



**HAL**  
open science

**Le suivi gynécologique par les sages-femmes libérales de Moselle et de Meurthe-et-Moselle en 2020 : étude quantitative descriptive multicentrique à l'aide de questionnaires anonymes auprès des sages-femmes libérales du 54 et du 57 de janvier à mars 2020**

Margot Dartoy

► **To cite this version:**

Margot Dartoy. Le suivi gynécologique par les sages-femmes libérales de Moselle et de Meurthe-et-Moselle en 2020 : étude quantitative descriptive multicentrique à l'aide de questionnaires anonymes auprès des sages-femmes libérales du 54 et du 57 de janvier à mars 2020. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-04337650

**HAL Id: hal-04337650**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04337650v1>**

Submitted on 12 Dec 2023

**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](mailto: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.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 par les sages-femmes libérales  
de Moselle et de Meurthe-et-Moselle en 2020***

*Etude quantitative descriptive multicentrique à l'aide de questionnaires anonymes  
auprès des sages-femmes libérales du 54 et du 57 de janvier à mars 2020*

Mémoire présenté et soutenu par  
Margot DARTOY

Directeur de mémoire : Catherine MERGEN-MOREL, sage-femme enseignante

Expert de mémoire : Marie BAUER, sage-femme libérale

Promotion 2016-2020



Université de Lorraine

École de Sages-Femmes de METZ

*Le suivi gynécologique par les sages-femmes libérales  
de Moselle et de Meurthe-et-Moselle en 2020*

*Etude quantitative descriptive multicentrique à l'aide de questionnaires anonymes auprès des  
sages-femmes libérales du 54 et du 57 de janvier à mars 2020*

Mémoire présenté et soutenu par  
Margot DARTOY

Directeur de mémoire : Catherine MERGEN-MOREL, sage-femme enseignante

Expert de mémoire : Marie BAUER, sage-femme libérale

Promotion 2016-2020

# REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui m'ont accompagnée, soutenue et conseillée durant l'élaboration de ce mémoire :

Tout d'abord, Madame Catherine MERGEN-MOREL, directrice de ce mémoire, pour son soutien et sa disponibilité tout au long de mes études et plus particulièrement durant l'élaboration de ce mémoire,

Madame Marie BAUER, d'avoir accepté le rôle d'expert de mémoire et pour ses conseils et son aide pendant la rédaction de ce travail,

Également Madame Blandine MALET-DUCHON d'avoir pris le temps de répondre à mes questions,

Mais aussi l'ensemble des sages-femmes libérales ayant répondu aux questionnaires et sans qui, cette étude n'aurait pas vu le jour,

Et surtout, ma famille et l'ensemble de mes proches présents au quotidien et qui m'ont particulièrement soutenue durant ces cinq années études.

# ABREVIATIONS

AES : Auto-Examen des Seins

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

CASSF : Collectif des Associations et de Syndicats de Sages-Femmes

CDGM : Comité de Défense de la Gynécologie Médicale

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

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

CPEF : Centre d'Education et de Planification Familiale

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CSP : Code de la Santé Publique

DES : Diplôme d'Etudes Supérieures

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DU/DIU : Diplôme (Inter) Universitaire

DPC : Développement Professionnel Continu

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ECTS : European Credits Transfer System

FCV : Frottis Cervico-Vaginal

HAS : Haute Autorité de Santé

HPV : Human Papilloma Virus

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires (loi)

INCa : Institut National du Cancer

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMA : Procréation Médicalement Assistée

SA : Semaine d'Aménorrhée

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>6</b>
<b>1. PARTIE 1 : CONTEXTE</b> .....	<b>7</b>
1.1. LE SUIVI GYNECOLOGIQUE DE PREVENTION.....	7
1.1.1. <i>Généralités</i> .....	7
La consultation de gynécologie et l'examen clinique.....	7
Recommandations actuelles en France .....	7
Les professionnels du suivi gynécologique .....	8
1.1.2. <i>Dépistage du cancer du sein</i> .....	8
Recommandations .....	8
Dépistage organisé .....	8
La place de l'autosurveillance des seins .....	8
1.1.3. <i>Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus</i> .....	9
Généralités .....	9
La prévention du cancer du col de l'utérus .....	9
Recommandations et organisation du dépistage du cancer du col de l'utérus (2).....	9
1.2. EVOLUTION DE LA LEGISLATION CONCERNANT LES SAGES-FEMMES .....	10
1.2.1. <i>Rappel de la définition du métier de sage-femme</i> .....	10
Définition de l'OMS.....	10
Dans le Code de la Santé Publique.....	10
1.2.2. <i>Un élargissement du champ de compétences</i> .....	11
Au niveau contraceptif.....	11
Au niveau de la visite post-natale.....	11
Au niveau du suivi gynécologique de prévention.....	11
1.2.3. <i>Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST)</i> .....	12
1.2.4. <i>Modifications du droit de prescription</i> .....	12
Dans le Code de la Santé Publique.....	12
Sur la liste en pratique.....	13
1.2.5. <i>Législation concernant l'IVG</i> .....	13
Les débuts de la loi et les principales évolutions.....	13
La loi de 2016, évolution du rôle des sages-femmes .....	13
Depuis 2019, une proposition de loi toujours en cours.....	14
1.3. FORMATION DES SAGES-FEMMES .....	14
1.3.1. <i>Formation initiale</i> .....	14
Contenu théorique.....	14
Contenu pratique.....	15
Contenu du référentiel métier (5).....	15
1.3.2. <i>Formation continue/DPC</i> .....	15
1.4. DEMOGRAPHIE FRANÇAISE VERSUS DEMOGRAPHIE LORRAINE .....	16
1.4.1. <i>Médecins généralistes</i> .....	16
Situation nationale.....	16
Situation régionale.....	16
1.4.2. <i>Gynécologues</i> .....	17
Formation et situation nationale .....	17
Situation régionale.....	17
1.4.3. <i>Sages-femmes libérales</i> .....	17
Situation nationale.....	17
Situation régionale.....	18
<b>2. PARTIE 2 : METHODOLOGIE</b> .....	<b>19</b>
2.1. PROBLEMATIQUE.....	19
2.2. OBJECTIFS.....	19
2.2.1. <i>Objectif principal de l'étude</i> .....	19
2.2.2. <i>Objectifs secondaires de l'étude</i> .....	19
2.3. HYPOTHESES.....	19
2.4. CRITERES DE JUGEMENT .....	20
2.5. SCHEMA D'ETUDE ET DEROULEMENT .....	20
2.5.1. <i>Type d'étude</i> .....	20



2.5.2.	<i>Population d'étude</i> .....	20
	Critères d'inclusion.....	20
2.5.3.	<i>Lieu et durée de l'étude</i> .....	20
2.5.4.	<i>Elaboration du questionnaire</i> .....	21
2.5.5.	<i>Traitement des données</i> .....	21
<b>3.</b>	<b>PARTIE 3 : RESULTATS</b> .....	<b>22</b>
3.1.	TAUX DE PARTICIPATION.....	22
3.2.	CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION ETUDIEE .....	22
3.2.1.	<i>Sexe</i> .....	22
3.2.2.	<i>Age</i> .....	22
3.2.3.	<i>Année d'obtention du diplôme</i> .....	22
3.2.4.	<i>Installation en libéral</i> .....	23
3.2.5.	<i>Situation du cabinet libéral</i> .....	23
3.2.6.	<i>Activités des sages-femmes</i> .....	26
3.2.7.	<i>L'activité gynécologique</i> .....	26
	Part de l'activité gynécologique dans l'activité totale.....	27
	Participation aux activités gynécologiques de dépistage.....	27
	Participation aux activités de contraception.....	28
	Prévention et dépistage des IST .....	31
	Au sujet de la sexualité.....	32
	Pratique de l'IVG .....	32
	Les freins à l'activité gynécologique.....	32
3.3.	FORMATION INITIALE DE LA POPULATION ETUDIEE.....	33
3.3.1.	<i>En gynécologie</i> .....	33
3.3.2.	<i>Stage en secteur libéral</i> .....	33
3.3.3.	<i>Stage en service de gynécologie</i> .....	34
3.4.	FORMATION CONTINUE EN GYNECOLOGIE .....	34
3.4.1.	<i>Formation supplémentaire</i> .....	34
3.5.	COLLABORATION AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE.....	36
3.5.1.	<i>Vers quels professionnels orienter la patiente en cas de pathologie ?</i> .....	36
3.5.2.	<i>Qualité des relations interprofessionnelles</i> .....	36
	Les avis positifs.....	36
	Les avis nuancés et négatifs .....	36
<b>4.</b>	<b>PARTIE 4 : DISCUSSION</b> .....	<b>38</b>
4.1.	GENERALITES .....	38
4.1.1.	<i>Forces et limites de l'étude</i> .....	38
	Forces .....	38
	Limites.....	38
4.1.2.	<i>Population de l'étude</i> .....	38
4.2.	LES SAGES-FEMMES ET LA GYNECOLOGIE.....	39
4.2.1.	<i>La formation en gynécologie</i> .....	39
4.2.2.	<i>Les consultations de gynécologie</i> .....	39
4.2.3.	<i>La prescription de contraception</i> .....	40
4.2.4.	<i>Dépistage et prévention des cancers gynécologiques</i> .....	40
4.2.5.	<i>Au sujet de la sexualité</i> .....	41
4.2.6.	<i>Les formations complémentaires en gynécologie</i> .....	41
4.2.7.	<i>La réalisation de l'IVG</i> .....	42
4.2.8.	<i>La relation entre les professionnels et le travail en réseau</i> .....	42
4.3.	LES PROPOSITIONS .....	43
4.3.1.	<i>Mise en place de réseaux</i> .....	43
4.3.2.	<i>Formations</i> .....	43
4.3.3.	<i>Au sujet de l'IVG</i> .....	44
4.3.4.	<i>Revalorisation des actes</i> .....	44
4.3.5.	<i>Extension des compétences en gynécologie</i> .....	44
	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>45</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>46</b>
	<b>ANNEXES</b> .....	<b>51</b>
	Annexe 1 : Questionnaire diffusé aux sages-femmes libérales.....	52

Annexe 2 : Recommandations concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus et prise en charge .....	58
Annexe 3 : Entretien avec Blandine Malet-Duchon, sage-femme libérale .....	60
Annexe 4 : Article du Code de la Santé Publique actuellement en vigueur .....	61
Annexe 5 : Référentiel métier : Situation 7 « Réaliser une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention » .....	62

# INTRODUCTION

Le métier de sage-femme connaît régulièrement des évolutions. En effet, la profession doit répondre aux besoins de santé publique, notamment en ce qui concerne la santé gynésique des femmes. Plus connues pour leurs rôles dans le domaine de la périnatalité avec le suivi de grossesse et la pratique de l'accouchement, leurs missions ont bien évolué.

Tout d'abord en 2009, l'adoption de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) a marqué une véritable évolution pour la profession de sage-femme. Ce texte a permis une extension des compétences de la sage-femme qui peut assurer le suivi gynécologique des femmes en bonne santé [1]. Cette part du métier semble rester méconnue du grand public.

Étendre les droits de prescription de contraception et autoriser le suivi gynécologique de prévention aux sages-femmes a permis de favoriser l'accès aux soins pour l'ensemble des femmes. Cette compétence gynécologique était exclusivement réservée aux médecins depuis la loi Neuwirth de 1967.

Ensuite, les sages-femmes ont obtenu en 2016 l'autorisation de réaliser des Interruptions Volontaires de Grossesses (IVG) médicamenteuses [2].

Aujourd'hui, elles se battent pour être reconnues comme professionnelles de premier recours auprès des femmes. Ce sont des interlocutrices privilégiées pour les femmes en bonne santé qui leur permet un suivi global tout au long de leur vie de femme, de la puberté à la ménopause.

Dix ans après la promulgation de la loi HPST, qu'en est-il en pratique ? Les sages-femmes libérales réalisent-elles entièrement le suivi gynécologique de prévention ? Se sont-elles appropriées cette pratique ? Sinon, quels actes sont peu réalisés et pour quelle(s) raison(s) ?

Au cours de mes différents stages, j'ai pu observer une certaine disparité dans l'exercice gynécologique des sages-femmes libérales. L'activité gynécologique est parfois prédominante alors qu'elle est moins développée au sein d'autres cabinets. Comment expliquer cela ? Quels sont les freins et les leviers dans la pratique professionnelle ?

Dans une première partie, le contexte du sujet sera présenté et l'évolution du métier de sage-femme sera corrélée aux données législatives et démographiques. Dans une deuxième et troisième partie, l'étude et ses résultats seront présentés. Enfin, dans la dernière partie, les hypothèses initiales seront validées ou non et des propositions seront soumises.

# 1. PARTIE 1 : CONTEXTE

## 1.1. Le suivi gynécologique de prévention

### 1.1.1. Généralités

#### ***La consultation de gynécologie et l'examen clinique***

Le suivi gynécologique comprend une mission d'éducation, de promotion de la santé, de prévention, de contraception, de dépistage des cancers génitaux ainsi que des infections sexuellement transmissibles (IST).

Il ne revêt pas de caractère obligatoire. Cependant, il est recommandé pour chaque femme dès la puberté, et cela une fois par an. Cette consultation constitue un outil important dans la santé gésérique. En effet, la réalisation de cet examen annuel permet d'établir un bilan général et gynécologique complet. C'est aussi l'occasion d'aborder la notion de contraception, de sexualité et plus généralement de la vie intime de la patiente. L'examen gynécologique peut comprendre un examen sénologique (des seins), abdominal, périnéal et pelvien. Dans ce cas, le professionnel réalise une inspection de la vulve, un examen du vagin et du col de l'utérus en effectuant un toucher vaginal et à l'aide d'un spéculum. Il n'existe que très peu de recommandations concernant la consultation de gynécologie, ce qui laisse penser qu'elle est dépendante de l'appréciation de chaque professionnel de santé [3].

#### ***Recommandations actuelles en France***

Seul le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) a publié, en 2010, une directive qualité intitulée : « *Contenu minimum obligatoire d'un dossier de consultation en gynécologie* » [4].

Ensuite, les recommandations ont concerné uniquement la contraception. Tout d'abord, en 2013, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié des recommandations de bonnes pratiques concernant la contraception. Cela s'est fait sous formes de « fiches mémo » adaptées à différentes situations : la femme en âge de procréer, la femme en post-partum, l'adolescente, etc [5].

Puis le CNGOF a émis en 2018, pour la première fois, des recommandations globales concernant la contraception [6].

En février 2020, Santé Publique France a créé un questionnaire en ligne afin d'aider les femmes dans le choix de leur contraception. Ce quiz, intitulé « *Quelle contraception me convient le mieux ?* » s'adresse à toutes les femmes et a été réalisé en lien avec le site choisirsacontraception.fr (site géré par le Ministère des Solidarités et de la Santé et Santé Publique France). Ce site a pour objectif de permettre à chaque femme de « *Choisir une méthode de contraception adaptée à son mode de vie, ses envies et sa santé, est essentiel*

*pour qu'elle soit efficace. »*

Il permet d'interroger les souhaits, le mode de vie ainsi que les antécédents personnels et familiaux de la femme afin d'évaluer le moyen contraceptif qui paraît le plus adapté à sa situation [7].

### ***Les professionnels du suivi gynécologique***

Les médecins généralistes, les gynécologues et les sages-femmes sont autorisés à réaliser le suivi gynécologique des femmes. Le gynécologue a suivi une formation de spécialisation de 4 ans afin de pouvoir prendre en charge l'ensemble des troubles relatifs à la gynécologie. Tandis que le médecin généraliste bénéficie de 4 mois de stage en gynécologie pendant sa formation. Les sages-femmes sont formées en gynécologie pendant leurs 4 années d'études à l'école de sages-femmes et peuvent réaliser le suivi gynécologique de prévention.

#### **1.1.2. Dépistage du cancer du sein**

##### ***Recommandations***

Il est recommandé de pratiquer un examen sénologique lors de la consultation gynécologique de prévention, soit une fois par an ou si la femme remarque une modification mammaire qui l'alerte. [8, 9]

##### ***Dépistage organisé***

De plus, le gouvernement français a mis en place un dépistage organisé du cancer du sein depuis 2004. Celui-ci concerne toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans et leur permet de bénéficier tous les deux ans d'un examen clinique des seins, d'une mammographie avec une double lecture des résultats, entièrement pris en charge par la sécurité sociale [10]. Les femmes ayant des facteurs de risque importants et notamment des antécédents familiaux de cancer du sein avec une mutation des gènes BRCA1 ou BRCA2 ne sont pas incluses dans ce dépistage organisé. Elles font l'objet d'un suivi plus spécifique. Dans ce cas, l'Institut National du Cancer (INCa) préconise dès 30 ans un suivi annuel par Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) et mammographie et plus ou moins une échographie selon la densité des seins [11].

##### ***La place de l'autosurveillance des seins***

En plus de ce dépistage organisé et de l'examen en consultation, l'autosurveillance mammaire (inspection de l'aspect général des seins et palpation) mensuelle doit être encouragée [12].

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il n'existe pas de preuve de l'effet du

dépistage par l'Auto-Examen des Seins (AES), aussi appelée autopalpation mammaire. Toutefois, on a pu constater que la pratique de l'auto-examen des seins permet aux femmes de se responsabiliser et de prendre en charge leur propre santé génésique. Par conséquent, il est recommandé pour sensibiliser les femmes à risque plutôt que comme une méthode de dépistage [13].

### **1.1.3. Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus**

#### ***Généralités***

La principale cause du cancer de l'utérus est la persistance d'une infection virale par le Human Papilloma Virus (HPV, papillomavirus humain), dont la transmission est sexuelle [14]. En France, c'est le 10<sup> me</sup> cancer le plus fréquent chez la femme. Chaque année, il touche environ 3000 femmes et est responsable d'environ 1100 décès. Si l'ensemble de la population cible bénéficiait d'un dépistage régulier, cela permettrait de réduire l'incidence de 90% [15, 16].

#### ***La prévention du cancer du col de l'utérus***

Un moyen de prévention efficace contre le cancer du col de l'utérus est la vaccination contre le HPV. Elle concerne les jeunes filles de 11 à 14 ans mais un rattrapage est possible jusqu'à 19 ans révolus. Cependant, la vaccination ne protège pas contre l'ensemble des cancers du col de l'utérus ni contre les lésions cancéreuses. De ce fait, le vaccin ne dispense pas de réaliser un Frottis Cervico-Vaginal (FCV)   partir de 25 ans [15].

#### ***Recommandations et organisation du dépistage du cancer du col de l'utérus (2)***

Le dépistage consiste en la réalisation de Frottis Cervico-Vaginal (FCV), également appelé examen cytologique. Ce FCV permet de dépister précocement les lésions précancéreuses du col de l'utérus. Il est recommandé de réaliser un premier FCV à 25 ans et un autre à un an d'intervalle, soit à 26 ans. Si les résultats sont sans particularité, il est alors recommandé de le réaliser tous les trois ans [17].

La HAS recommande depuis 2018 de réaliser un test HPV chez toutes les femmes âgées de 30 à 65 ans en remplacement de l'examen cytologique, dont le premier est à réaliser 3 ans après le dernier frottis cervico-utérin. Ensuite, les tests HPV doivent être réalisés tous les cinq ans [18, 19].

Le plan cancer 2014-2019 instaure le dépistage systématique pour le cancer du col de l'utérus. En pratique, les femmes n'ayant pas réalisé de test de dépistage au cours des trois dernières années reçoivent un courrier d'information et une invitation à consulter un professionnel de santé (médecin, gynécologue ou sage-femme) pour réaliser cet examen. Le dépistage est alors totalement pris en charge par l'Assurance Maladie. En cas de non-réalisation, une relance est

adressée 12 mois plus tard [20, 21].

## **1.2. Evolution de la législation concernant les sages-femmes**

### **1.2.1. Rappel de la définition du métier de sage-femme**

#### ***Définition de l’OMS***

Selon l’OMS, la sage-femme est définie comme étant « *Une personne qui a suivi un programme de formation reconnu dans son pays, a réussi avec succès les études afférentes et a acquis les qualifications nécessaires pour être reconnue ou licenciée en tant que sage-femme. Elle doit être en mesure de donner la supervision, les soins et les conseils à la femme enceinte, en travail et en période post-partum, d’aider lors d’accouchement sous sa responsabilité et prodiguer des soins aux nouveau-nés et aux nourrissons. Ses soins incluent des mesures préventives, le dépistage des conditions anormales chez la mère et l’enfant, le recours à l’assistance médicale en cas de besoin et l’exécution de certaines mesures d’urgence en l’absence d’un médecin. Elle joue un rôle important en éducation sanitaire, non seulement pour les patientes, mais pour la famille et la préparation au rôle de parents et doit s’étendre dans certaines sphères de la gynécologie, de la planification familiale et des soins à donner à l’enfant. La sage-femme peut pratiquer en milieu hospitalier, en clinique, à domicile ou en tout autre endroit où sa présence est requise* » [22] ;

L’OMS définit la santé reproductive comme une « *conception de la santé génésique qui suppose que les femmes et les hommes puissent choisir des méthodes de régulation de la fécondité sûres, efficaces, abordables et acceptables, que les couples puissent avoir accès à des services de santé appropriés permettant aux femmes d’être suivies pendant leur grossesse et offrant ainsi aux couples la chance d’avoir un enfant en bonne santé* » [23].

#### ***Dans le Code de la Santé Publique***

Les conditions d’exercice du métier de sage-femme sont retrouvées dans la quatrième partie du Code de la Santé Publique (CSP), livre I et titre V. Les sages-femmes exercent une profession médicale au même titre que les chirurgiens-dentistes et les médecins et doivent respecter un code de déontologie. Celui-ci est rédigé par le Conseil national de l’Ordre propre à chaque profession et édicté sous forme d’un décret en Conseil d’Etat [24].

Les sages-femmes ont l’obligation d’adhérer au Conseil National de l’Ordre des sages-femmes pour pouvoir exercer.

Le code de déontologie des sages-femmes est inclus dans la partie réglementaire du CSP. Il

s'impose à toutes les sages-femmes.

La sage-femme doit assurer ses missions dans le respect : « *de la vie et de la personne humaine, de l'obligation de formation médicale continue, de l'indépendance professionnelle, de l'Honneur de la profession et du secret professionnel* » [25].

Les parties législatives et réglementaires du CSP régissent les compétences des sages-femmes en gynécologie.

### **1.2.2. Un élargissement du champ de compétences**

#### ***Au niveau contraceptif***

Avant 2004, d'après l'article L5134-1 du CSP, les sages-femmes pouvaient prescrire les capes et les diaphragmes et en réaliser la première pose. Elles étaient également autorisées à prescrire les contraceptifs locaux et à délivrer la contraception d'urgence aux mineures qui ne nécessitait aucune prescription médicale [26].

Ensuite, la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, a autorisé les sages-femmes à prescrire « *une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen post-natal et après une interruption volontaire de grossesse* » [27].

La loi Hôpital Patients Santé et Territoire (HPST) de 2009 autorise la prescription de l'ensemble des moyens de contraception par les sages-femmes.

#### ***Au niveau de la visite post-natale***

Depuis 2004, les sages-femmes pouvaient réaliser la visite post-natale lorsque la grossesse et l'accouchement étaient physiologiques. Cette condition a ensuite été supprimée dans la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 – art. 127 précisant que « *La sage-femme peut effectuer l'examen postnatal à la condition d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique constatée* ».

Cela a permis aux sages-femmes d'aborder le suivi gynécologique de prévention. En effet, lors de cette consultation, la sage-femme peut réaliser un examen gynécologique complet, dont un FCV si nécessaire et aborder les notions de contraception et de sexualité.

#### ***Au niveau du suivi gynécologique de prévention***

La prescription du frottis cervico-vaginal par une sage-femme a été autorisée par un arrêté du 17 octobre 1983 [28]. La sage-femme peut réaliser le FCV au cours de la grossesse et lors de l'examen post-natal selon l'article R4127-318 du CSP, modifié par un décret du 17 octobre 2006 [29].

En 2009, la loi HPST a renforcé les compétences des sages-femmes en leur donnant la possibilité de réaliser le suivi gynécologique des femmes en bonne santé : d'après l'article L4151-1 du CSP : « [...] *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 ».* Les sages-femmes peuvent ainsi prescrire les contraceptifs locaux et hormonaux, les contraceptifs intra-utérins, les diaphragmes et les capes. Elles peuvent effectuer l'insertion des dispositifs intra-utérins et leur surveillance ainsi que la pose et le retrait des implants [1].

Dans ce cadre, la sage-femme peut également participer au dépistage du cancer du col de l'utérus : la réalisation du FCV peut être proposée à toutes les femmes, d'après l'article L2122-1 du CSP [30]. En prévention de ce cancer, la sage-femme est également autorisée à procéder à la vaccination contre le papillomavirus depuis l'arrêté du 10 octobre 2016 [31].

### **1.2.3. Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST)**

La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) est entrée en vigueur le 21 juillet 2009 et a apporté des modifications majeures. Cette loi a étendu le champ de compétences des sages-femmes en autorisant la réalisation du suivi gynécologique de prévention et de contraception chez les femmes en bonne santé. Elle a permis de faciliter l'accès aux soins et à la contraception, en particulier chez les femmes n'ayant pas de suivi gynécologique régulier. Des modifications législatives concernant le droit de prescription ont également été apportées afin que les sages-femmes puissent bénéficier pleinement de leurs nouvelles compétences.

### **1.2.4. Modifications du droit de prescription**

#### ***Dans le Code de la Santé Publique***

Plusieurs articles du Code de la santé publique traitent de la question de la prescription de contraceptifs par les sages-femmes. L'article L. 5134-1, relatif aux contraceptifs définit qu'avant 2004, les sages-femmes étaient habilitées à « *prescrire les diaphragmes, les capes ainsi que les contraceptifs locaux. La première pose du diaphragme ou de la cape devant être faite par un médecin ou une sage-femme.* »

La loi du 9 août 2004, a donné aux sages-femmes la possibilité de « *prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen postnatal et après une interruption volontaire de grossesse* » [32] ;

C'est ensuite la loi HPST du 21 juillet 2009 qui a accordé aux sages-femmes une place prépondérante dans le domaine de la contraception. Les textes ont ainsi été modifiés : « *L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin ou une sage-femme* » et « *Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux. La surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant* » [1].

En 2012, la notion de surveillance par le médecin est supprimée. Cela permet aux sages-femmes de prendre intégralement en charge la prescription et le suivi de la contraception de leurs patientes, sans recours obligatoire à un médecin. L'accès à la contraception est alors simplifié pour les femmes.

### ***Sur la liste en pratique***

La liste définissant l'ensemble des classes thérapeutiques des médicaments pouvant être prescrits par les sages-femmes a été modifiée en 2011. Cette liste est fixée par un arrêté du ministre chargé de la santé après avis de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) et est inscrite dans l'article L4151-4 du CSP [33]. Depuis cette modification, la liste des contraceptifs pouvant être prescrits par une sage-femme a été simplifiée et généralisée par la formulation : « *contraceptifs sous toutes leurs formes et voies d'administration* ».

Les sages-femmes peuvent proposer et prescrire à leurs patientes l'ensemble des méthodes contraceptives : les contraceptifs locaux et hormonaux, les contraceptifs intra utérins, les diaphragmes et les capes ainsi que les contraceptifs d'urgence. Seule la contraception définitive qui est une méthode chirurgicale nécessite la consultation d'un médecin qui en assurera sa réalisation.

## **1.2.5. Législation concernant l'IVG**

### ***Les débuts de la loi et les principales évolutions***

En France, malgré une utilisation importante des méthodes de contraception, il subsiste un nombre non négligeable de grossesses dites « non désirées » [34]. Depuis 1975 et l'adoption de la loi Veil, une grossesse peut être interrompue légalement, en France, jusqu'à un terme défini.

Le 4 juillet 2001, la loi n°2001-588, relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, modifie le délai légal d'IVG qui passe de 12 semaines d'aménorrhée (SA) à 14 SA [35].

En 2017, il y a eu environ 200 000 avortements en France, dont 67,5% sont des IVG médicamenteuses. Ce chiffre reste relativement stable au cours des ans [36].

### ***La loi de 2016, évolution du rôle des sages-femmes***

En 2016, la loi de santé Touraine, étend les compétences des sages-femmes. Elles sont autorisées à pratiquer l'interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse sous réserve qu'elles adressent la femme à un médecin en cas de situation pathologique. Les articles L 4151-1 et L4151-2 du CSP sont modifiés par cette loi de modernisation de notre

système de santé.

Un décret paru le 2 juin 2016 précise les compétences requises ainsi que d'autres modalités pour la réalisation de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes. Il indique notamment qu'une convention doit être établie entre la sage-femme libérale et un établissement de santé. Celle-ci permet de lier les deux parties en rappelant les modalités de prise en charge des patientes. De plus, pour être habilitée à la réalisation d'IVG médicamenteuse en libéral, la sage-femme doit justifier d'une « *pratique suffisante et régulière des interruptions volontaires de grossesses médicamenteuses dans un établissement de santé* ». Cela peut s'établir sous forme d'un stage au sein du service d'orthogénie de l'établissement partenaire [37, 38].

### ***Depuis 2019, une proposition de loi toujours en cours***

En avril 2019, une proposition de loi a été soumise afin de modifier l'article L2212-2 du CSP et ainsi laisser la possibilité aux sages-femmes de réaliser les IVG chirurgicales. Cette proposition a été renvoyée à la Commission des Affaires Sociales qui produira un texte dont le Parlement pourra débattre avant son éventuelle adoption. Ceci est établi dans l'optique de pallier le manque croissant de gynécologues et de favoriser l'accès à l'IVG [39].

## **1.3. Formation des sages-femmes**

### **1.3.1. Formation initiale**

#### ***Contenu théorique***

Le contenu du programme des études de sages-femmes, fixé par l'arrêté du 11 décembre 2001, comprenait 120 heures de formation clinique et environ 140 heures de formation théorique en gynécologie et faisait suite à l'harmonisation européenne des diplômes [40].

La mise en place de la loi HPST en 2009, a nécessité et entraîné des modifications au sein du contenu de la formation initiale des sages-femmes. Le programme des études de sage-femme est fixé par l'arrêté du 11 mars 2013, relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de sage-femme. Il y a désormais une unité d'enseignement consacrée à la gynécologie, à la santé gènesique des femmes et l'assistance médicale à la procréation, représentant 4 à 8 ECTS (European Credits Transfer System) dans la formation. Cela correspond à environ 40 à 80 heures d'enseignement théorique. Durant ces années de formation, la future sage-femme reçoit des enseignements sur les différentes étapes de la vie génitale (de la puberté à la ménopause), sur l'examen clinique gynécologique, sur la régulation des naissances, sur le dépistage des patientes présentant des pathologies gynécologiques et enfin sur la sexologie.

Le programme de 2011 a permis une revalorisation de la pratique clinique, dont le temps de formation a été multiplié par 2 voire 3,5 pour permettre aux nouvelles diplômées de l'intégrer dans leurs futures pratiques professionnelles [41, 42].

## **Contenu pratique**

Lorsque les études de sages-femmes duraient 3 ans, quelques notions de gynécologies étaient abordées notamment l'anatomie et la physiologie et un stage en service d'hospitalisation en gynécologie était réalisé.

D'après un arrêté du 22 juillet 2005, les études de sages-femmes lors des deux dernières années de formation, doivent comporter « 40 heures permettant de participer à la prise en charge des femmes présentant des pathologies gynécologiques dans les services de gynécologie (hospitalisation et/ou consultation » [43].

Depuis la réforme de 2009, l'enseignement clinique représente 8 à 14 ECTS, soit 240 à 420 heures de stages. Les stages peuvent s'effectuer dans les structures telles que les centres de planification, les centres d'orthogénie, les cabinets libéraux ou les établissements de santé publics ou privés. Ces stages doivent permettre aux étudiants de réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention et de dépistage, la prévention des IST et l'accompagnement lors des IVG. Cette formation initiale permet aux sages-femmes d'obtenir les compétences nécessaires à la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention. Elles acquièrent notamment la capacité à analyser les différents motifs de plaintes des femmes, à prescrire les examens complémentaires et la connaissance des différents médicaments gynécologiques dont les sages-femmes possèdent le droit de prescription [44-47].

## **Contenu du référentiel métier (5)**

Le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes s'est associé au Collectif des Associations et des Syndicats de Sages-Femmes (CASSF) pour élaborer en 2010 un « Référentiel métier ». Il regroupe plusieurs situations présentant la profession de sage-femme ainsi que les compétences qui leurs sont accordées sous forme de situations types. Une de ces situations concerne la réalisation d'une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention dont les axes principaux sont : la réalisation d'un diagnostic, la décision d'indication d'une stratégie de prise en charge et d'accompagnement et la réalisation d'un suivi en assurant la continuité de la prise en charge.

Au cours de cette consultation seront réalisés : l'identification des facteurs de risque, la prise de constantes, l'examen gynécologique, le frottis de dépistage, la prescription de la contraception, les vaccinations éventuelles, la délivrance de conseils de prévention (par exemple concernant les IST), et le dépistage de certaines pathologies [48].

### **1.3.2. Formation continue/DPC**

Depuis la loi HPST de 2009, le Développement Professionnel Continu (DPC) constitue une obligation pour les sages-femmes selon l'article L.4153-1 du CSP. Cela signifie que les sages-

femmes ont l'obligation de suivre une formation continue une fois par an afin de compléter et mettre à jour leurs connaissances sur les thématiques de leur choix. A ce jour, de nombreux diplômes universitaires (DU) ou inter-universitaires (DIU) sont ouverts aux sages-femmes : ce sont les seules formations continues reconnues par le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF). 17 DU ont été recensés en lien avec la gynécologie et la contraception, et 9 à propos de la sexologie : ils comprennent des enseignements théoriques, pratiques et parfois un stage. Le DU « Suivi gynécologique de prévention, Sexualité et régulation des naissances », de Brest, ouvert depuis 2010 est le premier en France à avoir été accessible aux sages-femmes. Les thèmes principalement abordés et approfondis durant ces formations sont : la contraception, les IST, l'IVG, la sexualité, l'examen gynécologique, les pathologies gynécologiques [44, 49].

## **1.4. Démographie française versus démographie**

### **lorraine**

Seules les données concernant la Moselle et la Meurthe-et-Moselle, départements où s'est déroulée l'étude, sont ici présentées.

#### **1.4.1. Médecins généralistes**

##### ***Situation nationale***

D'après des projections à long terme de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), le nombre de médecins généralistes en activité en France métropolitaine sera de 79900 en 2020, ce qui représente une diminution de 7.6% par rapport à 2007. Cette baisse est la conséquence d'une réduction du numerus clausus [50].

Cela peut s'expliquer par un départ à la retraite de nombreux médecins qui ne sont pas remplacés mais aussi par les différentes réformes concernant le numerus clausus de la filière de médecine.

En France, 47 % des médecins ont 55 ans ou plus, dont 30 % ont plus de 60 ans. L'âge moyen des médecins est de 51 ans, il est élevé car les générations actuellement proches de la retraite sont issues des numerus clausus élevés des années 1970 (environ 8 000), tandis que les générations suivantes ont connu des numerus clausus plus bas (inférieurs à 4 000 dans les années 1990) [51]. Ce qui peut s'expliquer par la maîtrise des dépenses liées aux politiques de santé antérieures.

##### ***Situation régionale***

En 2018, on comptait 1093 médecins généralistes en Meurthe-et-Moselle et 1251 en Moselle.

Concernant la densité des médecins généralistes, c'est-à-dire du nombre de médecins pour 100 000 habitants, elle est de 153 au niveau national et de 146,8 en Lorraine.

Selon l'ordre des médecins, entre 2017 et 2018, en Moselle, la densité a diminué de 0,43 et en Meurthe-et-Moselle, il y a une légère augmentation (0,27) [52].

On compte moins de médecins généralistes que de médecins spécialistes, ce qui engendre une diminution de l'offre de soins de premier recours. Ce manque se fait particulièrement ressentir dans les zones rurales [53-55].

## **1.4.2. Gynécologues**

### ***Formation et situation nationale***

L'internat se déroule sous la forme d'un tronc commun de trois ans au terme duquel un choix doit se faire entre deux ans de gynécologie médicale ou deux ans de gynécologie obstétrique. Cela conduit à un Diplôme d'Études Supérieures (DES). À l'heure actuelle, les gynécologues médicaux ne sont que 1776 sur le territoire français, pour une moyenne d'âge de 57 ans. En 2009, toutes spécialités confondues, les gynécologues étaient 7136, avec une moyenne d'âge de 54 ans.

La spécialité de gynécologie a été fermée en 1987, pour une question de coût et par souci d'harmonisation européenne des diplômes, puis rouverte en 2003 [56]. Ce rétablissement répond à une forte mobilisation des femmes et des gynécologues avec la création du Comité de Défense de la Gynécologie Médicale (CDGM) à l'origine de plusieurs manifestations et pétitions.

Le 1<sup>er</sup> janvier 2017, la filière comptait 1 136 praticiens (libéraux et salariés), pour environ 28 millions de femmes en âge de consulter. En dix ans, 809 gynécologues ont cessé d'exercer, soit une baisse de 42 %, selon les chiffres de l'Ordre des médecins [57].

En 2018, on comptait 2795 gynécologues médicaux sur le territoire français. La densité moyenne est donc de 9,8 gynécologues médicaux pour 100 000 habitants.

### ***Situation régionale***

En Lorraine, la densité est de 7,47 soit inférieure à la densité nationale. Cependant, cette valeur est à nuancer car la situation diffère entre les zones rurales et urbaines qui ne disposent pas de la même densité de gynécologues.

## **1.4.3. Sages-femmes libérales**

### ***Situation nationale***

Selon l'ARS du Grand-Est, la profession de sage-femme connaît une évolution démographique croissante. Depuis plusieurs années, le nombre de sages-femmes progresse.

La profession est relativement jeune, l'âge moyen étant de 41 ans. En 2017, on comptait 22 721 sages-femmes sur le territoire français. 69,7% d'entre elles sont exclusivement salariées et 4406 exercent une activité libérale ou mixte (associant un exercice libéral et salarié).

Le nombre de sages-femmes exerçant exclusivement en libéral augmente de façon régulière. Face à cette démographie médicale, la sage-femme a une position primordiale dans la santé des femmes françaises. De plus, leurs compétences nouvellement acquises, devraient leur donner l'occasion de devenir le praticien de premier recours de la femme.

### ***Situation régionale***

La Lorraine comprend deux sites de formation en maïeutique, après la réussite de la Première Année Commune aux Études de Santé (PACES) : l'école de sages-femmes de Metz et celle de Nancy.

En 2017, la Moselle comptait 402 sages-femmes actives dont 108 en libéral (77 libérales et 31 mixtes, c'est-à-dire combinant activité libérale et salariée).

La même année, en Meurthe et Moselle, 342 sages-femmes actives sont recensées dont 83 exercent en libéral (58 uniquement en libéral et 25 en mixte) [54, 58].

Selon la DREES, en 2018, la densité de sages-femmes libérales en Meurthe-et-Moselle est de 43,5 pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans et elle est de 39,1 en Moselle. La densité moyenne française de sages-femmes libérales est de 45. Ce qui place la région Lorraine légèrement en dessous de cette moyenne.

## **2. PARTIE 2 : METHODOLOGIE**

### **2.1. Problématique**

Comment le suivi gynécologique s'inscrit-il dans la pratique quotidienne des sages-femmes libérales de Moselle et de Meurthe-et-Moselle en 2019-2020, soit dix ans après la loi HPST qui a donné cette compétence aux sages-femmes ?

### **2.2. Objectifs**

#### **2.2.1. Objectif principal de l'étude**

L'objectif principal de cette étude est d'analyser les pratiques professionnelles du suivi gynécologique en 2020 par les sages-femmes libérales de Meurthe-et-Moselle (54) et de Moselle (57).

#### **2.2.2. Objectifs secondaires de l'étude**

Les objectifs secondaires de cette étude sont les suivants :

- Déterminer la place de l'activité de contraception (et plus particulièrement la place de l'implant et du DIU) ;
- Évaluer la place du dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus dans l'activité des sages-femmes ;
- Évaluer l'activité de sexologie ;
- Décrire les freins et les leviers à l'activité gynécologique.

### **2.3. Hypothèses**

En amont de cette étude, différentes hypothèses ont été posées :

- H1 : Les sages-femmes ont les connaissances nécessaires pour réaliser des consultations de gynécologie
- H2 : Les sages-femmes réalisent des consultations de gynécologie de prévention
- H3 : Les sages-femmes posent souvent des DIU et des implants
- H4 : Les sages-femmes réalisent les actes de dépistage (FCV et examen des seins)
- H5 : Les sages-femmes abordent le sujet de la sexualité avec leurs patientes
- H6 : Les sages-femmes se forment dans le domaine de la gynécologie
- H7 : Les sages-femmes pratiquent les IVG médicamenteuses



- H8 : les sages-femmes travaillent en réseau en matière de gynécologie afin de pouvoir réadresser en cas de pathologie

## **2.4. Critères de jugement**

- Part de l'activité gynécologique dans l'activité totale des sages-femmes
- Nombre de sages-femmes réalisant des consultations gynécologiques
- Nombre de sages-femmes qui réalisent la pose de DIU et d'implants contraceptifs
- Nombre de sages-femmes qui réalisent les actes de dépistage des cancers gynécologiques
- Nombre de sages-femmes qui parlent de sexualité avec leurs patientes
- Nombre de sages-femmes qui ont suivi une formation sur le thème de la gynécologie
- Nombre de sages-femmes qui pratiquent les IVG médicamenteuses au sein de leur cabinet

## **2.5. Schéma d'étude et déroulement**

### **2.5.1. Type d'étude**

Étude quantitative observationnelle, descriptive multicentrique dans les départements de Moselle et de Meurthe-et-Moselle par questionnaires anonymes de janvier à mars 2020.

### **2.5.2. Population d'étude**

#### ***Critères d'inclusion***

L'enquête s'adressait à l'ensemble des sages-femmes libérales dont le lieu d'exercice était la Meurthe-et-Moselle ou la Moselle et dont l'activité principale était le suivi génésique. N'étaient pas incluses les sages-femmes ayant une activité principale différente du suivi de la santé génésique (exclusivement : l'échographie, la préparation à la naissance et à la parentalité, la sophrologie ou l'hypnose) ainsi que celles ne désirant pas participer à l'étude. Le critère d'exclusion était en cas de questionnaire incomplet ou inexploitable. Ont été exclues les sages-femmes n'ayant pas répondu au questionnaire dans les temps impartis, en cas de réponses partielles ou de manière inexploitable.

### **2.5.3. Lieu et durée de l'étude**

Le questionnaire a été transmis aux présidentes des Ordres départementaux des sages-femmes de Moselle et de Meurthe-et-Moselle par mail pour diffusion à l'ensemble des sages-femmes libérales de leur département. Le questionnaire est resté en ligne de janvier

2020 à mars 2020. Durant cette période, 2 relances ont été effectuées afin d'obtenir un maximum de réponses.

#### **2.5.4. Elaboration du questionnaire**

Le questionnaire a été créé et diffusé via Google Forms (1)

Il comporte plusieurs parties :

- présentation générale
- formation initiale en gynécologie
- stage avec une sage-femme libérale
- stage en gynécologie
- formation continue en gynécologie
- diplôme en gynécologie
- formation supplémentaire en gynécologie
- parcours professionnel
- situation du cabinet libéral
- activité libérale
- activité gynécologique
- dépistage et prévention des cancers gynécologiques
- contraception
- IST
- sexualité
- IVG
- Collaboration avec les autres professionnels

#### **2.5.5. Traitement des données**

Les données ont été traitées grâce aux logiciels Microsoft Office : Word et Excel et détruites après leur traitement.

## **3. PARTIE 3 : RESULTATS**

### **3.1. Taux de participation**

Le questionnaire a été envoyé à 88 sages-femmes libérales en Moselle et à 63 sages-femmes libérales en Meurthe-et-Moselle, soit 151 questionnaires.

40 questionnaires ont été entièrement complétés, ce qui établissait un taux de participation à 26,5 %.

### **3.2. Caractéristiques générales de la population étudiée**

#### **3.2.1. Sexe**

Parmi les 40 réponses des sages-femmes libérales, 39 étaient des femmes soit 97,5% (n=39).

#### **3.2.2. Age**

Les sages-femmes avaient entre 24 et 58 ans. La moyenne d'âge était de 42,1 ans.

#### **3.2.3. Année d'obtention du diplôme**

Les sages-femmes ayant obtenu leur diplôme entre 1982 et 1987 avaient 3 années d'étude et étaient 15% à répondre à l'étude (n=6).

Celles ayant 4 années d'études étaient diplômées entre 1989 et 2004 et étaient 35% à répondre à l'étude (n=14).

Les sages-femmes diplômées après 2004 ont fait 5 ans d'études et représentaient 50% de la population d'étude (n=20).

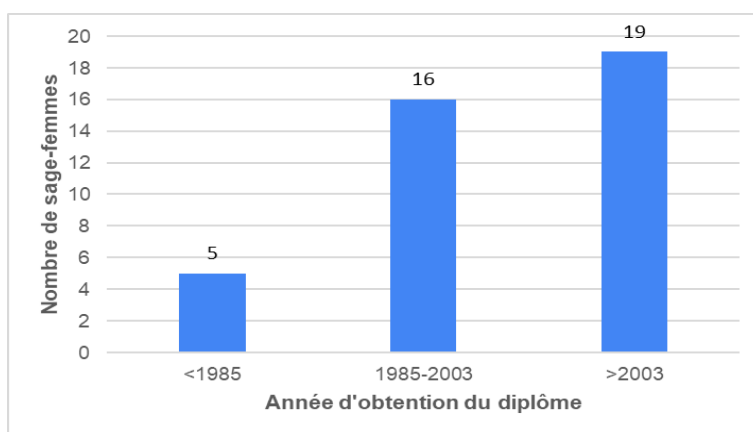


Figure 1 : répartition de sages-femmes selon l'année d'obtention du diplôme - Etude Gynécologie SFL- Départements 54-57 - 2020 (n=40)

### 3.2.4. Installation en libéral

17,5% (n=7) de la population interrogée s'est installée dès l'obtention du diplôme en cabinet libéral.

Les autres ayant travaillé dans divers services avant cette installation. Les secteurs de salle de naissance et de maternité ont été cités en majorité (respectivement pour 75,8% et 60,6% de la population de l'étude) mais on retrouvait aussi : le service de grossesses pathologiques (39,4%), les consultations prénatales et les services de gynécologie (9%). Quelques sages-femmes ont aussi travaillé en néonatalogie, au bloc opératoire ou en service de chirurgie gynécologique (6,1%).

Au moment de l'étude, environ 90% (n=36) des sages-femmes travaillaient exclusivement en cabinet libéral.

Les 10% restants (n=4) se partageaient entre :

- activité libérale et activité d'enseignement (5%) (n=2)
- exercice libéral et exercice hospitalier public (2,5%) (n=1)
- activité libérale associée à un suivi global avec accouchement en plateau technique privé (2,5%) (n=1).

La durée totale d'exercice en libéral des participants était comprise entre 1 et 28 ans. La durée moyenne d'exercice des sages-femmes était de 9,5 ans en secteur libéral.

### 3.2.5. Situation du cabinet libéral

Le questionnaire a été diffusé dans deux départements, les participants exerçaient leur profession en Meurthe-et-Moselle pour 47,5% (n=19) et pour 52,5% (n=21) en Moselle.

Une large majorité des sages-femmes exerçait au sein d'un cabinet situé en milieu urbain (87,5%, n=35), c'est-à-dire dans une ville de plus de 2 000 habitants.

Concernant la proximité par rapport à d'autres professionnels de santé, diverses situations ont été relevées.

On retrouvait au moins :

-une autre sage-femme libérale, un médecin généraliste et un gynécologue dans la même ville : situation de 40% des sages-femmes interrogées (n=16).

-une autre sage-femme libérale et un médecin généraliste dans la même ville : situation de 10% des sages-femmes interrogées (n=4).

-un médecin généraliste et un gynécologue dans la même ville : situation de 10% des sages-femmes interrogées.

-un médecin généraliste dans la même ville : situation de 35% des sages-femmes interrogées (n=14).

-une autre sage-femme libérale dans la même ville : situation de 5% des sages-femmes interrogées (n=2).

Pour résumer, les sages-femmes libérales exerçaient sur la même commune qu'un médecin généraliste à 95% (n=38), qu'une autre sage-femme libérale à 55% (n=22), qu'un gynécologue à 50% (n=20).

Pour 37,5% de sages-femmes (n=15), leur cabinet se situait à moins de 2 kilomètres d'un cabinet de gynécologue. Pour 32,5% (n=13), il était entre 2 et 10 kilomètres. Pour 30% (n=12), il se situait à 10 kilomètres ou plus.

La distance médiane séparant le cabinet des sages-femmes libérales et celui d'un gynécologue était comprise entre 2 et 5 kilomètres, la distance moyenne étant de 5,5 kilomètres.

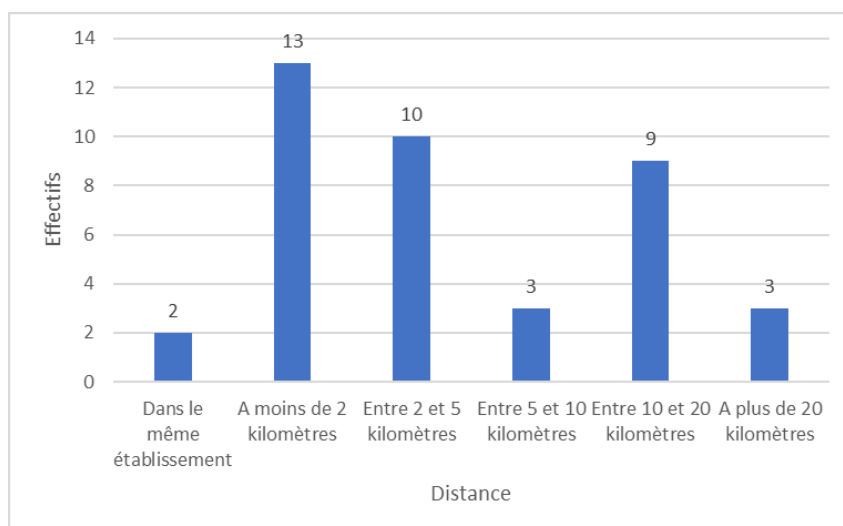


Figure 2 : distance entre le cabinet de sage-femme et le cabinet d'un médecin gynécologue - Etude Gynécologie SFL- Départements 54-57 - 2020 (n=40)

Concernant l'éloignement par rapport à un centre d'imagerie (radiologie/échographie), la répartition était la suivante : le cabinet des interrogés se situait à moins de 2 kilomètres pour

32,5% (n=13). Pour 42,5%, il se situait entre 2 et 10 kilomètres (n=17). Et pour 25% des sondés, il était implanté à 10 kilomètres ou plus (n=10).

La distance médiane séparant le cabinet des sages-femmes libérales et celui d'un centre d'imagerie était comprise entre 2 et 5 kilomètres, la distance moyenne étant de 6,1 kilomètres.

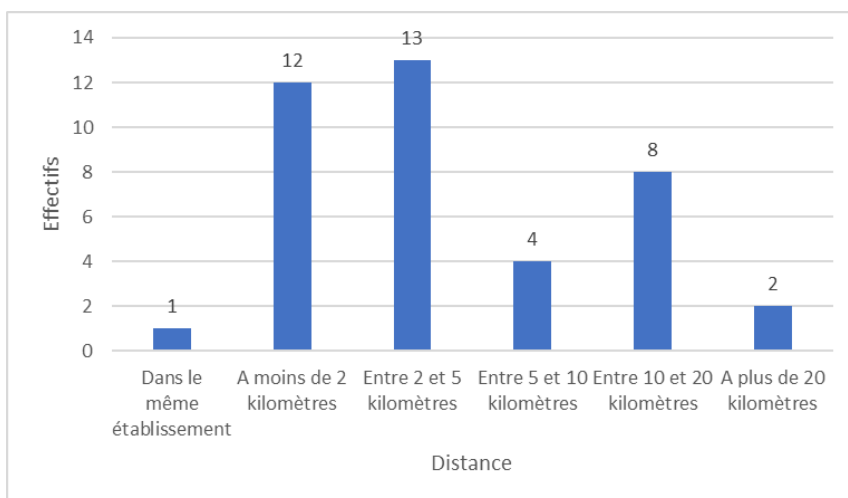


Figure 3 : distance entre le cabinet de sage-femme et un centre d'imagerie - Etude Gynécologie SFL- Départements 54-57 - 2020 (n=40)

La distance par rapport à un centre d'orthogénie a également été interrogée. Dans 15% des cas, le cabinet se trouvait à moins de 2 kilomètres (n=6).

Un centre d'orthogénie était situé entre 2 et 10 kilomètres pour 32,5% des sages-femmes (n=13).

Pour la majorité, le centre le plus proche était éloigné de 10 kilomètres ou plus (52,5%, n=21)) dont 17,5% (n=7) étaient à plus de 20 kilomètres.

La distance médiane séparant le cabinet des sages-femmes libérales et celui d'un centre d'orthogénie était comprise entre 10 et 20 kilomètres, la distance moyenne étant de 10,7 kilomètres.

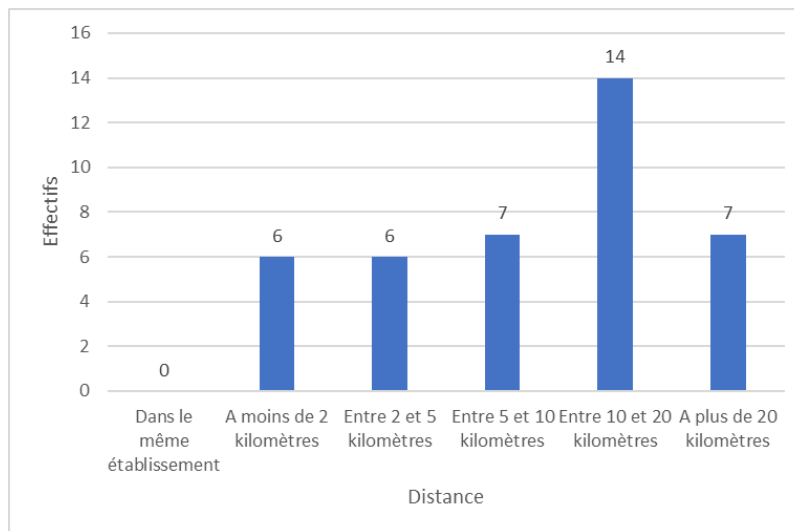


Figure 4 : distance entre le cabinet de sage-femme et un centre d'orthogénie - Etude Gynécologie SFL- Départements 54-57 - 2020 (n=40)

### 3.2.6. Activités des sages-femmes

Ayant interrogé l'activité principale des sages-femmes, plusieurs tendances ont été relevées : la rééducation périnéale citée par 52,5% (n=21), suivie par le suivi gynécologique à 40% (n=16), ensuite venaient les consultations de grossesse et le suivi obstétrical cités par 35% enfin le suivi post-natal avec les visites à domicile à 12,5% (n=5). Une seule sage-femme a cité la préparation à la naissance et à l'accouchement comme une activité principale de son cabinet (2,5%).

C'était une question à choix multiples, ce qui entraînait un pourcentage total supérieur à 100%.

Des consultations de grossesse étaient réalisées par 97,5% des sages-femmes interrogées.

Elles étaient 100% à réaliser des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, du suivi en post-partum et de la rééducation périnéale.

### 3.2.7. L'activité gynécologique

Concernant le suivi gynécologique, 97,5% des sondés en réalisaient, ce qui représentait 39 sages-femmes.

La raison évoquée lors de l'absence de réalisation de consultation de suivi gynécologique était le travail en collaboration avec une autre sage-femme prenant en charge les patientes pour l'ensemble des actes de gynécologie : « *Ne m'intéressant que peu au suivi gynéco, j'ai mis en place la présence d'une collaboratrice au sein de mon cabinet qui, elle, s'occupe de cet aspect là du suivi des femmes* ».

A l'inverse, les sages-femmes qui pratiquaient le suivi gynécologie évoquaient pour 65% (n=26) d'entre elles une demande des patientes pour l'instauration de ce type de suivi par les sages-femmes. Le manque de gynécologues était déploré par 15% des sages-femmes interrogées

(n=6), les incitant à mettre en place le suivi gynécologique au sein de leur cabinet. Pour 7,5% des sages-femmes (n=3) la réalisation du suivi gynécologique était une part d'activité qui s'inscrivait dans les compétences qui leur étaient attribuées.

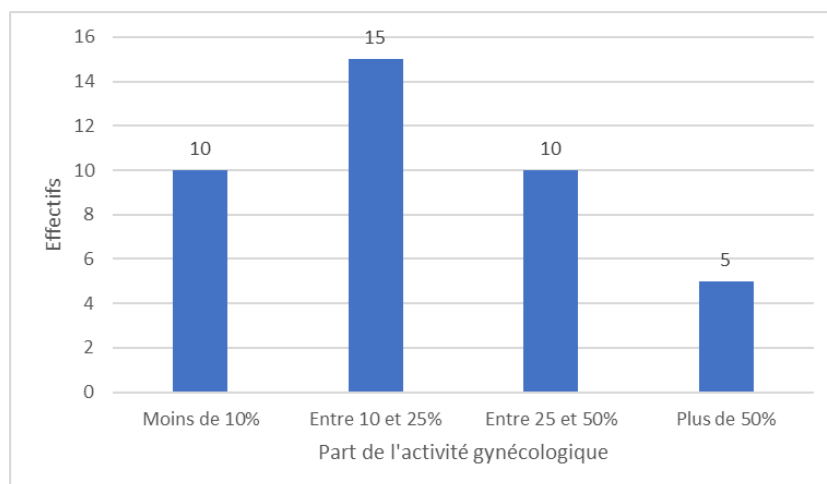
La pratique d'une activité gynécologique permettait un accompagnement global pour 10% des sages-femmes interrogées (n=4). Enfin pour 35% des interrogés (n=14), la mise en place d'une activité gynécologique s'était faite par intérêt pour cette discipline et permettait dans un même temps de diversifier les activités proposées au sein du cabinet.

### ***Part de l'activité gynécologique dans l'activité totale***

Pour 23,1% (n=10) des sages-femmes, les consultations gynécologiques comprenant à la fois le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception représentaient moins de 10% de l'activité totale.

Pour 38,5% (n=15), cette part d'activité était comprise entre 10 et 25%. L'activité gynécologique avait une fréquence comprise entre 25 et 50% de l'activité totale pour 25% des interrogés (n=10).

Enfin, elle consistait en plus de la moitié de l'activité globale pour 13% d'entre eux (n=5).



**Figure 5 : Part de l'activité gynécologique dans l'activité globale - Etude Gynécologie SFL-Départements 54-57 - 2020 (n=40)**

### ***Participation aux activités gynécologiques de dépistage***

L'ensemble des sages-femmes réalisant le suivi gynécologique de leurs patientes participaient au dépistage du cancer du col de l'utérus en réalisant le FCV pour 100% d'entre elles (n=39). Il en est de même pour la palpation mammaire dans le cadre de la prévention du cancer du sein.

Concernant la vaccination anti-HPV, 31 personnes la réalisaient au sein de leur cabinet, ce qui représentait 77,5%.



## **Participation aux activités de contraception**

Des consultations de contraception étaient réalisées « souvent » par 80% de la population d'étude (n=32), « parfois » par 15% (n=6) et « rarement » par 5% (n=2).

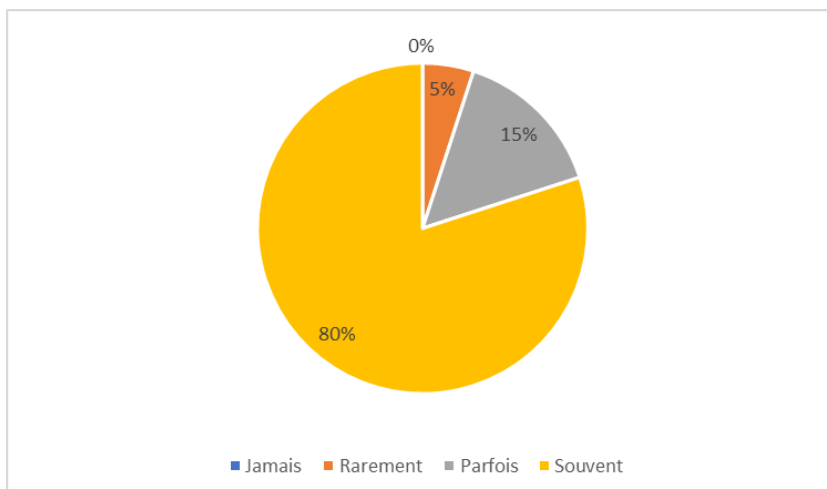


Figure 6 : fréquence de réalisation des consultations de contraception - Etude Gynécologie SFL- Départements 54-57 - 2020 (n=40)

Concernant les différents moyens de contraception prescrits au cours de ces consultations, la pilule oestro-progestative ou progestative, était « souvent » prescrite par 65% (n=26) de la population interrogée, « parfois » par 27,5% (n=11), « rarement » par 5% (n=2) et « jamais » par 2,5% (n=1).

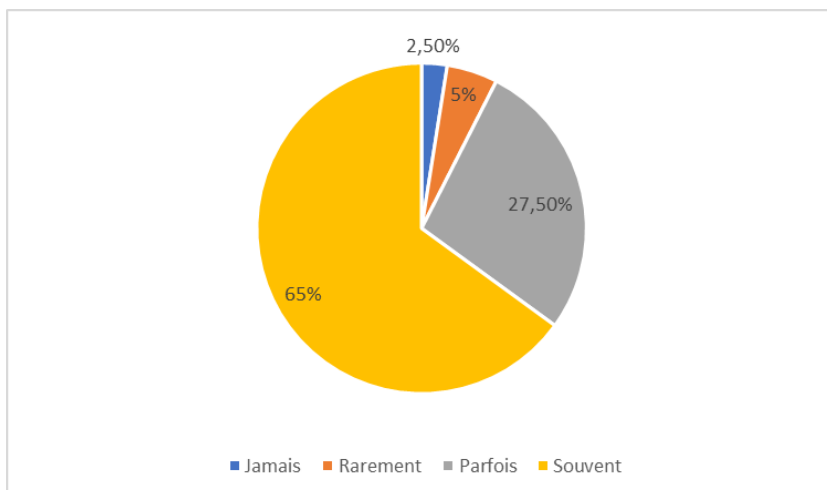


Figure 7 : fréquence de prescription de la pilule contraceptive - Etude Gynécologie SFL- Départements 54-57 - 2020 (n=40)

L'implant contraceptif était prescrit « souvent » par 25% (n=10), « parfois » par 47,5% (n=19), « rarement » par 20% (n=8), et « jamais » par 7,5% (n=3).

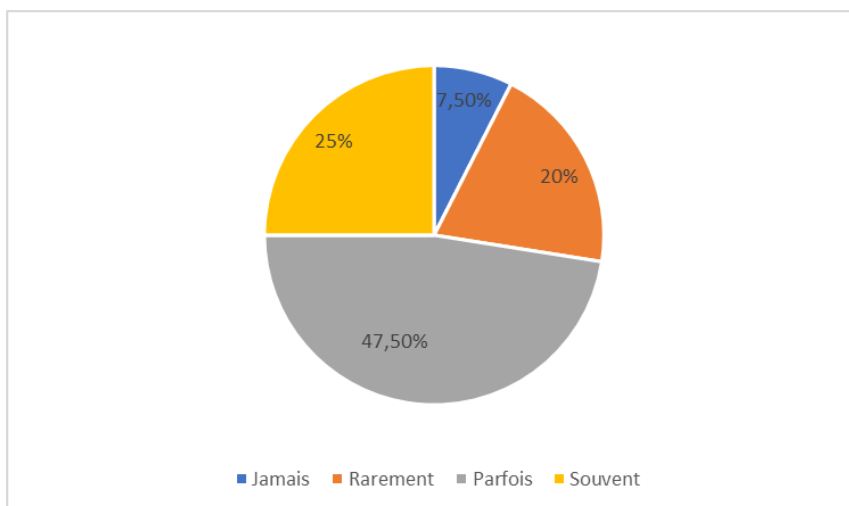


Figure 8 : fréquence de prescription de l'implant contraceptif - Etude Gynécologie SFL- Départements 54-57 - 2020 (n=40)

La pose d'un implant contraceptif était réalisée « souvent » par 22,5% (n=9), « parfois » par 45% (n=18), « rarement » par 20% (n=8) et « jamais » par 12,5% (n=5).

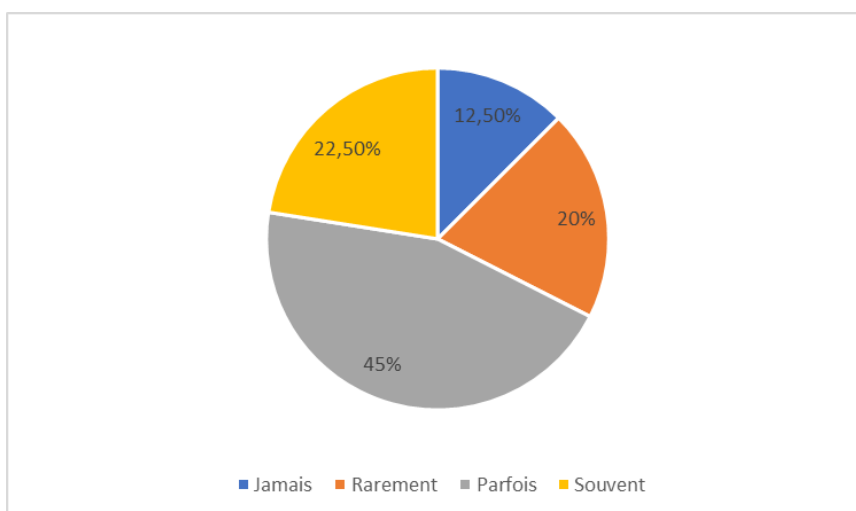


Figure 9 : fréquence de pose de l'implant contraceptif - Etude Gynécologie SFL- Départements 54-57 - 2020 (n=40)

La prescription d'un DIU était réalisée « souvent » par 65% (n=26), « parfois » par 20% (n=8), « rarement » par 7,5% (n=3) et « jamais » par 7,5% (n=3).

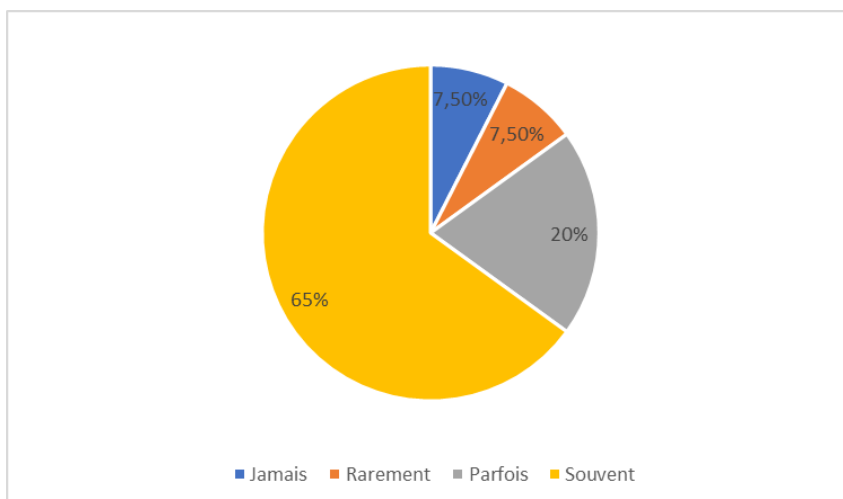


Figure 10 : fréquence de prescription du DIU - Etude Gynécologie SFL- Départements 54-57 - 2020 (n=40)

La pose d'un DIU était réalisée « souvent » par 62,5% (n=25), « parfois » par 15% (n=6), « rarement » par 5% (n=2) et « jamais » par 17,5% (n=7).

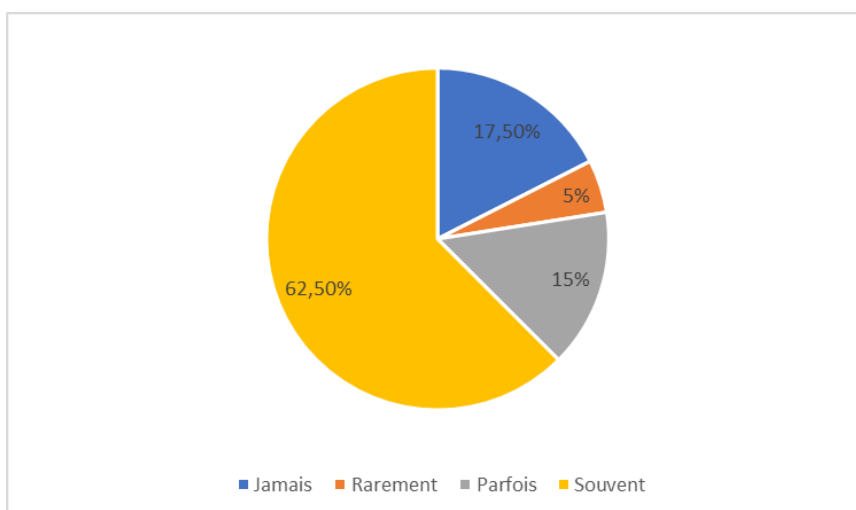


Figure 11 : fréquence de pose du DIU - Etude Gynécologie SFL- Départements 54-57 - 2020 (n=40)

La prescription sur ordonnance de préservatifs était réalisée « souvent » par 45% (n=18), « parfois » par 40% (n=16), « rarement » par 12,5% (n=5) et « jamais » par 2,5% (n=1).

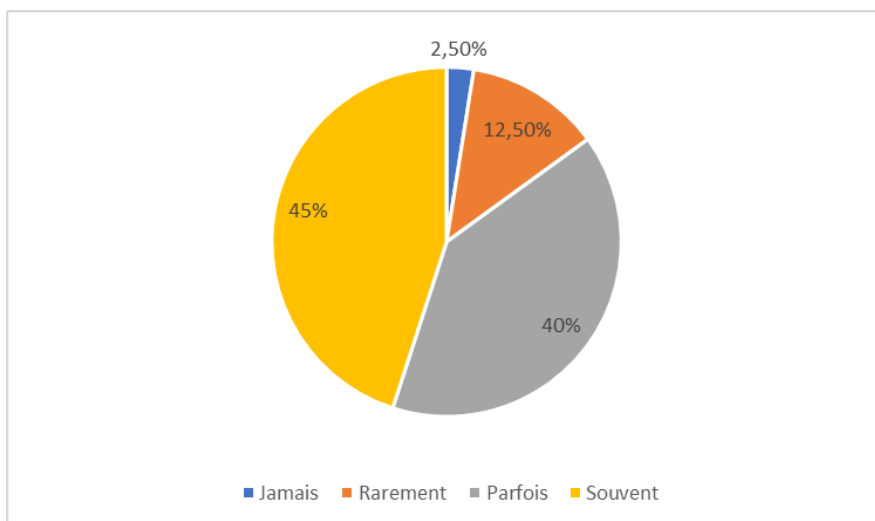


Figure 12 : fréquence de prescription de préservatif - Etude Gynécologie SFL- Départements 54-57 - 2020 (n=40)

La prescription de cape, diaphragme, et spermicides était réalisée « souvent » par 2,5% (n=1), « parfois » par 12,5% (n=5), « rarement » par 52,5% (n=21) et « jamais » par 32,5% (n=13).

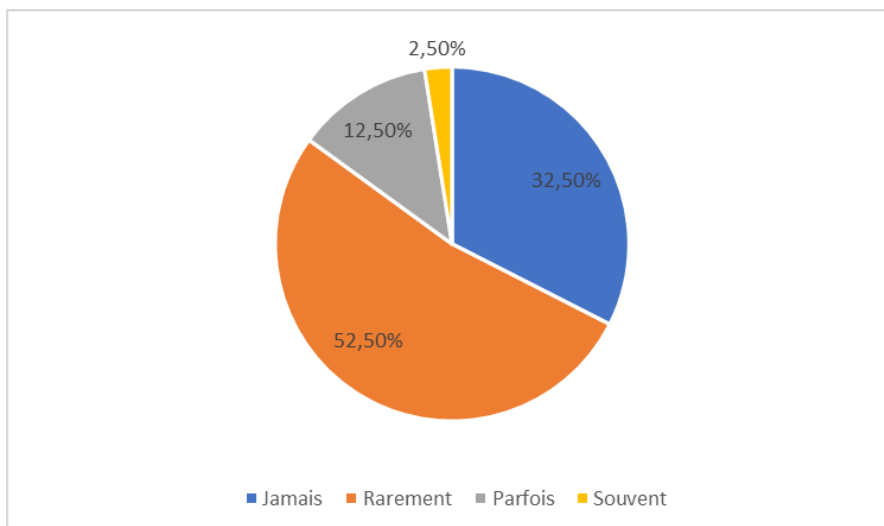


Figure 13 : fréquence de prescription de la cape, du diaphragme - Etude Gynécologie SFL- Départements 54-57 - 2020 (n=40)

### **Prévention et dépistage des IST**

Les sages-femmes ayant répondu à l'étude étaient 100% à répondre qu'elles réalisaient la prévention des IST auprès de leurs patientes. Concernant le dépistage des différentes IST, 95% affirmaient le réaliser (n=38).

## **Au sujet de la sexualité**

Au cours de leurs consultations, les sages-femmes abordaient toutes le sujet de la sexualité. Cependant, certaines en parlaient de façon systématique (52,5%) et les autres (47,5%) seulement si la patiente en faisait la demande ou évoquait elle-même ce sujet.

## **Pratique de l'IVG**

Sur l'ensemble de la population interrogée, 7,5% pratiquait l'IVG médicamenteuse au sein de leur cabinet (n=3). Elles avaient mis en place cette activité pour différentes raisons : « *répondre à la demande des patientes* », « *demande locale + intérêt perso +* », « *dans nos compétences et militantisme ++* ».

Pour les sages-femmes ne pratiquant pas l'IVG, plusieurs raisons étaient aussi évoquées : par choix car elles n'étaient pas intéressées ou ce n'était pas dans leurs valeurs (21,6%), les démarches nécessitaient un processus long et complexe (13,5%), certaines n'en ressentaient pas le besoin car il y avait un centre d'orthogénie proche du cabinet (8,1%).

Deux des personnes interrogées étaient en cours de formation pour pouvoir pratiquer l'IVG médicamenteuse, soit 5,4%.

Cependant, 18,9% de la population d'étude (n=7) envisageait de proposer la réalisation d'IVG au sein de son cabinet et 29,7% (n=11) « *ne savaient pas* ». La majorité (51,4%, n=19) ne souhaitait pas s'engager dans cette activité qui impliquait beaucoup de « *disponibilité et de responsabilités* ». De plus, une sage-femme a évoqué la cotation des actes et souhaitait « *réévaluer la tarification de l'IVG médicamenteuse en libéral à la hausse* ».

## **Les freins à l'activité gynécologique**

Il semblait pertinent d'interroger les sages-femmes sur cette question afin d'avoir leur avis à ce propos. Il semblait important de ne proposer aucune réponse pré-écrite dans le questionnaire afin de ne pas influencer les réponses obtenues. Les limites dans le droit de prescription accordé aux sages-femmes notamment dans les pathologies gynécologiques courantes (infections urinaires par exemple) était le frein le plus cité (27,5%, n=11). Ensuite, venait le manque d'information et de connaissances des compétences des sages-femmes par la population concernant l'activité gynécologique (20%, n=8). Pour 15% des sages-femmes (n=6), la formation initiale était insuffisante à ce sujet ou en tout cas, pas adaptée. De plus, 7,5% (n=3) trouvaient qu'il y avait un manque d'expérience dans la pratique gynécologique au cours de la formation initiale.

Un autre élément qui a été signalé dans l'activité gynécologique était le manque de (re)connaissance des sages-femmes par les autres praticiens (17,5%, n=7). Cela complique la réorientation des patientes en cas de pathologie suspectée ou découverte. Une des sages-

femmes exprimait un « *manque de possibilité de travail en réseau* ». Deux des sages-femmes ont aussi exprimé une « *peur du manque de compétences* ».

On pouvait noter que 17,5% des sages-femmes (n=7) ne voyaient aucun frein à l'activité gynécologique.

### 3.3. Formation initiale de la population étudiée

#### 3.3.1. En gynécologie

Les notions qui ont été le plus abordées lors de la formation initiale, à l'école de sages-femmes étaient : la contraception (35%, n=14), les pathologies gynécologiques (27,5%, n=11), le suivi gynécologique (17,5%, n=7), la physiologie (15%, n=6) et les IST (12,5%, n=5).

On note que pour 15% de la population interrogée, « *peu* » voire « *très très peu* » de notions ont été vues en gynécologie ou alors ont été « *oubliées car peu pratiquées* » lors de la formation initiale.

Certains interrogés citaient également : « *l'anatomie* », « *la cancérologie gynécologique* », « *le dépistage* » et « *la sénologie* » dans les notions abordées durant leurs études.

La quasi-totalité de la population du questionnaire (95%, n=38) avait acquis ces connaissances lors de cours théoriques dispensés à l'école de sage-femme.

#### 3.3.2. Stage en secteur libéral

Pour 55% de la population interrogée (n=22), un stage avec une sage-femme libérale a été réalisé durant les études. 9 personnes ont réalisé au moins deux stages en secteur libéral.

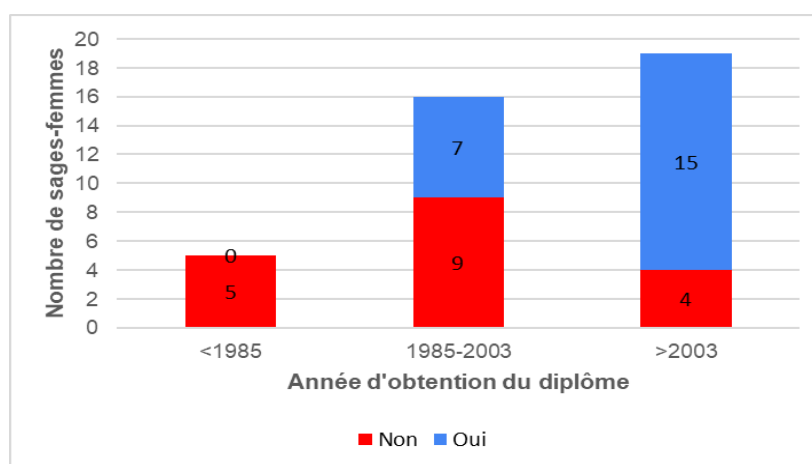


Figure 14 : effectif ayant réalisé un stage avec une sage-femme libérale selon l'année d'obtention du diplôme - Etude Gynécologie SFL- Départements 54-57 - 2020 (n=40)

Sur l'ensemble des sages-femmes ayant fait un stage chez une sage-femme libérale durant leurs études, la moyenne d'heures en stage était de 112 heures ce qui représente environ 3 à 4

semaines de stages. Les sages-femmes diplômées après 3 ans d'études n'avaient pas de stage en secteur libéral mais en service de gynécologie.

Parmi les personnes ayant été en stage dans un cabinet libéral, 17 l'ont réalisé de façon obligatoire, inscrite dans leur cursus scolaire, soit 77%. Pour 54,5%, un stage a été réalisé en libéral durant la dernière année de formation.

### 3.3.3. Stage en service de gynécologie

31 personnes ont réalisé au cours de leurs études un stage en service de gynécologie, soit 77% de la population d'étude.

Pour une grande majorité, ces stages étaient effectués soit en service d'hospitalisation (87%) et/ou au bloc opératoire (48,3%). Pour 12,9%, ce stage en gynécologie était effectué lors de consultations : au sein d'un Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF), en service de Procréation Médicalement Assistée (PMA) ou en service d'orthogénie.

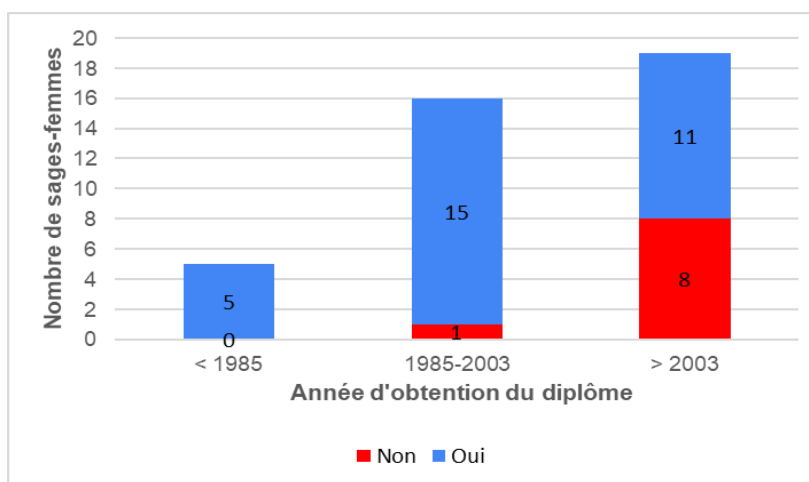


Figure 15 : effectif ayant réalisé un stage en service de gynécologie selon l'année d'obtention du diplôme - Etude Gynécologie SFL- Départements 54-57 - 2020 (n=40)

Pour tous les participants à l'étude, ce(s) stage(s) étai(en)t obligatoire(s) dans la formation de sage-femme.

## 3.4. Formation continue en gynécologie

### 3.4.1. Formation supplémentaire

Une grande majorité des personnes interrogées avait suivi une formation en gynécologie après l'obtention du diplôme (82,5%, n=33).

Les sages-femmes étaient ainsi 33,3% (n=9) à avoir suivi une formation dans les 5 ans suivants l'obtention du diplôme. Elles étaient 12,1% (n=4) dans les 5 à 10 ans suivants le diplôme, également 12,1% (n=4) entre 10 et 15 ans après le diplôme.

Puis la proportion augmente fortement : 45,5% (n=12) des sages-femmes avaient suivi une formation sur le thème de la gynécologie 20 ans ou plus après l'obtention de leur diplôme.

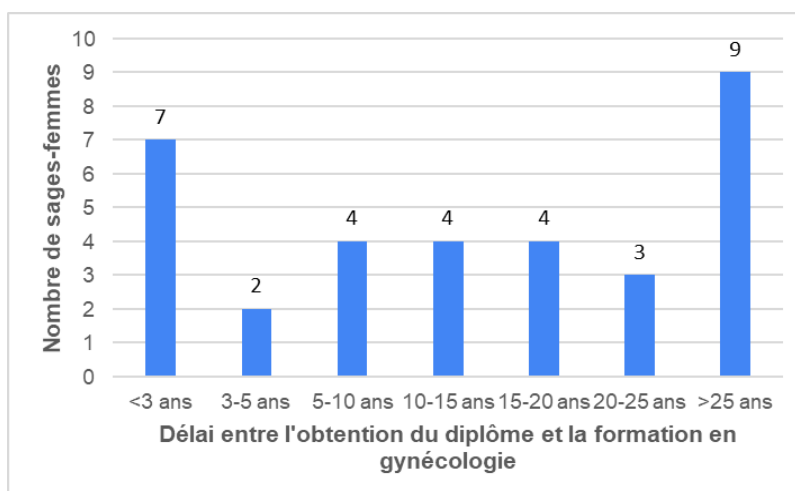


Figure 16 : délai entre l'obtention du diplôme et une formation en gynécologie dans le cadre du DPC - Etude Gynécologie SFL- Départements 54-57 - 2020 (n=33)

Parmi les sages-femmes ayant réalisé une formation, 90% a bénéficié d'une formation à la fois théorique et pratique alors que pour 10% cette formation était seulement théorique.

Les thèmes et intitulés de ces formations suivies par les sages-femmes dans le cadre du DPC étaient divers et variés. Néanmoins, le « *suivi gynécologique de prévention et contraception* » était cité à plusieurs reprises.

Les organismes de formation les plus représentés étaient MedicFormation (54,5%), ADCO (18,2%), Globalis (3%) et Aspazie (3%).

Pour 27,5% de la population interrogée, la formation réalisée a permis l'obtention d'un diplôme universitaire (DU) en gynécologie. Les universités les plus représentées étaient celles de Brest (15,1%), différentes universités de Paris (12,1%) et celle de Marseille a également été citée (3%) (n = 33).

25 personnes interrogées étaient intéressées pour bénéficier de formations supplémentaires dans le domaine de la gynécologie soit 62,5%. Les thèmes sur lesquels les professionnels souhaitaient une formation étaient : la contraception, la ménopause et périménopause et l'endométriose.



## **3.5. Collaboration avec les autres professionnels de santé**

### **3.5.1. Vers quels professionnels orienter la patiente en cas de pathologie ?**

Les sages-femmes interrogées orientaient principalement leurs patientes vers l'établissement hospitalier le plus proche ou vers un gynécologue hospitalier (57,5%, n=23). Ensuite, pour 52,5%, (n=21), elles les adressaient auprès d'un gynécologue libéral en cas de pathologie. Les réponses ne précisant pas gynécologue hospitalier ou libéral ont été incluses dans « gynécologue libéral ». Enfin, pour 37,5% d'entre elles (n=15), l'orientation en cas de suspicion ou de diagnostic d'une pathologie se faisait auprès du médecin traitant. Une sage-femme avait également cité le radiologue comme professionnel à qui elle pouvait adresser ses patientes.

### **3.5.2. Qualité des relations interprofessionnelles**

Les rapports entre les différents professionnels de santé prenant en charge le suivi gynécologique des femmes (gynécologues, médecins traitants et radiologues) ont été questionnés afin d'identifier si les sages-femmes libérales disposaient d'un travail en réseau.

#### ***Les avis positifs***

Pour 22,5%, les relations étaient « *très bonnes* », elles ont été qualifiées de « *bonnes* » pour 25%, et semblaient « *correctes* » pour 22,5% des interrogés. Pour 70% d'entre elles, la qualité des relations interprofessionnelles apparaissait positive. Une sage-femme expliquait concernant la gynécologie « *[...] la limite physio/patho est parfois difficile... J'adresse au moindre doute...parfois pour rien mais tant pis... on ne m'en tient jamais rigueur.* »

#### ***Les avis nuancés et négatifs***

Cependant, les relations apparaissaient plus nuancées dans certaines réponses. Elles étaient « *cordiales* » pour 5% des sages-femmes. Le manque d'échanges et de retours de la part des différents professionnels était fréquemment regretté : « *Manque d'échanges et de rencontres* », « *Peu de contact* », « *[...] peu d'infos en retour* », « *[...] Jamais de retour concernant le diagnostic fait par médecins gynécologues* », « *[...] Pas toujours de courrier ou de compte-rendu en retour...En radiologie, notamment à cause des logiciels pour lesquels les secrétaires nous disent qu'elles ne peuvent pas mettre sage-femme en prescriptrice* ».

D'autres sages-femmes étaient clairement mécontentes des relations entretenues avec leurs confrères, parlant de relation « *globalement plutôt cordiale mais ressentant un vrai manque de cohésion voire un dénigrement de notre profession* » ou de relation « *restreinte* »,

Enfin, une sage-femme distinguait la qualité des relations selon les professions : « *Très bonne avec médecins généralistes et gynécologues mais moins bonnes avec les radiologues.* »

## **4. PARTIE 4 : DISCUSSION**

### **4.1. Généralités**

#### **4.1.1. Forces et limites de l'étude**

##### ***Forces***

L'étude a été réalisée sur 2 départements, dans le but d'interroger un plus large panel de sages-femmes. Ces dernières, majoritairement issues de 2 écoles de sages-femmes dont le recrutement se fait par la même faculté de médecine, permettait d'avoir une population d'étude plus représentative. Cependant, l'étude a été réalisée au niveau local et ne rendait pas possible la généralisation des résultats.

Le sujet de la gynécologie par les sages-femmes libérales restait d'actualité au vu de la démographie médicale du pays. De plus, analyser les pratiques professionnelles dix ans après l'obtention des compétences permettait de voir si les sages-femmes s'étaient positionnées ou non sur cette activité. Toutefois, cela restait une compétence acquise récemment qui pouvait nécessiter des ajustements, des formations.

##### ***Limites***

Le choix de l'envoi des questionnaires par e-mail via la liste de diffusion du Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes était un élément qui aurait pu être amélioré par un envoi personnalisé. Cela aurait permis d'effectuer des relances ciblées seulement auprès des personnes n'ayant pas répondu au questionnaire : 111 sages-femmes n'ont pas donné suite au questionnaire. De plus, avoir un intermédiaire pour la diffusion du questionnaire peut constituer un biais de sélection.

Concernant l'étude, un biais de mémorisation pouvait être relevé notamment sur la partie concernant les notions abordées et les stages réalisés au cours des études de sages-femmes.

Enfin, le questionnaire présentait un biais de déclaration dans la mesure où chaque sage-femme délivrait les informations qu'elle souhaitait.

#### **4.1.2. Population de l'étude**

Un peu moins d'un tiers des sages-femmes libérales interrogées ont répondu à l'étude. Elles sont âgées de 41,7 ans en moyenne, ce qui correspond aux données nationales (41 ans). Dans l'étude, la majorité possède une expérience hospitalière avant son installation en libéral. L'exercice libéral représente un choix réfléchi pour diverses raisons dont le souhait d'un suivi global des patientes. La plupart des sages-femmes installées en libéral directement après leur

diplôme l'ont obtenu entre 2015 et 2018 (71 %, n=5). Cela montre que les modifications du programme des études de sages-femmes permettent maintenant aux néo-diplômées de s'installer en libéral à la sortie de l'école.

## 4.2. Les sages-femmes et la gynécologie

### 4.2.1. La formation en gynécologie

La formation initiale à l'école de sage-femme permet d'aborder les thèmes majoritaires de la gynécologie à savoir : la contraception, les pathologies gynécologiques et le suivi gynécologique de prévention. Cependant seules 15% de la population interrogée estiment que « peu » voire « très peu » de ces notions ont été abordées lors de leurs études. Il est à relever que la population de l'étude avait effectué entre 3 et 5 ans d'études, comprenant un contenu différent. Les stages en secteur libéral mais aussi dans les services de gynécologie permettent d'acquérir les connaissances pratiques. 100% des sages-femmes diplômées avant 1989, ayant donc effectué 3 ans d'études ont réalisé un stage en gynécologie alors qu'aucune n'avait fait un stage chez une sage-femme libérale. A l'inverse, 27,5% des sages-femmes diplômées en 5 ans ont effectué un stage en gynécologie et 78,9% ont fait un stage chez une sage-femme libérale. Les sages-femmes ont aussi effectué des formations complémentaires en gynécologie après leurs études pour pouvoir exercer.

**L'hypothèse H1 : Les sages-femmes ont les connaissances nécessaires pour réaliser des consultations de gynécologie est partiellement validée** du fait de la disparité des apprentissages en matière de gynécologie selon l'année d'obtention du diplôme.

### 4.2.2. Les consultations de gynécologie

Le suivi gynécologique est l'une des activités principales de 40 % des sages-femmes interrogées et une seule sage-femme indique ne pas pratiquer de gynécologie.

On peut constater une nette différence avec l'étude de Marie Bauer « *Sages-femmes, gynécologie et contraception : les compétences attribuées aux sages-femmes par la loi du 21 juillet 2009* » datant de 2010 où : « Sur les 93 sages-femmes de l'enquête, une quarantaine, soit moins de la moitié, mettait en œuvre des activités liées à la gynécologie et à la contraception » [58].

Cependant, la rééducation périnéale, pratiquée par l'ensemble de la population du questionnaire, reste l'activité principale de 52,5% des sages-femmes interrogées.

L'appropriation des compétences récemment acquises met du temps à s'inscrire dans les pratiques. Mais aujourd'hui, l'activité gynécologique occupe une part importante de l'activité des sages-femmes libérales et tend à se développer.

**L'hypothèse H2 : Les sages-femmes réalisent des consultations de gynécologie de prévention est validée.**

#### **4.2.3. La prescription de contraception**

La prescription de contraception est un acte réalisé régulièrement par 80% de la population interrogée, et seulement 5% n'en réalise que rarement. La pilule contraceptive ainsi que le DIU semblent être les moyens de contraception les plus prescrits : ils le sont « souvent » par 65 % de la population d'étude.

Ensuite, les implants sont prescrits « *souvent* » ou « *parfois* » par 72,5 %. Cependant, 25% en posent régulièrement alors que pour 12,5% des sages-femmes, cet acte n'est jamais réalisé.

La pose de DIU est « souvent » réalisée pour la majorité des sages-femmes (62,5%) mais 17,5 % ne l'effectuent pas. Cela peut être regrettable dans la mesure où ce geste fait partie des compétences attribuées à la sage-femme. Le fait de ne pas assurer entièrement la partie « contraception » lors de la consultation de la patiente peut nuire à la continuité des soins ou retarder sa prise en charge en fonction de l'offre de soins disponible sur le territoire.

La prescription de préservatifs est « *rarement* » ou « *jamais* » effectuée par 15% de la population d'étude. C'est pourtant le seul moyen de contraception qui protège contre les IST et qui est remboursé par la Sécurité Sociale, sur prescription des médecins et des sages-femmes, depuis décembre 2018.

Il y a tout de même une évolution des pratiques : en 2010, « *Très peu de sages-femmes (10/69) pratiquaient la pose, la surveillance et le retrait du DIU ou SIU.* » dans l'enquête réalisée par Marie Bauer. Et en 2014, en Auvergne, Elodie Giraud a réalisé une étude : « *Etat des lieux de la pratique du suivi gynécologique de prévention et des consultations de contraception* » dans laquelle « *69 % des sages-femmes se sentent insuffisamment formées pour la pose et le retrait de dispositif intra-utérin et/ou d'implant.* »

**L'hypothèse H3 : Les sages-femmes posent souvent des DIU et des implants est partiellement validée.** La pose de ces dispositifs contraceptifs est assurée par la plupart des sages-femmes, avec un nombre de pose de DIU plus important que pour l'implant, dont la mise sur le marché est plus récente.

#### **4.2.4. Dépistage et prévention des cancers gynécologiques**

L'ensemble des sages-femmes de l'étude réalisant le suivi gynécologique de leurs patientes participe au dépistage du cancer du col de l'utérus en réalisant un FCV. Il en est de même pour le dépistage du cancer du sein qui repose sur la palpation mammaire, également réalisée par 97,5% des sages-femmes interrogées. Sur l'ensemble de la population du questionnaire, seule la sage-femme ne pratiquant pas de suivi gynécologique de prévention ne réalise pas ces examens de dépistage.

Concernant la vaccination anti-HPV, une large majorité (77,5%) la pratique mais cela reste encore insuffisant. En France, la vaccination pourrait prévenir jusqu'à 90% des infections à

l'origine des cancers si la couverture vaccinale était optimale alors que seulement 21% des jeunes filles se font vacciner.

Il est du rôle de la sage-femme de promouvoir la vaccination chez les jeunes patientes puis de s'assurer de la réalisation du FCV chez les patientes appartenant à la population cible.

**L'hypothèse H4 : Les sages-femmes réalisent les actes de dépistage (FCV et examen des seins) est validée.**

#### **4.2.5. Au sujet de la sexualité**

Les sages-femmes abordent toutes la notion de sexualité avec leurs patientes. Pour 52,5%, ce sujet est systématiquement abordé alors que pour 47,5%, seulement si la patiente en parle d'elle-même. Les sages-femmes suivent leurs patientes durant l'intégralité de leur vie génitale : de la puberté à la ménopause. La profession est donc au cœur du sujet de la sexualité, celle-ci pouvant évoluer à chaque étape de vie de la femme et du couple (adolescence, grossesse, post-partum puis ménopause). D'ailleurs l'OMS, rappelle la place particulière qu'occupe la santé sexuelle au cours de la maternité et souligne également l'importance du soutien et de l'accompagnement des femmes et des couples.

**L'hypothèse H5 : Les sages-femmes abordent le sujet de la sexualité avec leurs patientes est validée.**

#### **4.2.6. Les formations complémentaires en gynécologie**

Plus de 80% des sages-femmes ont suivi une formation sur le thème de la gynécologie dans le cadre de la formation continue. La formation complémentaire en gynécologie/contraception est indispensable à la réalisation du suivi gynécologique, notamment pour les sages-femmes diplômées avant 2003.

Selon les années d'obtention du diplôme et donc le contenu de la formation initiale, les besoins sont différents. Les deux tendances qui se distinguent sont :

- une formation suivie dans les 3 ans après l'obtention du diplôme,
- et une formation suivie dans les 20 voire 25 ans ou plus après le diplôme.

Le premier chiffre s'explique par une volonté des sages-femmes de se former en vue d'une installation en libéral dès la fin de leurs études, ce qui concerne 7 personnes de l'étude. Le second cas de figure est un besoin de réactualisation des connaissances voire d'apprentissage de certaines notions, pour des sages-femmes dont le contenu de la formation initiale n'était pas adapté au suivi gynécologique de prévention actuel, cela ne faisant pas partie des compétences des sages-femmes au moment de leurs études.

**L'hypothèse H6 : Les sages-femmes se forment dans le domaine de la gynécologie est validée.**

#### 4.2.7. La réalisation de l'IVG

Concernant la pratique de l'IVG, les différents centres d'orthogénie sont pour la plupart éloignés voire très éloignés des cabinets de sages-femmes libérales : à plus de 10 kilomètres pour 52,5%. Cela peut être un élément de difficulté pour l'accès à l'IVG et notamment pour les très jeunes femmes ou les femmes les plus défavorisées et/ou isolées (n'ayant pas accès à un moyen de transport individuel par exemple).

Dans ce sens, une meilleure intégration des sages-femmes libérales dans la prise en charge des femmes souhaitant réaliser une IVG pourrait être envisagée. Sachant que 18,9% souhaitent développer cette activité et que 29,7% de la population « *ne sait pas* » si elle souhaite participer à ce type d'activité ou non. Si les conditions étaient simplifiées, cela pourrait inciter plusieurs personnes qui hésitent à franchir le pas, et permettrait aux patientes d'accéder à une IVG peu importe leur lieu d'habitation. Cela passe aussi par la création de protocoles et de conventions par l'ensemble des établissements de santé.

Sur l'ensemble de la population interrogée, 7,5% pratiquent l'IVG médicamenteuse au sein de leur cabinet libéral.

**L'hypothèse H7 : « Les sages-femmes pratiquent les IVG médicamenteuses » est infirmée.** Cependant, la situation est amenée à évoluer dans les prochaines années : cette activité est envisagée par 7 sages-femmes et 11 n'y sont pas opposées mais « *ne savent pas* » si elles souhaitent s'investir dans cette démarche.

#### 4.2.8. La relation entre les professionnels et le travail en réseau

La proximité géographique des gynécologues et/ou médecins traitants se retrouve pour la plupart des sages-femmes interrogées. Cela peut permettre la collaboration entre ces différents professionnels de santé, la création d'un réseau et permet une prise en charge globale.

Cependant, concernant la qualité de la collaboration entre les différents professionnels de santé, les opinions divergeaient. Certaines sages-femmes trouvent que la collaboration est de qualité et ne notent pas de difficultés particulières. D'autres, au contraire, déplorent le manque de retours des gynécologues après l'orientation de leurs patientes auprès d'eux.

Il y a également des dysfonctionnements au niveau des centres de radiologie : les comptes-rendus d'examen ne peuvent être envoyés aux sages-femmes à cause d'un logiciel rendant impossible de mettre « sage-femme » en tant que prescripteur de l'examen. Un travail doit être commencé pour faciliter les coopérations entre professionnels dans l'intérêt des patientes, peut-être à l'initiative de l'Ordre des Sages-Femmes ou de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS).

**L'hypothèse H8 : « Les sages-femmes libérales travaillent en réseau en matière de gynécologie » est invalidée.**

## 4.3. Les propositions

Plusieurs éléments pourraient être mis en place afin d'améliorer la prise en charge des femmes concernant leur suivi gynécologique.

### 4.3.1. Mise en place de réseaux

La mise en place de réseaux organisés entre les professionnels impliqués dans la prise en charge gynécologique des patientes pourrait être envisagée (sages-femmes libérales, médecins généralistes, gynécologues et radiologues) sur différents territoires. Cela permettrait une meilleure prise en charge et un suivi plus adapté des femmes, surtout quand le dépistage a permis d'identifier des pathologies qui ne sont pas du recours de la sage-femme. En travaillant en réseau, la sage-femme sait à qui adresser sa patiente. De plus, elle peut prescrire des examens complémentaires à la demande du médecin que la patiente amènera chez lui, gagnant ainsi du temps sur sa prise en charge.

En effet, une meilleure coordination entre les différents professionnels de santé établirait la création de réseaux au niveau local/départemental pour améliorer la prise en charge et l'organisation globale des soins. Cela pourrait aussi être un moyen pour diffuser des informations, des recommandations de prise en charge. L'organisation de réunions pluridisciplinaires pour échanger sur les pratiques respectives et communes de chacun pourrait être imaginée.

A plus petite échelle, pour les sages-femmes qui s'installent en libéral, l'installation en maison de santé pluriprofessionnelles rendrait possible la création d'un réseau de proximité et de travail pluridisciplinaire. Les sages-femmes pourraient également s'investir dans la mise en place de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Les CPTS regroupent des professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes. Constituant l'un des dispositifs phares de la stratégie « Ma Santé 2022 », elles ont pour objectif une amélioration de la prise en charge du patient par une meilleure coordination des acteurs [59, 60].

### 4.3.2. Formations

L'accès à des formations sur le thème de la gynécologie pourrait être facilité pour les sages-femmes. Les sages-femmes pratiquant régulièrement les consultations de gynécologie et de contraception pourraient elles-mêmes assurer des formations ou des « ateliers pratiques ». Cela permettrait de rassurer les sages-femmes qui ne se « *sentent pas capables* » de réaliser certains actes et de réactualiser régulièrement les connaissances de celles qui le souhaitent. Pour les sages-femmes libérales, il n'est pas toujours aisé de libérer du temps pour participer aux différentes formations ou congrès. Il serait envisageable de faire une formation à distance pour la partie théorique et d'animer des ateliers pratiques dans la région.



### **4.3.3. Au sujet de l'IVG**

Concernant la pratique de l'IVG médicamenteuse ambulatoire, un accès simplifié pour toutes les femmes sur l'ensemble du territoire national serait souhaitable. Même si certains professionnels ne souhaitent pas s'engager dans cette pratique pour diverses raisons qui leur sont propres, la complexité dans les démarches nécessaires avant de débiter l'activité peut être soulignée. Cela reste un frein pour les sages-femmes souhaitant mettre en place la pratique de l'IVG médicamenteuse. L'ensemble des établissements hospitaliers pourraient proposer une signature de convention avec des professionnels libéraux.

De plus, la tarification de l'IVG médicamenteuse n'est pas vraiment attractive et n'est peut-être pas à la hauteur de l'implication et des responsabilités que nécessitent la réalisation d'une IVG en cabinet libéral.

Pendant la crise sanitaire de l'année 2020, l'IVG ambulatoire a été autorisée jusqu'à 9 SA. Faut-il faire perdurer cette pratique après la situation exceptionnelle liée au Covid-19 ?

### **4.3.4. Revalorisation des actes**

Dans l'étude, une sage-femme a abordé le sujet en souhaitant une revalorisation du forfait de prise en charge de l'IVG. Cependant, on peut noter des éléments positifs qui se sont mis en place dernièrement avec notamment une cotation spéciale pour la première consultation de contraception et de prévention des IST pour les adolescentes de 15 à 18 ans (elle est appelée CCP : Consultation de Contraception et Prévention) ainsi qu'une revalorisation de la consultation, dont le tarif est passé à 25€ depuis février 2019.

### **4.3.5. Extension des compétences en gynécologie**

Bien que les compétences des sages-femmes se soient étendues, des évolutions seraient encore possibles et attendues par les professionnels. Dans le domaine de la gynécologie, on peut citer notamment le traitement des affections gynécologiques bénignes de la femme non enceinte (ex : infections urinaires). L'enseignement de celles-ci étant réalisé au cours des études de sages-femmes, elles possèdent les connaissances nécessaires à leur prise en charge. Cependant, ces infections peuvent être traitées par la sage-femme uniquement chez la femme enceinte. De plus, un amendement de mars 2019 permet aux pharmaciens de prescrire des médicaments pour les pathologies du quotidien, dont les antibiotiques traitant les infections urinaires. [61]

On peut également regretter l'absence de possibilité de dépistage des IST pour les partenaires masculins des patientes. C'est un élément qui peut constituer un frein dans le dépistage organisé dans la mesure où la sage-femme doit refuser la prise en charge de l'homme s'il y a une demande concomitante de dépistage des deux partenaires au cours d'une consultation.

# CONCLUSION

La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires en 2009 a permis aux sages-femmes de prendre en charge le suivi gynécologique des patientes en bonne santé. Ensuite, la loi de modernisation de 2016, a autorisé les sages-femmes à réaliser les IVG médicamenteuses avec la loi de modernisation du système de santé. Ces nouvelles compétences accordées aux sages-femmes leur permettent une plus grande autonomie dans leurs pratiques professionnelles et élargit leur palette de compétences à destination de la santé génésique des femmes. A long terme, cela permet de maintenir une offre de soins et un suivi gynécologique pour améliorer la santé générale des femmes suite à une baisse du nombre de gynécologues.

Au fil des ans et des lois, la formation initiale des étudiants sages-femmes s'est modifiée afin de s'adapter aux évolutions de la profession.

Concernant la pratique de la gynécologie, les sages-femmes sont de plus en plus nombreuses à la réaliser au sein de leurs cabinets libéraux, souvent à la demande de leurs patientes. Les poses de DIU et d'implants sont effectuées régulièrement par une majorité de professionnelles. Cela permet aux femmes de choisir la contraception qui est la plus adaptée à leurs besoins.

La pratique de l'IVG médicamenteuse tend également à vouloir se développer au sein de la profession depuis son autorisation. Cependant, cela reste encore une activité peu développée en secteur libéral. Elle nécessite de remplir un certain nombre de conditions préalables dont trouver un établissement de santé avec qui établir une convention.

De multiples possibilités de formations continues s'offrent aux professionnelles. Elles sont souvent nécessaires pour maintenir un niveau de connaissances et des pratiques adaptés à la prise en charge des patientes. De plus, elles s'intègrent à la formation continue, obligatoire pour les sages-femmes.

La pratique de la gynécologie semble bien inscrite dans les pratiques professionnelles mais des progrès sont toujours possibles. En effet, le suivi des patientes sur le plan gynécologique serait optimal si l'ensemble des professionnels de santé le prenant en charge travaillait en réseau : cela dans l'objectif de faciliter l'accès aux soins mais également de rendre le suivi gynécologique cohérent. Il est également important que l'activité de gynécologie des sages-femmes soit portée à la connaissance des femmes.

# BIBLIOGRAPHIE

- [1] Légifrance. Code de santé publique loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
- [2] Légifrance. Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032630558>
- [3] Université Médicale Virtuelle Francophone. L'examen clinique en gynécologie. [En ligne]. (Consulté le 10/10/2019) ; disponible sur : [http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-gynecologie/examen\\_gynecologique/site/html/cours.pdf](http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-gynecologie/examen_gynecologique/site/html/cours.pdf)
- [4] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Directive qualité- Contenu minimum obligatoire d'un dossier de consultation en gynécologie. [En ligne]. (Consulté le 30/09/2019) ; disponible sur : [http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/apercu?path=DIRECTIVES%2BQUALITE%252F dossier\\_gyneco.pdf&i=485](http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/apercu?path=DIRECTIVES%2BQUALITE%252F dossier_gyneco.pdf&i=485)
- [5] Haute Autorité de Santé. Contraception chez l'homme et chez la femme. [En ligne]. (Consulté le 13/10/2019) ; disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception\\_fiches\\_memo\\_rapport\\_delaboration.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf)
- [6] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique : contraception. [En ligne]. (Consulté le 18/09/2019) ; disponible sur : [http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/apercu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2018%252FCNGOF\\_RPC\\_2018-CONTRACEPTION.pdf&i=21002](http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/apercu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2018%252FCNGOF_RPC_2018-CONTRACEPTION.pdf&i=21002)
- [7] Santé Publique France. Quelle contraception me convient le mieux ? [En ligne]. (Consulté le 01/03/2020) ; disponible sur <https://questionnaire.choisirscontraception.fr/>
- [8] La Ligue contre le cancer. Cancer du sein. 2018. [En ligne]. (Consulté le 20/09/2019) ; disponible sur : [https://www.ligue-cancer.net/article/26094\\_cancer-du-sein#2](https://www.ligue-cancer.net/article/26094_cancer-du-sein#2)
- [9] SOS Cancer du sein. Le dépistage. [En ligne]. (Consulté le 20/09/2019) ; disponible sur : <http://www.soscancerdusein.org/sos-cancer-du-sein-depistage-33.html#Le%20but>
- [10] Haute Autorité de Santé. Cancer du sein : quel dépistage selon vos facteurs de risques. [En ligne]. (Consulté le 18/09/2019) ; disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1741602/fr/cancer-du-sein-quel-depistage-selon-vos-facteurs-de-risque-questions/-reponses](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1741602/fr/cancer-du-sein-quel-depistage-selon-vos-facteurs-de-risque-questions/-reponses)
- [11] Institut National du Cancer. Dépistage du cancer du sein : orienter vos patientes en fonction de leur niveau de risque. [En ligne]. (Consulté le 20/09/2019) ; disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Orienter-vos-patientes>
- [12] Le cancer du sein, parlons-en ! Le dépistage. [En ligne]. (Consulté le 18/09/2019) ; Disponible sur : <https://www.cancerdusein.org/le-depistage/lauto-examen-des-seins>
- [13] Organisation Mondiale de la Santé. Cancer du sein : prévention et lutte contre la maladie. [En ligne]. (Consulté le 20/09/2019) ; disponible sur : <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/fr/index3.html>

- [14] Institut National du Cancer. Dépistage du cancer du col de l'utérus. [En ligne]. (Consulté le 18/09/2019) ; disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus>
- [15] Organisation Mondiale de la Santé. Papillomavirus humain (PHV) et cancer du col de l'utérus. [En ligne]. (Consulté le 20/09/2019) ; disponible sur : [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)
- [16] Santé Publique France. Evaluation du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus. 2019. [En ligne]. (Consulté le 20/09/2019) ; disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus/articles/evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus>
- [17] Université Médicale Virtuelle Francophone. Facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers. [En ligne]. (Consulté le 18/09/2019) ; disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item139/site/html/cours.pdf>
- [18] Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV recommandé chez les femmes de plus de 30 ans. [En ligne]. (Consulté le 30/09/2019) ; disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3069063/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3069063/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans)
- [19] 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 2019 [Consulté le 18 octobre 2019]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/synthese\\_hpv.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/synthese_hpv.pdf)
- [20] Institut National du Cancer. Un nouveau programme de dépistage. Octobre 2018. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Un-nouveau-programme-de-depistage>
- [21] Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes. Campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus. [En ligne]. (Consulté le 20/09/2019) ; disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/campagne-de-depistage-du-cancer-du-col-de-luterus/>
- [22] Organisation Mondiale de la Santé. Rôle de la sage-femme dans la protection de la maternité. Série de rapport technique [Internet]. 1966, N°331, [consulté le 17/11/2019]. Disponible sur : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38487/1/WHO\\_TRS\\_331\\_fre.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38487/1/WHO_TRS_331_fre.pdf?ua=1)
- [23] Organisation Mondiale de la Santé. Santé reproductive. [En ligne]. (Consulté le 28/12/2019) ; disponible sur : [https://www.who.int/topics/reproductive\\_health/fr/](https://www.who.int/topics/reproductive_health/fr/)
- [24] Légifrance. Article L4127-1 du Code de la Santé Publique relatif à la déontologie. [En ligne]. Disponible sur [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=F5BED70AEC6D44D8377F283FFD7FA6FF.tplgfr23s\\_1?idSectionTA=LEGISCTA000006171276&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160128](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=F5BED70AEC6D44D8377F283FFD7FA6FF.tplgfr23s_1?idSectionTA=LEGISCTA000006171276&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160128)
- [25] Université Médicale Virtuelle Francophone. La profession de sage-femme. [En ligne]. (Consulté le 19/10/2019) ; disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-sante-societe-humanite/professionSF/site/html/cours.pdf>
- [26] Légifrance. Article L5134-1 du code de la santé publique. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=A60771C03985ACADF945F40911DF9AFE.tplgfr42s\\_2?idArticle=LEGIARTI000006690146&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=20010706](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=A60771C03985ACADF945F40911DF9AFE.tplgfr42s_2?idArticle=LEGIARTI000006690146&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=20010706)
- [27] Légifrance. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&categorieLien=id>

[28] Arrêté du 17 octobre 1983 relatif à la liste des examens radiologiques, de laboratoire et de recherche que les sages-femmes peuvent prescrire (J.O. 7/11/1989)

[29] Décret n°2006-1268 du 17 octobre 2006 relatif au code de déontologie des sages-femmes et modifiant le code de la santé publique

[28] GIRAUD E. Etat des lieux de la pratique du suivi gynécologique de prévention et des consultations de contraception [Mémoire]. Ecole de sages-femmes de Clermont-Ferrand. 2015 ; 112p

[30] Légifrance. Arrêté du 10 octobre 2016 fixant la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033259688&categorieLien=id>

[31] Légifrance. Code de Santé Publique article L5134-1 (version à jour au 28 janvier 2016) [en ligne]. (Consulté le 05/02/19). Disponible sur [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=1EFCAB4780E0BAFBFE600B6DF0B1E39A.tplgfr26s\\_1?idArticle=LEGIARTI000031927644&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=1EFCAB4780E0BAFBFE600B6DF0B1E39A.tplgfr26s_1?idArticle=LEGIARTI000031927644&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=)

[32] Légifrance. Code de la Santé Publique article L4151-1 (version à jour au 28 janvier 2016) [en ligne]. (Consulté le 05/02/19). Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688926&dateTexte=&categorieLien=cid>

[33] Direction générale de la santé. Stratégies d'action en matière de contraception. [En ligne]. (Consulté le 03/10/2019) ; disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Strategie\\_d\\_actions\\_en\\_matiere\\_de\\_contraception.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Strategie_d_actions_en_matiere_de_contraception.pdf)

[34] Légifrance. LOI n°2001-588 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception [en ligne]. (Consulté le 13/11/2019). Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000222631&categorieLien=id>

[35] Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017. Etudes et résultats (n°1081). Sept 2018.

[36] Légifrance. Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination. [En ligne]. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032630558&categorieLien=id>

[37] [https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-10/ste\\_20160010\\_0000\\_0025.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-10/ste_20160010_0000_0025.pdf)

[38] Assemblée nationale. Proposition de loi enregistrée le 30 avril 2019. [En ligne]. (Consulté le 18/07/2019) ; disponible sur : [http://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/15/propositions/pion1895/\(index\)/propositions-loi](http://www2.assemblee-nationale.fr/documents/notice/15/propositions/pion1895/(index)/propositions-loi)

[39] Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme [en ligne] Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-02/a0020155.html>

[40] Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Bulletin officiel N°30 du 25 août 2011. [En ligne]. (Consulté le 16/11/2019) ; disponible sur :

[https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-%09officiel.html?cid\\_bo=57109&cbo=1](https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-%09officiel.html?cid_bo=57109&cbo=1)

[41] CORNE A. Suivi gynécologique et contraception : point sur la formation initiale et continue des sages-femmes. [Mémoire]. Université de Lorraine. 2014 ; 83p.

[42] Légifrance. Arrêté du 22 juillet 2005 fixant le nombre d'heures de stages cliniques devant être effectuées par les étudiants sages-femmes sollicitant l'autorisation d'exercice de la profession de sage-femme dans les conditions prévues à l'article L. 4151-6 du code de la santé publique. [En ligne]. (Consulté le 16/11/2019) ; disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.do?cidTexte=JPDF1108200400000004&categorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?cidTexte=JPDF1108200400000004&categorieLien=id)

[43] GUELLEC C. La pratique des consultations de gynécologie de prévention et de contraception par les sages-femmes libérales. [Mémoire]. Université de Nantes. 2014 ; 69p.

[44] POIRE E. Les nouvelles compétences en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception comme témoin de l'évolution de la profession de sage-femme. [Mémoire]. Université Paris Descartes. 2014 ; 69p.

[45] LEFRANCOIS M. Suivi gynécologique de prévention et consultation de contraception : Etat des lieux auprès des sages-femmes de Basse-Normandie. [Mémoire]. Université de Caen. 2016 ; 57p.

[46] Légifrance. Code de Santé Publique. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de sage-femme (version à jour au 14 juin 2018). [En ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027231825>

[47] Collectif des associations et de syndicat de sage-femme. Référentiel métier situation 7 : réaliser une consultation de contraception et de gynécologique de prévention. [En ligne]. (Consulté le 5/10/19) ; disponible sur <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>

[48] Conseil National de l'Ordre des sages-femmes. Liste des titres de formation que le CNOF autorise à mentionner. [En ligne] (Consulté le 05/12/2019) ; disponible sur <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2019/11/Mise-%C3%A0-jour-Novembre-2019.pdf>

[49] Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Etudes et résultats n° 679. Février 2009. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er679.pdf>

[50] Vie publique. Santé : quelle politique publique contre les déserts médicaux. Mai 2019. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/eclairage/24080-sante-quelle-politique-publique-contre-les-deserts-medicaux>

[51] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. 2018. Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/hb1htw/cnom\\_atlas\\_2018\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf)

[52] Profil médecin. Chiffres clés : gynécologue médical. [En ligne]. (Consulté le 18/09/2019) ; Disponible sur : <https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-gynecologue-medical/>

[53] Agence Régionale de Santé. Projet régional de santé 2018-2027. Etat de santé de la population et état de l'offre de la région Grand Est. [En ligne]. (Consulté le 27/09/2019) ; disponible sur : [https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-05/PRS2\\_Etat\\_des\\_lieux\\_07\\_RESSOURCES\\_HUMAINES\\_SANTE\\_20170519.pdf](https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-05/PRS2_Etat_des_lieux_07_RESSOURCES_HUMAINES_SANTE_20170519.pdf)

[54] Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Démographie des professionnels de santé : qui sont les médecins en 2018 ? Quelle accessibilité aux médecins généralistes ? Combien d'infirmiers en 2040 ? Un outil de projections d'effectifs de

médecins. [Dossier de presse]. (Consulté le 14/10/2019) Disponible sur : [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_presse\\_demographie.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_presse_demographie.pdf)

[55] Sénat. Projet de réforme de la gynécologie médicale. 11<sup>ème</sup> législature. [En ligne]. (Consulté le 20/02/2020) ; disponible sur : <https://www.senat.fr/questions/base/1999/qSEQ990616954.html>

[56] Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France. Abstract de l'AG du 8 mars 2019. [En ligne]. (Consulté le 14/10/2019) ; disponible sur : <https://syngof.fr/comptes-rendus-de-ca/abstract-de-lag-du-8-mars-2019/>

[57] Conseil National de l'Ordre des sages-femmes. Données démographiques de la profession. [En ligne]. (Consulté le 27/09/2019) ; disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/>

[58] BAUER M. Sages-femmes, gynécologie et contraception : les compétences attribuées aux sages-femmes par la loi du 21 juillet 2009. [Mémoire]. Ecole de sages-femmes de Metz. Université de Lorraine. 2011 ; 93p.

[59] ARS. Communautés Professionnelles Territoriales de Santé. [En ligne]. (Consulté le 20/04/2020) ; disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche\\_12.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_12.pdf)

[60] ARS Grand Est. Déploiement des CPTS en Grand Est : point de situation suite à la réunion du Comité régional de sélection, d'accompagnement et de suivi du 18 décembre 2019. [En ligne]. (Consulté le 20/04/2020) ; disponible sur <https://www.grand-est.ars.sante.fr/deploiement-des-cpts-en-grand-est-point-de-situation-suite-la-reunion-du-comite-regional-de>

[61] Union des Syndicats des Pharmaciens d'Officine. Dispensation par le pharmacien de médicaments adopté en Commission des Affaires sociales. [En ligne]. (Consulté le 10/04/2020) ; disponible sur : <https://uspo.fr/dispensation-par-le-pharmacien-de-medicaments-adopte-en-commission-des-affaires-sociales/>

# ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire diffusé aux sages-femmes libérales

Annexe 2 : Recommandations concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus et prise en charge

Annexe 3 : Entretien avec Blandine Malet-Duchon, sage-femme libérale

Annexe 4 : Article du Code de la Santé Publique actuellement en vigueur en lien avec l'activité gynécologie par les sages-femmes libérales

Annexe 5 : Référentiel métier : situation 7 « Réaliser une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention



# ANNEXE I

## ***Questionnaire diffusé aux sages-femmes libérales***

Mesdames et messieurs les sages-femmes,

Je suis Margot DARTOY, étudiante sage-femme en 5<sup>ème</sup> année à l'école de Metz. Je réalise mon mémoire de fin d'études sur le suivi gynécologique réalisé par les sages-femmes libérales. Je souhaite effectuer une analyse des pratiques professionnelles des sages-femmes libérales de Moselle et de Meurthe-et-Moselle. Dix ans après la promulgation de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) et le développement des compétences accordées aux sages-femmes, quelles sont les pratiques ?

Quels sont les freins et les leviers à l'activité gynécologique ? Comment est-elle mise en place au sein de vos cabinets ?

Ces questionnaires seront totalement anonymisés et détruits après la réalisation du mémoire.

Je vous remercie par avance du temps que vous consacrerez à mon étude, et pour les réponses que vous m'apporterez.

Le temps de réponse à ce questionnaire est d'environ 15 minutes.

Si vous avez des questions, si vous souhaitez des informations complémentaires au sujet de l'étude ou recevoir le résultat de cette étude, je reste à votre disposition à l'adresse mail suivante : m.dartoy1@gmail.com.

### Présentation générale :

1) Sexe : Masculin  
Féminin

2) Age :

3) Année d'obtention du diplôme :

### Formation initiale en gynécologie :

4) Durant vos études, quelles notions de gynécologie ont été abordées ?

Était-ce lors d'un cours obligatoire : oui non

Était-ce lors d'une formation que vous avez suivi à votre initiative : oui non

Était-ce lors d'un cours optionnel : oui non

Durant vos études, avez-vous réalisé un stage avec une sage-femme libérale ?

Si oui : En quelle année de formation ?

Quelle était la durée de ce stage ?

Était-ce un stage obligatoire ou facultatif ?

Durant vos études, avez-vous réalisé un stage en service de gynécologie ?

Si oui : Préciser dans quel type de service (hospitalisation, bloc opératoire,...) :

En quelle année de formation ?

Quelle était la durée de ce stage ?

Était-ce un stage obligatoire ou facultatif ?

#### Formation continue en gynécologie

5) Après l'obtention de votre diplôme, avez-vous suivi une formation dans le domaine de la gynécologie ?

Si oui, en quelle année et avec quel organisme ?

Quel en était l'intitulé ?

Était-ce une formation théorique ? Oui Non

Était-ce une formation pratique ? Oui Non

Était-ce une formation théorique et pratique ? Oui Non

6) Avez-vous un diplôme en gynécologie ?

Si oui, lequel ?

7) Souhaiteriez-vous bénéficier de formation supplémentaire dans ce domaine ?

Si oui, sur quelle thématique ?

#### Parcours professionnel

8) Avez-vous débuté votre activité libérale dès l'obtention de votre diplôme ?

Si oui, passez directement à la question 10

9) Dans quel(s) service(s) avez-vous travaillé avant votre installation en libéral ?

10) Mode d'exercice actuel :

libéral uniquement

libéral + hospitalier public

libéral + hospitalier privé

libéral + CPEF

libéral + enseignement

libéral + autres (préciser) :

11) Durée d'exercice totale en libéral :

Situation de votre cabinet libéral

12) Département d'exercice : Moselle

Meurthe-et-Moselle

13) Votre cabinet est-il implanté :

-dans une zone urbaine (plus de 2000 habitants)

-dans une zone rurale (moins de 2000 habitants)

14) Dans la ville où se situe votre cabinet, existe-t-il :

-une (des) autre(s) sage(s)-femme(s) libérale(s) ? Oui Non

-un (des) médecin(s) généraliste(s) ? Oui Non

-un (des) gynécologue(s) ? Oui Non

15) Par rapport au cabinet d'un gynécologue, votre cabinet se situe :

-dans le même cabinet

-à moins de 2 kms

-entre 2 et 5kms

-entre 5 et 10kms

-entre 10 et 20 kms

-à plus de 20kms

16) Par rapport au cabinet d'un médecin généraliste, votre cabinet se situe :

-dans le même cabinet

-à moins de 2 kms

-entre 2 et 5kms

-entre 5 et 10kms

-entre 10 et 20 kms

-à plus de 20kms

17) Par rapport à un centre d'orthogénie, votre cabinet se situe :

-dans le même établissement

-à moins de 2 kms

-entre 2 et 5kms

-entre 5 et 10kms

-entre 10 et 20 kms

-à plus de 20kms

18) Par rapport à un centre d'échographie/radiologie, votre cabinet se situe :

-dans le même établissement

- à moins de 2 kms
- entre 2 et 5kms
- entre 5 et 10kms
- entre 10 et 20 kms
- à plus de 20kms

Activité libérale

19) Quelle est, selon vous, l'activité principale de votre cabinet ?

20) Réalisez-vous des consultations de suivi de grossesse ? Oui Non

21) Réalisez-vous des séances de préparation à la naissance et à la parentalité ?

Oui Non

22) Réalisez-vous des consultations de suivi post-partum ? Oui Non

23) Réalisez-vous des consultations de rééducation périnéale ? Oui Non

24) Réalisez-vous des consultations de gynécologie de prévention et/ou des consultations de contraception ? Oui Non

Seulement si vous ne pratiquez-vous pas de consultation gynécologique au sein de votre cabinet :

25) Pour quelle(s) raison(s) ne pratiquez-vous pas de consultation gynécologique au sein de votre cabinet ?

Activité gynécologique :

Seulement si vous avez coché « suivi gynécologique de prévention » et/ou « consultation de contraception »

26) Pour quelle(s) raison(s) avez-vous mis en place une activité de gynécologie au sein de votre cabinet ?

27) A combien estimez-vous le pourcentage de consultation gynécologique (de prévention ou de contraception) ?

Moins de 10 %

Entre 10 et 25 %

Entre 25 et 50%

Plus de 50 %

Dépistage et prévention des cancers gynécologiques :

28) Réalisez-vous les frottis cervico-utérins (dépistage du cancer du col de l'utérus) ?

Si non, pourquoi ?

29) Réalisez-vous la vaccination anti-HPV ?

30) Pratiquez-vous la palpation mammaire (dépistage du cancer du sein) ?

Si non, pourquoi ?

Contraception :

31)

	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Réalisez-vous des consultations de contraception ?				
Réalisez-vous des prescriptions de pilules oestro-progestatives/progestatives ?				
Réalisez-vous des prescriptions d'implant ?				
Réalisez-vous la pose d'implant ?				
Réalisez-vous des prescriptions de dispositif intra-utérin (DIU) ?				
Réalisez-vous la pose de DIU ?				
Réalisez-vous la prescription de préservatifs ?				
Réalisez-vous la prescription de cape, diaphragme, spermicides ?				

Infections Sexuellement Transmissibles :

32) Faites-vous la prévention des IST chez vos patientes ?

33) Réalisez-vous le dépistage des IST ?

Sexualité :

34) Abordez-vous le sujet de la sexualité avec vos patientes ?

Si oui : est-ce de façon systématique ou selon leur demande ?

Si non, pour quelle raison ?

35) Quels sont pour vous, les freins à la pratique de l'activité gynécologique en tant que sage-femme libérale ?

Pratique de l'IVG :

36) Pratiquez-vous des IVG médicamenteuses au sein de votre cabinet libéral ? Oui Non

Si oui, pour quelle(s) raison(s) avez-vous commencé à pratiquer cette activité ?

Si non, pourquoi n'avez-vous pas développé cette activité ?

Envisagez-vous de le faire ? Oui          Non      Ne sait pas

Collaboration avec les autres professionnels :

37) A qui réadrezsez-vous vos patientes en cas de pathologie suspectée et/ou diagnostiquée ?

38) Comment qualifierez-vous votre collaboration avec les autres professionnels de santé concernant le suivi gynécologique de prévention (médecin généraliste, gynécologue-obstétricien, radiologue) ?

39) Avez-vous des remarques, des commentaires ou d'autres éléments à ajouter à ce questionnaire ?

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire et pour votre participation à l'élaboration de mon mémoire.

# ANNEXE II

## Recommandations concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus et prise en charge

**DÉPISTAGE  
DESCANCERS**  
Centre de coordination  
Grand-Est

### PRÉVENTION DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

#### RÔLE DU MÉDECIN ET DE LA SAGE-FEMME

---

LE DÉPISTAGE

PROGRAMME ORGANISÉ DE DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

<b>Population cible</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>femmes de 25 à 65 ans ayant eu au moins 1 rapport sexuel</li> <li>femmes invitées et femmes venues spontanément* car tous les frottis anormaux sont suivis</li> </ul>
<b>Règle d'invitation</b>	Invitation si pas de frottis réalisé dans les 3 ans
<b>Test</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>frottis cytologique de dépistage de préférence en milieu liquide</li> <li>1 frottis tous les 3 ans après 2 frottis normaux à 1 an d'intervalle</li> </ul>
<b>Remboursement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>100 % si invitation (étiquette à coller sur la demande d'examen)</li> <li>selon les modalités habituelles si dépistage spontané</li> <li>HPV et CinTec réflexes également pris en charge à 100 % en cas d'invitation</li> <li>les examens de suivi des frottis anormaux ne sont pas pris en charge à 100 %</li> </ul>

\* opposition possible à mentionner sur la fiche de transmission à l'ACP (anato-cytopathologiste)

RÔLE DU PROFESSIONNEL DE SANTE

Informer sur l'intérêt du test de dépistage et la possibilité de s'opposer à la transmission du résultat au CRCDC

Repérer les exclusions :  
 définitives : hystérectomie totale - handicap lourd rendant les rapports sexuels impossibles  
 temporaires: vierge - frottis récent - suivi de lésions du col - etc.

Réaliser ou orienter les femmes pour le test et/ou le suivi selon les recommandations de l'INCa 2016

Convaincre les femmes non dépistées :  
 ménopausées  
 en ALD pour maladie chronique  
 en situation de précarité

---

LA VACCINATION CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS

PRINCIPE

<b>Population cible</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>filles de 11 à 14 ans et en rattrapage jusqu'à 19 ans</li> <li>HSH jusqu'à 26 ans</li> <li>enfants et adolescents transplantés ou vivant avec le VIH jusqu'à 19 ans</li> <li>enfants candidats à une transplantation d'organe solide dès 9 ans</li> </ul>
<b>Schéma vaccinal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>vaccin recommandé pour débiter : Gardasil 9®</li> <li>2 injections à 6 mois d'intervalle (3 en rattrapage et HSH)</li> </ul>
<b>Prévention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>de l'infections à HPV 16, 18, 6, 11, 31, 33, 45, 52, 58</li> <li>des lésions précancéreuses et des cancers (déjà 50 % avec Gardasil® et Cervarix®) - donc moins de conisations</li> <li>des cancers d'autres localisations (anus, vagin, ORL)</li> </ul>
<b>Remboursement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>selon les modalités habituelles</li> <li>en Alsace : remboursement de la part complémentaire par la Ligue contre le Cancer (en parler au pharmacien)</li> </ul>
<b>Sécurité</b>	Toutes les études mondiales, européennes et françaises ont montré qu'il n'existe pas de lien avec l'apparition de maladies auto-immunes graves. Le rapport bénéfices-risques est positif.

RÔLE DU PROFESSIONNEL DE SANTE

Informer et rassurer pour VACCINER

TSVP

## NOUVELLES RECOMMANDATIONS DE SUIVIE DE LA CYTOLOGIE CERVICO-UTÉRINE

### POURQUOI DE NOUVELLES RECOMMANDATIONS ?

Le but des nouvelles recommandations de l'INCa est d'éviter le dépistage de lésions non évolutives et le sur traitement.

### QUELLES RECOMMANDATIONS ?

Résultat du FCU	Examen à réaliser	Résultat de l'examen	Conduite à tenir
Non interprétable			FCU dans 3-6 mois
Normal / Inflammatoire			FCU dans 3 ans
ASC-US (colposcopie et cytologie répétée non recommandées en 1 <sup>ère</sup> intention)	test HPV	absence d'HPV oncogènes	FCU dans 3 ans
		présence d'HPV oncogènes	colposcopie
Atypies glandulaires (AGC)	test HPV	absence d'HPV oncogènes	FCU dans 3 ans
		présence d'HPV oncogènes	colposcopie
AGC si $\geq 45$ ans	test HPV et exploration endo-utérine		
Tout autre résultat			
ASC-H / HSIL			colposcopie
LSIL (test HPV non recommandé en 1 <sup>ère</sup> intention)			colposcopie
Option : Bas-Grade tout âge ou ASC-US si < 30 ans	double immuno-marquage p16/Ki67	<i>négatif</i>	FCU dans 12 mois
		<i>positif</i>	colposcopie

### CAS PARTICULIERS ?

- ◆ Reprise du suivi après une exploration colposcopique : accessible sur le site de l'INCa (e-cancer.fr)
- ◆ Suivi en cours de grossesse :
  - ASC-US ou LSIL : frottis de contrôle 2-3 mois après l'accouchement
  - ASC-H, AGC ou HSIL : colposcopie immédiate

### QUEL ARGUMENT POUR EXPLIQUER LE SUIVI À 3 ANS À VOTRE PATIENTE AVEC UN TEST HPV NÉGATIF ?

L'absence d'infection HPV (agent responsable du cancer) constitue un fort argument de sécurité sur une durée nettement supérieure à 3 ans.



## ANNEXE III

### ***Entretien avec Blandine Malet-Duchon, sage-femme libérale***

Pour réaliser des IVG en tant que sage-femme libérale, une convention doit obligatoirement être passée avec un centre hospitalier. Légalement, celui-ci doit se situer à 1h maximum du cabinet.

Pour Mme Malet-Duchon, des démarches avaient été amorcées avec le CHR Metz-Thionville mais aucun protocole n'a été établi. Or, celui-ci est nécessaire à la mise en place d'une convention. A l'heure actuelle, aucun protocole ne semble créé.

C'est pourquoi cette sage-femme a établi une convention avec le CHRU de Nancy.

Dans les conventions relatives à la prise en charge des IVG médicamenteuses en libéral, les hôpitaux exigent une preuve d'aptitude à la prise en charge et à la réalisation d'IVG. Cela passe généralement par un stage dans le service d'orthogénie de l'établissement.

En complément du stage, une formation doit également être suivie, souvent organisée par le réseau régional et/ou local. Dans la région, le Réseau Périnatal Lorrain en est l'organisateur.

Concernant le parcours de Mme Malet-Duchon, elle avait également suivi la formation du DU de l'université de Brest « Suivi gynécologique de prévention, sexualité, régulation des naissances » en 2017.

En Moselle, elle est la seule sage-femme libérale à pratiquer l'IVG médicamenteuse.

Au niveau de ses contacts, elle est en lien avec les CPEF de Moselle qui lui orientent parfois des patientes. De plus, elle est référencée sur le site [IVGlesadresses.org](http://IVGlesadresses.org), qui recense les différents lieux possibles pour réaliser une IVG, souvent consulté par les patientes concernées.

Mme Malet-Duchon a débuté cette activité dans le but de rendre service aux femmes.

Sa pratique de la gynécologie étant très développée, la réalisation d'IVG médicamenteuse semblait s'inscrire dans la continuité et vient compléter l'offre de soins qu'elle propose. Cela permet à ses patientes d'avoir le choix de s'orienter soit vers l'hôpital, soit vers le cabinet libéral.

Les demandes des patientes sont très fluctuantes : parfois 1 IVG par semaine pendant 1 mois suivi de 2 ou 3 mois sans aucune demande.

Par rapport à cette activité, la sage-femme en est très satisfaite. Elle ne signale aucun problème, aucune situation d'urgence à gérer pour le moment. Elle nous dit que la pratique est très encadrée et qu'elle est tenue de respecter la loi et la convention passée avec l'hôpital. Si l'ensemble de ces éléments sont respectés, il n'y a généralement pas de problème.

Les patientes sont également très satisfaites et font des retours positifs sur cette pratique.

Mme Malet-Duchon, nous a indiqué qu'elle ne souhaitait pas réaliser les IVG chirurgicales. De plus, elle n'estime pas nécessaire de poursuivre après la crise sanitaire du Covid-19 la pratique de l'IVG médicamenteuse en libéral après 7SA.

# ANNEXE IV

## *Article du Code de la Santé Publique actuellement en vigueur*

### **Article L4151-1**

Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 127

L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L. 4151-2 à L. 4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L. 4127-1.

La sage-femme peut effectuer l'examen postnatal à la condition d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique constatée.

L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention ainsi que d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique.

Les sages-femmes sont autorisées à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation, dans des conditions fixées par décret.

# ANNEXE V

## Référentiel métier : Situation 7 « Réaliser une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention »

### Situation 7

#### REALISER UNE CONSULTATION DE CONTRACEPTION ET DE SUIVI GYNECOLOGIQUE DE PREVENTION

##### Réaliser un diagnostic

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

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

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

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

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



**Université de Lorraine - Ecole de sages-femmes de Metz**

Mémoire de fin d'études de sage-femme de Margot DARTOY - Année 2020

**Le suivi gynécologique par les sages-femmes libérales**

**de Moselle et de Meurthe-et-Moselle**

*Etude quantitative descriptive multicentrique à l'aide de questionnaires anonymes auprès des sages-femmes libérales du 54 et du 57 de janvier à mars 2020*

**Résumé**

**Introduction** : La loi Hôpital Patients Santé Territoires, du 21 juillet 2009 a permis aux sages-femmes d'effectuer le suivi gynécologique de prévention des femmes en bonne santé. Comment le suivi gynécologique s'inscrit-il dans la pratique quotidienne des sages-femmes libérales de Moselle et de Meurthe-et-Moselle en 2019-2020, soit dix ans après l'accord de cette compétence aux sages-femmes ? L'objectif de cette étude a été d'analyser les pratiques professionnelles à propos du suivi gynécologique en 2020 par les sages-femmes libérales de Meurthe-et-Moselle et de Moselle.

**Méthode** : L'étude réalisée était quantitative observationnelle, descriptive multicentrique par questionnaires anonymes de janvier à mars 2020. La population de l'étude comprenait 40 sages-femmes libérales de Moselle et de Meurthe-et-Moselle, dont l'une des activités principales était le suivi gynécologique des femmes.

**Résultat** : Sur les 40 questionnaires étudiés, 97,5% des sages-femmes réalisaient le suivi gynécologique des femmes qui était pour 40% d'entre elles, une de leurs activités principales. 80% des sages-femmes pratiquaient des consultations de contraception régulièrement. Toutes participaient au dépistage des cancers gynécologiques. 80% des sages-femmes ont suivi une formation complémentaire en gynécologie après leur formation initiale. La pratique de l'IVG médicamenteuse a été relevée chez 7,5% des sages-femmes, l'acquisition de cette compétence étant récente.

**Conclusion** : Le suivi gynécologique de prévention semble s'inscrire dans les pratiques professionnelles des sages-femmes libérales. Des améliorations seraient possibles notamment en mettant en place des réseaux de professionnels ou en proposant des formations continues complémentaires aux sages-femmes.

**Mots clés** : suivi gynécologique, sage-femme libérale, loi HPST, pratiques professionnelles

**Abstract**

**Introduction:** The *Hospital Patients Health Territories* law of July 21, 2009 allows midwives to carry out preventive gynecological care for healthy women. How does gynecological follow up fit into the daily practice of self-employed midwives in Moselle and Meurthe-et-Moselle in 2019-2020, ten years after midwives were granted this competence? The goal of this study was to analyze professional practices regarding gynecological monitoring in 2020 by self-employed midwives in Meurthe-et-Moselle and Moselle.

**Methods:** The study was observational quantitative, multicenter descriptive by anonymous questionnaires from January to March 2020. The study group included 40 self-employed midwives from Moselle and Meurthe-et-Moselle, whose main activity was reproductive health monitoring women.

**Results:** : Out of the 40 questionnaires studied, 97.5% of midwives carried out preventive gynecological care of women, which for 40% of them was one of their main activities. 80% of midwives practiced contraceptive consultations regularly. All of them participated in screening for gynecological cancers. 80% of midwives have received vocational training in gynecology after their course. Drug-induced abortion was observed in 7.5% of midwives, the acquisition of this skill being recent.

**Conclusion:** Gynecological prevention follow-up seems to be part of the professional practices of self-employed midwives. Improvements could be possible in particular by setting up networks of professionals or by offering additional vocational training to midwives.

**Keywords:** self-employed midwives, gynecological follow up, HPST law, professional practices