



HAL
open science

Le suivi gynécologique de prévention : évaluation du suivi gynécologique de prévention et de la connaissance des compétences des sages-femmes en matière de gynécologie et de contraception chez 1802 femmes

Léonie Chevalier

► To cite this version:

Léonie Chevalier. Le suivi gynécologique de prévention : évaluation du suivi gynécologique de prévention et de la connaissance des compétences des sages-femmes en matière de gynécologie et de contraception chez 1802 femmes. Médecine humaine et pathologie. 2017. hal-03870368

HAL Id: hal-03870368

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870368v1>

Submitted on 24 Nov 2022

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-memoires-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 de Lorraine

École de Sages-Femmes de Metz

Le suivi gynécologique de prévention

Evaluation du suivi gynécologique de prévention et de la connaissance des compétences des sages-femmes en matière de gynécologie et de contraception chez 1802 femmes

Mémoire présenté et soutenu par

Léonie Chevalier

Directeur de mémoire : Joëlle Mangeot - Cadre sage-femme enseignante

Expert : Anne-Sophie Riclot - Sage-femme

Promotion 2013-2017

REMERCIEMENTS

En préambule de ce mémoire, je tiens à remercier tout particulièrement :

- *Madame Joëlle MANGEOT, cadre sage-femme enseignante, directrice de ce mémoire, pour ses précieux conseils, son soutien et sa patience.*

- *Madame Anne-Sophie RICLOT, sage-femme, d'avoir accepté d'être mon experte de mémoire. Merci pour tes conseils et tes nombreuses relectures.*

- *Mes parents, pour le soutien que vous m'apportez depuis toujours. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir permis de vivre sereinement ces années d'études.*

- *Toute ma famille. Nat et Alex, pour votre soutien en première(s) année(s) !! Un merci tout particulier aux avignonnais, présents lors de la rédaction de ce travail.*

- *Agathe, Bénédicte, Lucile et Nathalie, pour avoir rendu inoubliables ces 4 années passées à l'école de sages-femmes.*

SIGLAIRE

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

DIU : Dispositif Intra-Utérin

IST : Infection Sexuellement Transmissibles

FCV : Frottis Cervico-Vaginal

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

HAS : Haute Autorité de Santé

COP : Contraception Oestro-Progestative

HPV : Human PapillomaVirus

IMC : Indice de Masse Corporelle

PCU : Pilule de Contraception d'Urgence

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

SUMMPS : Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé

SA : Semaines d'Aménorrhées

ARS : Agence Régionale de Santé

CSP : Code de la Santé Publique

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

CSP : Catégorie Socio-Professionnelle

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE.....	4
INTRODUCTION.....	6
PARTIE 1.....	8
1. LES COMPETENCES DES SAGES-FEMMES EN MATIERE DE SUIVI GYNECOLOGIQUE DE PREVENTION ET DE CONTRACEPTION.....	9
1.1. LES COMPETENCES ATTRIBUEES PAR LA LOI HOPITAL PATIENT SANTE TERRITOIRE DU 21 JUILLET 2009.	9
1.2. DE NOUVELLES COMPETENCES EN ORTHOGENIE ATTRIBUEES PAR LA LOI DU 26 JANVIER 2016 RELATIVE A LA MODERNISATION DU SYSTEME DE SANTE – DECRET DU 5 JUN 2016.....	16
1.3. SAGE-FEMME : UNE PROFESSION MEDICALE A COMPETENCES DEFINIES.....	16
2. ETAT DES LIEUX DE L'ACCES AUX SOINS GYNECOLOGIQUES EN FRANCE.....	17
2.1. DEMOGRAPHIE DES MEDECINS GENERALISTES	17
2.2. DEMOGRAPHIE DES GYNECOLOGUES MEDICAUX ET OBSTETRICAUX.....	17
2.3. DEMOGRAPHIE DES SAGES-FEMMES	17
3. LA SAGE-FEMME : UN PREMIER RECOURS AUPRES DES FEMMES EN BONNE SANTE.....	18
3.1. UN CHAMP DE COMPETENCES EN CONSTANTE EVOLUTION.....	18
3.2. UNE NOUVELLE PLACE DANS LE PARCOURS DE SOINS : MOYENS MIS EN ŒUVRE ET DIFFICULTES RENCONTREES	19
PARTIE 2.....	20
1. METHODOLOGIE	21
1.1. PROBLEMATIQUE.....	21
1.2. OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE L'ETUDE.....	21
1.3. SCHEMA D'ETUDE ET DEROULEMENT	22
2. PRESENTATION DES RESULTATS.....	23
2.1. DESCRIPTION DE LA POPULATION INTERROGEE.....	24
2.2. SUIVI GYNECOLOGIQUE DE LA POPULATION INTERROGEE.....	24
2.3. LE SUIVI GYNECOLOGIQUE « SAGE-FEMME »	29
PARTIE 3.....	33
1. EVALUATION DU SUIVI GYNECOLOGIQUE	34
1.1. DES DISPARITES CONSTATEES QUANT A LA REGULARITE DU SUIVI GYNECOLOGIQUE DES FEMMES	34
1.2. UN SUIVI GYNECOLOGIQUE PLURI PROFESSIONNEL ET SATISFAISANT	35
2. LA SAGE-FEMME : UN ACTEUR DE SANTE PUBLIQUE ENCORE MECONNU DU GRAND PUBLIC.....	37
2.1. UN ELARGISSEMENT DES COMPETENCES EN MATIERE DE SUIVI GYNECOLOGIQUE DE PREVENTION ET DE CONTRACEPTION PEU CONNU DES FEMMES	37
2.2. UNE POPULATION FEMININE FAVORABLE A CET ELARGISSEMENT DES COMPETENCES	38
3. LES MOYENS MIS EN PLACE POUR FAVORISER L'ACCES AUX SOINS GYNECOLOGIQUES.....	39
3.1. L'INFORMATION AUPRES DES FEMMES	39
3.2. UNE COMMUNICATION DEMEURANT CEPENDANT INSUFFISANTE	39
4. DISCUSSION : REPENSER LA PREVENTION.....	40
4.1. ENCOURAGER LA PREVENTION CHEZ LES JEUNES FEMMES.....	41
4.2. SENSIBILISER LES FEMMES A CHAQUE MOMENT DE LEUR VIE.....	41
4.3. EXPLOITER A BON ESCIENT L'EXTENSION DES COMPETENCES DES SAGES-FEMMES EN MATIERE D'ORTHOGENIE.....	42
CONCLUSION.....	43

BIBLIOGRAPHIE.....	45
TABLE DES MATIERES	48
ANNEXES.....	50

INTRODUCTION

Depuis la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009, les sages-femmes peuvent assurer le suivi gynécologique de prévention et la prescription de la contraception chez toutes les femmes en bonne santé. Elles peuvent ainsi effectuer la surveillance des situations non pathologiques, et réaliser ou prescrire les examens nécessaires au dépistage des pathologies, comme le cancer du sein ou le cancer du col de l'utérus. En plus de pouvoir prescrire une contraception orale, elles sont également habilitées à effectuer la pose, la surveillance et le retrait d'un dispositif intra-utérin (DIU) ou de l'implant sous-cutané. Les sages-femmes assurent aussi la prévention et le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST).

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande un suivi gynécologique annuel ainsi que la réalisation d'un frottis cervico-vaginal (FCV) tous les trois ans chez les femmes de 25 à 65 ans, après deux FCV normaux à un an d'intervalle [1].

A l'heure de la diminution du nombre de gynécologues médicaux et de l'augmentation des déserts médicaux, la sage-femme devient, grâce à ces nouvelles compétences, un acteur de premier recours dans la santé génésique des femmes. L'accès à un suivi gynécologique régulier et à la contraception est en effet un véritable enjeu de santé publique : il tend à prévenir le taux de cancers féminins, et à diminuer le nombre d'interruption volontaire de grossesse (IVG).

En 2011, une étude réalisée par OpinionWay montre que plus de 20% des françaises âgées de 16 à 60 ans n'ont pas profité d'un suivi gynécologique depuis moins de deux ans et que 6% d'entre-elles ne bénéficient d'aucun suivi [2].

Face à ce constat, il semble pertinent d'évaluer le suivi gynécologique des femmes en 2016. La problématique de ce mémoire est la suivante : **en quoi l'ouverture du champ de compétences « Suivi gynécologique de prévention et contraception » est un bénéfice pour les femmes ?**

L'objectif de ce mémoire est ainsi d'évaluer le suivi gynécologique des femmes ainsi que leur connaissance des compétences des sages-femmes, dans le but de promouvoir un suivi médical en accord avec les recommandations de l'HAS auprès du plus grand nombre.

Dans une première partie, nous définirons le suivi gynécologique de prévention et la consultation de contraception, nous ferons un état des lieux de la démographie médicale

actuelle et nous montrerons que la sage-femme est devenue un acteur de premier recours dans la santé des femmes.

La deuxième partie de ce mémoire aura pour but de présenter l'enquête et ses résultats.

Dans une troisième et dernière partie, nous analyserons et discuterons les résultats obtenus, en les confrontant aux hypothèses préalablement formulées.

Partie 1

1. LES COMPETENCES DES SAGES-FEMMES EN MATIERE DE SUIVI GYNECOLOGIQUE DE PREVENTION ET DE CONTRACEPTION

D'après la définition du Larousse, « *la gynécologie est une spécialité médicale consacrée à l'étude de l'organisme de la femme et de son appareil génital, tant du point de vue physiologique que pathologique* ». La gynécologie aborde différents aspects de la vie des femmes, tout au long de leur vie génitale. Ainsi, une femme peut-être amenée à réaliser un examen gynécologique dans le cadre d'une simple surveillance, c'est le suivi gynécologique de prévention ; ou pour le suivi d'une pathologie.

1.1. Les compétences attribuées par la loi Hôpital Patient Santé Territoire du 21 juillet 2009

1.1.1. La consultation gynécologique de prévention

Entretien

L'examen clinique gynécologique débute par un entretien. Il est primordial de connaître les antécédents personnels et familiaux de la patiente, notamment sur le versant oncologique. Il faut également connaître les antécédents cardiovasculaires, diabétiques, et tabagiques (prescription d'une contraception) et les antécédents obstétricaux et chirurgicaux. La patiente est également interrogée sur la date de ses dernières règles et sur son moyen de contraception. La date et la normalité du dernier frottis et des bilans glucidolipidiques antérieurs sont à connaître. Enfin, un temps de discussion sur la sexualité de la patiente peut parfois s'avérer très important [3].

Motif de consultation

Il faut noter : la date et le mode d'apparition des symptômes, leurs corrélations ou non avec un événement particulier, les traitements déjà envisagés et leur efficacité. Les symptômes les plus fréquents sont les suivants : la douleur (douleurs pelviennes, syndrome pré-menstruel, dysménorrhée), les leucorrhées (volume, mode d'apparition, odeur, couleur et prurit associé), l'hémorragie génitale (volume, mode d'apparition, fréquence et cyclicité), les troubles sexuels et enfin, les tensions, les écoulements mammaires ou les mastodynies.

Examen clinique général

Tout d'abord, l'examen clinique comprend une mesure de la tension artérielle. Elle est d'autant plus importante lorsque la patiente est sous contraception oestro-progestative (COP). Une pesée est également comprise dans l'examen clinique. Celui-ci se déroule préférentiellement « du haut vers le bas », en respectant autant que faire se peut l'intimité de la patiente.

Examen des seins

L'examen des seins se réalise à chaque consultation annuelle. Son but est de rechercher d'éventuels nodules, modifications cutanées, douleurs ou écoulements.

La première étape de l'examen sénologique est l'inspection. Celle-ci se réalise de face et de profil, en position assise puis allongée. Une flexion des bras et un soulèvement de l'épaule permettent de repérer les anomalies de contours. Il est essentiel de comparer les deux seins. L'inspection recherche : des anomalies cutanées (zone inflammatoire, lésion ulcérée...), des anomalies de forme (dissymétrie de forme ou de taille, rétraction, aplatissement...) ou encore des anomalies de l'aréole (rétraction du mamelon, ulcération, écoulement).

La deuxième étape de l'examen est la palpation. Elle se réalise quadrant par quadrant. La patiente est assise puis allongée, bras le long du corps puis relevés ; elle s'effectue les mains bien à plat, par mouvements circulaires, en exerçant une légère pression. Un nodule se définit selon son siège, sa forme, sa taille, son caractère unique ou multiple, sa consistance, sa sensibilité et sa mobilité. L'écoulement mammaire est apprécié par son caractère uni ou bilatéral, uni ou plurigalactophorique, spontané ou provoqué, son volume, sa couleur et sa forme. La palpation des seins s'accompagne de la palpation des aires ganglionnaires à la recherche d'adénopathies (sommet du creux axillaire, arrière du muscle grand pectoral, creux sous et sus claviculaires).

Le dépistage organisé du cancer du sein concerne les femmes âgées de 50 à 74 ans. Elles bénéficient d'un examen clinique des seins et d'une mammographie de dépistage (double lecture systématique) tous les deux ans. Il exclut les femmes ayant « des facteurs de risque importants » [4].

Examen pelvien

L'examen pelvien se fait à l'aide d'un spéculum et précède le toucher vaginal. Il permet de mettre en évidence certaines lésions vaginales ou cervicales, d'observer l'ouverture du col ainsi que la glaire cervicale, ou encore de déterminer l'origine d'un saignement vaginal. Il permet également le dépistage de prolapsus.

Toucher vaginal

Le toucher vaginal couplé au palper abdominal permet d'explorer la cavité pelvienne. Il apprécie le col utérin, la face postérieure de la vessie et la cloison recto-vaginale, le vagin et le cul de sac de Douglas (masse, douleur à la recherche d'une infection vaginale ou d'un épanchement), le corps utérin, les ovaires à travers les culs de sacs vaginaux latéraux et la qualité du plancher pelvien.

Frottis cervico-vaginal

Par sa fréquence, le cancer du col de l'utérus est le dixième cancer chez la femme en France. Près de 3000 cas sont diagnostiqués chaque année. Ces symptômes sont peu spécifiques et d'apparition tardive. Le cancer invasif du col se développe en moyenne en 15 à 20 ans après la persistance d'une infection à un papillomavirus humain à haut risque. Le Plan Cancer 2014-2019 a pour objectif de permettre à chaque femme de 25 à 65 ans l'accès à un dépistage régulier via un programme national de dépistage organisé et ainsi d'amener son taux de couverture à 80% et réduire l'incidence et le nombre de décès par cancer du col de 30% à 10 ans [5].

Le FCV est l'examen de première intention pour dépister le cancer du col de l'utérus. Il nécessite un prélèvement au niveau de la jonction squamo-cylindrique du col et s'opère selon certaines conditions : en dehors des menstruations, à distance d'un rapport sexuel, d'un traitement local ou d'une infection. Ce dépistage se réalise tous les 3 ans, après deux frottis normaux à un an d'intervalle, chez les femmes âgées de 25 à 65 ans, vaccinées ou non.

Vaccination anti-papillomavirus

Les papillomavirus humains appartiennent à la famille des *papillomaviridae* et se transmettent principalement par contact sexuel. Il en existe plus d'une centaine de types ; dont de nombreux sont cancérogènes. La période de contamination à HPV la plus critique se situe au début de la vie sexuelle.

Les types 16 et 18 seraient responsables de plus de 70% des cancers et des lésions précancéreuses du col de l'utérus. D'autres types de HPV, comme les types 6 et 11, sont non cancérigènes, mais responsables de condylomes acuminés ou encore de papillomatose respiratoire. Depuis 2006, 2 vaccins anti-HPV sont proposés en France : GARDASIL® (vaccin tétravalent contre HPV 6, 11, 16 et 18), et CERVARIX® (vaccin bivalent contre HPV 16 et 18) [6].

La vaccination se destine aux jeunes filles de 11 à 14 ans avant leur premier rapport sexuel, avec un rattrapage entre 19 et 25 ans révolus. Le Plan Cancer 2014-2019 a pour objectif d'atteindre une couverture vaccinale de 60%. La vaccination, associée au dépistage par frottis cervico-utérin, reste à l'heure actuelle la meilleure prévention du cancer du col de l'utérus.

1.1.2. La consultation de contraception

La consultation de contraception débute par un entretien qui porte sur l'âge, la profession, les habitudes de vie et sur les antécédents personnels ou familiaux, à la recherche de contre-indications. Il est suivi par un examen clinique général qui comporte une mesure de la pression artérielle et la détermination de l'indice de masse corporelle (IMC). L'examen gynécologique n'est pas toujours nécessaire et peut-être reporté, notamment lorsqu'il s'agit d'une adolescente.

Choix de la contraception

La méthode BERCER

L'aide au choix de la contraception s'inscrit dans une approche de conseil et d'accompagnement. L'Organisation Mondiale de la Santé propose d'utiliser le modèle BERCER, suivant 6 étapes : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication, Retour [7].

La prescription de contraception chez l'adolescente

Quelques particularités sont spécifiques à l'adolescente. Tout d'abord, il est essentiel d'adapter son discours à l'âge et aux besoins de la patiente. Il est d'autant plus important de s'assurer de la bonne compréhension de l'utilisation de la méthode contraceptive choisie. L'adolescente doit être informée des modalités de délivrance de la contraception d'urgence et prévenue des IST.

Les différents moyens de contraception

La contraception hormonale oestroprogestative

Les différentes COP présentent des contre-indications communes : présence ou antécédents personnels ou familiaux de thrombose veineuse ou artérielle, présence ou antécédents personnels ou familiaux de maladies cardio-vasculaires, présence ou antécédents de facteurs de risques de thrombose veineuse ou artérielle, affections hépatiques, antécédents carcinologiques (sein, utérus, ovaires) [8]...

La pilule oestroprogestative

La pilule oestroprogestative a pour action d'épaissir la glaire cervicale, d'inhiber l'ovulation et de rendre la nidation impossible en empêchant la prolifération de l'endomètre. Elle est prise le 1^{er} jour des règles puis tous les jours à heure fixe pendant 21 jours. Une nouvelle plaquette est démarrée 7 jours après l'arrêt. Son délai d'oubli est de douze heures.

Le patch transdermique

Le patch contraceptif transdermique se colle sur l'abdomen, sur la face antérieure du bras ou encore sur la partie supérieure de la cuisse. Sur un mois, le patch est renouvelé chaque semaine pendant 3 semaines consécutives, puis enlevé pendant une semaine. S'il est mis en place le 1^{er} jour des règles, son effet contraceptif est immédiat. Le délai d'oubli (décollement partiel ou total du patch) est de 24 heures.

L'anneau vaginal

L'anneau vaginal se présente sous la forme d'un anneau flexible et transparent. Sur un cycle d'un mois, l'anneau est mis en place pour 3 semaines, puis retiré une semaine. La mise en place et le retrait sont recommandés le même jour de la semaine, à heure fixe. L'anneau ne doit pas rester plus de 3 heures hors du vagin.

La contraception hormonale progestative

La contraception hormonale progestative a pour mode d'action d'inhiber l'ovulation et de modifier la glaire cervicale. Elle est compatible avec le post-partum et l'allaitement maternel.

La pilule progestative

La pilule progestative doit être prise tous les jours à la même heure, de façon continue, c'est-à-dire sans interruption entre les plaquettes. Selon les spécialités, il existe un délai d'oubli de 3 (lévonorgestrel) ou 12 heures (désogestrel). Elle est contre-indiquée en cas de pathologies hépatiques ou d'accidents thromboemboliques.

L'implant sous-cutané

L'implant est un moyen de contraception progestatif se présentant sous la forme d'un bâtonnet cylindrique de 4 cm. Il est efficace 3 ans.

L'implant est contre-indiqué en cas de thrombose, d'une maladie hépatique, d'antécédents de cancers féminins, ou de saignements vaginaux inexplicables.

Il s'insère en sous-cutané, dans le bras non dominant, juste sous la peau. La patiente est allongée sur le dos, le bras non dominant en flexion, tourné vers l'extérieur. Le site d'insertion se situe sur la face interne du bras, 10 cm au dessus de l'épitrachée.

Son retrait est effectué à l'aide d'une incision d'environ 2 mm et de pinces. Il peut-être immédiatement remplacé.

La contraception intra-utérine

Le DIU ou stérilet, est la deuxième méthode contraceptive choisie par les françaises, après la pilule. En l'absence de contre-indication, il peut-être proposé à toutes les femmes, quels que soient leur âge, leur parité et leur gestité. Il existe deux types de DIU: le DIU au lévonorgestrel (progestérone) et le DIU au cuivre.

L'action contraceptive du DIU au lévonorgestrel repose sur l'épaississement de la glaire cervicale et la non prolifération de l'endomètre. Il en existe deux spécialités : MIRENA® (efficace 5 ans) et JAYDESS® (efficace 3 ans). Le DIU au cuivre, efficace 5 ans, a quant à lui un effet cytotoxique sur les spermatozoïdes et provoque une inflammation locale de l'endomètre.

Les contre-indications au DIU sont les suivantes : grossesse suspectée ou avérée, infection génitale ou maladie inflammatoire pelvienne en cours, saignements vaginaux inexplicables, cancer du col utérin ou de l'endomètre, anomalie anatomique utérine. Le DIU hormonal est contre-indiqué en cas d'affections hépatiques, de thrombophlébite ou d'embolie pulmonaire évolutive.

La pose du DIU s'effectue en première partie de cycle, idéalement en fin de règles. Le geste s'effectue à l'aide d'un spéculum. Après désinfection du col, une pince de Pozzi est posée sur la partie antérieure du col. Après avoir procédé à une hystérométrie, le dispositif est introduit dans le canal cervical. Le stérilet est ensuite déployé dans la cavité utérine. Pour finir, l'opérateur sectionne les fils à environ 2 centimètres de l'orifice externe du col. Il est conseillé de réaliser un contrôle échographique un mois après la pose du DIU.

Pour retirer le DIU, il suffit à l'aide d'un spéculum de saisir les fils avec une pince et de les tirer vers soi en douceur. L'opérateur peut demander à la patiente de tousser lorsqu'il réalise le geste.

La contraception d'urgence

La pilule de contraception d'urgence (PCU) est une méthode de rattrapage dans le cas d'un rapport sexuel non ou mal protégé. Sa principale action est de retarder l'ovulation. Son efficacité diminuant avec le temps, elle est à prendre le plus tôt possible. Il existe 2 types de PCU : NORLEVO® (Lévonorgestrel ; efficace jusqu'à 72 heures après le rapport à risque ; 7,41€) et ELLAONE® (Ulipristal acetate ; efficace jusqu'à 120 heures après le rapport à risque ; 18,88€).

La femme mineure peut se procurer la PCU de manière gratuite, anonyme et sans ordonnance à la pharmacie, auprès de l'infirmière scolaire ou du centre de planification et d'éducation familiale (CPEF). Elle est également délivrée par le service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS).

La surveillance biologique

Le bilan biologique est proposé lors de la prescription d'une COP et comporte un dosage du cholestérol total, des triglycérides et une glycémie à jeun. Il peut-être réalisé dans les 3 à 6 mois suivant la primo-prescription, chez une patiente sans antécédent personnel ni familial. Sinon, il doit être réalisé avant la primo-prescription, ainsi que dans les 3 à 6 mois. L'HAS recommande le renouvellement de ce bilan tous les 5 ans lorsque celui-ci est satisfaisant et en l'absence de nouveaux éléments cliniques [9].

1.2. De nouvelles compétences en orthogénie attribuées par la loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation du système de santé – Décret du 5 juin 2016

Jusqu'au 5 juin 2016, l'IVG était une pratique strictement réservée aux médecins. Afin d'élargir l'accès à l'IVG, les sages-femmes peuvent désormais réaliser l'IVG par voie médicamenteuse jusqu'à la fin de la 5^{ème} semaine de grossesse, soit 7 semaines d'aménorrhées (SA). Il est à noter que l'IVG médicamenteuse peut-être pratiquée jusqu'à 9 SA lorsqu'elle est réalisée en établissement de santé.

La sage-femme délivre les médicaments nécessaires à l'IVG (Mifépristone *per os* + prostaglandines 36 à 48 heures plus tard). La première prise de comprimés est obligatoirement effectuée devant la sage-femme.

Une information complète et éclairée est fournie (modalités de l'IVG, risques et effets indésirables, motifs de consultations). La patiente doit disposer d'un traitement antalgique et pouvoir se rendre dans l'établissement signataire de la convention dans un délai d'une heure. Un document-guide proposé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) est remis à la femme lors de sa première visite. Le décret prévoit également la possibilité pour la sage-femme de prescrire à la patiente demandeuse un arrêt de travail de 4 jours calendaires maximum, renouvelable 1 fois [10].

1.3. Sage-femme : une profession médicale à compétences définies

L'article L4151-1, modifié par la loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 définit le champ d'exercice de la sage-femme : « *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.* ». Il est donc du devoir de la sage-femme de connaître exactement son champ de compétences et ses limites. Cette notion de compétences « limitées » à la physiologie apparaît également dans l'article R.4127-313 : « *Dans l'exercice de sa profession, la sage-femme ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, effectuer des actes ou donner des soins, ni formuler des prescriptions dans les domaines qui débordent sa compétence professionnelle ou dépassent ses possibilités.* »

2. ETAT DES LIEUX DE L'ACCES AUX SOINS GYNECOLOGIQUES EN FRANCE

Actuellement en France, les professionnels de santé capables d'assurer le suivi gynécologique sont : les gynécologues, les médecins généralistes et les sages-femmes. Le nombre grandissant de déserts médicaux entraîne un accès aux soins de plus en plus difficile et inégal ; alors que la demande de soins quant à elle, augmente de manière globale.

2.1. Démographie des médecins généralistes

En 2016, le tableau de l'Ordre met en évidence une diminution des effectifs de 8,4% depuis 2007. Cette tendance à la baisse a une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2025 [11].

En 2003, l'enquête Epilule réalisée auprès de 2802 patientes, montre que 45% des primo-prescriptions de contraception orale sont réalisées par le médecin généraliste. En 2009, la consultation de gynécologie représente 3,9% des consultations en médecine générale [12]. En 2007, une étude publiée par l'Institut National du Cancer révèle que les « actes gynécologiques » pratiqués en médecine générale ne sont pas des actes « pratiques », tels que l'examen au speculum, le frottis cervico-vaginal, la pose et le retrait d'implant contraceptif ou de DIU, mais plutôt la prescription de contraception, d'examens, ou la délivrance d'informations concernant la prévention et le dépistage [13].

2.2. Démographie des gynécologues médicaux et obstétricaux

Au 1^{er} janvier 2016, la France compte 3 146 gynécologues médicaux et 4 724 gynécologues obstétricaux ; soit une densité de 11,2 gynécologues médicaux et 16,8 gynécologues obstétricaux pour 100 000 femmes de plus de 15 ans [11].

Selon la Direction de Recherche des Etudes et des Evaluations Statistiques, le déficit en gynécologie ne devrait pas s'améliorer avant 2025 [14].

2.3. Démographie des sages-femmes

Au 31 décembre 2014, l'Ordre National des Sages-femmes (ONSF) comptait 21700 sages-femmes en activité. 21% d'entre elles exercent en secteur libéral. Le nombre de sages-

femmes en activité augmente chaque année, et ce, dans tous les modes d'exercice. L'activité libérale augmente considérablement au cours des dernières années, connaissant une croissance de 11% par an au minimum entre 2009 et 2014 [15].

L'extension du champ de compétences des sages-femmes en matière de gynécologie et de contraception, ainsi que leur nombre en constante augmentation, notamment dans le secteur libéral, font d'elles un acteur clé dans la santé des femmes.

3. LA SAGE-FEMME : UN PREMIER RECOURS AUPRES DES FEMMES EN BONNE SANTE

3.1. Un champ de compétences en constante évolution

C'est à partir des années 2000 que les modifications du CSP relatives à la profession de sage-femme visent à élargir l'accès aux soins, l'accès à la contraception, et à la prévention, en leur permettant de participer aux consultations de planification familiale. Depuis 2004, la sage-femme est habilitée à prescrire une contraception hormonale à la sortie de la maternité ou lors de l'examen post-natal. Vient ensuite la loi HPST du 21 juillet 2009 qui étend réellement les compétences des sages-femmes en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception. Depuis 2011, les sages-femmes peuvent assurer le suivi biologique et la surveillance des contraceptifs. Enfin, en 2016, les compétences des sages-femmes sont étendues en matière d'IVG et de vaccination.

En 2012, Marisol Touraine, ministre chargée des Affaires sociales et de la Santé, affirme sa volonté de renforcer l'identité médicale de la sage-femme, d'étendre leurs compétences auprès des femmes en bonne santé, et de sensibiliser les femmes quant à leurs missions, dans le but ultime de favoriser l'accès aux soins des français.

Le 6 décembre 2016, le CNOSF présente son Livre blanc aux candidats des élections présidentielles et législatives de 2017. Intitulé « Innover pour la santé publique avec les sages-femmes », douze propositions y sont formulées, destinées à promouvoir le rôle des sages-femmes dans la santé des femmes et de leurs enfants. La deuxième proposition de ce livre blanc est la suivante : « *Faire de la sage-femme l'acteur médical de premier recours auprès des femmes en bonne santé* ». Face à la diminution à venir du nombre de gynécologue-obstétricien, le premier recours permet aux sages-femmes d'assurer le suivi médical des patientes en bonne santé, et de les orienter directement vers un professionnel de santé sans passer par le médecin traitant, tout en permettant une prise en charge à 100% par l'Assurance

maladie. Le but est de fluidifier le parcours de soins des femmes, en leur permettant une prise en charge rapide [16].

3.2. Une nouvelle place dans le parcours de soins : moyens mis en œuvre et difficultés rencontrées

3.2.1. La mise en place de consultations gynécologiques « sages-femmes » dans les centres hospitaliers publics français

Dans son mémoire publié en 2014, Anne-Sophie Riclot, sage-femme, montre que 29% des centres hospitaliers ont mis en place les consultations de gynécologie de prévention réalisées par les sages-femmes [17].

3.2.2. L'exercice des sages-femmes en matière de contraception et de suivi gynécologique

En 2010, le CNOSF publie une enquête qui a pour but d'étudier l'exercice des sages-femmes en matière de contraception et de suivi gynécologique et de recenser leurs besoins et attentes pour exercer ces compétences [18].

8,5% des sages-femmes interrogées pratiquent le suivi gynécologique de prévention. Les actes sont réalisés dans les proportions suivantes : 81,8% de frottis cervico-vaginal, 62,2% d'examens biologiques, et 9,5% de prescription de mammographie. Les FCV sont essentiellement pratiqués en consultations prénatales. Concernant la contraception, 67,8% des sages-femmes interrogées exercent dans ce domaine et 33,3% d'entre elles prescrivent une contraception dans le cadre d'une consultation. 20,55% des sages-femmes exercent une surveillance suite à la prescription, laquelle porte principalement sur la contraception orale. Les professionnels n'exerçant pas cette activité l'expliquent par : un manque de compétence en la matière, un manque de temps, un obstacle hiérarchique, une rémunération insuffisante.

Les sages-femmes réclament une formation de qualité dans ce domaine pour une maîtrise clinique et technique des gestes. Elles sont nombreuses à exprimer un intérêt grandissant pour ces compétences et prêtes à les pratiquer.

Partie 2

1. METHODOLOGIE

1.1. Problématique

Lors de ma première année passée en école de sages-femmes et tout au long de mes études, je me suis aperçue à quel point cette profession était mal connue et reconnue du grand public. Moi-même, alors que j'avais choisi de poursuivre dans cette voie, ai découvert certaines compétences du métier de sages-femmes en intégrant ce cursus, telle que la réalisation du suivi gynécologique de prévention.

En 2016, je réalise que peu de sages-femmes, libérales ou hospitalières, réalisent des consultations gynécologiques de prévention, et que, peu de femmes, ont conscience de l'existence de cette offre.

De cette réflexion est venue la problématique suivante : **en quoi l'ouverture du champ de compétences « Suivi gynécologique de prévention et contraception » est un bénéfice pour les femmes ?**

1.2. Objectifs et hypothèses de l'étude

1.2.1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est de promouvoir le suivi gynécologique de prévention auprès de toutes les femmes.

1.2.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de cette étude sont les suivants :

- Evaluer le suivi gynécologique des femmes selon leur âge, leur parité et leur catégorie socio-professionnelle (CSP)
- Evaluer la connaissance des femmes quant aux compétences des sages-femmes

1.2.3. Hypothèses

Les hypothèses, formulées au préalable, sont les suivantes :

- Beaucoup de femmes ne bénéficient pas d'un suivi gynécologique de prévention « optimal », *ie*, en accord avec les recommandations de l'HAS
- L'accès aux soins gynécologiques est ressenti comme de plus en plus restreint

- Peu de femmes sont informées de la possibilité d'être suivie par une sage-femme dans le cadre de leur suivi gynécologique de prévention
- Les moyens mis en place pour augmenter la fréquentation et l'accès aux consultations de suivi gynécologique de prévention assurées par les sages-femmes ne sont pas suffisants

1.3. Schéma d'étude et déroulement

1.3.1. Type d'étude

Afin d'évaluer le suivi gynécologique des femmes et leurs connaissances quant aux compétences des sages-femmes dans ce domaine, nous avons réalisé une étude épidémiologique, observationnelle, descriptive, et transversale.

1.3.2. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré en septembre 2016. Il comportait des questions simples, écrites avec un vocabulaire adapté afin que celles-ci soient accessibles au plus grand nombre de femmes. Lors de son écriture, il a été plusieurs fois testé par des étudiantes d'autres filières dans le but de vérifier la pertinence et l'enchaînement des différentes propositions.

Le questionnaire comprend 6 parties : le suivi gynécologique de prévention, la connaissance des compétences des sages-femmes, la reconnaissance du métier de sages-femmes, le mode de suivi, les renseignements généraux et les commentaires facultatifs. Peu de questions ouvertes ont été utilisées, dans le but d'afficher un temps de réponse estimé inférieur à 10 minutes et d'aspirer à un meilleur taux de participation. Selon les différentes affirmations, les personnes interrogées ont répondu à 3 ou 4 questions ouvertes. Le questionnaire est disponible en annexe I.

Avant sa publication via le logiciel Google Forms®, la directrice de mémoire et l'experte ont validé ce support d'enquête.

1.3.3. Déroulement de l'étude

Le questionnaire a été mis en ligne le 11 octobre 2016. Il a été massivement partagé par l'intermédiaire des réseaux sociaux. Nous avons pris le soin de le diffuser de manière à ce que la population interrogée soit la plus hétérogène possible afin de minimiser les biais (âge,

catégorie socio-professionnelle, lieu d'habitation). Devant le nombre très satisfaisant de réponses qui a toutefois cessé d'augmenter, l'étude a été arrêtée le 19 octobre 2016.

1.3.4. Population étudiée

La population cible de l'étude est constituée de toutes les femmes, en âge de procréer, en péri-ménopause ou ménopausées. La population source est constituée des femmes ayant un accès à internet et aux réseaux sociaux qui ont eu connaissance de ce questionnaire via les nombreux partages effectués. Les sages-femmes et étudiantes sages-femmes ont été exclues de la population interrogée.

1.3.5. Critères de jugement principal et secondaires

Le critère de jugement principal était la régularité du suivi gynécologique. Le critère de jugement secondaire était la connaissance des femmes interrogées à propos des compétences des sages-femmes.

1.3.6. Aspects logistiques

Budget

L'étude ayant été réalisée via le logiciel Google Forms® et partagée par le biais des réseaux sociaux, son coût de revenu fût nul.

Exploitation des données et tests statistiques

La réalisation, la diffusion du questionnaire et le traitement des données ont été effectués par un seul et même opérateur. Les données ont été exploitées à l'aide des logiciels Spreadsheet® et Excel®. Pour les analyses statistiques, le test de Khi-2 a été effectué avec un seuil $\alpha = 5\%$.

Aspects éthiques et réglementaires

Les participants ont répondu de manière anonyme et sur la base du volontariat.

2. PRESENTATION DES RESULTATS

Les résultats de l'étude ont été obtenus grâce à l'analyse de 1802 questionnaires exploitables.

2.1. Description de la population interrogée

Les figures correspondant aux différents éléments étudiés pour décrire la population interrogée sont en annexe II (figures 1 à 6).

2.1.1. Age

Chaque tranche d'âge prédéfinie est représentée dans la population interrogée. Les jeunes femmes de 21 à 25 ans représentent le quart de la population interrogée.

2.1.2. Caractéristiques géographiques

La population interrogée habite majoritairement dans la région Grand Est. Toutes les régions de France sont néanmoins représentées. 51,8% des femmes interrogées habitent en milieu urbain, contre 48,2% en milieu rural.

2.1.3. Caractéristiques socio-professionnelles

28% des femmes interrogées exercent un métier dans le domaine de la santé. Les femmes ayant répondu au questionnaire sont issues de toutes les CSP.

2.1.4. Situation familiale

La majorité des femmes interrogées est en couple. 29% sont célibataires.

2.2. Suivi gynécologique de la population interrogée

2.2.1. Régularité du suivi gynécologique

1802 femmes ont été interrogées sur la régularité de leur suivi gynécologique. 76% des femmes ont répondu avoir un suivi gynécologique régulier.

En fonction de l'âge

Tableau 1 : Régularité du suivi gynécologique selon l'âge inférieur ou supérieur à 26 ans chez 1802 femmes interrogées en 2016.

	Suivi gynécologique régulier Effectif (%)	Suivi gynécologique non régulier Effectif (%)	Total
Moins de 26 ans	401 (66)	203 (34)	604 (34)
Plus de 26 ans	975 (81)	223 (19)	1198 (66)
Total	1376 (76)	426 (24)	1802 (100)

L'âge de 26 ans a été choisi arbitrairement, d'après les tranches d'âges proposées par le questionnaire, ainsi que l'âge moyen auquel les femmes accouchent de leur premier enfant : 28,1 ans [19].

Tableau 2 : Régularité du suivi gynécologique selon l'âge inférieur ou supérieur à 51 ans chez 1802 femmes interrogées en 2016.

	Suivi gynécologique régulier Effectif (%)	Suivi gynécologique non régulier Effectif (%)	Total
Moins de 51 ans	1285 (76)	400 (24)	1685 (94)
Plus de 51 ans	91 (77)	26 (22)	117 (6)
Total	1376 (76)	426 (24)	1802 (100)

L'âge de 51 ans a été choisi d'après l'âge moyen de survenue de la ménopause.

En fonction du lieu d'habitation

Le pourcentage de femmes ayant un suivi gynécologique régulier est le même, selon le lieu d'habitation rural ou urbain (tableau 3, annexe II).

En fonction de la situation familiale

Tableau 4 : Régularité du suivi gynécologique selon la situation familiale chez 1802 femmes interrogées en 2016.

	Suivi gynécologique régulier Effectif (%)	Suivi gynécologique non régulier Effectif (%)	Total
Célibataire	343 (66)	180 (34)	523 (29)
En couple	1033 (81)	246 (19)	1279 (71)
Total	1376 (76)	426 (24)	1802 (100)

81% des femmes en couple ont répondu qu'elles avaient un suivi gynécologique régulier, contre 66% des femmes célibataires.

En fonction de la catégorie socio-professionnelle

Le tableau 5 (annexe II) présente la régularité du suivi gynécologique selon la catégorie socio-professionnelle.

En fonction de la parité

84% des femmes ayant déjà un ou plusieurs enfant(s) ont répondu qu'elles étaient suivies régulièrement sur le plan gynécologique, contre 68% des femmes n'ayant pas d'enfant.

Tableau 6 : Régularité du suivi gynécologique selon la parité chez 1802 femmes interrogées en 2016.

	Suivi gynécologique régulier Effectif (%)	Suivi gynécologique irrégulier Effectif (%)	Total
Aucun enfant	579 (68)	273 (32)	852 (47)
Un ou plusieurs enfants	797 (84)	153 (16)	950 (53)
Total	1376	426	1802 (100)

Causes de l'irrégularité du suivi gynécologique

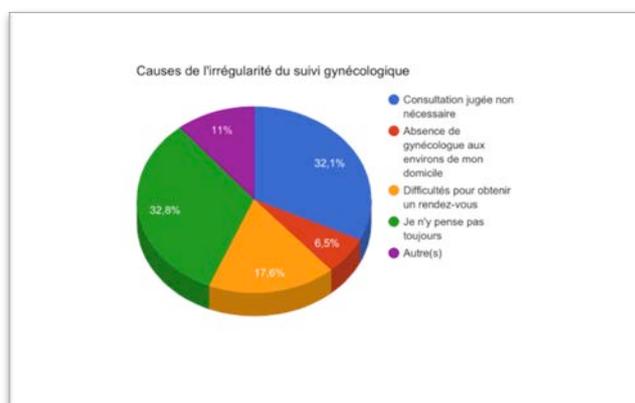


Figure 7 : Causes de l'irrégularité du suivi gynécologique chez 666 femmes interrogées en 2016.

666 femmes ont répondu à la question « Dans le cas où votre réponse est « moins d'une fois par an », comment l'expliquez-vous ? ». 33% des femmes ont répondu « Je n'y pense pas toujours », et 32% des femmes ont jugé la consultation non nécessaire. 17% des femmes interrogées ont répondu qu'elles n'avaient pas de suivi régulier car elles éprouvent des difficultés à obtenir un rendez-vous. Enfin, 6,5% des femmes ont expliqué l'irrégularité de leur suivi par l'absence de gynécologues aux environs de leur domicile.

2.2.2. Modalités du suivi gynécologique

Professionnel assurant le suivi gynécologique

Sur 1802 femmes interrogées, 51,8% ont répondu qu'elles étaient suivies par un gynécologue installé en cabinet, et 25,2% par un gynécologue consultant à l'hôpital. 7,2% des femmes interrogées étaient suivies par leur médecin généraliste sur le plan gynécologique. Enfin, 5,5% des femmes ont répondu qu'elles effectuaient leur suivi gynécologique chez une sage-femme libérale et 1,5% chez une sage-femme exerçant à l'hôpital.

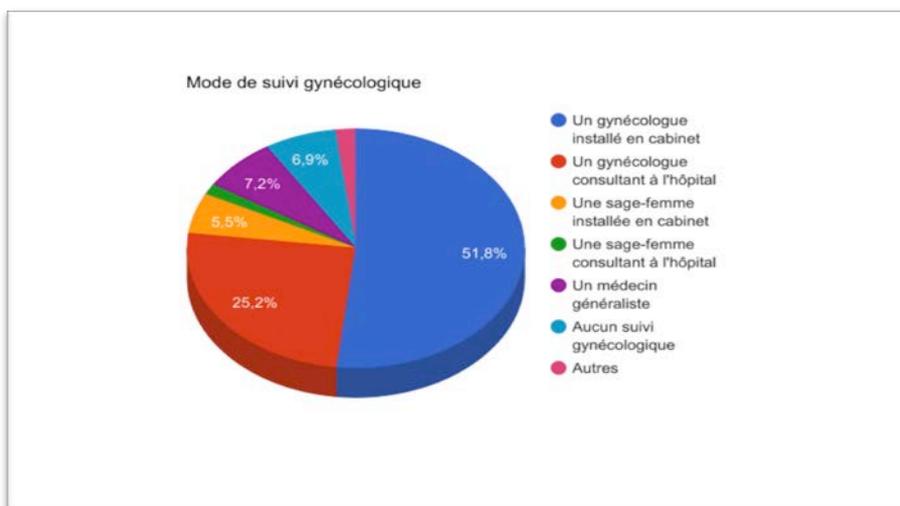


Figure 8 : Mode de suivi gynécologique des 1802 femmes interrogées en 2016.

Professionnel prescrivant la contraception

1720 femmes ont été interrogées sur le professionnel de santé leur prescrivant leur moyen de contraception. 54% des femmes se procuraient un moyen de contraception via leur gynécologue, et 35% via leur médecin généraliste. 9% des femmes interrogées se faisaient prescrire un moyen de contraception par une sage-femme.

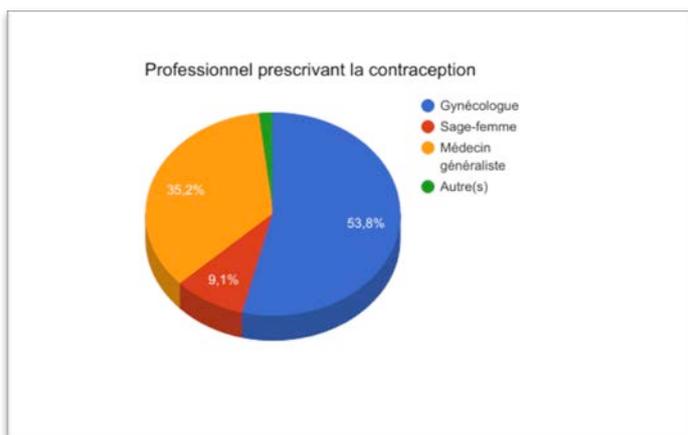


Figure 9 : Professionnel prescrivant la contraception chez 1720 femmes interrogées en 2016.

Nous avons ensuite étudié les réponses à cette même question par tranches d'âges. 33% des femmes de 16 à 25 ans se faisaient prescrire leur contraception par un gynécologue, 27% par un médecin généraliste. 24% d'entre-elles ont précisé que leur moyen de contraception était prescrit par un gynécologue et par un médecin généraliste. 4% ont obtenu leur moyen de contraception par le biais d'une sage-femme uniquement. Chez les femmes âgées de 26 à 50 ans, la part de prescription de contraception par le

gynécologue était plus importante, tandis que la part de prescription par le médecin généraliste était diminuée à 15%. 5% d'entre-elles ont obtenu une contraception par le biais d'une sage-femme uniquement.



Figure 10 : Professionnels prescrivant la contraception chez les 16-25 ans en 2016 (n=502)

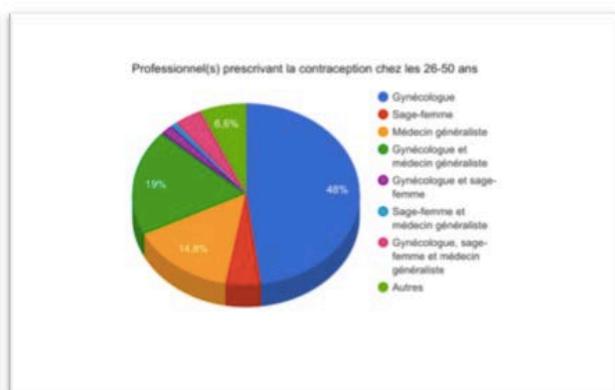


Figure 11 : Professionnels prescrivant la contraception chez les 26-50 ans en 2016 (n=757)

Satisfaction du suivi gynécologique

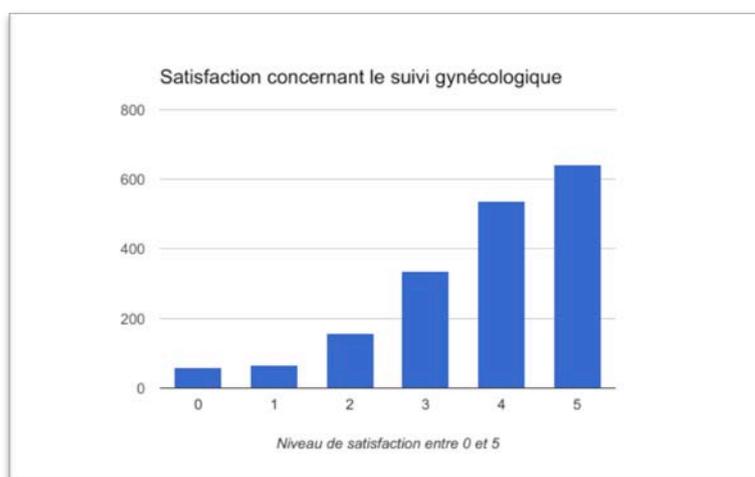


Figure 12 : Satisfaction concernant le suivi gynécologique des 1802 femmes interrogées en 2016.

Les 1802 femmes ont été interrogées à propos de leur satisfaction vis-à-vis de leur suivi gynécologique actuel. Elles devaient noter leur suivi entre « 0 : je ne suis pas du tout satisfaite », et « 5 : je suis entièrement satisfaite ». 36% des femmes ont répondu qu'elles étaient entièrement satisfaites de leur suivi gynécologique actuel. 30% des femmes interrogées ont noté la satisfaction de leur suivi à 4 sur 5. La note de 3 sur 5 a été attribuée par 19% des femmes. 3,4% des femmes interrogées ne sont pas du tout satisfaites par leur suivi gynécologique actuel.

Suivi gynécologique « idéal »

740 femmes ont répondu à la question ouverte « Selon vous, quel est le suivi gynécologique « idéal » ? ». Les notions d'expérience et de compétences sont apparues dans 346 des réponses. 239 femmes ont évoqué dans leur réponse le relationnel et la confiance envers le professionnel de santé. La disponibilité, l'absence de jugement, et l'attitude d'écoute sont également des notions prépondérantes. 112 femmes ont une préférence quant au sexe du professionnel de santé (Annexe II, figure 13).

Délai d'attente lors de la prise d'un rendez-vous

18% des femmes interrogées ont indiqué un délai d'attente allant de un à trois mois. 15% d'entre-elles obtiennent un rendez-vous après 3 mois (Annexe II, tableau 7).

2.3. Le suivi gynécologique « sage-femme »

2.3.1. Connaissances de la profession de sage-femme

1173 femmes ont répondu à la question « Avez vous déjà rencontré une sage-femme ? Si oui, dans quelles circonstances ? » (Annexe II, figure 14). Les réponses sont les suivantes :

- 700 femmes ont eu affaire à une sage-femme lors du travail et de l'accouchement, soit 60% d'entre-elles.
- 665 femmes ont eu affaire à une sage-femme lors d'un suivi de grossesse, soit 57% d'entre-elles.
- 594 femmes ont eu affaire à une sage-femme lors des suites de couches, soit 51% d'entre-elles.

Seuls 12% d'entre-elles ont rencontré une sage-femme à l'occasion de leur suivi gynécologique, et 6% dans le cadre d'une consultation au planning familial.

2.3.2. Connaissance des compétences des sages-femmes en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception

1802 femmes ont répondu à la question ouverte « Selon vous, quelles sont les compétences d'une sage-femme ? ». Les réponses les plus évoquées sont reportées dans le graphique ci-dessus. L'accouchement et le suivi de grossesse apparaissent respectivement

dans 900 et 738 réponses. 255 femmes ont évoqué le suivi Connaissance des compétences en matière de gynécologie de prévention et de contraception des sages-femmes

Sur les 1802 femmes interrogées, 78,4% ignoraient le fait que les sages-femmes puissent effectuer le suivi gynécologique de prévention des femmes en bonne santé et leur prescrire une contraception (Annexe II, figure 16).

17 compétences ont été proposées aux femmes interrogées, qui devaient répondre « Oui », « Non », ou « Je ne sais pas », à la question : « Une sage-femme peut-elle ? ». 11 de ces compétences sont affichées dans le tableau 8.

Tableau 8 : Connaissances des compétences des sages-femmes chez les 1802 femmes interrogées en 2016.

	Oui Effectif (%)	Non Effectif (%)	Je ne sais pas Effectif (%)
Dépister le cancer du sein (examen des seins, prescription des examens d'imagerie)	814 (45)	342 (19)	646 (36)
Dépister le cancer du col de l'utérus (FCV)	1119 (62)	253 (14)	430 (24)
Effectuer la vaccination contre le virus HPV	818 (45)	436 (24)	548 (30)
Prescrire une contraception aux adolescentes	945 (52)	410 (23)	447 (25)
Prescrire une contraception aux femmes en âge de procréer	1069 (59)	352 (20)	381 (21)
Prescrire une contraception à la sortie de la maternité	1182 (66)	292 (16)	328 (18)
Effectuer la pose, la surveillance et le retrait du DIU	711 (39)	558 (31)	533 (30)
Effectuer la pose, la surveillance et le retrait de l'implant contraceptif	589 (33)	607 (34)	606 (34)
Effectuer des consultations de prévention/contraception au sein des plannings familiaux	1217 (68)	175 (10)	410 (23)
Délivrer la pilule de contraception d'urgence	1136 (63)	254 (14)	412 (23)
Réaliser l'IVG médicamenteuse	565 (31)	639 (35)	598 (33)

En fonction de l'âge

Les pourcentages de réponses « Oui » et de réponses « Non » semblent bien répartis selon les différentes tranches d'âges.

Tableau 9 : Connaissances des compétences des sages-femmes en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception selon l'âge chez 1802 femmes interrogées en 2016.

	Oui Effectif (%)	Non Effectif (%)	Total
Moins de 25 ans	122 (20)	482 (80)	604 (33)
26 – 40 ans	177 (22)	645 (78)	822 (46)
41 ans et plus	90 (24)	286 (76)	376 (21)
Total	389 (22)	1413 (78)	1802 (100)

En fonction de la parité

18% des femmes n'ayant pas d'enfant connaissent les compétences des sages-femmes en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception, contre 25% des femmes ayant déjà un ou plusieurs enfant(s) (Annexe II, tableau 10).

En fonction de l'exercice professionnel

32% des femmes travaillant dans le domaine de la santé connaissent les compétences des sages-femmes en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception, contre 17% des femmes ne travaillant pas dans le domaine de la santé (Annexe II, tableau 11).

2.3.3. Avis de la population interrogée sur le suivi « sage-femme »

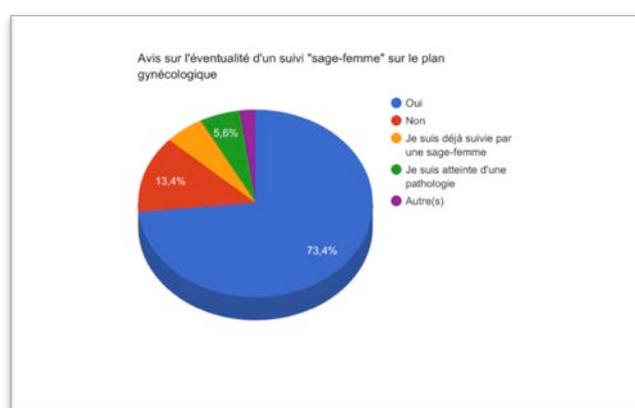


Figure 17 : Avis sur l'éventualité d'un suivi "sage-femme" sur le plan gynécologique chez 1802 femmes interrogées en 2016.

73,4% des 1802 femmes interrogées seraient prêtes à consulter une sage-femme pour leur suivi gynécologique de prévention. Suite à cette réponse positive, elles ont essentiellement répondu à la question ouverte « *Si oui, pour quelles raisons ?* » les réponses suivantes : les sages-femmes ont une formation adaptée pour effectuer ce suivi, les sages-femmes semblent plus accessibles et disponibles, le délai d'obtention de rendez-vous est plus rapide, dans le soucis de la relation soignant-soigné.

13,4% d'entre elles ne sont pas prêtes à être suivies par une sage-femme sur le plan gynécologique. Les réponses à la question « *Si non, pour quelles raisons ?* » sont majoritairement les suivantes : le suivi actuel est satisfaisant, plus de confiance en un médecin, manque d'information sur les modalités de suivi par une sage-femme.

2.3.4. Informations reçues concernant les compétences des sages-femmes en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception

A la question « *Comment avez-vous pu mieux connaître le métier de sage-femme ?* », 40% des femmes ont répondu qu'elles n'avaient pas d'information à ce sujet. L'item « Au cours de discussions avec ami(e)s/famille » a regroupé quant à lui 39% des réponses. Les campagnes de prévention concernant la lutte contre le cancer du sein et la lutte contre le cancer de l'utérus ne représentaient pas une source d'informations importante.

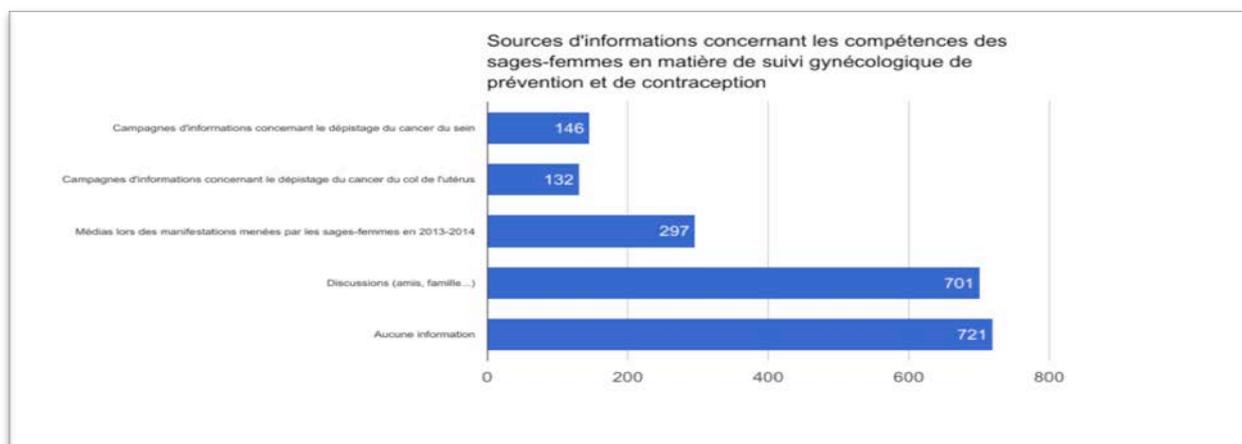


Figure 18 : Informations reçues quant au métier de sage-femme chez les 1802 femmes interrogées en 2016.

224 femmes ont répondu à la question ouverte « *Si oui, comment l'avez vous appris ?* ». 112 d'entre-elles ont répondu avoir pris connaissance des compétences des sages-femmes en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception par le biais d'une sage-femme elle-même. 4 d'entre-elles ont eu des informations via leur médecin. 17 femmes évoquent internet et les réseaux sociaux, et 13 évoquent la presse.

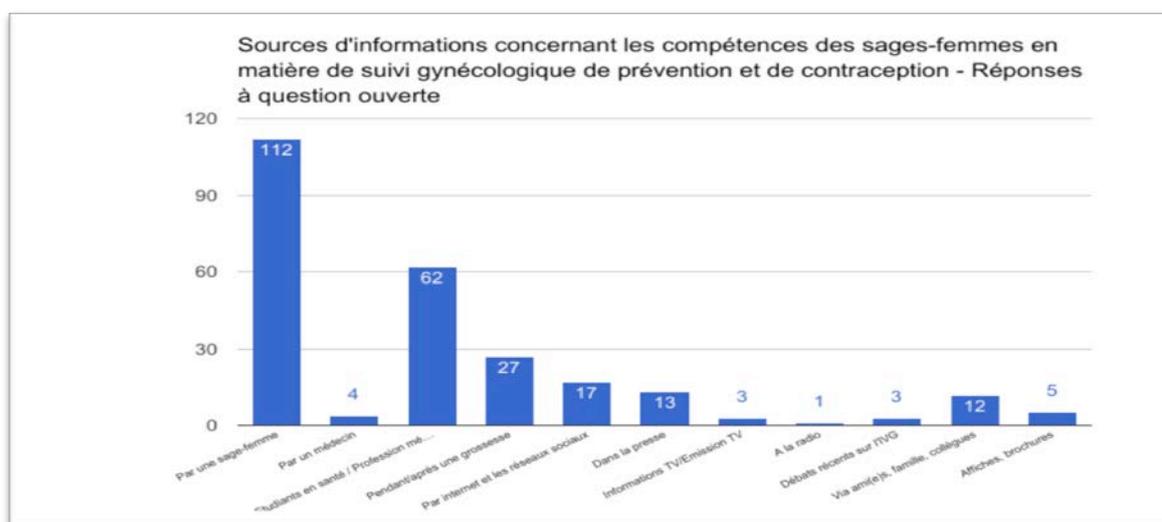


Figure 19 : Sources d'informations concernant les compétences des sages-femmes en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception chez 224 femmes interrogées en 2016

Partie 3

Dans la première partie de ce mémoire, nous avons décrit le déroulement de la consultation gynécologique de prévention et défini les compétences des sages-femmes dans ce domaine. Nous avons montré l'importance d'un suivi régulier dans le cadre de la prévention et du dépistage des pathologies.

En partie deux, nous avons exposé les objectifs de l'étude ainsi que les hypothèses formulées avant d'exposer les résultats obtenus.

Cette troisième partie a pour but l'analyse des résultats, ainsi que la confirmation ou l'infirmité des hypothèses formulées précédemment.

1. EVALUATION DU SUIVI GYNECOLOGIQUE

1.1. Des disparités constatées quant à la régularité du suivi gynécologique des femmes

La population interrogée dans le cadre de cette étude estime à 76% avoir un suivi gynécologique régulier.

1.1.1. Les facteurs déterminant la régularité du suivi gynécologique

Les résultats de l'étude montrent des disparités quant à la régularité du suivi gynécologique de prévention. Afin d'évaluer plus précisément les différences constatées, plusieurs facteurs ont été évalués.

Tout d'abord, l'âge semble être un facteur déterminant la régularité du suivi. En effet, celui-ci est plus régulier chez les femmes de plus de 26 ans que chez les femmes de moins de 26 ans. En effet, seules 66% des moins de 26 ans estiment avoir un suivi gynécologique régulier. Nous pouvons penser que cela soit lié à l'arrivée d'un premier enfant. Cependant, les femmes en pré-ménopause ou ménopausées ont un suivi aussi régulier que le reste de la population.

La régularité du suivi gynécologique est également déterminée par la situation familiale et la parité. En effet, elle est plus importante chez les femmes en couple, ainsi que chez les femmes ayant un ou plusieurs enfant(s).

Enfin, il apparaît que la régularité du suivi dépend de la catégorie socio-professionnelle. Les cadres et professions intermédiaires ont un suivi plus régulier que les étudiantes, les femmes au chômage ou mères au foyer.

1.1.2. Les facteurs indépendants de la régularité du suivi gynécologique

L'habitation en milieu rural ou urbain n'est pas un facteur déterminant la régularité du suivi gynécologique.

1.1.3. Les causes de l'irrégularité du suivi gynécologique

Les trois raisons évoquées par les femmes quant à l'éventuelle irrégularité de leur suivi gynécologique sont par ordre d'importance : le fait de ne pas penser à prendre rendez-vous, le fait de juger la consultation non nécessaire, ainsi que le fait d'avoir des difficultés pour obtenir un rendez-vous.

La consultation gynécologique de prévention ayant pour principaux objectifs de dépister les cancers féminins tels que le cancer du col de l'utérus ou le cancer du sein, les deux premières raisons évoquées par les femmes laissent à penser qu'elles ne sont pas suffisamment informées et sensibilisées à ce sujet.

La première hypothèse « Beaucoup de femmes ne bénéficient pas d'un suivi gynécologique de prévention « optimal », ie, en accord avec les recommandations de l'HAS » est partiellement validée. En effet, le fait que 76% des femmes interrogées estiment avoir un suivi gynécologique régulier est satisfaisant. Cependant, nous avons pu montrer des disparités au sein de cette population. Les jeunes femmes de moins de 26 ans sont moins suivies que le reste de la population. La régularité du suivi dépend également de la situation familiale, de la parité et de la catégorie socio-professionnelle.

1.2. Un suivi gynécologique pluri professionnel et satisfaisant

Trois femmes sur quatre effectuent leur suivi gynécologique chez un gynécologue, exerçant en libéral ou à l'hôpital. Le médecin généraliste et la sage-femme restent des acteurs peu sollicités dans ce domaine.

Les femmes précisant utiliser un moyen de contraception ont été interrogées sur le professionnel réalisant sa prescription. Plus d'une femme sur deux obtient son moyen de contraception par l'intermédiaire de son gynécologue. Le médecin généraliste représente

cependant une part importante des prescripteurs. Moins d'une femme sur dix sollicite une sage-femme afin d'obtenir sa contraception.

Les résultats de l'étude montrent également que le professionnel prescrivant la contraception diffère selon l'âge de la patiente. En effet, le médecin généraliste est plus sollicité chez les 16-25 ans, pour la primo-prescription comme pour le renouvellement. Cette différence est probablement expliquée par le fait que la pilule soit proposée en première intention et très utilisée chez les plus jeunes ; les femmes s'orientant plus vers un gynécologue pour la prescription et la pose d'un implant sous-cutané ou d'un DIU. L'âge de la patiente n'est pas un facteur déterminant quant à la prescription de la contraception par une sage-femme.

Ainsi, les femmes ont recours à plusieurs professionnels de santé au long de leur vie affective et sexuelle, notamment le gynécologue et le médecin généraliste.

Les 1802 femmes interrogées ont évalué leur suivi gynécologique en lui attribuant une note, allant de 0 à 5. Les résultats de l'enquête montrent que les femmes sont globalement satisfaites de celui-ci.

Les réponses à la question « *Selon vous, quel serait le suivi gynécologique « idéal » ?* » montrent que les femmes accordent en premier lieu de l'importance aux compétences et à l'expérience du professionnel. Le relationnel apparaît en deuxième lieu. Les notions de conseils, d'écoute, d'explications et l'absence de jugement sont également relevées en grand nombre. Le sexe du professionnel de santé effectuant le suivi gynécologique est semblé être un facteur déterminant, car il est notifié dans 15% des réponses.

Quant au délai d'attente lors de la prise d'un rendez-vous, les réponses obtenues sont hétérogènes. Nous pouvons cependant relever que 15% des femmes obtiennent un rendez-vous dans un délai de plus de trois mois. Les femmes habitant en milieu rural semblent présenter plus de difficultés quant à l'obtention d'un rendez-vous rapidement.

La deuxième hypothèse formulée « L'accès aux soins gynécologiques est ressenti comme de plus en plus restreint » n'est pas validée. Lorsque nous évoquons les causes de l'irrégularité du suivi gynécologique, le fait d'avoir des difficultés pour obtenir un rendez-vous n'apparaît qu'en troisième position dans les réponses obtenues. Cependant, nous pouvons tout de même souligner qu'une importante proportion des femmes interrogées obtient leur rendez-vous dans un délai supérieur à trois mois. L'obtention du rendez-vous semble plus difficile pour les femmes habitant en milieu rural.

2. LA SAGE-FEMME : UN ACTEUR DE SANTE PUBLIQUE ENCORE MECONNU DU GRAND PUBLIC

65% des femmes interrogées ont déjà rencontré une sage-femme au cours de leur vie. La plupart l'ayant rencontré lors d'un séjour à la maternité (suivi de grossesse, suivi du travail et de l'accouchement, suites de couches). Seulement 12% des femmes interrogées ont rencontré une sage-femme dans le cadre d'un suivi gynécologique de prévention, et 6% dans le cadre d'une consultation au planning familial. Ces chiffres révèlent que la sage-femme est essentiellement connue pour son rôle obstétrical.

Cette affirmation est confirmée par les réponses à la question « Selon vous, quelles sont les compétences d'une sage-femme ? ». En effet, le versant obstétrical des compétences sages-femmes apparaît dans la quasi totalité des réponses, alors que le versant gynécologique des compétences sages-femmes y apparaît très peu.

2.1. Un élargissement des compétences en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception peu connu des femmes

Les résultats obtenus à la question « *Selon vous, une sage-femme peut-elle :* » affichés dans le tableau 8, révèlent que les femmes interrogées ne sont pas suffisamment informées quant aux compétences des sages-femmes.

En effet, seules 45% d'entre-elles estiment que les sages-femmes ont un rôle dans le dépistage du cancer du sein, et 62% dans le dépistage du cancer du col de l'utérus. La sage-femme est compétente pour réaliser la vaccination contre le virus HPV pour 45% des femmes.

Concernant la contraception, 59% des femmes estiment que les sages-femmes peuvent la prescrire à toutes les femmes, et 52% pensent que les sages-femmes peuvent la prescrire aux adolescentes. La délivrance de la pilule de contraception d'urgence peut-être réalisée par les sages-femmes pour 63% de la population. Ses chiffres sont d'autant plus révélateurs lorsqu'il s'agit de la prescription et pose d'une DIU ou d'un implant contraceptif. En effet, seules 39% des femmes estiment que la sage-femme est autorisée à effectuer la pose, la surveillance et le retrait du DIU et 33% seulement estiment que la sage-femme peut pratiquer la pose, la surveillance et le retrait de l'implant contraceptif.

Enfin, seules 31% des femmes interrogées sont informées des nouvelles compétences des sages-femmes en matière d'orthogénie dans la réalisation de l'IVG médicamenteuse.

Suite à cette question, les femmes interrogées ont eu accès à un résumé des compétences des sages-femmes en matière de gynécologie de prévention et de contraception et ont du répondre à la question « Le saviez-vous ? ». 78,4% des femmes ignoraient le fait que les sages-femmes puissent effectuer le suivi gynécologique de prévention des femmes en bonne santé et leur prescrire une contraception.

Nous avons analysé ces réponses en fonction de trois critères : l'âge, la parité, et l'exercice professionnel. Il en est ressorti que l'âge des femmes n'est pas en lien avec leur connaissance des compétences des sages-femmes. Cependant, la parité et l'exercice professionnel ont un impact. En effet, les femmes ayant déjà un ou plusieurs enfant(s) et les femmes travaillant dans le domaine de la santé semblent plus informées.

L'hypothèse « Peu de femmes sont informées de la possibilité d'être suivie par une sage-femme dans le cadre de leur suivi gynécologique de prévention » est validée.

2.2. Une population féminine favorable à cet élargissement des compétences

Une fois informée des compétences des sages-femmes en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception par le biais du questionnaire, 73,4% des femmes ont répondu qu'elles seraient prêtes à être suivies par une sage-femme. Les femmes interrogées mettent en avant l'accessibilité et la disponibilité des sages-femmes ainsi que leurs compétences relationnelles. Elles estiment également que les sages-femmes ont une formation adaptée à la réalisation de ce suivi.

Les femmes ayant répondu qu'elles n'étaient pas favorables au suivi « sage-femme » précisent majoritairement qu'elles ont plus confiance en les compétences d'un médecin, et qu'elles manquent d'information sur les modalités de suivi par une sage-femme.

3. LES MOYENS MIS EN PLACE POUR FAVORISER L'ACCES AUX SOINS GYNECOLOGIQUES

3.1. L'information auprès des femmes

3.1.1. La sage-femme au sein des campagnes de prévention

Au début du mois de janvier 2017, en amont de la semaine européenne de prévention et de dépistage du cancer du col de l'utérus, l'Institut national du cancer et le ministère des Affaires sociales et de la santé lancent une campagne d'information ayant pour support des affiches, des affichettes, ainsi que des dépliants. Il y est mentionné « *Parlez-en à votre médecin, ou à une sage-femme* ». Un spot radio est également largement diffusé et se termine par la phrase suivante : « *à faire chez un médecin, ou une sage-femme* » [20].

3.1.2. La campagne de communication « sages-femmes » de 2016

Dans sa conférence de presse du mercredi 6 juin 2016, Marisol Touraine, ministre chargée des Affaires sociales et de la Santé, lance la campagne de communication « sages-femmes » [21].

Son but est de faire connaître l'ampleur et la diversité des missions des sages-femmes, et plus précisément leurs rôles dans la politique de prévention et d'éducation thérapeutique, leurs compétences en matière de suivi gynécologique, ainsi que la diversité de leurs lieux d'exercice.

La campagne « sages-femmes » lancée en juin 2016 cible prioritairement les femmes jeunes, notamment par sa diffusion sur les réseaux sociaux et à travers la création du hashtag #SagesFemmes. Cette campagne, en partenariat avec les sites Madmoizelle et AuFéminin, propose des dossiers disponibles sur le site internet du ministère comprenant des infographies, des interviews de sages-femmes ainsi que des témoignages de patientes. En dehors d'internet et des réseaux sociaux, elle est aussi à l'origine de la diffusion d'affiches et dépliants.

3.2. Une communication demeurant cependant insuffisante

Les réponses obtenues aux questions concernant les informations reçues quant aux compétences de sages-femmes révèlent que les campagnes de prévention concernant le dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus représentent une faible source

d'informations. En comparaison, les femmes sont plus nombreuses à avoir répondu qu'elles ont pris connaissance des compétences des sages-femmes dans les médias lors de la grève et de manifestations de 2013-2014. La plus grande source d'informations est le bouche-à-oreille, lors des discussions entre ami(e)s ou en famille.

Les femmes ayant déjà connaissance des compétences des sages-femmes disent pour la moitié d'entre-elles l'avoir appris par une sage-femme elle-même. Enfin, internet et les réseaux sociaux semblent avoir un impact plus important que les campagnes sous forme d'affiches et brochures.

Prenons pour exemple la campagne « Octobre rose », dans laquelle le rôle de la sage-femme dans le dépistage des cancers du sein et dans la santé génésique des femmes n'apparaît pas.

L'hypothèse « Les moyens mis en place pour augmenter la fréquentation et l'accès aux consultations de suivi gynécologique de prévention assurées par les sages-femmes ne sont pas suffisants » est validée.

4. DISCUSSION : REPENSER LA PREVENTION

Nous avons montré dans la première partie de ce mémoire que l'élargissement du champ de compétences des sages-femmes au suivi gynécologique de prévention et à la prescription de la contraception représente un véritable enjeu en terme de santé publique. En effet, le principal objectif du suivi gynécologique de prévention est le dépistage des cancers féminins tels que le cancer du sein ou le cancer du col de l'utérus. Dépistage qui, réalisé précocement, augmente considérablement les chances de guérison. L'élargissement de l'accès à la contraception représente un enjeu en aspirant à diminuer le nombre d'IVG.

A l'heure actuelle, toutes les femmes ne bénéficient pas d'un suivi gynécologique en accord avec les recommandations de l'HAS.

L'enquête réalisée dans l'élaboration de ce mémoire montre que les femmes ne disposent pas d'une information optimale concernant les modalités de suivi et les professionnels capables de l'assurer. Or, la communication est un élément essentiel en santé publique.

4.1. Encourager la prévention chez les jeunes femmes

Les jeunes femmes de moins de 26 ans ont un suivi gynécologique moins régulier que le reste de la population féminine. Bien que les recommandations préconisent le premier FCV à l'âge de 25 ans, le dépistage et la prévention n'en restent pas moins essentiels, notamment par rapport aux IST.

Chez la jeune femme, l'examen gynécologique est réalisée si nécessaire, et non pas de manière systématique. Il n'est en aucun cas obligatoire lors d'une consultation de contraception.

En 2012, l'INPES a réalisé la brochure d'informations « La première consultation gynécologique » qui s'adresse aux jeunes de 14 à 20 ans. Ce document a pour but de préparer les jeunes femmes à la consultation gynécologique et de les aider à établir une relation de confiance avec le professionnel pour favoriser la future régularité de leur suivi. Il y est indiqué les professionnels pouvant réaliser cette consultation : médecin généraliste, gynécologue et sage-femme [22].

Internet, via les réseaux sociaux, semble être le moyen de communication à privilégier. Il est également intéressant de profiter des séances d'éducation à la vie sexuelle et affective, des consultations en CPEF et au SUMPPS pour les informer quant aux professionnels de santé pouvant pratiquer les examens de dépistage et la prescription d'un moyen de contraception.

A l'école de sages-femmes de Metz, les étudiant(e)s ont l'opportunité de pouvoir réaliser des séances d'éducation à la vie sexuelle et affective dans les collèges et lycées. Ces séances d'informations et de prévention doivent être considérées comme une véritable rencontre. Il ne faut pas chercher à assigner à ces jeunes un maximum de connaissances, mais plutôt chercher à établir un dialogue en leur laissant la capacité de s'exprimer. Le but est de leur laisser les clés nécessaires pour devenir acteurs de leur santé, en leur communiquant les professionnels compétents dans le dépistage et la prévention ainsi que les lieux « ressources », tels que le planning familial ou les centres de planification et d'éducation familiale.

4.2. Sensibiliser les femmes à chaque moment de leur vie

Le suivi de grossesse, la sortie de la maternité et la consultation post-natale sont aussi des moments propices à l'information et à la communication. Cette information doit

également être délivrée par les autres professionnels de santé, dans le souci de la santé génésique des femmes.

Afin que les femmes puissent bénéficier pleinement de cette ouverture du champ de compétences, il faudrait promouvoir le développement des structures d'exercices en milieu hospitalier et ouvrir d'avantage de plages de consultations « suivi gynécologique de prévention » aux sages-femmes.

Le médecin généraliste étant un acteur de soins et de prévention de première ligne, il semble également judicieux de proposer des affichages à exposer dans leurs salles d'attente.

Enfin, il est important de souligner qu'une « bonne » prévention tient compte d'un relationnel. Pour que le message à faire passer soit entendu et compris, il faut laisser la capacité d'accueillir l'information. La prévention, ce n'est pas convaincre, mais accompagner le sujet à devenir acteur de sa santé. Dans l'idée, beaucoup de femmes soumettent l'attente d'être accueillie comme une personne, et non pas comme un corps, comme « un utérus ».

Pour être efficaces, les professionnels au contact des femmes doivent travailler ensemble.

4.3. Exploiter à bon escient l'extension des compétences des sages-femmes en matière d'orthogénie

En 2015, 218 100 IVG ont été réalisées en France. Même si les jeunes de 20 à 24 ans restent les plus concernées, l'âge moyen des femmes pratiquant une IVG est de 27,5 ans. 33% des femmes ont recours à l'IVG au moins une fois dans leur vie. L'IVG médicamenteuse est la méthode la plus fréquemment utilisée (55% en 2011) [23].

Jusqu'en 2016, seuls les médecins pouvaient pratiquer cet acte. Nous avons vu en partie 1 que les sages-femmes pouvaient désormais pratiquer l'IVG médicamenteuse. Cette extension du champ de compétences a pour but d'élargir l'accès à l'IVG. Il semble intéressant d'envisager également ces consultations comme l'occasion de faire le point sur le suivi gynécologique, et de réaliser, si nécessaire un dépistage des IST ou encore un FCV. C'est également le moment opportun pour réaliser une consultation de contraception. En effet, les femmes qui ont recours à l'IVG estiment fréquemment ne pas avoir trouvé le moyen de contraception qui leur convient. Pour être efficace, la contraception doit être pleinement choisie, après des informations claires.

CONCLUSION

En 2009, la loi HPST élargissait l'accès au suivi gynécologique de prévention et à la contraception en permettant aux sages-femmes de réaliser ces consultations chez les femmes en bonne santé. En 2016, la loi de modernisation de notre système de santé élargissait quant à elle l'accès à l'IVG en leur attribuant la compétence de pratiquer l'IVG médicamenteuse.

Dans un contexte démographique difficile en matière de gynécologie médicale, tout l'enjeu de l'attribution de ces nouvelles compétences était d'accroître la prévention et le dépistage dans le but d'améliorer la santé des femmes.

La problématique de ce travail était donc la suivante : en quoi l'ouverture du champ de compétences « Suivi gynécologique de prévention et contraception » est un bénéfice pour les femmes ?

Grâce à notre enquête, nous avons pu évaluer le suivi gynécologique des femmes et ainsi montrer que des disparités demeuraient, notamment quant à la régularité de ce suivi. Les jeunes femmes de moins de 26 ans ont un suivi moins régulier que la population générale. Globalement, les femmes sont satisfaites de leur suivi gynécologique. En les interrogeant sur les compétences des sages-femmes en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception, nous avons pu remarquer qu'une importante proportion d'entre-elles ignoraient la possibilité d'avoir recours à ces professionnels. Néanmoins, la majorité des femmes interrogées ont dit être favorables à ce suivi « sage-femme », en soulignant essentiellement leurs capacités d'écoute et leur disponibilité.

Les résultats de notre enquête ont également révélé certaines lacunes quant à l'information de la population féminine, et ce, malgré la multiplication des campagnes de prévention autour du dépistage des cancers féminins.

Enfin, les récentes compétences des sages-femmes en matière d'orthogénie ne sont connues que par 31% de la population féminine.

Afin que l'extension du champ de compétences des sages-femmes soit un réel bénéfice pour la santé des femmes, il semblerait essentiel de repenser l'information.

Pour sensibiliser les plus jeunes, chez qui le suivi gynécologique est le moins régulier, nous pourrions proposer de poursuivre les campagnes de prévention déjà présentes sur les réseaux sociaux. Les séances d'éducation à la sexualité et à la vie affective représenteraient également l'opportunité de fournir aux jeunes les clés nécessaires à devenir acteurs de leur santé.

Les femmes devraient être sensibilisées au suivi gynécologique de prévention tout au long de leur vie : lors de la grossesse et du post-partum, lors des consultations chez leur médecin traitant...

Enfin, il faudrait mettre à profit les nouvelles compétences des sages-femmes en matière d'IVG médicamenteuse en considérant les consultations pré et post-IVG comme une opportunité supplémentaire de réaliser la prévention ainsi qu'une consultation de contraception plus poussée.

BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé. Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. [En ligne]. Saint Denis (France) : Haute Autorité de Santé ; juillet 2010 [Consulté le 10 octobre 2016]. Accessible à : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/fiche_de_synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
2. OpinionWay pour la MGEN. Les femmes et l'accès à la santé. [En ligne]. Octobre 2011 [Consulté le 26 avril 2017]. Accessible à : http://opinionlab.opinion-way.com/dokumenty/opinionway_mgen_lmde_acces_sante_femmes_2011.pdf
3. Université Médicale Virtuelle Francophone : L'examen clinique en gynécologie. [En ligne]. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF ; 2011-2012 [Consulté le 10 octobre 2016]. Accessible à : http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-gynecologie/examen_gynecologique/site/html/cours.pdf
4. Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage. [En ligne] Saint-Denis (France) : Haute Autorité de Santé ; avril 2011 [Consulté le 10 octobre 2016]. Accessible à : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage.
5. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. : « Plan Cancer 2014-2019 ». [En ligne] 150p. Paris (France) : Ministère des Affaires sociales et de la Santé ; février 2014 [Consulté le 11 octobre 2016] Accessible à : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014-02-03_Plan_cancer.pdf.
6. Haute Autorité de Santé. Rappel d'information sur la vaccination contre les papillomavirus humains par le Gardasil. [En ligne] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1710328/fr/rappel-d-information-sur-la-vaccination-contre-les-papillomavirus-humains-par-le-gardasil. Consulté le 3 octobre 2016.
7. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Repères pour votre pratique : comment aider une femme à choisir sa contraception ? [En ligne] Paris (France) ; INPES ;

septembre 2012 [Consulté le 13 octobre 2016]. Accessible à : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf>

8. Haute Autorité de Santé. 2016. « Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles ». [En ligne] 54p. Saint-Denis (France) : Haute Autorité de Santé ; mise à jour septembre 2016 [Consulté le 3 janvier 2017] Accessible à : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf

9. Haute Autorité de Santé. Contraception chez l'homme et chez la femme. Rapport d'élaboration [En ligne]. Saint-Denis (France) : Haute Autorité de Santé ; avril 2013 [Consulté le 13 octobre 2016]. Accessible à : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf

10. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Toute l'information sur l'interruption volontaire de grossesse. [En ligne] <http://ivg.social-sante.gouv.fr/ivg-medicamenteuse.html>. Consulté le 10 janvier 2016.

11. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1^{er} janvier 2016. [En ligne] Paris (France) : CNOM ; janvier 2016 [Consulté le 22 décembre 2016]. Accessible à : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf

12. Meniere R. De la connaissance du bon usage de la contraception : apport de l'étude nationale epilule 2003 auprès de 2802 patientes en médecine générale. Thèse de médecine. Université de Lorraine ; 2004, 94p.

13. Institut National du Cancer. Etat des lieux du dépistage du cancer du col utérin en France. 2007.

14. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Surveillance de la grossesse en 2010 : des inégalités socio-démographiques. [En ligne]. Paris (France) ; juillet 2013 [Consulté le 12 février 2017]. Accessible à : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er848.pdf>

15. Conseil National de l'Ordre des sages-femmes. Dossiers thématiques : la démographie de la profession. [En ligne] <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/la-demographie-de-la-profession/>. Consulté le 3 janvier 2017.
16. Conseil National de l'Ordre des sages-femmes. Le livre blanc des sages-femmes : innover pour la santé publique avec les sages-femmes. [En ligne] Paris (France) : Conseil National de l'Ordre des sages-femmes ; décembre 2016 [Consulté le 24 janvier 2017]. Accessible à : <http://fr.zone-secure.net/5372/260828/#page=1>
17. Riclot A. Etat des lieux de la mise en place du suivi gynécologique par les sages-femmes dans les centres hospitaliers publics de France métropolitaine [mémoire]. Ecole de sages-femmes de Reims, Université de Reims Champagne-Ardenne. 2014. 68p.
18. Dupond C. Loi HPST : contraception et suivi gynécologique de prévention : enquête réalisée par le CIR2 : résultats complémentaires et perspectives. Contact Sage-femme. 2011;(26):4-8
19. Davie E. Un premier enfant à 28 ans. INSEE première. 2012 ;(1419) ;1.
20. Réseau régional de cancérologie du Nord-Pas-De-Calais. Campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus de l'INCa [En ligne]. <http://www.onco-npdc.fr/actualites/campagne-depistage-cancer-col-uterus-inca.html>. Consulté le 16 février 2017.
21. Intervention de Marisol Touraine Ministre des Affaires sociales et de la Santé Conférence de presse - CCSS Vendredi 23 septembre 2016 [En ligne]. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/16_09_23_intervention_mt_-_conf_de_presse_ccss.pdf. Consulté le 14 janvier 2017.
22. Association SPARADRAP - Association Adosen prévention santé MGEN – INPES. La première consultation gynécologique. [En ligne] INPES ; mai 2012 [Consulté le 14 avril 2017]. Accessible à : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1400.pdf>
23. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. DREES, Études et Résultats ; juin 2016 (968).

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE.....	4
INTRODUCTION.....	6
PARTIE 1.....	8
1. LES COMPETENCES DES SAGES-FEMMES EN MATIERE DE SUIVI GYNECOLOGIQUE DE PREVENTION ET DE CONTRACEPTION.....	9
1.1. LES COMPETENCES ATTRIBUEES PAR LA LOI HOPITAL PATIENT SANTE TERRITOIRE DU 21 JUILLET 2009	9
1.1.1. <i>La consultation gynécologique de prévention.....</i>	<i>9</i>
Entretien.....	9
Motif de consultation.....	9
Examen clinique général.....	10
Examen des seins.....	10
Examen pelvien.....	11
Toucher vaginal.....	11
Frottis cervico-vaginal.....	11
Vaccination anti-papillomavirus.....	11
1.1.2. <i>La consultation de contraception.....</i>	<i>12</i>
Choix de la contraception.....	12
Les différents moyens de contraception.....	13
La surveillance biologique.....	15
1.2. DE NOUVELLES COMPETENCES EN ORTHOGENIE ATTRIBUEES PAR LA LOI DU 26 JANVIER 2016 RELATIVE A LA MODERNISATION DU SYSTEME DE SANTE – DECRET DU 5 JUIN 2016.....	16
1.3. SAGE-FEMME : UNE PROFESSION MEDICALE A COMPETENCES DEFINIES.....	16
2. ETAT DES LIEUX DE L'ACCES AUX SOINS GYNECOLOGIQUES EN FRANCE.....	17
2.1. DEMOGRAPHIE DES MEDECINS GENERALISTES.....	17
2.2. DEMOGRAPHIE DES GYNECOLOGUES MEDICAUX ET OBSTETRIQUES.....	17
2.3. DEMOGRAPHIE DES SAGES-FEMMES.....	17
3. LA SAGE-FEMME : UN PREMIER RECOURS AUPRES DES FEMMES EN BONNE SANTE	18
3.1. UN CHAMP DE COMPETENCES EN CONSTANTE EVOLUTION.....	18
3.2. UNE NOUVELLE PLACE DANS LE PARCOURS DE SOINS : MOYENS MIS EN ŒUVRE ET DIFFICULTES RENCONTREES.....	19
3.2.1. <i>La mise en place de consultations gynécologiques « sages-femmes » dans les centres hospitaliers publics français.....</i>	<i>19</i>
3.2.2. <i>L'exercice des sages-femmes en matière de contraception et de suivi gynécologique.....</i>	<i>19</i>
PARTIE 2.....	20
1. METHODOLOGIE.....	21
1.1. PROBLEMATIQUE.....	21
1.2. OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE L'ETUDE.....	21
1.2.1. <i>Objectif principal.....</i>	<i>21</i>
1.2.2. <i>Objectifs secondaires.....</i>	<i>21</i>
1.2.3. <i>Hypothèses.....</i>	<i>21</i>
1.3. SCHEMA D'ETUDE ET DEROULEMENT.....	22
1.3.1. <i>Type d'étude.....</i>	<i>22</i>
1.3.2. <i>Elaboration du questionnaire.....</i>	<i>22</i>
1.3.3. <i>Déroulement de l'étude.....</i>	<i>22</i>
1.3.4. <i>Population étudiée.....</i>	<i>23</i>
1.3.5. <i>Critères de jugement principal et secondaires.....</i>	<i>23</i>
1.3.6. <i>Aspects logistiques.....</i>	<i>23</i>
Budget.....	23
Exploitation des données et tests statistiques.....	23
Aspects éthiques et réglementaires.....	23
2. PRESENTATION DES RESULTATS.....	23

2.1.	DESCRIPTION DE LA POPULATION INTERROGEE.....	24
2.1.1.	<i>Age</i>	24
2.1.2.	<i>Caractéristiques géographiques</i>	24
2.1.3.	<i>Caractéristiques socio-professionnelles</i>	24
2.1.4.	<i>Situation familiale</i>	24
2.2.	SUIVI GYNECOLOGIQUE DE LA POPULATION INTERROGEE.....	24
2.2.1.	<i>Régularité du suivi gynécologique</i>	24
	En fonction de l'âge.....	24
	En fonction du lieu d'habitation.....	25
	En fonction de la situation familiale.....	25
	81% des femmes en couple ont répondu qu'elles avaient un suivi gynécologique régulier, contre 66% des femmes célibataires.....	25
	En fonction de la catégorie socio-professionnelle.....	25
	En fonction de la parité.....	25
	Causes de l'irrégularité du suivi gynécologique.....	26
2.2.2.	<i>Modalités du suivi gynécologique</i>	26
	Professionnel assurant le suivi gynécologique.....	26
	Professionnel prescrivant la contraception.....	27
	Satisfaction du suivi gynécologique.....	28
	Suivi gynécologique « idéal ».....	29
	Délai d'attente lors de la prise d'un rendez-vous.....	29
2.3.	LE SUIVI GYNECOLOGIQUE « SAGE-FEMME ».....	29
2.3.1.	<i>Connaissances de la profession de sage-femme</i>	29
2.3.2.	<i>Connaissance des compétences des sages-femmes en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception</i>	29
	En fonction de l'âge.....	30
	En fonction de la parité.....	31
	En fonction de l'exercice professionnel.....	31
2.3.3.	<i>Avis de la population interrogée sur le suivi « sage-femme »</i>	31
2.3.4.	<i>Informations reçues concernant les compétences des sages-femmes en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception</i>	32
PARTIE 3.....		33
1. EVALUATION DU SUIVI GYNECOLOGIQUE.....		34
1.1.	DES DISPARITES CONSTATEES QUANT A LA REGULARITE DU SUIVI GYNECOLOGIQUE DES FEMMES.....	34
1.1.1.	<i>Les facteurs déterminant la régularité du suivi gynécologique</i>	34
1.1.2.	<i>Les facteurs indépendants de la régularité du suivi gynécologique</i>	35
1.1.3.	<i>Les causes de l'irrégularité du suivi gynécologique</i>	35
1.2.	UN SUIVI GYNECOLOGIQUE PLURI PROFESSIONNEL ET SATISFAISANT.....	35
2. LA SAGE-FEMME : UN ACTEUR DE SANTE PUBLIQUE ENCORE MECONNU DU GRAND PUBLIC.....		37
2.1.	UN ELARGISSEMENT DES COMPETENCES EN MATIERE DE SUIVI GYNECOLOGIQUE DE PREVENTION ET DE CONTRACEPTION PEU CONNU DES FEMMES.....	37
2.2.	UNE POPULATION FEMININE FAVORABLE A CET ELARGISSEMENT DES COMPETENCES.....	38
3. LES MOYENS MIS EN PLACE POUR FAVORISER L'ACCES AUX SOINS GYNECOLOGIQUES.....		39
3.1.	L'INFORMATION AUPRES DES FEMMES.....	39
3.1.1.	<i>La sage-femme au sein des campagnes de prévention</i>	39
3.1.2.	<i>La campagne de communication « sages-femmes » de 2016</i>	39
3.2.	UNE COMMUNICATION DEMEURANT CEPENDANT INSUFFISANTE.....	39
4. DISCUSSION : REPENSER LA PREVENTION.....		40
4.1.	ENCOURAGER LA PREVENTION CHEZ LES JEUNES FEMMES.....	41
4.2.	SENSIBILISER LES FEMMES A CHAQUE MOMENT DE LEUR VIE.....	41
4.3.	EXPLOITER A BON ESCIENT L'EXTENSION DES COMPETENCES DES SAGES-FEMMES EN MATIERE D'ORTHOGENIE.....	42
CONCLUSION.....		43
BIBLIOGRAPHIE.....		45
TABLE DES MATIERES.....		48
ANNEXES.....		ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

ANNEXES

ANNEXE I : Questionnaire

ANNEXE II : Figures et tableaux

ANNEXE I : Questionnaire

Etudiante en dernière année d'école de sages-femmes, je réalise cette année un mémoire portant sur le suivi gynécologique de prévention. Cette étude a pour objectif d'interroger les femmes sur leur mode de suivi et d'évaluer leurs connaissances quant aux compétences des sages-femmes dans ce domaine.

Les données recueillies dans ce questionnaire sont strictement anonymes.

Les sages-femmes et étudiant(e)s sages-femmes sont exclu(e)s de la population interrogée.

Temps de réponse au questionnaire : 5 minutes.

Etes-vous :

- Un homme
- Une femme

Etes vous sage-femme ou étudiant(e) sage-femme ?

- Oui
- Non

Suivi gynécologique de prévention et mode de suivi

Etes-vous suivie régulièrement sur le plan gynécologique ? (L'HAS recommande un suivi gynécologique annuel)

- Oui
- Non

A quelle fréquence consultez-vous pour des raisons gynécologiques ?

- Une fois par an
- Moins d'une fois par an
- Plus d'une fois par an

Dans le cas où votre réponse précédente est « moins d'une fois par an », comment l'expliquez-vous ?

- Consultation jugée non nécessaire
- Absence de gynécologues aux environs de mon domicile
- Difficultés pour obtenir un rendez-vous
- Je n'y pense pas toujours
- Autres : ...

Selon vous, à quelle fréquence est-il conseillé d'effectuer votre suivi gynécologique ?

- Tous les 0 à 6 mois
- Tous les 6 à 12 mois
- Tous les ans
- Tous les deux ans

- Tous les trois ans
- Autres : ...

Pour quelle(s) raison(s) consultez-vous ?

- Suivi de prévention et de dépistage (frottis, prélèvement vaginal, examen des seins...)
- Prescription de contraception
- Pathologie gynécologique nécessitant un suivi régulier
- Autres : ...

Connaissance des compétences des sages-femmes

Selon vous, quel(s) professionnel(s) de santé peut assurer le suivi gynécologique de prévention ?

- Médecin généraliste
- Gynécologue
- Sage-femme
- Infirmier diplômé d'état
- Autres : ...

Si vous avez un moyen de contraception nécessitant une prescription, qui vous le prescrit ?

- Je n'utilise pas de moyen de contraception nécessitant une prescription
- Un gynécologue
- Une sage-femme
- Un médecin généraliste
- Autres : ...

Selon vous, quelles sont les compétences d'une sage-femme ?

..... ;

Selon vous, une sage-femme peut-elle :

Effectuer les examens de dépistage du cancer du sein (examen des seins et prescription d'examens d'imagerie) :

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Effectuer le dépistage du cancer du col de l'utérus (FCV) :

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Effectuer le suivi de pathologies gynécologiques :

- Oui
- Non

- Je ne sais pas

Effectuer le suivi gynécologique de femmes présentant une pathologie (gynécologique ou non) :

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Traiter toutes les infections gynécologiques :

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Traiter les infections gynécologiques bénignes (cystite, mycose) :

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Prescrire le vaccin destiné à lutter contre l'HPV (Human Papillomavirus – responsable d'une partie des cancers du col de l'utérus) :

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Prescrire la contraception chez l'adolescente :

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Prescrire la contraception chez toutes les femmes en bonne santé :

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Prescrire une contraception à la sortie de la maternité :

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Effectuer la pose, la surveillance et le retrait du stérilet :

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Effectuer la pose et le retrait de l'implant contraceptif :

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Réaliser des consultations de suivi gynécologique et de prescription de contraception au sein des plannings familiaux :

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Réaliser la rééducation périnéale et abdominale :

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Prescrire et/ou délivrer la contraception d'urgence (pilule du lendemain) :

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Réaliser l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse :

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Réaliser la consultation postnatale si la grossesse et l'accouchement se sont bien déroulés :

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Reconnaissance du métier de sage-femme

La profession de sage-femme est une profession médicale. La sage-femme est dotée d'un pouvoir diagnostic ainsi que d'un droit de prescription.

Son champ d'intervention auprès des femmes et des nouveau-nés en bonne santé est établi par le Code de la Santé Publique.

La loi Hôpital Patient Santé Territoire de 2009 élargit les compétences de la sage-femme en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception. La sage-femme peut ainsi réaliser le dépistage du cancer du sein, le dépistage du cancer du col de l'utérus, prescrire une contraception à toutes les femmes en âge de procréer, effectuer la pose et le retrait du stérilet ou de l'implant contraceptif. Elle peut également prescrire et administrer le vaccin destiné à lutter contre certains papillomavirus humains, responsables du cancer du col de l'utérus.

Depuis 2016, la sage-femme peut pratiquer l'Interruption Volontaire de Grossesse par voie médicamenteuse.

La sage-femme se doit d'orienter la patiente vers un médecin dès qu'elle dépiste une pathologie.

Le saviez-vous ?

- Oui
- Non

Si oui, comment l'avez-vous appris ?

..... ;

Avez-vous déjà rencontré une sage-femme ?

- Oui
- Non

Si oui, dans quelle(s) circonstances ?

- Suivi de grossesse
- Suivi du travail et de l'accouchement
- En service de suites de couches (maternité)
- Au planning familial
- En consultation de suivi gynécologique de prévention
- Autres : ...

Seriez-vous prête à être suivie par une sage-femme sur le plan gynécologique ?

- Oui
- Non
- Je suis déjà suivie par une sage-femme
- Je suis atteinte d'une pathologie (non gynécologique) : une sage-femme ne peut pas effectuer mon suivi
- Je suis atteinte d'une pathologie gynécologique et je ne peux, par conséquent, être suivie par une sage-femme
- Autres : ...

Si oui, pourquoi ?

..... ;

Si non, pourquoi ?

..... ;

Quel ressenti avez-vous vis à vis de ce suivi « sage-femme » ?

..... ;

Estimez-vous que les compétences des sages-femmes soient bien connues des femmes ?

- Oui
- Non

Par quel(s) moyen(s) avez-vous pu mieux connaître le métier de sage-femme ?

- Campagnes d'informations et de prévention concernant le dépistage du cancer du sein
- Campagnes d'informations et de prévention concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus
- Dans les médias lors des grèves menées par les sages-femmes en 2013/2014
- Au cours de discussions avec vos ami(e)s ou votre famille
- Je ne me sens pas informée
- Autres : ...

Mode de suivi actuel

Suivi gynécologique effectué par :

- Un gynécologue installé en cabinet
- Un gynécologue consultant à l'hôpital
- Une sage-femme installée en cabinet
- Une sage-femme consultant à l'hôpital
- Un médecin généraliste
- Je n'ai aucun suivi gynécologique

Nombre d'intervenants dans votre suivi gynécologique depuis votre première consultation :

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 et plus

Depuis combien de temps êtes-vous suivie par le même professionnel de santé ?

- Je viens de changer de suivi
- 6 mois
- 1 an
- 2 ans
- 3 ans
- 4 ans
- 5 ans
- 6-10 ans
- 10 ans et plus

Délai d'attente lors de la prise d'un rendez-vous :

- Quelques jours
- Une à deux semaines
- Plusieurs semaines
- Un mois
- Entre 1 et 3 mois
- Plus de 3 mois

Distance kilométrique entre le lieu d'habitation et le lieu de suivi gynécologique :

- 0 – 10 km
- 10 – 20 km
- 20 – 30 km
- 50 – 100 km
- Plus de 100 km

Satisfaction du suivi gynécologique actuel :

0 (pas satisfaite du tout) – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (très satisfaite)

Renseignements généraux :

- Mode de suivi d'éventuelle(s) grossesse(s) antérieure(s) :
- Grossesses suivies par un gynécologue
- Grossesses suivies par une sage-femme
- Pas de grossesse antérieure

Nombre de grossesse(s) :

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Plus de 5

Nombre d'enfant(s) :

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Plus de 5

Votre âge :

- 15 ans et moins

- 16-20 ans
- 21-25 ans
- 26-30 ans
- 31-35 ans
- 36-40 ans
- 41-45 ans
- 46-50 ans
- 51-60 ans
- 61 ans et plus

Situation maritale :

- Célibataire
- Pacsée
- Mariée
- En concubinage

Profession :

- Je travaille dans le domaine de la santé
- Je ne travaille pas dans le domaine de la santé

Profession :

26 CSP proposées

Région d'habitation :

Lieu d'habitation :

- Rural
- Urbain

❖ Commentaires facultatifs :

❖ Selon vous, quel est le suivi gynécologique « idéal » ?

Tous les éléments peuvent être pris en compte dans votre réponse. Par exemple : compétences du professionnel de santé, relation de soins, personnel de santé de sexe féminin ou masculin, années d'expérience du professionnel de santé, etc...

❖ Commentaire(s) concernant la pertinence du questionnaire :

❖ Point(s) non soulevé(s) dans le questionnaire :

ANNEXE II : Figures et tableaux

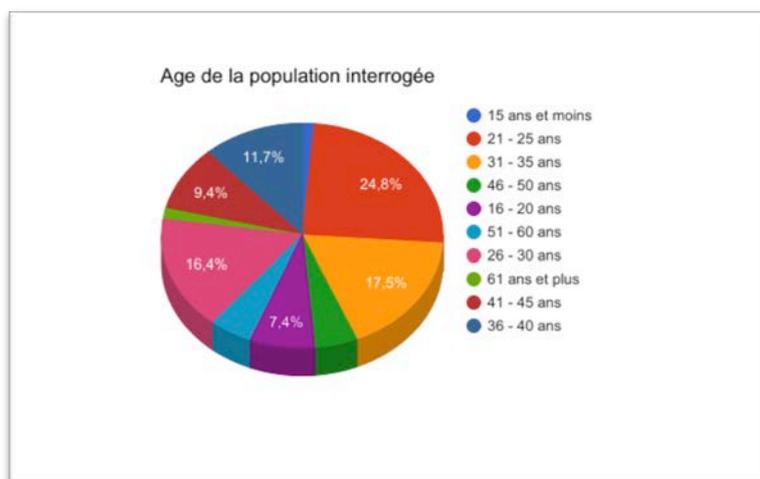


Figure 1 : Age de la population interrogée en 2016 (n = 1802)

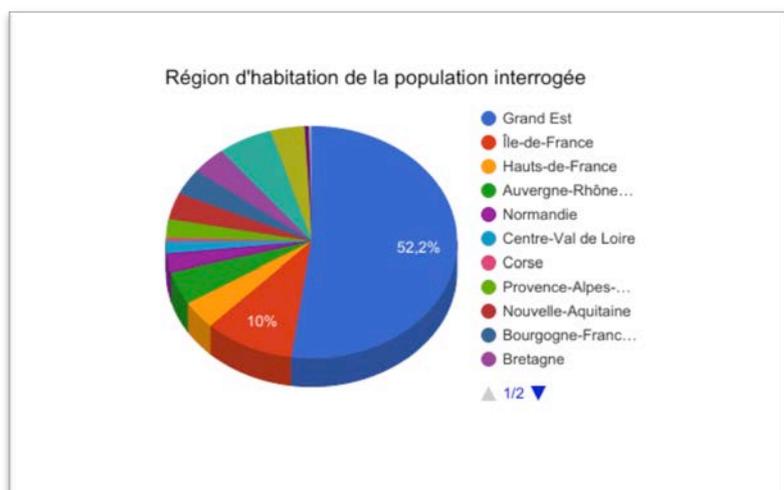


Figure 2 : Région d'habitation de la population interrogée en 2016 (n = 1802)

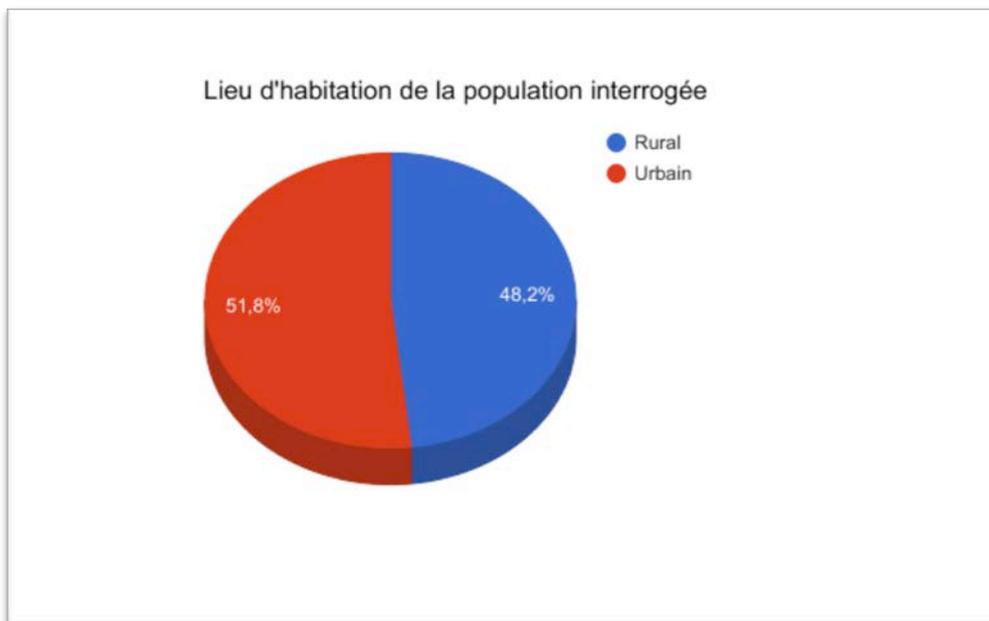


Figure 3 : Lieu d'habitation de la population interrogée en 2016 (n = 1802)

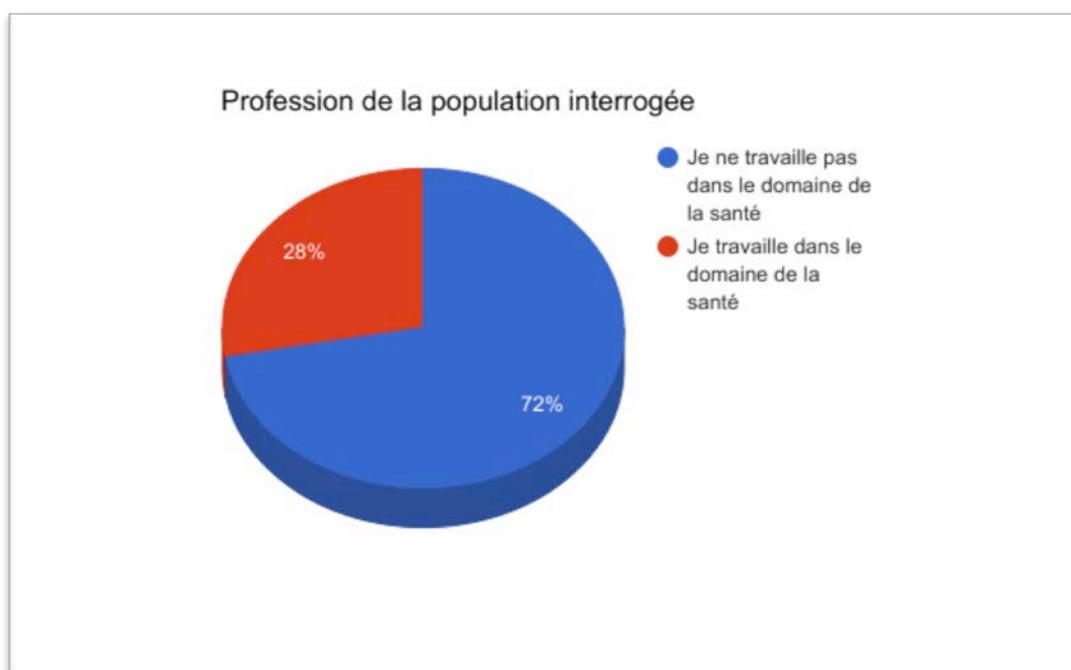


Figure 4 : Profession de la population interrogée en 2016 (n = 1802)

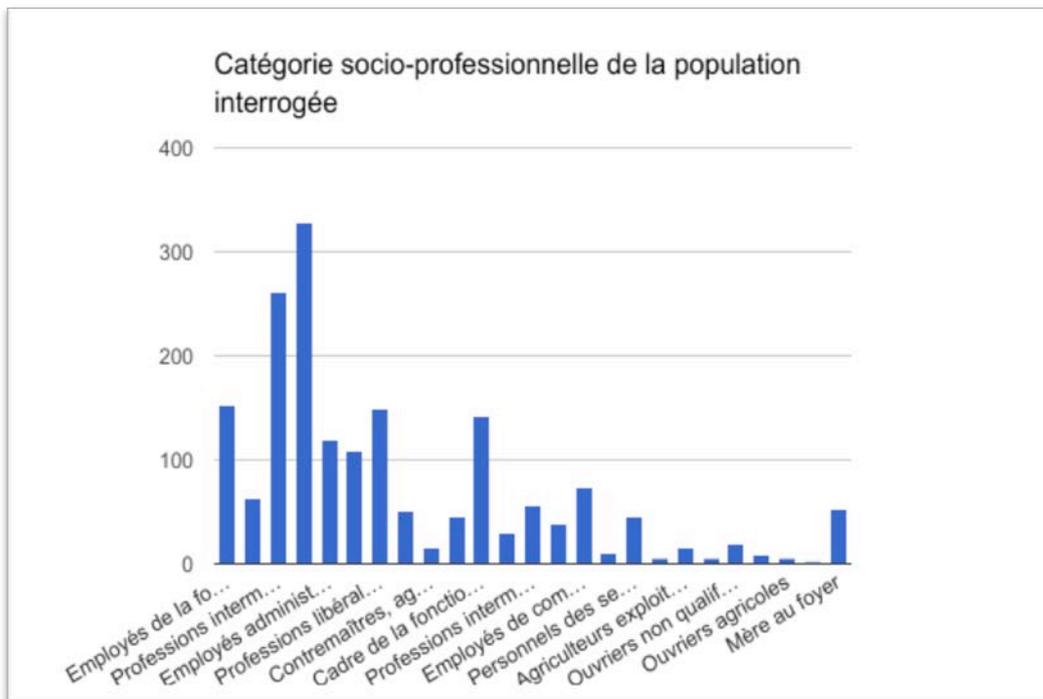


Figure 5 : Catégorie socio-professionnelle de la population interrogée en 2016 (n = 1802)

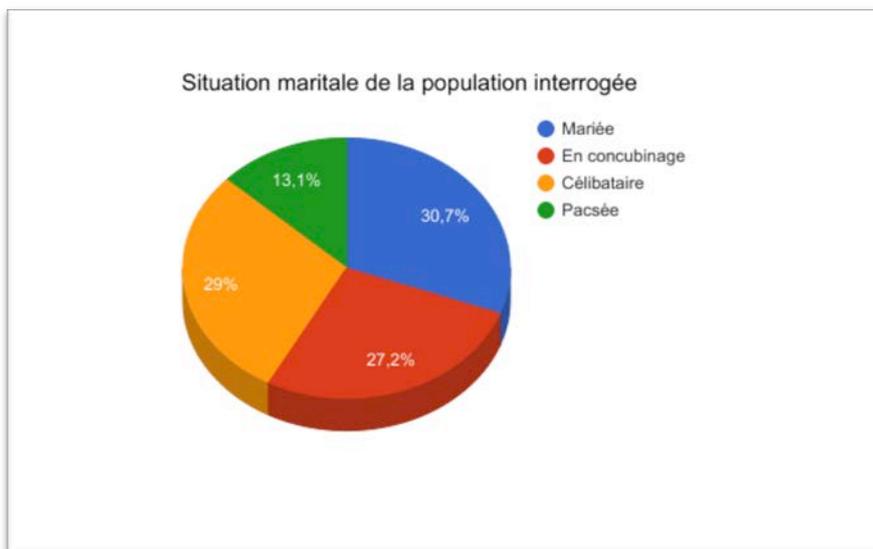


Figure 6 : Situation maritale de la population interrogée en 2016 (n = 1802)

Tableau 3 : Régularité du suivi gynécologique chez 1802 femmes interrogées selon le lieu d'habitation rural ou urbain en 2016.

	Suivi gynécologique régulier Effectif (%)	Suivi gynécologique non régulier Effectif (%)	Total
Habitation en milieu rural	664 (76)	205 (24)	869 (48)
Habitation en milieu urbain	712 (76)	221 (24)	933 (52)
Total	1376	426	1802 (100)

Tableau 5 : Régularité du suivi gynécologique chez 1802 femmes interrogées selon la catégorie socio-professionnelle en 2016.

	Suivi gynécologique régulier Effectif (%)	Suivi gynécologique non régulier Effectif (%)	Total
Agriculteurs exploitants	10 (67)	5 (33)	15
Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1 (50)	1 (50)	2
Anciens cadres et professions intermédiaires	7 (88)	1 (12)	8
Anciens employés et ouvriers	22 (73)	8 (27)	30
Artisans	24 (63)	14 (37)	38
Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques	113 (80)	29 (20)	142
Cadres d'entreprise	91 (84)	17 (16)	108
Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus	6 (100)	0	6
Chômeurs n'ayant jamais travaillé	5 (50)	5 (50)	10
Commerçants et assimilés	49 (77)	15 (23)	64
Contremaîtres, agents de maîtrise	12 (80)	3 (20)	15
Elève de collège/lycée	2 (33)	4 (67)	6
Employés administratifs d'entreprise	95 (80)	24 (20)	119
Employés de commerce	57 (78)	16 (22)	73
Employés de la fonction publique	129 (84)	24 (16)	153
Etudiante	216 (66)	112 (34)	328
Mère au foyer	32 (62)	20 (38)	52
Ouvriers agricoles	2 (33)	4 (67)	6
Ouvriers non qualifiés	13 (68)	6 (32)	19
Ouvriers qualifiés	34 (74)	12 (26)	46
Personnels des services directs aux particuliers	35 (78)	10 (22)	45
Professions intermédiaires administratives et commerciales	43 (77)	13 (23)	56
Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés	220 (84)	41 (16)	261
Professions libérales et assimilés	116 (78)	33 (22)	149
Techniciens	42 (82)	9 (18)	51
Total	1376 (76)	426 (24)	1802

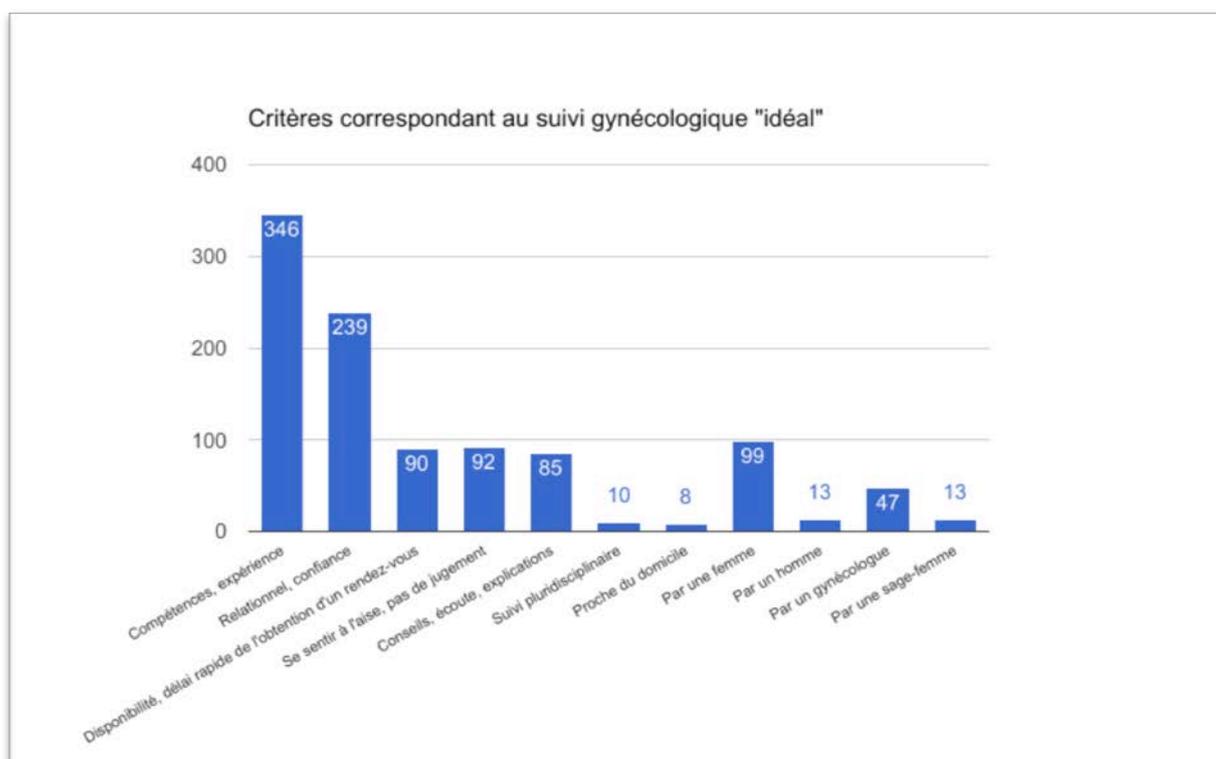


Figure 13 : Critères correspondant au suivi gynécologique « idéal » selon la population interrogée en 2016 (n = 740)

Tableau 7 : Délai d'attente pour une consultation gynécologique selon le lieu d'habitation rural ou urbain chez la population interrogée en 2016 (n=1802)

	Quelques jours Effectif (%)	Une à deux semaines Effectif (%)	Plusieurs semaines Effectif (%)	Un mois Effectif (%)	Entre 1 et 3 mois Effectif (%)	Plus de 3 mois Effectif (%)	Total
Rural	141 (16)	195 (22)	140 (16)	77 (9)	154 (18)	162 (19)	869 (48)
Urbain	160 (17)	246 (26)	166 (18)	87 (9)	172 (18)	102 (11)	933 (52)
Total	301 (17)	441 (24)	306 (17)	164 (9)	326 (18)	264 (15)	1802 (100)

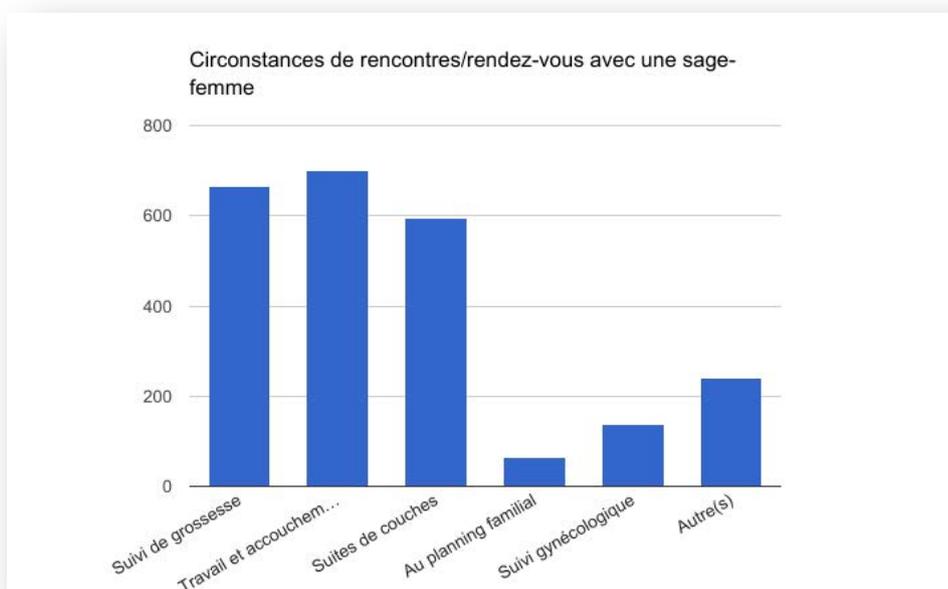


Figure 14 : Circonstances de rencontre/rendez-vous avec une sage-femme chez 1173 femmes interrogées en 2016

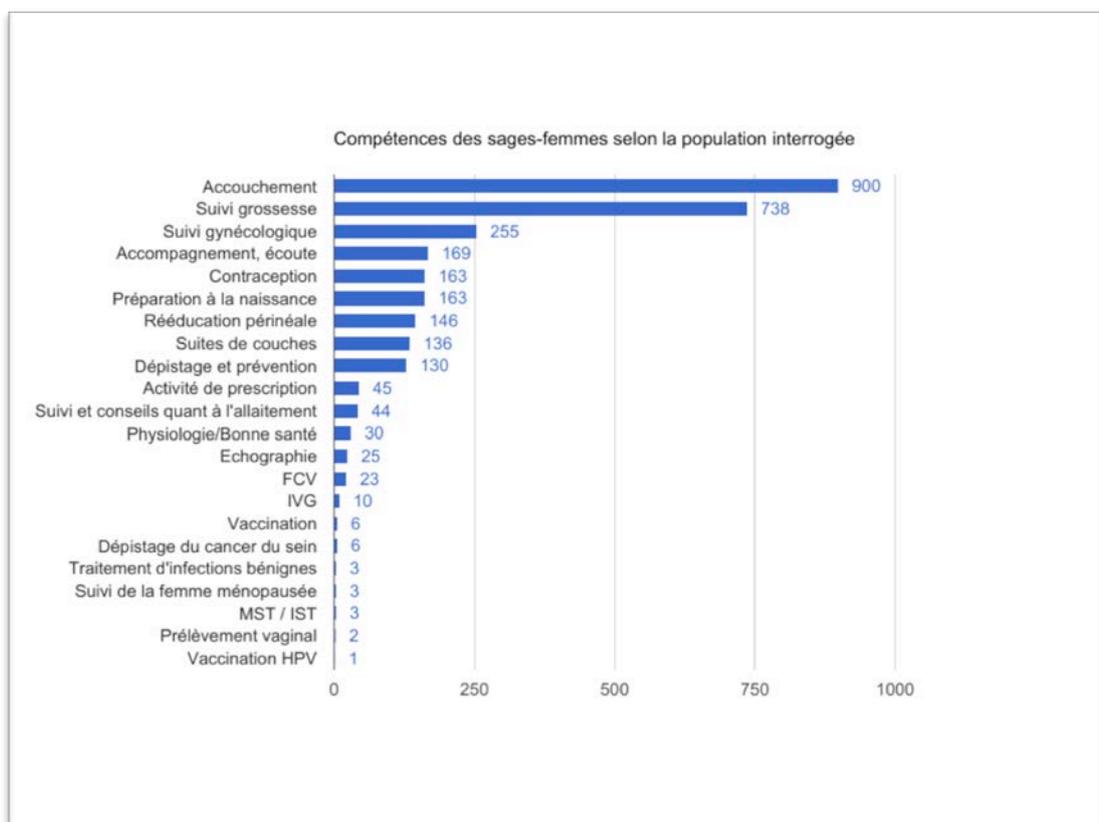


Figure 15 : Compétences des sages-femmes selon la population interrogée en 2016 (n=1802)

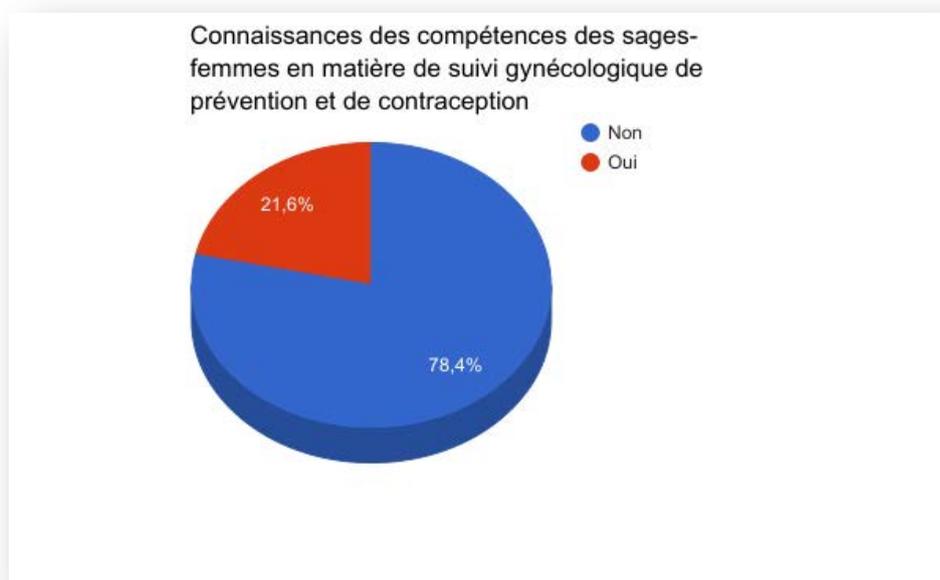


Figure 16 : Connaissance des compétences des sages-femmes en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception chez 1802 femmes interrogées en 2016.

Tableau 9 : Connaissances des compétences des sages-femmes en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception selon la parité chez 1802 femmes interrogées en 2016.

	Oui Effectif (%)	Non Effectif (%)	Total
Aucun enfant	156 (18)	696 (82)	852 (47)
Un ou plusieurs enfant(s)	233 (25)	717 (75)	950 (53)
Total	389 (22)	1413 (78)	1802 (100)

Tableau 10 : Connaissances des compétences des sages-femmes en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception selon la profession chez 1802 femmes interrogées en 2016.

	Oui Effectif (%)	Non Effectif (%)	Total
Femmes travaillant dans le domaine de la santé	163 (32)	341 (68)	504 (28)
Femmes ne travaillant pas dans le domaine de la santé	226 (17)	1072 (83)	1298 (72)
Total	389 (22)	1413 (78)	1802

Le suivi gynécologique de prévention

Etude épidémiologique, observationnelle, descriptive, et transversale auprès de 1802 femmes via les réseaux sociaux du 11 au 19 octobre 2016

Depuis la loi HPST du 21 juillet 2009, les sages-femmes peuvent assurer le suivi gynécologique de prévention et la prescription de la contraception chez toutes les femmes en bonne santé. Il s'agit ici de promouvoir un suivi gynécologique de prévention en accord avec les recommandations de l'HAS auprès de toutes les femmes, en évaluant leur suivi actuel ainsi que leur connaissances des compétences des sages-femmes.

Nous avons élaboré un questionnaire partagé via les réseaux sociaux du 11 au 19 octobre 2016. La population cible de l'étude était constituée de toutes les femmes, en âge de procréer, en péri-ménopause ou ménopausées. Les sages-femmes et étudiantes sages-femmes étaient exclues de l'étude. Le critère de jugement principal était la régularité du suivi gynécologique.

La population était constituée de 1802 femmes de 15 à 61 ans et plus. 76% des femmes ont répondu avoir un suivi gynécologique régulier. L'analyse en sous-groupe révélait des différences significatives quant à la régularité du suivi selon l'âge, la parité et la catégorie socio-professionnelle. Le suivi était moins régulier chez les femmes de moins de 26 ans, chez les nullipares, et chez les CSP moins élevées. Les résultats sur les critères secondaires ont révélé un manque de connaissance des compétences des sages-femmes ainsi qu'un véritable manque d'informations des femmes à ce sujet. Repenser la prévention et l'information auprès des femmes semble essentiel.

Suivi gynécologique, prévention, sages-femmes

Since the HPST act has passed on 21 July 2009, midwives may legally ensure preventive gynecological monitoring and prescribe contraceptives to healthy women.

In order to encourage every woman to go through a preventive gynecological monitoring matching HAS' recommendations, as well as to check her current monitoring and to assess her knowledge of midwives' area of expertise, we drew up a survey on the social networks, targeting women of childbearing age, perimenopausal and menopausal women, but excluding midwives and student midwives.

This survey was conducted from 11 to 19 October 2016 and focused on the regularity of gynecological monitoring and on the knowledge of midwives' area of expertise.

1802 women aged 15 to 61 participated in that survey, of which 76% declared going through a regular gynecological monitoring. Further examination showed significant differences based on age, parity and professional groups. Women under the age of 26, nulliparous women and women belonging to lower professional groups proved to go through an irregular gynecological monitoring.

The survey also showed a general lack of knowledge of midwives' area of expertise.

These results suggest that women's prevention and information should be reconsidered.

Gynecological monitoring, prevention, midwives