et rééducation périnéale), ce qui est le cas de la gynécologie de prévention et de la contraception d'après l'enquête du CIR 2. [25]

b) A propos du statut des sages-femmes

Les sages-femmes expriment « *un très grand besoin de reconnaissance professionnelle* ». En effet, si 80% des sages-femmes exercent dans des établissements de soins, 77% d'entre elles le font dans la fonction publique hospitalière. Or, le statut des sages-femmes, profession médicale, se décline dans le titre IV du Code de la Fonction Publique qui régit les professions paramédicales. De plus, leurs salaires sont parmi les plus bas comparés à ceux des autres professionnels de santé formés en 5 ans. [26]

En 2005, un mémoire de fin d'études sur la perception des sages-femmes par les primigestes, relatait d'une « *méconnaissance* » de la profession, parce qu'« *enfouie de longue date dans l'intimité des femmes [...] et de l'inconscient collectif* », celle-ci « *touche une sphère privée et une période brève de la vie* ».

Toutefois, les nouvelles compétences permettent aux sages-femmes, depuis 2009, de prendre en charge, non plus environ 800 000 mais au moins 15 millions de femmes en bonne santé et ce, pendant toute leur vie génitale. [27] [28]

Par ailleurs, les actes pris en charge par l'Assurance maladie sont inscrits dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (ou NGAP) depuis l'arrêté du 27 mars 1972. Cette nomenclature contient les dispositions générales, la liste des actes cliniques médicaux et la liste des actes techniques des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux. La loi sur la possibilité par les sages-femmes de réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention à toutes les femmes en bonne santé date de juillet 2009 mais aucune modification de la NGAP n'a encore été réalisée en mars 2011. De ce fait, la liste

pour les sages-femmes ne contient pour l'instant aucun acte technique de gynécologie et de contraception. [27] [29]

Le CNOSF indique que « *lorsqu'une sage-femme pose un stérilet à une patiente, elle ne perçoit que 17 euros car il n'existe pas encore de cotation spécifique aux sages-femmes pour cet acte. Par comparaison, un médecin perçoit 38,40 euros pour ce même acte (secteur 1, tarif conventionnel sans dépassement d'honoraire)* ». [30]

c) Les difficultés qui découlent de la loi elle-même

Rappelons cet extrait de l'article L.5134-1 du CSP : « [...] *L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin ou une sage-femme [...]. Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux. La surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant* ».

Il est clairement inscrit que les contraceptifs intra-utérins peuvent être insérés par une sage-femme. Si une sage-femme pose un DIU ou un SIU, elle est autorisée à le surveiller et à le retirer.

Mais, si les sages-femmes sont habilitées à prescrire les contraceptifs hormonaux, rien n'indique qu'elles peuvent les poser, les surveiller ou les retirer. C'est la raison pour laquelle l'AMM de l'implant contraceptif n'autorise actuellement que les médecins à effectuer sa pose, sa surveillance et son retrait. [31]

De plus, le fait que la surveillance de la contraception hormonale soit assurée par le médecin traitant paraît contradictoire avec l'article L4151-4 du CSP qui mentionne que « *les sages-femmes peuvent prescrire [...] les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession* ». [32]

Deuxième partie

**ENQUETE AUPRES DES SAGES-FEMMES DE
L'ANSFL**

I) OBJECTIFS DE L'ENQUETE

Votée le 21 juillet 2009, la loi HPST a grandement élargi le champ des compétences des sages-femmes par la possibilité d'effectuer un suivi gynécologique de prévention et de prescrire une contraception à toutes les femmes en bonne santé. Après avoir développé les origines et la mise en pratique de ces compétences dans une première partie, le but de l'enquête est de comprendre pourquoi celles-ci sont difficiles à mettre en oeuvre par les sages-femmes. Par ailleurs, nous savons que la majorité d'entre elles, qui exercent dans des établissements de soins, ont très peu accès à ces compétences pour l'instant.

M'intéressant alors aux sages-femmes libérales, voici les 2 hypothèses de travail que j'ai élaboré :

- Premièrement, les sages-femmes pourraient ne pas être assez informées sur leurs nouvelles compétences.
- Deuxièmement, les sages-femmes seraient confrontées à des difficultés de plusieurs ordres dans l'application de ces compétences.

II) CHOIX DE LA POPULATION ET DE LA METHODE

1) Population

J'ai choisi de mener mon enquête auprès des sages-femmes libérales. Elles sont les plus concernées par le suivi gynécologique et la prescription de moyens de contraception puisqu'elles peuvent choisir librement leurs activités et ne sont pas limitées dans leur pratique. C'est également une modalité d'exercice en plein essor.

Interroger des sages-femmes libérales exerçant dans toutes les régions de France m'a semblé pertinent du fait de conditions d'exercice peut-être différentes.

Mais la réalisation d'une enquête quantitative auprès d'un échantillon représentatif de toute la population de sages-femmes libérales françaises était irréalisable dans le temps imparti à la réalisation de mon mémoire de fin d'études.

Mon choix de population s'est donc tourné vers les sages-femmes libérales inscrites à l'Association nationale des Sages-femmes Libérales.

L'ANSFL a été créée en 1983 et s'est donné pour but la revalorisation et la défense de la profession de sage-femme libérale en France à travers ces sept objectifs :

1. Œuvrer pour le regroupement des sages-femmes libérales de France.
2. Favoriser l'information et la formation des sages-femmes libérales
3. Mettre en commun et analyser la pratique professionnelle des sages-femmes libérales de France.
4. Développer avec la population de meilleures conditions de maternité/paternité et favoriser la prise de conscience individuelle et collective des femmes et des hommes face à la naissance, à la santé, à la prévention.
5. Intervenir auprès des organismes d'État (ministères, sécurité sociale...) afin d'informer les gestionnaires de l'État sur la pratique professionnelle des sages-femmes libérales et de leur apporter toute analyse leur permettant de légiférer en connaissance de cause.
6. Intervenir auprès des médias afin que l'information soit la plus complète et la plus claire possible pour favoriser les choix des populations et des sages-femmes libérales en matière de naissance, sexualité, santé et prévention (par publications, conférences, séminaires, colloques, tables rondes et autres manifestations).
7. Participer à un travail unitaire avec les sages-femmes salariées (secteur public et privé) en adhérant à une Fédération des Associations de sages-femmes dans la diversité des exercices professionnels. [33]

Cette association comptait 391 adhérents exerçant une activité libérale ou mixte au moment de l'enquête.

2) Méthode

L'enquête avait pour but de recueillir les caractéristiques professionnelles des sages-femmes libérales, leur avis et leur expérience vis-à-vis de l'extension de leur champ de compétences. Les sages-femmes sondées étaient adhérentes à l'ANSFL et avaient une activité libérale ou mixte.

L'enquête a été réalisée via un questionnaire en ligne entre fin octobre 2010 et fin décembre 2010.

Ce questionnaire, élaboré via le logiciel Google© Documents® comprenait 16 questions dont 10 fermées, 4 semi-ouvertes avec une modalité « Autre » et 2 questions ouvertes. Les questions ont été réparties en 3 catégories ; « Renseignements généraux », « À propos des nouvelles compétences sages-femmes » et « L'application des compétences ». [Annexe II]

L'ANSFL l'a adressé par e-mail à ses 391 adhérents ayant une activité libérale ou mixte et l'a également rendu disponible sur le site Internet de l'association. Intitulé « Questionnaire anonyme pour les sages-femmes libérales », il comprenait un en-tête explicatif ainsi que mes coordonnées e-mail.

3) Recueil et analyse des données

L'outil en ligne Google© Documents® réceptionne directement les résultats qui sont consultables sur un tableau en ligne. Il analyse les données et réalise donc automatiquement des graphiques. Mais il est à signaler que certains étaient incomplets ou que des données n'étaient pas traitées.

En complément, j'ai utilisé les logiciels Microsoft© Excel® 2002 SP3, Adobe© Photoshop® CS4 EXTENDED version 11.0 et Sphinx Plus²® version 4.5.

III) RESULTATS DE L'ENQUETE

Le taux de réponse semble acceptable avec l'obtention de 93 réponses sur les 391 adhérents ANSFL ayant une activité libérale ou mixte, soit un peu plus de 23% de réponses (23.78%).

J'ai classé les réponses à mon questionnaire selon les 3 catégories suivantes :

- les renseignements généraux
- les nouvelles compétences des sages-femmes
- la mise en pratique des compétences.

1) Les renseignements généraux

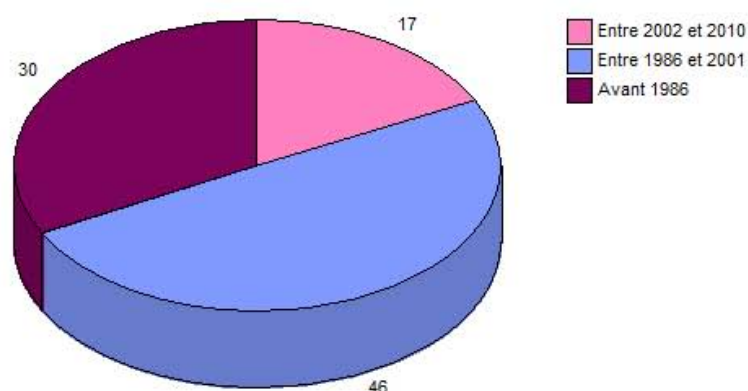
L'âge des sages-femmes

L'âge moyen des sages-femmes libérales interrogées était de 42, 9 ans, la médiane étant à 43 ans.

L'intervalle minimum-maximum était égal à [25 ; 66]

L'année d'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme

Figure 1 : Répartition des sages-femmes libérales en fonction de l'année d'obtention de leur diplôme de sage-femme.



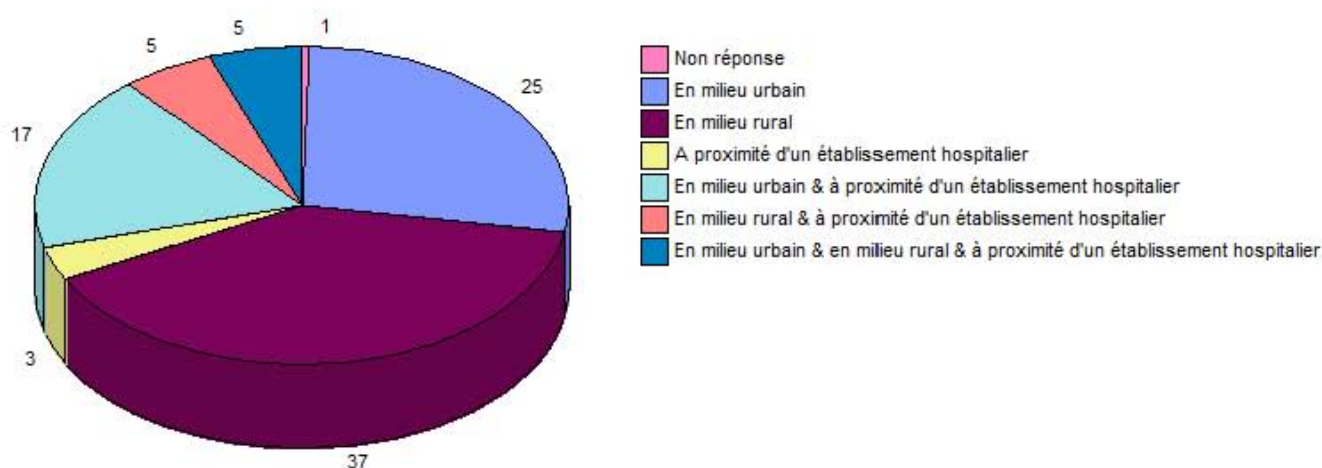
Le nombre d'année d'exercice en libéral

Il était en moyenne de 8 ans avec une médiane à 4 ans.

L'intervalle minimum-maximum était égal à [inf 1 ; 42]

Le lieu d'exercice des sages-femmes en libéral

Figure 2 : Répartition des sages-femmes selon leur lieu d'exercice.



Parmi les 93 sages-femmes, 25 exerçaient à proximité d'un établissement hospitalier, que leur lieu d'exercice soit en milieu urbain ou rural.

Qu'elles soient à proximité d'un établissement hospitalier ou non, 42 sages-femmes exerçaient en milieu rural, soit autant que les sages-femmes qui exerçaient en milieu urbain.

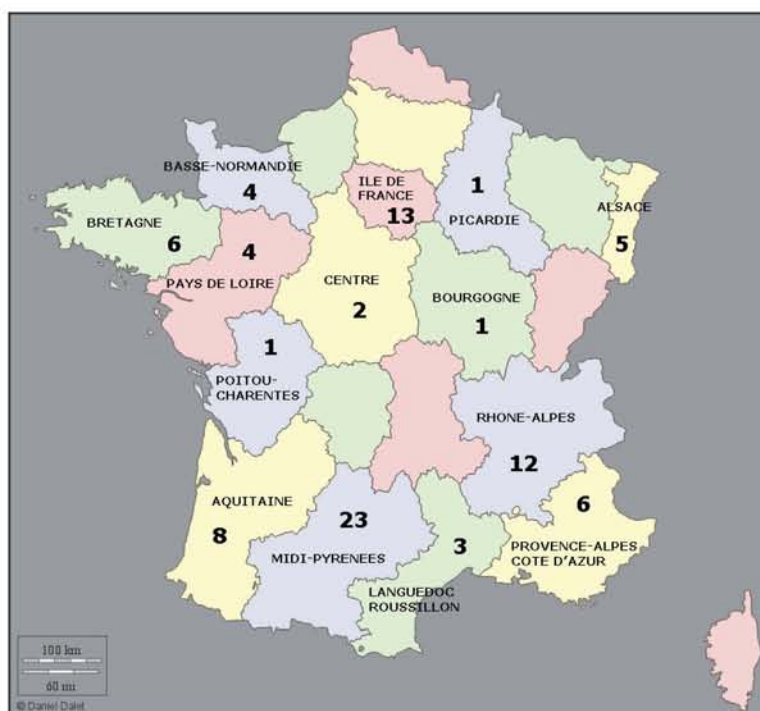
Cinq sages-femmes exerçaient dans les 3 lieux proposés, c'est-à-dire en milieu urbain, en milieu rural et à proximité d'un établissement hospitalier.

Enfin, 3 sages-femmes exerçaient à proximité d'établissement hospitalier sans autres précisions.

Le département d'exercice

J'ai préféré rassembler les réponses par région pour une meilleure visibilité.
91 sages-femmes ont répondu à cette question.

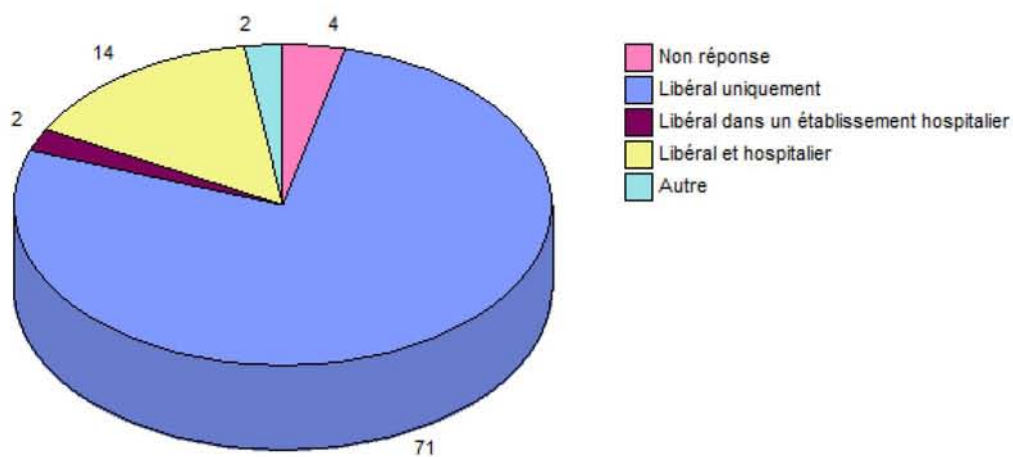
Figure 3 : Carte de la répartition par région des sages-femmes libérales de l'enquête.



A noter qu'une sage-femme exerçait sur l'île de la Réunion et qu'une autre sur « plusieurs départements » (remplacements).

Le mode d'exercice des sages-femmes

Figure 4 : Répartition des sages-femmes selon leur mode d'exercice.



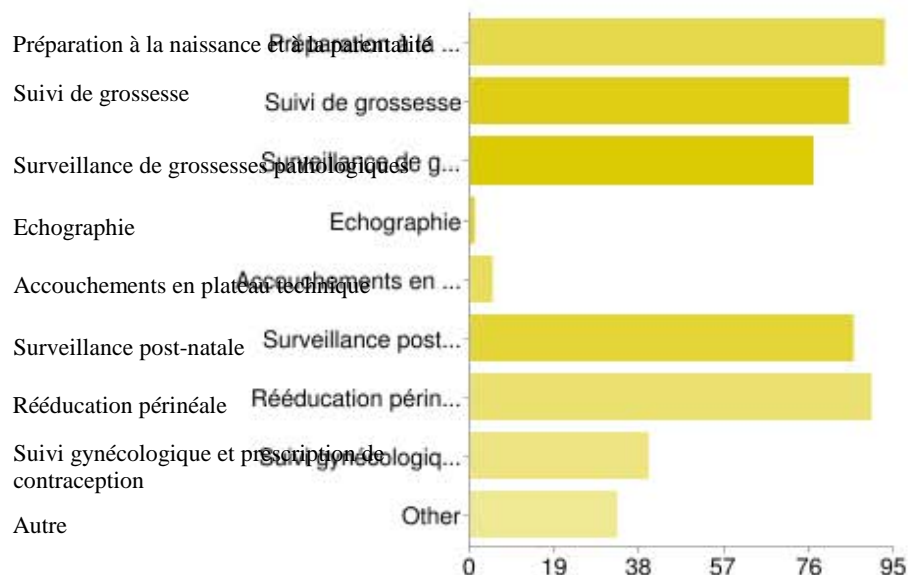
En ce qui concerne les autres modes d'exercice, les réponses données étaient :

- « Remplaçante libérale »
- « Libéral et formatrice salariée ».

La très grande majorité des sages-femmes interrogées exerçaient uniquement en libéral.

Les activités exercées par les sages-femmes en libéral :

Figure 5 : Les activités exercées par les sages-femmes en libéral.



Pour « Autre », les 31 réponses données concernaient :

- les accouchements à domicile cités 9 fois
- l'accompagnement ou consultation en allaitement, 5 fois
- l'ostéopathie, 2 fois
- la visite post-natale, 3 fois
- les massages et portage bébé, 4 fois
- l'homéopathie, la sexologie, la sophrologie, l'haptonomie, la gymnastique prénatale aquatique, l'entretien individuel précoce, le chant prénatal, l'information sexualité cités chacun 1 fois.

Toutes les sages-femmes de l'enquête proposaient de la préparation à la naissance et à la parentalité. Pour les autres activités, les plus exercées étaient :

- la rééducation périnéale, pour 90 sages-femmes sur 93
- le suivi de grossesse et la surveillance post-natale, pour 85 sages-femmes sur 93
- la surveillance de grossesses pathologiques pour 78 sages-femmes sur 93.

Quarante sages-femmes proposaient du suivi gynécologique de prévention et de la prescription de contraception. Une seule des sages-femmes ayant cité « visite post-natale » dans « Autre », a précisé qu'elle prescrivait des moyens de contraception lors de cette visite sans toutefois mentionner qu'elle pratiquait du suivi gynécologique et de la prescription de contraception.

Parmi les 40 sages-femmes exerçant dans le domaine de la gynécologie :

- On trouvait 6 sages-femmes sur 17 diplômées entre 2002 et 2010
- Pour celles diplômées entre 1986 et 2001, 21 sages-femmes sur 46
- Et pour celles diplômées avant 1986, 13 sages-femmes sur 30

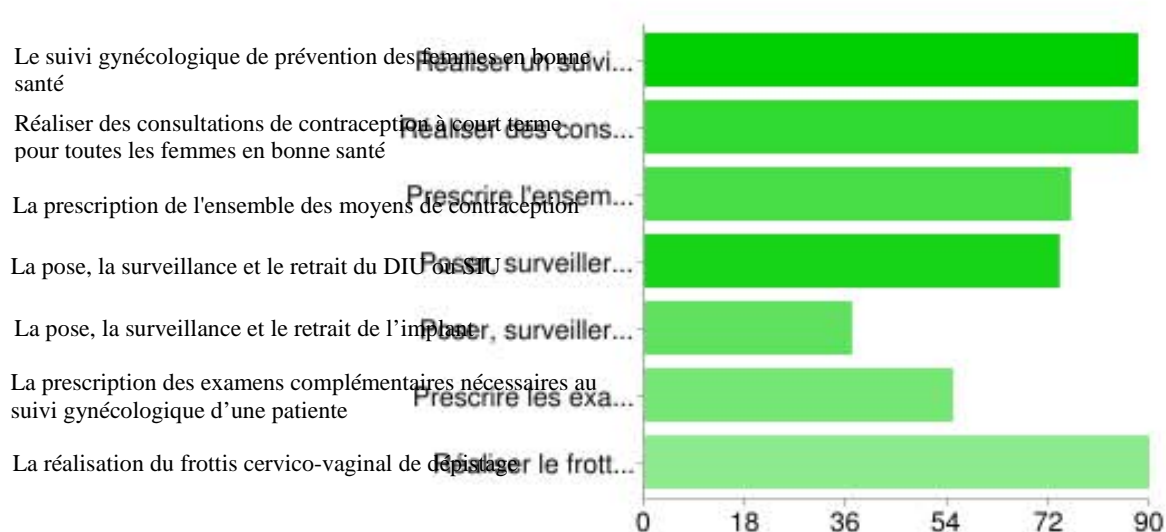
Le suivi gynécologique et la prescription de contraception étaient proposés majoritairement par les sages-femmes exerçant uniquement en libéral (33 sur 40).

L'unique sage-femme pratiquant de l'échographie exerçait uniquement en libéral, ainsi qu'en milieu rural.

2) Les nouvelles compétences des sages-femmes

Les compétences des sages-femmes dans le domaine de la gynécologie d'après les sages-femmes sondées

Figure 6 : Les compétences des sages-femmes dans le domaine de la gynécologie d'après les sages-femmes sondées.



Quatre-vingt-onze sages-femmes ont répondu à cette question. Vingt-sept sages-femmes ont coché toutes les propositions.

Sur ces 91 sages-femmes, toutes ont répondu que le suivi gynécologique de prévention, la réalisation de consultations de contraception à court terme et la réalisation du frottis cervico-vaginal font partie des compétences attribuées aux sages-femmes par la loi du 21 juillet 2009.

Pour les autres propositions :

- Plus de 60 sages-femmes, soit plus des 2/3 interrogées considéraient que la prescription de l'ensemble des moyens de contraception, la pose, associée à la

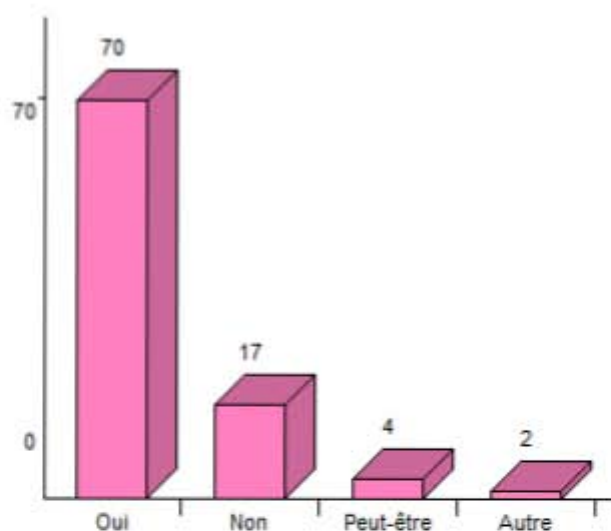
surveillance et au retrait du DIU ou SIU font partie des compétences des sages-femmes.

- Pour la moitié, la prescription des examens complémentaires nécessaires au suivi gynécologique d'une patiente en fait également partie.

- A l'inverse, moins de la moitié des sages-femmes considérait la pose, la surveillance et le retrait de l'implant comme en faisant partie.

L'expression éventuelle de difficultés d'accès à une prise en charge gynécologique par les patientes

Figure 7 : Répartition des réponses des sages-femmes sur l'expression de difficultés d'accès à une prise gynécologique par leurs patientes.



Les 2 réponses données pour « Autre » étaient :

- « Contact difficile avec les gynécologues »
- « Plutôt des difficultés par rapport au choix du gynécologue conventionné ».

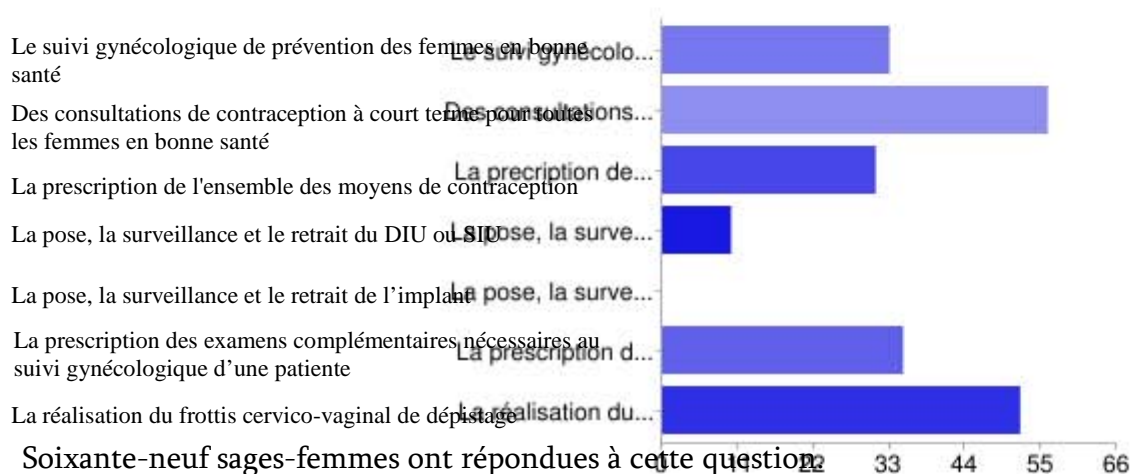
Les sages-femmes ont très majoritairement répondu « Oui » à

l'expression de difficultés d'accès à une prise en charge gynécologique par leurs patientes.

3) La mise en pratique des compétences

La pratique des sages-femmes sondées en gynécologie

Figure 8 : La pratique des sages-femmes en gynécologie.



Soixante-neuf sages-femmes ont répondu à cette question. Les 40 sages-femmes qui avaient indiqué qu'elles pratiquaient du suivi gynécologique de prévention et de la prescription de contraception à la question 7 ont répondu à cette question.

Quatre sages-femmes sur 5, parmi celles ayant répondu à la question, pratiquaient majoritairement des consultations de contraception à court terme pour les femmes en bonne santé et réalisaient des frottis cervico-vaginaux de dépistage.

Presque la moitié des 69 sages-femmes pratiquent du suivi gynécologique (35/69), la prescription de l'ensemble des moyens de contraception (30/69) et la prescription des examens complémentaires (36/69).

Les activités liées au DIU ou SIU sont pratiquées par 10 sages-femmes.

Parmi les 69 sages-femmes, on trouvait :

- 10 sages-femmes sur les 17 diplômées entre 2002 et 2010
- 36 sages-femmes sur les 46 diplômées entre 1986 et 2001
- 23 sages-femmes sur les 30 diplômées avant 1986.

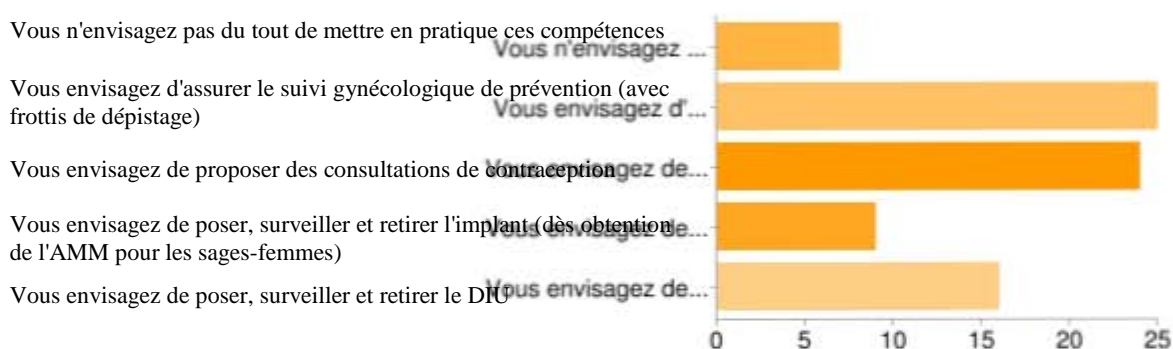
De plus, les sages-femmes pratiquant de la gynécologie et de la prescription de contraception exerçaient majoritairement en libéral uniquement.

Il est à noter que les sages-femmes pratiquant le plus leurs compétences en gynécologie et contraception exerçaient en milieu rural.

Aucune sage-femme de l'enquête n'effectuait la pose, la surveillance et le retrait de l'implant.

Les pratiques envisagées par les sages-femmes dans le domaine de la gynécologie (si aucune réponse à la question précédente)

Figure 9 : Les pratiques envisagées par les sages-femmes en gynécologie.



Trente-huit sages-femmes ont répondu à cette question.

Trois sages-femmes n'ont répondu ni à la question précédente, ni à celle-ci.

Dix-sept sages-femmes ont répondu aux 2 questions malgré l'en-tête « Si vous n'avez coché aucune case à la question précédente » et parmi elles :

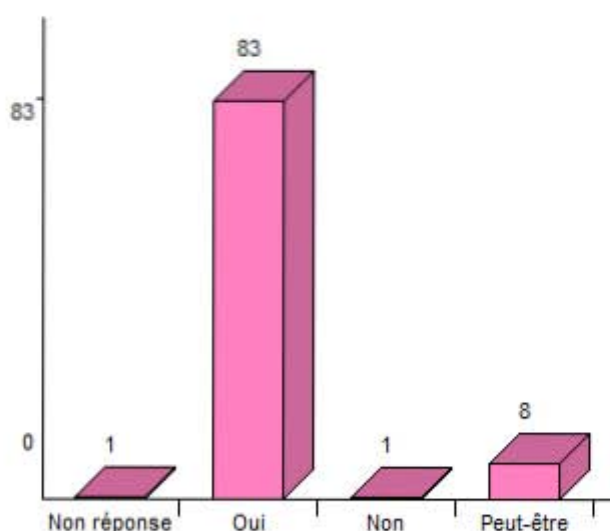
- 2 sages-femmes pratiquaient le frottis cervico-vaginal mais n'envisageaient pas de mettre en pratique d'autres compétences
- Les 15 autres sages-femmes envisageaient de développer leur pratique actuelle dans le domaine de la gynécologie.

Et donc, en ce qui concernait les 21 sages-femmes qui n'ont répondu qu'à cette question :

- 5 n'envisageaient pas du tout de mettre en pratique ces compétences
- plus de la moitié d'entre elles envisageait d'assurer le suivi gynécologique de prévention (14 sur 21) et des consultations de contraception (16 sur 21)
- et moins de la moitié d'entre elles envisageait de poser, surveiller et retirer l'implant (6 sur 21) ou le DIU (9 sur 21).

L'existence de difficultés d'application directe des compétences en gynécologie

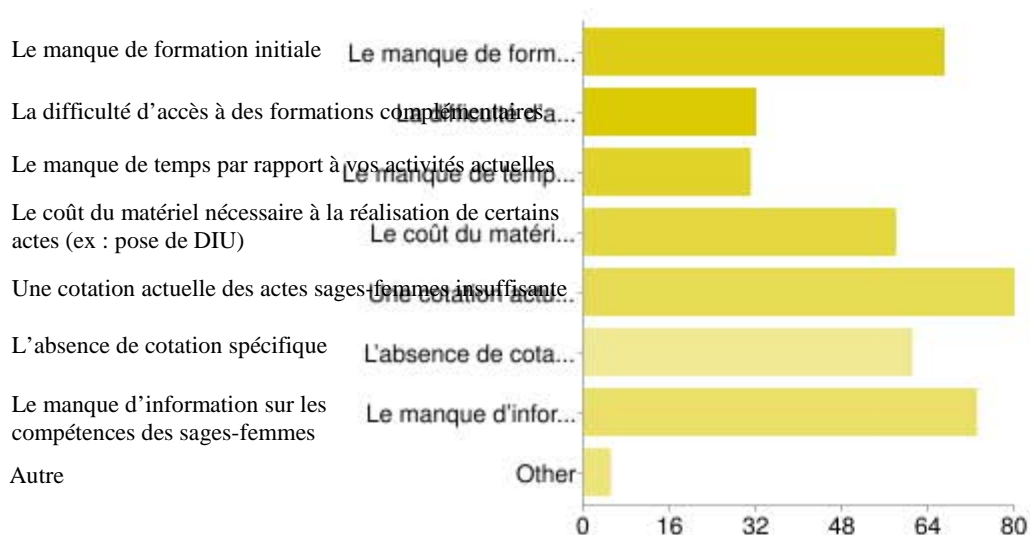
Figure 10 : Répartition des réponses des sages-femmes libérales sur l'existence de difficultés à appliquer directement les compétences en gynécologie.



Les sages-femmes ont majoritairement répondu qu'il existait des difficultés dans l'application directe des compétences attribuées à leur profession en 2009 et, parmi elles, toutes les sages-femmes diplômées entre 2002 et 2010.

Les difficultés d'application directe des compétences exprimées par les sages-femmes

Figure 11 : Les difficultés d'application directe des compétences exprimées par les sages-femmes dans l'enquête.



Quatre-vingt-onze sages-femmes ont répondu à cette question.

Les 5 réponses données pour « Autre » étaient :

- « L'absurdité qui nous empêche d'interpréter le bilan. »
- « Je ne suis pas très intéressée par la contraception. »
- « La collaboration avec les gynécologues (surtout médicaux). »
- « Difficultés de remboursement par la CPAM. »
- « Equipement nécessaire à la réanimation en cas de choc. »

Les trois difficultés les plus citées par les sages-femmes interrogées étaient :

- Une cotation actuelle des actes sages-femmes insuffisante pour 80 sages-femmes sur 91
- Le manque d'information du grand public et/ou des femmes sur les compétences des sages-femmes pour 73 sages-femmes sur 91
- Le manque de formation initiale pour 67 sages-femmes sur 91.

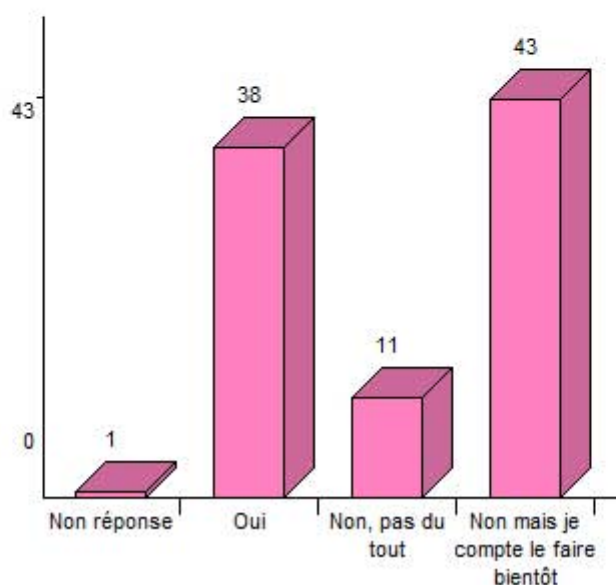
Venaient ensuite l'absence de cotation spécifique (61 sur 91) et le coût du matériel nécessaire à la réalisation de certains actes (57 sur 91).

Environ un tiers des sages-femmes (29 à 35/91) citait la difficulté d'accès à des formations complémentaires et le manque de temps comme des freins de l'application directe des compétences.

Il est à noter que si toutes les sages-femmes, quelle que soit l'année d'obtention du diplôme, citaient la cotation actuelle des actes comme principale difficulté, cela diffère pour celles citées ensuite. En effet, les réponses des sages-femmes diplômées avant 1986 et entre 1986 et 2001, donnaient égales en difficultés, le manque de formation initiale et le manque d'information du grand public et/ou des femmes sur leurs compétences.

Le suivi ou l'intention de suivi d'une formation complémentaire

Figure 12 : Répartition des réponses des sages-femmes sur leur suivi de formation complémentaire.



Les formations complémentaires

Au vu des résultats, cette question n'a pas été posée de manière assez précise. En effet, je souhaitais connaître les formations complémentaires suivies dans le domaine de la contraception et de la gynécologie. Plusieurs réponses mentionnaient des formations complémentaires sans rapport avec le sujet d'enquête.

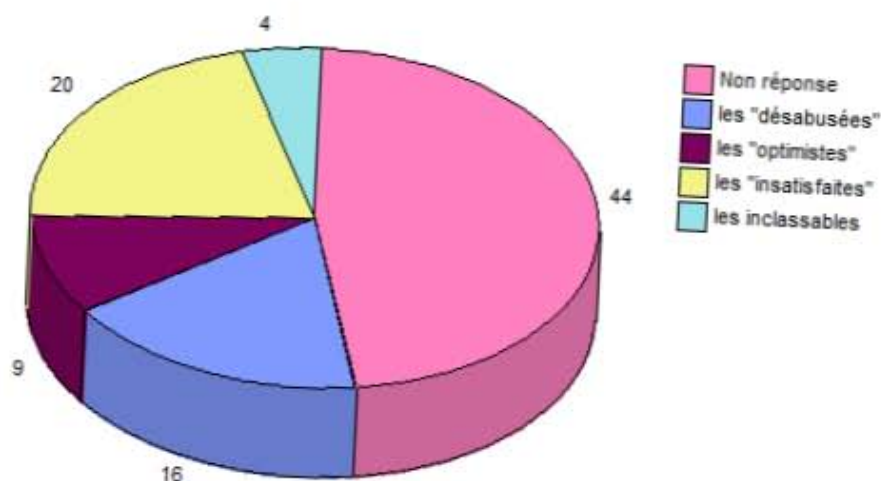
Cette question amène à établir que la question 14 est également inexploitable du fait de la même imprécision dans son énoncé.

Mais je souhaite ajouter à cela que bon nombre de réponses étaient incompréhensibles parce qu'elles mentionnaient des sigles ou des abréviations.

Commentaires et remarques libres

Quarante-neuf sages-femmes ont répondu librement à cette question.

Figure 13 : Répartition des types de réponses à la question ouverte



J'ai trouvé dommage de classer les réponses de manière rationnelle et systématique. Quarante-six sages-femmes exprimaient des avis intéressants, parfois très spontanés. C'est pourquoi, je propose aux lecteurs de ce mémoire de prendre connaissance des commentaires dans leur intégralité en annexe [Annexe III]. Si j'ai

corrigé les fautes de français les plus voyantes, j'ai laissé autant que possible les textes originaux.

Vous trouverez ainsi :

- Vingt réponses dans la catégorie « insatisfaites » : les sages-femmes y exprimaient des avis mitigés sur les nouvelles compétences attribuées à leur profession en 2009, en lien avec des manques de moyens (temps, cotation, formation, reconnaissance de leurs compétences).

- Seize réponses « désabusées » qui exprimaient un manque d'intérêt pour les compétences dans le domaine de la gynécologie (fort désir de reconnaissance des compétences des sages-femmes en obstétrique en priorité, cotations actuelles insuffisantes). C'est dans cette catégorie que vous trouverez les commentaires exprimés avec le plus de « spontanéité ».

- Pour la catégorie « optimistes », 9 sages-femmes donnaient un avis globalement favorable sur l'ouverture de leur champ de compétences.

- J'ai regroupé 4 réponses inclassables. Deux d'entre elles constituaient des remarques et n'exprimaient donc pas d'avis.

Troisième partie

ANALYSE ET DISCUSSION

I) METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

1) Les limites

L'enquête, réalisée auprès des sages-femmes de l'ANSFL ne permet pas de généraliser les conclusions à l'échelon national.

L'envoi d'un questionnaire en ligne comporte des inconvénients liés à la réception de l'e-mail et au remplissage du questionnaire.

Tout d'abord, il n'existe aucun moyen de vérifier la bonne réception de l'e-mail contenant mon questionnaire par les sages-femmes. L'exactitude des adresses e-mails, le taux de délivrabilité de l'e-mail et son taux d'ouverture par les sages-femmes contactées sont inconnus.

Ensuite, le remplissage du questionnaire en ligne a pu poser problème. L'utilisation d'un ordinateur comporte des erreurs de manipulation. Ainsi était-il nécessaire que je sois attentive au tableau de réponses fourni par Google© Documents® car certains questionnaires ont été envoyés en double, le premier envoi étant souvent involontaire. De la même manière, j'ai été surprise par des « non-réponses » qui me font supposer que les sages-femmes n'ont pas pu identifier certaines questions ou n'ont pas réussi à les remplir.

L'intermédiaire de l'ANSFL était nécessaire pour accéder à une base de contacts e-mail et par conséquent, pour l'envoi des questionnaires.

Le taux de réponse à l'enquête me laisse penser que, d'une part, les sages-femmes libérales étaient très demandées donc peu disponibles pendant cette période (nombreuses enquêtes par les étudiants sages-femmes) mais que, d'autre part, la réception de l'e-mail contenant mon questionnaire ne s'est pas faite de manière exhaustive.

La rédaction des questions 14 et 15 sur la formation continue a été imprécise, ce qui a rendu inexploitable les réponses à 2 questions, à priori intéressantes.

2) Les intérêts

Aucune enquête n'avait encore été réalisée exclusivement auprès des sages-femmes libérales sur la pratique des compétences conférées par la loi HPST.

L'envoi d'un questionnaire en ligne est pratique, les résultats sont recueillis et enregistrés directement, gratuitement et sans utilisation de papier.

La question 16, qui était une question libre, a permis de transcrire des appréciations et des impressions de sages-femmes, non seulement sur leurs nouvelles compétences mais aussi sur leurs souhaits et leurs ressentis dans leur profession.

II) ANALYSE ET CONSTATS

1) Généralités sur l'échantillon

Toutes les sages-femmes de l'enquête sont adhérentes à l'ANSFL, ce qui nous amène à penser qu'il s'agit de professionnelles très fortement impliquées dans la défense et la revalorisation de leur métier, en accord avec les 7 objectifs de l'association cités dans la 2^e partie.

Elles étaient âgées en moyenne de 42,9 ans et exerçaient en libéral depuis 8 ans en moyenne et avec une médiane à 4 ans. Seules 17 sages-femmes libérales sur les 93 de l'échantillon ont été diplômées entre 2002 et 2010 (Figure 1). Les 76 autres sages-femmes ont été diplômées au plus tard en 2001 et exerçaient donc leur métier, au moment de l'enquête, depuis au minimum 9 années.

Ces chiffres montrent que les sages-femmes libérales se sont installées, en règle générale, après une expérience de quelques années dans un autre mode d'exercice.

Toutes les sages-femmes de l'échantillon pratiquaient de la préparation à la naissance et à la parentalité et 90 sur 93 exerçaient de la rééducation périnéale (Figure 5), ce qui correspond aux principales activités des sages-femmes libérales en France. [25]

Elles assuraient également le suivi de grossesse pour 85 d'entre elles. La surveillance de grossesses pathologiques et la surveillance post-natale sont des activités pratiquées par leurs collègues des établissements de soins. Nous pouvons remarquer que 9 sages-femmes ont cité la pratique des accouchements à domicile (AAD) dans « Autre », elles sont plus nombreuses que les 5 sages-femmes pratiquant des accouchements en plateau technique. Cette pratique appartient « *aux réflexions et avancées sur les possibilités de lieux d'accouchements* » auxquelles participe l'ANSFL et nous rappelle que les sages-femmes sondées sont des professionnelles impliquées dans la défense de leur profession, les AAD étant une pratique qui peut faire débat. [33]

Quarante sages-femmes de l'échantillon avaient pour activité le suivi gynécologique et la prescription de contraception. Trois ont indiqué dans « Autre » qu'elles réalisaient la visite post-natale mais une seule a précisé qu'elle prescrivait, à ce moment, des moyens de contraception. Quoi qu'il en soit, parmi ces 40 sages-femmes, 6 ont été diplômées entre 2002 et 2010 (5 ans de formation), 21 entre 1986 et 2001 (4 ans de formation) et 13 avant 1986 (3 ans de formation). Proportionnellement dans l'échantillon, les sages-femmes diplômées entre 2002 et 2010 exerçaient moins d'activités de gynécologie et de contraception que leurs aînées. Malgré cela, il est difficile d'établir, pour cette question, un lien entre la mise en pratique de consultations de gynécologie et de contraception et le nombre d'années de formation initiale.

En ce qui concerne le milieu d'exercice, 17 sages-femmes parmi les 40, exerçaient en milieu urbain, proche ou non d'un établissement hospitalier et 22 en milieu rural, proche ou non d'un établissement hospitalier. Cette petite différence

s'explique certainement par la démographie des médecins, moins nombreux à exercer dans les milieux ruraux et donc plus difficilement accessibles pour répondre aux besoins des femmes. D'ailleurs, l'unique sage-femme pratiquant de l'échographie exerçait en milieu rural, probablement pour répondre à ces besoins. [15]

2) La connaissance du champ des compétences par les sages-femmes

Par respect du Code de déontologie, nous pouvons estimer que toutes les sages-femmes de l'échantillon ont la connaissance de l'élargissement du champ de leurs compétences par la loi HPST.

Mais leur champ de compétences en terme de pratique est-il bien connu ?

Les 91 sages-femmes sur 93 qui ont répondu à la question « D'après-vous, une sage-femme peut-elle » (Figure 6), savaient que le suivi gynécologique de prévention, la réalisation de consultations de contraception à court terme et la réalisation du frottis cervico-vaginal font partie des compétences attribuées aux sages-femmes par la loi du 21 juillet 2009.

Pour plus de 2/3 des sages-femmes (73 à 74 réponses/91), la prescription de l'ensemble des moyens de contraception et la pose, associée à la surveillance et au retrait du DIU ou SIU font partie des compétences des sages-femmes. Pour la moitié (55/91), la prescription des examens complémentaires nécessaires au suivi gynécologique d'une patiente en fait partie alors que moins de la moitié des sages-femmes (37/91) considéraient que c'est le cas pour la pose, la surveillance et le retrait de l'implant.

Nous avons ici plusieurs éléments à décrypter car, évidemment, toutes les réponses pour cette question étaient à cocher, ce qui n'a été fait que par 27 sages-femmes, soit par moins du tiers de l'échantillon.

Tout d'abord, l'AMM de l'implant contraceptif n'autorise pas les sages-femmes à le poser, seulement à le prescrire pour l'instant. Nous pouvons alors supposer que les sages-femmes de l'échantillon connaissaient l'existence d'un paradoxe entre la pratique possible en théorie et la réalité (AMM), sans toutefois le

cerner réellement, ce qui expliquerait que la moitié n'ait pas coché la proposition concernant l'implant.

Ensuite, 18 sages-femmes n'ont pas choisi la proposition sur la pose, la surveillance et le retrait du DIU (ou SIU) alors que le texte de l'article L.5134-1 du CSP énonce clairement que « *l'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin ou une sage-femme [...].* Si une sage-femme est apte à poser ce contraceptif, elle peut le surveiller et le retirer.

De plus, un peu plus du tiers des sages-femmes (36/91) n'a pas coché la proposition sur la prescription des examens complémentaires nécessaires au suivi gynécologique d'une patiente. On pourrait se figurer qu'un amalgame s'est produit entre cette proposition et le texte de loi indiquant que « *la surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant* ». Cette précision législative ne s'applique que pour les examens biologiques nécessaires à la surveillance d'une contraception hormonale à long terme et non au suivi gynécologique de prévention.

Enfin, la proposition concernant la prescription de l'ensemble des moyens de contraception, n'a pas été choisie par 17 sages-femmes. Toutefois, « *les sages-femmes sont habilitées à prescrire les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux* ». Ici encore, on pourrait supposer l'existence d'un amalgame avec l'actualité de l'implant contraceptif.

Avec la question 9 formulée ainsi : « Vos patientes ont-elles déjà exprimé des difficultés d'accès à une prise en charge gynécologique ? », je souhaitais savoir si, en pratique, l'exercice des nouvelles compétences, données par la loi HPST, pourrait être une ébauche de réponse à d'éventuelles difficultés de prise en charge gynécologique des femmes. Quasiment 4 sages-femmes sur 5 (70/93) ont répondu par l'affirmatif à la question. Nous constatons ici que les patientes des sages-femmes de l'enquête expriment, pour la majorité, des difficultés d'accès à des soins en gynécologie.

Estimant que les sages-femmes de l'enquête connaissent leur champ de compétence en théorie, nous nous demandions si cela était le cas pour la pratique. Nous pouvons affirmer, ici, que les sages-femmes connaissent effectivement leurs principales compétences en gynécologie et contraception (frottis de dépistage, suivi gynécologique de prévention et consultation de contraception à court terme) mais que des imprécisions subsistent pour les détails liés à la pratique (DIU/SIU et prescription d'examens complémentaires) ou lié à l'actualité (implant). Elles auraient donc besoin d'informations supplémentaires sur leurs nouvelles compétences.

3) La pratique des sages-femmes en gynécologie et en contraception

Soixante-neuf sages-femmes ont répondu à la question 10 sur la mise en pratique des compétences liées à la gynécologie et à la contraception. Les 40 sages-femmes qui avaient indiqué qu'elles pratiquaient du suivi gynécologique de prévention et de la prescription de contraception dans leurs activités libérales ont répondu à cette question.

Vingt-quatre autres sages-femmes pratiquaient donc des activités liées à la gynécologie et/ou à la contraception. Lesquelles ?

Les propositions choisies en majorité (52 à 54/69) étaient les consultations de contraception à court terme pour les femmes en bonne santé et la réalisation des frottis cervico-vaginaux de dépistage. Venaient ensuite celles concernant la prescription des moyens de contraception, des examens complémentaires et le suivi gynécologique de prévention pour un peu moins de la moitié des sages-femmes (32 à 34/69) ayant répondu à la question. Très peu de sages-femmes (10/69) pratiquaient la pose, la surveillance et le retrait du DIU ou SIU. Aucune sage-femme n'avait d'activité concernant l'implant (Figure 8).

Parmi toutes ces réponses, nous pouvons remarquer que les principales activités exercées par les sages-femmes dans le domaine de la gynécologie et de la contraception sont celles qui étaient déjà autorisées aux sages-femmes avant 2009. Effectivement, les frottis de dépistage sont réalisés par les sages-femmes depuis 1986

et les consultations de contraception depuis 2004. Bien que cela concernaient uniquement le cadre de la grossesse et du post-partum ou du post-abortum, les façons de procéder restent les mêmes. [17] [18]

Les sages-femmes ayant annoncé qu'elles pratiquaient des activités en gynécologie et en contraception, sans toutefois l'avoir indiqué dans leurs activités libérales (24/69), relevaient moins de la loi du 21 juillet 2009 que de celle du 9 août 2004.

Si nous nous intéressons aux réponses des 40 autres sages-femmes, nous observons qu'elles pratiquaient, en plus du frottis et de la contraception, de la gynécologie de prévention (31/40). Une moitié prescrivait l'ensemble des moyens de contraception et des examens complémentaires (23 à 26/40).

Sur les 93 sages-femmes de l'enquête, une quarantaine, soit moins de la moitié, mettait en œuvre des activités liées à la gynécologie et à la contraception. Ces activités étaient d'ailleurs, plus liées aux compétences déjà attribuées en 2004 aux sages-femmes que celles attribuées en 2009.

Les effectifs de l'échantillon étant trop restreints, nous ne pouvons mettre en évidence un lien entre la pratique de consultations de gynécologie et/ou contraception et l'année d'obtention du diplôme.

Les réponses fournies à la question 11, sur les pratiques envisagées par les sages-femmes dans le domaine de la gynécologie (Figure 9), démontrent un certain intérêt à développer des activités de consultation de gynécologie et de contraception. Tout d'abord, malgré l'en-tête « Si vous n'avez coché aucune case à la question précédente », 15 sages-femmes, qui avaient déjà répondu à la question 10, ont utilisé cette question pour exprimer ce qu'elles envisageaient de mettre en pratique. On y retrouvait la pose, la surveillance et le retrait du DIU/SIU.

Ensuite, pour les sages-femmes qui n'avaient rien coché à la question précédente, nous pouvons remarquer que les trois quarts envisageait de réaliser des consultations de gynécologie et/ou de contraception (14 à 16/21) et un peu moins de la moitié de

poser, surveiller et retirer l'implant, dès l'obtention de l'AMM en faveur des sages-femmes, ou le DIU (6 à 9 sur 21). Nous supposons qu'«envisager » implique souvent de mettre en œuvre des moyens, les formations complémentaires, pour parvenir à ce qui est prévu.

Parmi les 93 sages-femmes, 3 n'ont répondu à aucune des 2 questions, 5 n'envisageaient pas de mettre en pratique les compétences et 2 ne souhaitaient pas réaliser d'autres actes que le frottis de dépistage dans le domaine de la gynécologie.

Finalement, nous pouvons affirmer que les sages-femmes de l'enquête étaient très majoritairement intéressées par leurs nouvelles compétences (83/93). De plus, une quarantaine les mettait déjà en œuvre au moment de l'enquête. Ces conclusions sont en corrélation avec le constat de l'enquête menée par le CIR2 en 2010 qui était que les sages-femmes exprimaient « *un véritable intérêt pour ces nouvelles compétences qu'elles sont nombreuses à avoir déjà intégré* ». [24]

Il est à noter que les sages-femmes pratiquant le plus leurs compétences en gynécologie et contraception exerçaient en milieu rural, ce qui appuie l'idée que l'accès des femmes à des consultations de gynécologie y est plus difficile.

4) Les difficultés de mise en œuvre des compétences exprimées par les sages-femmes sondées

A « d'après vous, existe-il des difficultés dans l'application directe de ces compétences ? », 83 sages-femmes ont répondu par l'affirmatif (sur 92). Avec 1 seul « non » et 8 « peut-être », nous pouvons, sans conteste, affirmer que les sages-femmes estimaient que la mise en œuvre des nouvelles compétences comportait des difficultés au moment de l'enquête.

Nous connaissons déjà certaines difficultés, que nous avons développées dans la première partie. De quels ordres sont celles exprimées par les sages-femmes de l'enquête ?

Quatre-vingt-onze ont répondu à la question suivante qui contenait des propositions correspondant à des difficultés possibles (Figure 11). Trois d'entre elles ont été majoritairement choisies par plus de 2/3 des sages-femmes de l'enquête (67 à 80/91).

Premièrement, la cotation actuelle des actes sages-femmes était jugée insuffisante. Deuxièmement, les compétences des sages-femmes souffraient d'un manque d'information auprès du grand public et/ou des femmes.

Troisièmement, les sages-femmes considéraient que leur formation initiale était insuffisante quelle que soit la durée de leurs études.

Si ces trois principales difficultés rejoignent en tout point celles évoquées par les sages-femmes de l'enquête du CIR2, elles sont exprimées de manière différente puisque que les sages-femmes libérales vivent des leurs actes.

De ce fait, les sages-femmes libérales désignaient l'insuffisance de la cotation actuelle comme principale difficulté avant même celle de la formation. Cela se voit renforcé par la désignation des propositions « l'absence de cotation spécifique » et « le coût du matériel nécessaire à la réalisation de certains actes » comme 4^e et 5^e (61 et 57/91) difficultés les plus rapportées.

De plus, nous pouvons estimer que les conséquences du manque de reconnaissance des compétences des sages-femmes par le grand public et/ ou les femmes retentissent de la même façon sur l'activité des sages-femmes libérales que les difficultés d'ordre financière. Il est assurément compliqué, pour un professionnel de santé, de se constituer une « patientèle » quand ses compétences sont peu connues.

Ensuite, le tiers des sages-femmes (29 à 35/91) ayant répondu à la question, ont mentionné la difficulté d'accès à des formations complémentaires et le manque de temps comme des difficultés d'application directe des compétences.

Les sages-femmes rencontrent donc des difficultés de plusieurs ordres. Celles-ci concernent principalement les finances (cotation insuffisante), le peu de reconnaissance envers les compétences des sages-femmes, qui émane du grand public et/ou des femmes et le manque de formation.

Voici les principaux constats résultant de l'enquête :

A l'heure actuelle, les sages-femmes libérales semblent être les plus à même à mettre en œuvre les compétences octroyées aux sages-femmes par la loi HPST. Les sages-femmes de l'ANSFL paraissent globalement intéressées par ces compétences. En effet, un certain nombre d'entre elles a intégré des consultations de gynécologie et de contraception dans sa pratique et souhaite les développer. De même, d'autres envisagent d'étendre leurs activités à ce type de consultations.

Les sages-femmes de l'ANSFL expriment néanmoins des avis mitigés sur leurs nouvelles compétences. En effet, les difficultés de mise en pratique mentionnées par les sages-femmes sont de plusieurs ordres, ce qui les amène à revendiquer non seulement une revalorisation de leur cotation, mais aussi une meilleure reconnaissance de leur profession. [Annexe III]

Les nouvelles compétences sont bien sûr connues des sages-femmes mais il subsiste quelques imprécisions, notamment au sujet de l'implant contraceptif, ce qui peut gêner les sages-femmes dans leur pratique.

Le besoin de formation complémentaire est exprimé par les sages-femmes, indifféremment de l'année d'obtention du diplôme d'Etat, puisque le manque de formation initiale est cité comme une des principales difficultés dans l'enquête.

III) QUELQUES PROPOSITIONS

Suite aux résultats de l'enquête et aux constats qu'elle a pu engendrer, différents points peuvent se dégager :

- Il est important que la réforme engagée sur la formation initiale des sages-femmes insiste plus sur la gynécologie, afin de leur permettre de devenir des spécialistes en gynécologie de prévention tout autant qu'en obstétrique physiologique.

- Continuer à adapter et développer la formation continue afin de compléter le cursus initial des sages-femmes demeure une nécessité. Ce besoin étant exprimé dans les résultats des différentes enquêtes menées sur le sujet, les associations et les représentants de la profession ne peuvent que poursuivre les actions entreprises en ce sens. D'ailleurs, il semblerait intéressant de recenser les formations existantes.

- Une enquête pourrait être menée concernant les besoins et attentes des femmes françaises ne présentant pas de pathologie particulière en terme de prise en charge gynécologique. Créer une offre de soins en rapport avec la demande serait intéressant pour favoriser et améliorer l'accès des patientes aux soins et à la contraception. Du reste, selon les résultats, les hôpitaux publics pourraient éventuellement proposer des consultations de gynécologie et de contraception confiées aux sages-femmes intéressées.

- Informer les femmes des compétences des sages-femmes constitue un élément important dans le choix éclairé qu'elles doivent effectuer lorsqu'elles s'orientent vers un professionnel de santé. Lors de la sortie de maternité, les femmes ne présentant pas de pathologie, pourraient être prise en charge par les sages-femmes. Celles-ci seraient en mesure d'assurer le suivi post-natal, la mise en place d'une contraception puis le suivi gynécologique de prévention.

- L'enquête a démontré qu'il est nécessaire de procéder à une réactualisation de la NGAP dans le but de réunir toutes les conditions nécessaires à la mise en pratique des compétences liées à la gynécologie et à la contraception par les sages-femmes.

- Cette enquête m'a donné l'idée de préparer une fiche informative destinée à compléter les connaissances des professionnelles sur l'actualité de ces compétences. Elle pourrait éventuellement être proposée à l'ANSFL.

CONCLUSION

Profession médicale, les sages-femmes peuvent, depuis 2009, prendre en charge les femmes ne présentant aucune pathologie particulière pour effectuer un suivi gynécologique de prévention et prescrire la contraception.

Accroître le nombre de professionnels de santé possédant ces compétences permettrait d'offrir aux femmes un meilleur accès à la maîtrise de la fécondité et aux soins.

Actuellement, si les sages-femmes libérales semblent être les mieux placées pour mettre en œuvre leurs compétences en gynécologie et en contraception, elles rencontrent des difficultés de plusieurs ordres. Celles-ci concernent principalement le manque de reconnaissance de leur profession et une formation initiale en gynécologie parfois jugée insuffisante.

Les sages-femmes libérales de l'ANSFL sont informées de ces compétences mais il subsiste quelques imprécisions, notamment au sujet de l'implant contraceptif, ce qui peut provoquer des incertitudes dans leur pratique.

Toutefois, rien n'est figé et les questions concernant certains points vont continuer à être soulevées dans les temps qui viennent. Ce sont les combats, entre autres, de Mme la députée Bérengère Poletti concernant le suivi biologique de la contraception par le médecin traitant, du CNOSF pour l'AMM de l'implant et de toutes les sages-femmes pour la revalorisation de la profession.

En conclusion finale de ce mémoire, voici ce qu'une sage-femme peut mettre en œuvre à l'heure actuelle :

Pour le suivi gynécologique de prévention...

- pratiquer l'examen clinique gynécologique

- réaliser, si besoin, un frottis cervico-vaginal de dépistage et/ou un prélèvement vaginal
- prendre en charge les pathologies bénignes (mycoses ou infections urinaires basses)
- prescrire les examens complémentaires nécessaires au suivi gynécologique des patientes : examens radiologiques (mammographie), échographiques ou biologiques.
- connaître le calendrier vaccinal, prescrire les vaccins autorisés aux sages-femmes et compléter le carnet de santé de la patiente.
- proposer une consultation préconceptionnelle dans le cadre d'un projet de grossesse.
- adresser la patiente à un médecin lors qu'une pathologie a été dépistée

... et pour la prescription de la contraception :

- procéder aux examens complémentaires nécessaires à la prescription d'une contraception
- prescrire une primo-contraception hormonale
- renouveler la prescription d'une contraception hormonale, dans le court terme, dès lors qu'il n'y a pas besoin d'effectuer de bilan biologique annuel (premier bilan normal, recommandations HAS)
- prescrire l'ensemble des moyens de contraception dont l'implant (l'AMM actuelle ne permet pas aux sages-femmes d'effectuer sa pose, sa surveillance et son retrait)
- poser, surveiller et retirer les DIU ou SIU
- adresser une patiente à son médecin traitant pour la surveillance à long terme et le suivi biologique de la contraception hormonale

Le Référentiel métier et compétences des sages-femmes est, évidemment, un support d'aide de choix. La situation type n°7 intitulée « Réaliser une consultation de

contraception et de suivi gynécologique de prévention » éclaire sur la manière de mener ce type de consultation. [34]

Nous pouvons espérer, qu'à l'avenir, une étroite collaboration entre professionnels de santé permettra d'accompagner au mieux les femmes tout au long de leur vie génitale.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. « Hôpital, patients, santé, territoires » : une loi à la croisée de nombreuses attentes, support pédagogique. Septembre 2009 (consulté le 16 décembre 2009). Disponibilité sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Loi_Hpst_07-09-09.pdf>

[2] Article 86 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, parue au Journal Officiel de la République Française n°167 du 22 juillet 2009

[3] Haute Autorité de Santé (ANAES). Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandation de bonne pratique. Décembre 2004

[4] Benoit Truong-Ganh M. Les nouvelles compétences des sages-femmes après la publication de la loi HPST du 21 juillet 2009. Contact sages-femmes. 2009 octobre ; 21 : 20-21.

[5] Groupe de travail du Conseil national de l'Ordre des Sages-femmes. Précisions sur les nouvelles compétences. Relevé des conclusions du groupe. Contact sages-femmes. 2010 avril ; 23 : 7.

[6] Haute Autorité de Santé. Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer. Document d'information pour les professionnels, dossier spécial « Gynécologie & Obstétrique ». Septembre 2009, actualisé en décembre 2010

[7] Conseil national de l'Ordre des Sages-femmes. Un arrêté étend la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à prescrire (communiqué de presse). 14 janvier 2011 (consulté le 21 janvier 2011). Disponibilité sur Internet : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/menu/communiques_de_presse/un_arrete_etend_la_

liste_des_vaccinations_que_les_sagesfemmes_sont_autorisees_a_pratiquer/index.htm>

[8] Poletti B. Rapport d'information n°1206 sur l'application de la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Paris : Assemblée Nationale ; 2008.

[9] Institut national de Prévention et d'Education à la Santé. Contraception : ce que savent les Français. Dossier de presse, juin 2007

[10] Aubin C, Jourdain Menninger D, Chambaud L. La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence. Rapport d'information de l'Inspection Générale des Affaires Sociales. Octobre 2009

[11] Larousse. Définition de "gynécologie". Dictionnaire français en ligne (consulté le 22 décembre 2010). Disponibilité sur Internet : <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/gyn%C3%A9cologie>>

[12] Fédération nationale des Collèges de Gynécologie Médicale. La gynécologie médicale (article « Qui sommes-nous ? »). 21 novembre 2008 (consulté le 22 décembre 2010). Disponibilité sur Internet : <http://www.fncgm.com/index.php?option=com_content&view=article&id=8&Itemid=36>

[13] Comité de défense de la Gynécologie Médicale. Le CDGM (article de présentation du comité), (consulté le 22 décembre 2010). Disponibilité sur Internet : <http://www.cdgm.org/article.php?id_article=30>

[14] World Organization of Family Doctors Caring People Europe (ou WONCA). La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. Déclaration consensuelle. 2002.

[15] Ordre national des Médecins. Atlas de la démographie médicale. Atlas 2010

[16] Collectif des Associations et Syndicats de Sages-femmes, Collège national des Généralistes Enseignants, Collège national des Gynécologues et Obstétriciens Français, Conseil national de l'Ordre des Sages-femmes, Mission nationale : Evaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé. Référentiel métiers et compétences, médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues obstétriciens. Editions Broché, 2010, 120 pages.

[17] Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, parue au Journal Officiel de la République Française n°185 du 11 août 2004

[18] Arrêté du 17 octobre 1983 relatif à la liste des examens radiologiques, de laboratoire et de recherche que les sages-femmes peuvent prescrire, paru au Journal Officiel de la République Française du 30 octobre 1983, numéro complémentaire page 9838

[19] Conseil national de l'Ordre des Sages-femmes. Histoire de la profession : l'évolution de la formation (article de l'accueil), (consulté le 21 janvier 2011). Disponibilité sur Internet :

<<http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/>

[Exercice_de_la_profession/histoire_de_la_profession/levolution_de_la_formation/index.htm](http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/Exercice_de_la_profession/histoire_de_la_profession/levolution_de_la_formation/index.htm)>

[20] Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme, paru au Journal Officiel de la République Française n°294 du 19 décembre 2001

[21] Le Serre J. Extension du champ des compétences des sages-femmes au suivi gynécologique : qu'en pensent-elles ? Etude auprès de 116 sages-femmes libérales et hospitalières d'Ille-et-Vilaine (Mémoire de fin d'études pour le diplôme d'état de sage-femme). Rennes : Université de Rennes 1 ; 2010. 45 pages

[22] Code de Déontologie des Sages-femmes. Quatrième partie réglementaire du Code de la Santé Publique, articles R.4127-301 à R.4127-367. Version consolidée au 29 août 2008

[23] Source : Conseil national de l'Ordre des Sages-femmes

[24] Groupe de travail « Contraception, Santé des femmes », Conseil Interrégional des sages-femmes du secteur 2. Loi HPST : contraception et suivi gynécologique de prévention. Contact sages-femmes. 2011 janvier ; 26 : 4-8.

[25] Pessin C. Quelle formation pour s'installer en libéral ? (Mémoire de fin d'études pour le diplôme d'état de sage-femme). Poissy : Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines ; 2010. 77 pages

[26] Blanchot-Isola C. Un nouveau statut pour les sages-femmes de la fonction publique hospitalière ? Contact sages-femmes. 2010 juillet ; 24 : 9-11.

[27] Benoit Truong-Canh M. Quelle place pour les sages-femmes dans le parcours de soins ? En quoi la NGAP influence cette place ? Contact sages-femmes. 2010 juillet ; 24 : 5-8.

[28] Noël A-L. Perception actuelle de la profession de sage-femme par la primigeste (Mémoire de fin d'études pour le diplôme d'état de sage-femme). Ecole de sage-femme de Caen ; 2005. 67 pages

[29] Union nationale des Caisses d'Assurance maladie. Nomenclature générale des actes professionnels. Version mars 2011 téléchargeable sur Internet :
<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/directeurs-d-etablissements-de-sante/codage/ngap_moselle.php>

[30] Conseil national de l'Ordre des Sages-femmes. Diminution du recours à l'IVG : donner les moyens aux sages-femmes de participer aux politique de contraception (communiqué de presse). 10 mars 2011 (consulté le 14 mars 2011). Disponibilité sur Internet :

<http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/menu/communiqués_de_presse/10032011_diminution_du_recours_a_livg_/index.htm>

[31] Conseil national de l'Ordre des Sages-femmes. Gynécologie, contraception et pré-conception : quel est le champ de compétence de la sage-femme dans le domaine de la contraception et du suivi gynécologique de prévention ? (article de la FAQ), (consulté le 24 février 2011). Disponibilité sur Internet :

<http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/2/partie_extranet/News_data/gynecologie_contraception_et_preconception/champ_de_competence_sf_domaine_contraception_et_suivi_gynecologique_de_prevention_/index.htm>

[32] Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, parue à l'article 37 du Journal Officiel de la République Française le 20 décembre 2005.

[33] Association nationale des Sages-femmes libérales. Présentation (article de présentation de l'association), (consulté le 17 février et le 2 mars 2011). Disponibilité sur Internet : <<http://www.ansfl.org/rubrique.php?id=1>>

[34] Collectif des Associations et Syndicats de Sages-femmes, Conseil national de l'Ordre des Sages-femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. Janvier 2010

GLOSSAIRE

Cavalier législatif*: C'est un article de loi qui introduit des dispositions qui n'ont rien à voir avec le sujet traité par le projet de loi. Ces articles sont souvent utilisés afin de faire passer des dispositions législatives sans éveiller l'attention de ceux qui pourraient s'y opposer.

Décret d'application*: Un décret est un texte que l'on rajoute à une loi et qui est applicable immédiatement. Cela doit permettre de résoudre des difficultés dans l'immédiat en ajustant ou complétant le texte législatif initial.

DES ou Diplômes d'Etudes de Spécialités*: Actuellement, à la fin du deuxième cycle des études médicales, les étudiants choisissent un DES selon leur niveau de réussite aux Epreuves Classantes Nationales (ECN). Ils sont appelés internes et étudient une spécialité de la médecine durant quatre à cinq ans avant de passer une thèse de médecine qui leur permettra de porter le titre de docteur en médecine avec la mention médecine générale ou spécialités.

L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé*: Etablissement public administratif, créé par la loi du 4 août 2002, il est chargé de mettre en œuvre les politiques de santé fixées par le gouvernement.

La Haute Autorité de Santé*: Créée par la loi du 13 août 2004, la HAS est une autorité publique indépendante à caractère scientifique, dotée de la personnalité morale et disposant de l'autonomie financière. Elle est chargée d'assurer la promotion des bonnes pratiques, du bon usage des soins et de la diffusion de l'information médicale.

L'Inspection Générale des Affaires Sociales* : L'IGAS est un service interministériel de contrôle, d'audit et d'évaluation des politiques sociales destiné à éclairer la décision publique.

ANNEXES

ANNEXE I

DETAILS DES MODIFICATIONS DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE CONCERNANT LA PROFESSION DE SAGE- FEMME SUITE A LA LOI DU 21 JUILLET 2009

En droit français, les textes normatifs de natures diverses concernant la Santé sont regroupés dans un même code : Le Code de la Santé Publique.

Il contient une partie législative et une partie réglementaire divisées en 6 parties, elles-mêmes subdivisées par Livres, Titres, Chapitres et Articles.

Chaque nouvelle loi en rapport avec la Santé modifie les Articles.

Ainsi, la partie législative qui concerne la profession de sage-femme dans la loi du 21 juillet 2009 se situe dans 3 parties, ici, dans l'ordre d'importance :

QUATRIEME PARTIE : Professions de Santé

LIVRE Ie : Professions médicales

TITRE V : Profession de sage-femme

Chapitre Ie : Conditions d'exercice

Articles L.4151-1 à L.4151-9

L'article L.4151-1 est ainsi rédigé et **modifié** :

« L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous

réserve des dispositions des articles L. 4151-2 à L. 4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L. 4127-1.

L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique.

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. »

DEUXIEME PARTIE : Santé de la famille, de la mère et de l'enfant

LIVRE Ie : Protection et promotion de la santé maternelle et infantile

TITRE II : Actions de prévention concernant les futurs conjoints

Et parents

Chapitre II : Examens de prévention durant et après la grossesse

Articles L. 2122-1 à L. 2122-5

L'article L.2122-1 est ainsi rédigé et **modifié** :

« Toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement qui comporte, en particulier, des examens prénataux et postnataux obligatoires pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme. La déclaration de grossesse peut-être effectuée par une sage-femme. Lorsque, à l'issue du premier examen prénatal, la sage-femme constate une situation ou des antécédents pathologiques, elle adresse la femme enceinte à un médecin.

Le nombre et la nature des examens obligatoires ainsi que les périodes au cours desquelles ils doivent intervenir sont déterminés par voie réglementaire.

A l'occasion du premier examen prénatal, après information sur les risques de contamination, un test de dépistage de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine est proposé à la femme enceinte. Le médecin ou la sage-femme propose également un frottis cervico-utérin, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. »

CINQUIEME PARTIE : Produits de santé

LIVRE Ie : Produits pharmaceutiques

TITRE III : Autres produits et substances pharmaceutiques réglementés

Chapitre IV : Contraceptifs

Articles L.5134-1 à L.5134-3

L'article L.5134-1 est ainsi rédigé et **modifié** :

« I. -Le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures.

*La délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et qui ne sont pas soumis à prescription médicale obligatoire s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies selon des conditions définies par décret. Dans les établissements d'enseignement du second degré, si un médecin, **une sage-femme** ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, les infirmiers peuvent, à titre exceptionnel et en application d'un protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisés, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Ils s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en oeuvre d'un suivi médical.*

II. -Les contraceptifs intra-utérins ainsi que les diaphragmes et les capes ne peuvent être délivrés que sur prescription d'un médecin ou d'une sage-femme et uniquement en pharmacie ou dans les centres de planification ou d'éducation familiale mentionnés à l'article L. 2311-4. La première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par un médecin ou une sage-femme.

L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin ou une sage-femme. Elle est faite soit au lieu d'exercice du praticien, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé.

III. -Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux. La surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant.

Dans les services de médecine de prévention des universités, la délivrance de médicaments ayant pour but la contraception, et notamment la contraception d'urgence, s'effectue dans des conditions définies par décret. Ces services s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'étudiant et veillent à la mise en œuvre d'un suivi médical. »

ANNEXE II

LE QUESTIONNAIRE D'ENQUETE EN LIGNE

QUESTIONNAIRE ANONYME POUR LES SAGES-FEMMES LIBERALES

Etudiante en dernière année de formation de sage-femme à Metz, je réalise un mémoire sur les nouvelles compétences données aux sages-femmes par la loi du 21 juillet 2009 dans le cadre de la réforme HPST (loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires). En effet, la possibilité d'effectuer un suivi gynécologique de prévention et de prescrire une contraception à toutes les femmes en bonne santé, élargit grandement le champ des compétences qui était réservé aux sages-femmes jusqu'à présent. Pourtant, ces compétences semblent peu mises en pratique par les sages-femmes, du fait de l'existence de difficultés éventuelles dans leur application. Pour faire le point sur ces difficultés, j'aimerais recueillir votre avis et votre expérience personnelle.

Merci de l'attention que vous porterez à cette enquête et au temps que vous y consacrerez,

Marie Bauer.

Ce questionnaire se fait sous couvert de Mme Wirth, Directrice de l'école de sage-femme de Metz.

Vous pouvez me joindre pour tout renseignement complémentaire à l'adresse e-mail suivante : marie.bauer88@gmail.com

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

1) Votre âge :

2) L'année d'obtention de votre diplôme de sage-femme :

- Entre 2002 et 2010
- Entre 1986 et 2001
- Avant 1986

3) Nombre d'années d'exercice en libéral :

4) Où se trouve votre lieu d'exercice ? Plusieurs réponses possibles

- En milieu urbain
- En milieu rural
- A proximité d'un établissement hospitalier

5) Dans quel département ?

6) Quel est votre mode d'exercice ?

- Libéral uniquement
- Libéral dans un établissement hospitalier
- Libéral et hospitalier
- Autre :

7) Quelles sont vos activités ? Plusieurs réponses possibles

- Préparation à la naissance et à la parentalité
- Suivi de grossesse
- Surveillance de grossesses pathologiques
- Echographie
- Accouchements en plateau technique
- Surveillance post-natale
- Rééducation périnéale
- Suivi gynécologique et prescription de contraception
- Autre :

A PROPOS DES NOUVELLES COMPETENCES SAGES-FEMMES

8) D'après-vous, une sage-femme peut-elle : Plusieurs réponses possibles

- Réaliser un suivi gynécologique de prévention des femmes en bonne santé

- Réaliser des consultations de contraception à court terme pour toutes les femmes en bonne santé
- Prescrire l'ensemble des moyens de contraception
- Poser, surveiller et retirer le DIU ou SIU
- Poser, surveiller et retirer l'implant
- Prescrire les examens complémentaires nécessaires au suivi gynécologique d'une patiente
- Réaliser le frottis cervico-vaginal de dépistage

9) Vos patientes ont-elles déjà exprimé des difficultés d'accès à une prise en charge gynécologique ?

- Oui
- Non
- Peut-être
- Autre :

L'APPLICATION DES COMPETENCES

10) Pratiquez-vous (sous réserve d'adresser la patiente à un médecin si elle présente une pathologie) : Vous pouvez cocher 0, 1 ou plusieurs cases

- Le suivi gynécologique de prévention des femmes en bonne santé
- Des consultations de contraception à court terme pour toutes les femmes en bonne santé
- La prescription de l'ensemble des moyens de contraception
- La pose, la surveillance et le retrait du DIU ou SIU
- La pose, la surveillance et le retrait de l'implant
- La prescription des examens complémentaires nécessaires au suivi gynécologique d'une patiente
- La réalisation du frottis cervico-vaginal de dépistage

11) Si vous n'avez coché aucune case à la question précédente : Plusieurs réponses possibles

- Vous n'envisagez pas du tout de mettre en pratique ces compétences
- Vous envisagez d'assurer le suivi gynécologique de prévention (avec frottis de dépistage)
- Vous envisagez de proposer des consultations de contraception
- Vous envisagez de poser, surveiller et retirer l'implant (dès obtention de l'AMM pour les sages-femmes)
- Vous envisagez de poser, surveiller et retirer le DIU

12) D'après vous, existe-il des difficultés dans l'application directe de ces compétences ?

- Oui
- Non
- Peut-être

13) Si oui, quelles sont-elles ? Plusieurs réponses possibles

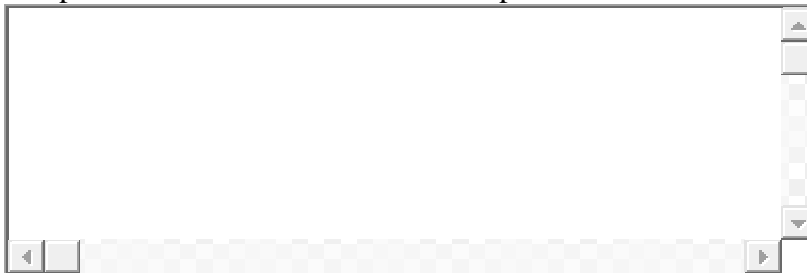
- Le manque de formation initiale
- La difficulté d'accès à des formations complémentaires
- Le manque de temps par rapport à vos activités actuelles
- Le coût du matériel nécessaire à la réalisation de certains actes (ex : pose de DIU)
- Une cotation actuelle des actes sages-femmes insuffisante
- L'absence de cotation spécifique
- Le manque d'information du grand public et/ou des femmes sur les compétences sages-femmes
- Autre :

14) Avez-vous suivi ou suivez-vous une formation complémentaire ?

- Oui
- Non mais je compte le faire bientôt
- Non, pas du tout

15) Si vous avez suivi ou suivez une formation complémentaire, laquelle est-ce ?

16) Avez-vous des commentaires et/ou remarques à ajouter à propos des nouvelles compétences ? Vous pouvez vous exprimer librement

A large empty text area with a scroll bar on the right and navigation arrows at the bottom.

Envoyer

ANNEXE III

Voici l'intégralité des réponses à la question 16 de mon questionnaire, bonne lecture !

Les réponses « désabusées » :

- « Je préférerais qu'on soit le premier recours d'une grossesse physio plutôt que me rajouter des compétences dont je n'ai que faire... »

- « Tant que nos cotations ne seront pas réévaluées la pose de DIU ou d'implant, nécessitant du matériel, me reviendra trop cher, et donc je ne le ferais pas . »

- « J'aurai plutôt souhaité que nos compétences pour le suivi des grossesses normales soit renforcé et que l'information passe mieux auprès des patientes. J'ai l'impression qu'on veut nous endormir avec ce suivi. »

- « Il est dommage que l'élargissement des compétence de la sage-femme soit motivée par une raréfaction des gynécologues. A quand la césarienne aux sages-femmes par manque d'obstétriciens? Que devient la formation sur la connaissance de la physiologie?

Bonne chance à vous, et bienvenue dans cette famille. »

- « Je ne me sens pas assez compétente pour réaliser le suivi gynécologique. Le fait de ne pas pouvoir prescrire les examens complémentaires est tout à fait illogique; Le prix de la consultation ne permet pas l'achat du matériel. Je ne ferai pas de suivi gynécologique parce que je suis sage femme et que la gynéco n'est pas mon métier. Je pense avoir les connaissances de base en gynéco et je préfère m'en tenir à faire "bien" ce pour quoi j'ai été formée. »

- « Je pense que des gynéco bien formé et à l'écoute des femmes sont nécessaires et c'est dommage de ne pas travailler plus vers une complémentarité. (Trop peu de gynéco me semble un retour en arrière). Oui nous pouvons élargir nos compétences à conditions de nous former (mais le système actuel est déjà bien) et de nous donner les moyens (tarif horaire correct) pour faire une consultation de qualité. Il y a de très gros progrès à faire au niveau des honoraires et mieux dialoguer avec la sécu car c'est surtout cela qui rend le métier précaire. Plus de compétences sans y mettre des conditions politiques pour rendre un service de qualité me semble dangereux pour la santé des femmes. »

- « Je fais peu de consultation de contraception car j'ai très peu de demandes, et je ne me sens pas très à l'aise avec la prescription de pilule. Je n'envisage pas pour l'instant de me former à la pose de DIU car je n'ai pas le matériel adéquat au cabinet et cela demanderait un investissement important ... en contre partie d'une rémunération minime. »

« Je regrette que nous éloignons toujours plus de notre place essentielle à savoir le suivi des grossesses physiologiques pour lesquelles nous sommes formées. En réalité j'en suis peu du fait de l'ignorance de la population. Parce que les maternités, la CPAM veulent faire des économies, la société compte du jour au lendemain sur les SF libérales pour compenser sans aucune contrepartie. Idem pour les suivis gynéco, je crois que notre profession est utilisée mais pas mieux reconnue. Si les gynécos libérer un peu leurs consultations de suivis grossesses physiologiques, ils seraient plus disponibles pour le suivi gynéco et nous nous reviendrions à notre place. »

- « Je ne trouve pas normal que nous ne puissions avoir une formation correcte dans le cadre de la formation continue, et que nous soyons obligées de faire appel à des laboratoires pour pouvoir se former. Je pense que dans le cursus des études cela aurait déjà du être prévu, il vaudrait mieux former les étudiants à leur futur métier que de les envoyer en stage à l'état civil (j'ai eu en stage des étudiantes qui pour le stage suivant allaient passer un mois à l'état civil, quel gâchis!!!!).

Tant que les études fonctionneront de cette façon et que les étudiants ne se révolteront pas contre le système de l'enseignement dispensé la profession sera toujours dans le même impasse quel que soit le nombre d'années d'études après le bac, nous seront toujours considérées comme des auxiliaires médicales par toutes les instances, malgré notre statut de médicales, les sages-femmes elles mêmes oublient de raccrocher le wagon à la locomotive quand cela est nécessaire: l'on voulait nous donner les compétences pour l'application de la ventouse, et ce sont les sages-femmes qui ont refusé ces compétences ne voulant pas dire obligation, si nous ne nous en servons cela ne veut pas dire que certaines collègues n'aurait pas voulu.

Tant que nous ferons de l'individualisme nous n'avancerons pas, cela fait 40 ans que je vois la situation empirer »

- « Je n'ai pas envie d'avoir plus de compétences et de faire des actes qui à mon avis doivent être encadré par des médecins qui font une spécialité pour cela. A chacun sa place, nous ne sommes pas médecins.

Nous sommes sages-femmes avec des responsabilités limitées, ses actes sont en corrélation avec une responsabilité élargie correspondant à des années d'études et de connaissance que nous n'avons pas. Il faut arrêter de vouloir une reconnaissance équivalente à celle des médecins. Nous avons UNE IDENTITE QUI NOUS EST PROPRE et à nous de nous reconnaître à notre place. Merci de m'avoir permise de m'exprimer là dessus. Bon courage. Et surtout ne vous prenez pas pour un médecin. »

- « Les actes des sages -femmes n'ont pas étaient revalorisés depuis 2002, si cela continue ainsi les sages -femmes libérales auront bientôt disparu il faut être réalistes....alors à quoi serviront ces nouvelles compétences??? »

- « Tant que la sage femme n'est pas reconnue par les instances politiques et le corps médical nous ne pourrons pas utiliser nos compétences et nos honoraires doivent être aussi justes et non négligés comme depuis longtemps !!! 17euros la consultation ??????? On se moque totalement de nous !!! »

- « J'aimerais que l'accent soit davantage mis sur l'information et la pratique du suivi des grossesses et accouchements physio en France, avant le développement de la gynéco chez les SF !!! »

- « La pose d'un stérilet reste un acte délicat avec risques malaise vagal, de perforation utérine, d'infection... S'il y a une difficulté lors de la pose par une sage femme, les gynécos du secteur risquent de réagir ++ : la sage femme n'a pas droit à l'erreur, le gynéco, si !!! »

- « Je regrette que tout cela nous ait été "donné" sans concertation avec la profession. On nous demande de jouer les bouche-trous, sans anticiper au niveau de la FMC, sans revaloriser nos cotations et sans que les femmes soient vraiment informées de nos possibilités de suivi (déjà que cela reste très méconnu en obstétrique !!!)... C'est du grand n'importe quoi. A nous de nous en emparer pour nous former, faire un travail de qualité et valoriser nos compétences. »

- « Je n'envisage pas le suivi gynéco par manque de compétences et de temps. Pour ce qui est du problème de la pose de DIU, si je devais le faire, il serait souhaitable que la cotation soit revalorisée, mais le problème du coût du matériel est un faux problème: les gynécos de ville prescrivent à leur patientes des kit de pose de Gynéas remboursés par la sécu.... La démographie médicale est mal maîtrisée, il existe une absence d'organisation sociale de la contraception, surtout des + jeunes. Nos tarifs sont RIDICULES, quelle reconnaissance de nos compétences initiales??? Il paraît que les mauvais chiffres persistants d'IVG sont à l'origine de cette extension de nos compétences. Or la diminution du nombre de gynéco est inéluctable : le CES de Gynécologie médicale a été supprimé il y a environ 15 ans, et personne ne veut se coller à l'obstétrique. Si les gynécos ne se gardaient pas les suivis de grossesse, et nous les adressaient, à nous dont c'est le coeur de métier, les cochons seraient bien gardés: ils auraient + de temps pour la contraception.

Mais l'échec de la contraception en France est plutôt dû à mon sens, à des facteurs socioculturels. A quand la contraception gratuite et libre d'accès aux mineurs, par exemple?

Pourquoi ne pas donner les préservatifs à tous les demandeurs cela coûterait moins cher que l'IVG, et serait moins destructeur pour les femmes.

Vivons-nous dans "un monde culs-bénits" pour nous voiler la face ainsi?

Comment se fait-il qu'un labo ose présenter l'implant (véritable camisole chimique à la progestérone) comme contraception de 1ere intention chez la toute jeune fille? Au prétexte qu'elle oublie souvent la pilule, alors que le 1er problème, c'est les IST? En raison des pluri partenaires d'abord

Last but not least: 17€ ! Pour réfléchir à tout ça, expliquer, prescrire, ... moins cher que moins cher??? C'est du grand n'importe quoi non?

Je veux bien aider mes patientes dans leur questionnement contraceptif, mais je ne Veux Pas en recruter d'autres, et s'il y a des problématiques associées, j'estime que ce n'est pas mon boulot

JE VEUX D'ABORD QUE SOIENT RECONNUES NOS COMPETENCES de BASE !

PS : merci pour ce beau sujet de mémoire.»

- « Avec ces nouvelles compétences, TOUTES les sages-femmes devraient pouvoir être formées gratuitement par les écoles de sages-femmes ou l'université en gynéco. Il risque d'y avoir un métier à plusieurs vitesses et c'est une catastrophe pour la profession qui déjà n'est pas très homogène (hôpital/privé/libéral) et mal connue du grand public. Avant d'être reconnues, les sages-femmes devraient être connues et "récupérer" des compétences puis voir plus tard comment gérer tout ça a découlé, à mon avis, d'une fierté mal placée de l'ordre national des sages-femmes ! Allons voir un peu dans d'autres pays européens ce qui fait la force du métier de sage-femme : compétences acquises, formation continue obligatoire et contrôlée, connaissance du métier par les autres professionnels de santé et par le grand public, autonomie des sages-femmes, choix réel et sécurisé pour les femmes enceintes, pratique basée sur des évidences SCIENTIFIQUES, etc.

Les réponses « insatisfaites » :

- « Pouvoir prescrire le suivi biologique »

- « Il me semble très intéressant de pouvoir proposer ce suivi gynécologique (patientes "partantes" pour se faire suivre par une sage-femme qui prend le temps de les écouter, même si tout va bien et de répondre à leurs questions), mais il faudrait que l'acte technique (pose de stérilet par exemple) soit pris en compte dans le tarif »

- « Une réelle évolution pour l'accès à la contraception pour les femmes!

Ça fait partie intégrante de notre métier mais à ce tarif là, il ne faut pas abuser non plus!

Des cigognes oui...pas des pigeons!!!! »

- « Je trouve que c'est vraiment un plus, dans l'accompagnement de nos patientes.

Elles nous connaissent bien, ont confiance.

Cela faisait des années qu'il y avait la demande.

Je me réjouis de cette décision, mais pour le moment ces actes ne nous font pas vivre.

»

- « L'implant est impossible à poser du fait de la formation inaccessible car gérée par le labo fabriquant l'implant qui ne nous en donne pas le droit (Schering il me semble). »

- « Plus qu'un manque d'information au grand public, c'est une absence d'information, même les médecins généralistes ne connaissent pas nos compétences.

»

- « Nous assurons le suivi et puis nous envoyons les patientes chez le généraliste pour le bilan! »

- « IL Y A UNE REELLE DEMANDE DES PATIENTES ET JE PENSE QUE NOUS AVONS UN ROLE IMPORTANT A JOUER DANS L INFORMATION ET LA PREVENTION HELAS LA COTATION ACTUELLE DE CES ACTES NE ME PERMET PAS POUR L INSTANT LA REALISATION DE CETTE PRISE EN CHARGE »

- « Il y a une demande des patientes qui nous connaissent suite à une grossesse mais un manque de connaissance des possibilités des autres.

Je trouve difficile de se mettre à pratiquer des actes que l'on a pratiqué que sur des mannequins en formation et de se lancer, mais c'est un pas à faire très intéressant pour la santé des femmes et pour l'élargissement de nos capacités, il faudrait que cela soit rémunéré en fonction. »

- « C'est très bien mais manque de dispo. Plus problème de rémunération. Vous avez oublié le diaphragme; je fais (2 ou 3 fois par an) des CS pour la mesure: patientes motivées. »

- « Il est indispensable que nous ayons accès à des formations ou DU gynécologie si l'on souhaite afin de mieux suivre ses femmes et bien sûr il est indispensable de revaloriser la cotation de l'acte! »

- « Les patientes sont rarement satisfaites de leur gynécologue et cela fait des années qu'elles me demandent si je ne peux poser les DIU, SIU, implant, etc.

Depuis la modification de nos compétences j'ai déjà 5 patientes qui m'ont interpellée pour une pose DIU (3) et implant (2).

Mais il faut que je me forme ! »

- « Très contente d'avoir la possibilité de répondre aux besoins des femmes, je trouve dommage que l'on soit utilisée comme "bouche trou".... »

- « Manque de moyen mis à la disposition des sages-femmes pour se former, s'équiper, coter les actes »

- « Manque de communication avec médecins »

- « Je pense que, au moins pour les régions rurales comme la notre, cette possibilité de se faire suivre par les sages-femmes pour la gynécologie de prévention et la contraception représente un énorme "plus" pour la population, et qu'il est très intéressant pour les femmes d'avoir plus le choix de séparer le suivi "de prévention" qui peut être assuré par sa sage-femme ou son médecin.

Dans ma pratique de sage-femme libérale et ostéopathe, je pense que je fais un travail de prévention, et d'éducation à la santé. Je trouve que la qualité de ce travail n'est satisfaisante que si je prends soin de faire des liaisons avec le médecin traitant de la patiente chaque fois que cela est nécessaire, or cela demande un temps fou et dans l'état actuel des cotations il est impossible d'assurer correctement cette mission auprès des patientes et de boucler ses journées de travail. »

- « Je ne pose actuellement pas de DIU ou d'implants car je n'ai pas la possibilité de faire une écho après pose pour le DIU, ce qui implique que je dois envoyer la femme ailleurs pour le contrôle. J'ai posé pas mal des implants et retiré quelques uns quand je travaillais au dispensaire. Je surveillais les DIU après pose à l'écho. Surtout j'avais la possibilité de collaborer facilement avec un médecin, ce que je ne peux faire actuellement dans mon cabinet.

Donc, compétences : oui avec +/- de complément de formation mais cadre pas évident en cabinet de ville ou de village. Et il manque toujours la cotation!

Mais beaucoup de femmes sont en demande, car le gynécos se font rare chez nous et elles ne veulent pas du généraliste pour les frottis etc.

Bon courage pour ton travail. »

- « Une pratique de 12 ans en PMI m'a permis de travailler en CPEF d'où une formation continue ...en consultation avec le médecin. J'ai toujours pratiqué les frottis.

Il y a un manque d'info des patientes : actuellement, on trouve une campagne à la radio pour le dépistage du cancer du col par le frottis mais la sage femme n'y est jamais mentionnée. On propose le gynéco et les généralistes alors que la majorité d'entre eux ne savent pas les faire. »

- « En 1 an je n'ai pas trouvé de formation en gynéco facilement ou ai été informée trop tard pour m'y inscrire. C'est le début de la mise en place de cette pratique donc la difficulté d'accès à la formation continu est sûrement normale. Les femmes me demandent de faire du suivi de contraception et du suivi gynéco depuis longtemps donc j'ai décidé de le mettre en pratique après relecture d'info concernant les examens et bilans.

La pose de DIU paraît délicate et souvent à effets secondaires type malaise, c'est pourquoi je reste frileuse sur la pose en cabinet, vu notre équipement souvent sommaire (surcoût ++++ du matériel stérilisation, kit de pose etc.)

J'exerce dans un secteur où il n'y a plus de gyné en ville à moins de 30 min, les femmes sont très en demande .Malgré tout cela ne représente que très peu de consultations sur activité totale. »

- « Je suis à la fois enchantée de pouvoir améliorer la qualité du suivi post-natal de mes patientes en incluant la contraception et le suivi gynécologique et dubitative quand aux motivations réelles de nos dirigeants. En effet, j'ai le sentiment que cette loi précipitée, sans concertation va dans le sens d'une économie déguisée et à notre détriment. Quand aux modalités de mises en oeuvre, je me sens assez incompetente en matière de contraception hormonale, que je prescris toujours en relais ou en attente d'une CS chez un gynéco. Car je pense cette contraception dangereuse pour beaucoup de femmes (quelle que soit sa présentation) et ne souhaite pas la prescrire larga manu »

Les réponses « optimistes » :

- « Je suis tout à fait favorable à l'accès à cette nouvelle compétence qui va dans le sens d'un suivi global.

Pour les patientes, plus de facilité à obtenir un RV, certaines sont plus à l'aise avec une sage-femme et sont donc moins réticentes à se faire suivre. »

- « Je commence la formation continue DU contraception sexualité et IVG à Grenoble, c'est pour moi une obligation pour envisager cette activité de façon plus importante et sur le long terme. »

- « Je me suis battue un maximum pour que les sages-femmes aient le droit à la pose de DIU, et c'est au moment de prendre ma retraite que nous obtenons cette possibilité. J'en suis heureuse pour mes jeunes collègues qui pourront prouver que nous sommes tout aussi capables que les médecins! »

- « Difficile à suivre. Cela demande de constants efforts de formation mais c'est intéressant !»

- « C'est en toute logique que le suivi gynécologique normal d'une femme soit proposé par la sage-femme. Elle assure un rôle de prévention important, elle prend le temps avec les patients qu'elle a pu rencontrer dans la période périnatale très riche en apprentissages pour beaucoup de couples. »

- « Je trouve intéressant de pouvoir proposer ce suivi, à des femmes qui ne vont pas se faire suivre en dehors des grossesses. Même si cette activité ne devient pas dominante, il faudra être très compétente. »

- « Utile pour poursuivre les femmes entre deux grossesses. »

- « Je pense que les femmes bénéficieront d'informations plus impartiales par les sages -femmes surtout moins d'a priori concernant la contraception... Et malgré le peu de rémunération, un temps pris plus long pour expliquer les choses »

- « Je suis ravi qu'elles existent! »

Les réponses inclassables :

- « Mes patientes sont très demandeuses d'un suivi gynécologique fait par leur sage-femme du fait des délais d'attente très longs des gynéco. »

- « Je n'exerce que très peu dans la gynécologie : frottis en post-partum de façon exceptionnelle et prescription de contraception (diaphragme, CO) de façon rare. »

- « Non.»

- « Bon courage ! »

La loi HPST du 21 juillet 2009 a grandement élargi le champ de compétences des sages-femmes qui était jusqu'à présent réservé à l'obstétrique physiologique.

Nous pouvons nous interroger sur la mise en œuvre de ces compétences par les sages-femmes, désormais, spécialistes de la gynécologie physiologique.

Ce sont les sages-femmes libérales qui semblent actuellement les mieux placées pour effectuer des consultations de gynécologie et de contraception. L'enquête menée auprès des sages-femmes libérales de l'ANSFL a montré qu'elles éprouvaient des difficultés dans leur pratique : une cotation de leurs actes insuffisante, un manque de reconnaissance de leurs compétences par le grand public et une formation initiale jugée insatisfaisante. De plus, certaines imprécisions sur ces compétences persistent, ce qui peut provoquer des incertitudes dans leur pratique.

La revalorisation des actes, le développement des formations initiale et continue sont des conditions nécessaires pour la mise en œuvre de ces compétences par les sages-femmes.