



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

Université Claude Bernard



Lyon 1

UFR de MEDECINE LYON-EST

ANNÉE 2017 N°10

**PARTAGE DE COMPETENCES DANS LA PRATIQUE GYNECOLOGIQUE :
OPINIONS DES MEDECINS GENERALISTES ET GYNECOLOGUES CONCERNANT
L'ELARGISSEMENT DES COMPETENCES DES SAGES-FEMMES
DANS LE DOMAINE DU SUIVI GYNECOLOGIQUE**

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le **24 Janvier 2017**
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Fanny TROSSAT

Née le 5 Mai 1987 à Lons-le-Saunier (39)

Sous la direction du Dr Charline BOISSY

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

2016/2017

- PRESIDENT	Frédéric FLEURY
- PRESIDENT DU COMITE DE COORDINATION DES ETUDES MEDICALES	Pierre COCHAT
- DIRECTRICE GENERALE DES SERVICES	Dominique MARCHAND

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Gilles RODE
UFR DE MEDECINE ET DE MAÏEUTIQUE LYON SUD- CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR D'ODONTOLOGIE	Directeur : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
DEPARTEMENT DE BIOLOGIE HUMAINE	Directrice : Anne-Marie SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
POLYTECH LYON	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
OBSERVATOIRE DE LYON	Directrice : Isabelle DANIEL
ECOLE SUPERIEURE DU PROFESSORAT ET DE L'EDUCATION (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

FACULTE DE MEDECINE LYON EST - LISTE DES ENSEIGNANTS

2016/2017

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

CLASSE EXCEPTIONNELLE ECHELON 2

Blay Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Cochat Pierre	Pédiatrie
Cordier Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat Christian	Chirurgie digestive
Guérin Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Ninet Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Philip Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Ponchon Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

CLASSE EXCEPTIONNELLE ECHELON 1

Borson-Chazot Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Chassard Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris Olivier	Pédiatrie
D'Amato Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye François	Cardiologie
Denis Philippe	Ophtalmologie
Disant François	Oto-rhino-laryngologie
Douek Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf Christian	Chirurgie digestive
Finet Gérard	Cardiologie
Gaucherand Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guérin Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Herzberg Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat Jérôme	Neurologie
Lachaux Alain	Pédiatrie
Lehot Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

Lina Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin Xavier	Urologie
Mellier Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens Patrick	Anatomie
Michallet Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec Pierre	Immunologie
Morel Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Moulin Philippe	Nutrition
Négrier Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nighoghossian Norbert	Neurologie
Ninet Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize Michel	Physiologie
Rode Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

PREMIERE CLASSE

André-Fouet Xavier	Cardiologie
Argaud Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Badet Lionel	Urologie
Barth Xavier	Chirurgie générale
Bessereau Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand Yves	Pédiatrie
Boillot Olivier	Chirurgie digestive
Braye Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chevalier Philippe	Cardiologie
Colin Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel Marc	Urologie
Cottin Vincent	Pneumologie ; addictologie
Devouassoux Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo Sylvie	Cardiologie
Dumontet Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Ederly Charles Patrick	Génétique
Fauvel Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot Marc	Neurochirurgie
Gueyffier François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Javouhey Etienne	Pédiatrie
Juillard Laurent	Néphrologie
Jullien Denis	Dermato-vénéréologie

Kodjikian Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion François	Physiologie
Morelon Emmanuel	Néphrologie
Mure Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Négrier Claude	Hématologie ; transfusion
Nicolino Marc	Pédiatrie
Picot Stéphane	Parasitologie et mycologie
Rouvière Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Rymlin Philippe	Neurologie
Saoud Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete Caroline	Physiologie
Truy Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée Bernard	Anatomie
Vanhems Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic Sandra	Neurologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

SECONDE CLASSE

Ader Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Aubrun Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Boussel Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender Alain	Génétique
Chapurlat Roland	Rhumatologie
Charbotel Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Cotton François	Radiologie et imagerie médicale
Crouzet Sébastien	Urologie
Dargaud Yesim	Hématologie ; transfusion
David Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco Federico	Neurochirurgie
Dubernard Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Ducray François	Neurologie
Dumortier Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton Laurent	Médecine légale
Fellahi Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry Tristan	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie

Gillet Yves	Pédiatrie
Girard Nicolas	Pneumologie
Gleizal Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot Arnaud	Médecine interne
Huissoud Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel Mickaël	Chirurgie générale
Michel Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Million Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Monneuse Olivier	Chirurgie générale
Nataf Serge	Cytologie et histologie
Peretti Noël	Nutrition
Pignat Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet Gilles	Chirurgie générale
Raverot Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Rheims Sylvain	Neurologie
Richard Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Robert Maud	Chirurgie digestive
Rossetti Yves	Physiologie
Souquet Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaumat Olivier	Néphrologie
Thibault Hélène	Physiologie
Wattel Eric	Hématologie ; transfusion

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE

Flori Marie
 Letrilliart Laurent
 Moreau Alain
 Zerbib Yves

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

Lainé Xavier

PROFESSEURS EMERITES

Baulieux Jacques	Cardiologie
Beziat Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chayvialle Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret Daniel	Pédiatrie

Gharib Claude	Physiologie
Mauguière François	Neurologie
Neidhardt Jean-Pierre	Anatomie
Petit Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou Marc	Neurochirurgie
Touraine Jean-Louis	Néphrologie
Trepo Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

MAITRES DE CONFERENCE – PRATICIENS HOSPITALIERS

HORS CLASSE

Benchaib Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuiet Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Dubourg Laurence	Physiologie
Germain Michèle	Physiologie
Jarraud Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Le Bars Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton Eric	Cytologie et histologie
Sappey-Marinier Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio Eric	Anatomie

MAITRES DE CONFERENCE – PRATICIENS HOSPITALIERS

PREMIERE CLASSE

Barnoud Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Confavreux Cyrille	Rhumatologie
Cozon Grégoire	Immunologie
Escuret Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda Marie Nathalie	Immunologie
Lesca Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Maucort Boulch Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet David	Anatomie et cytologie pathologiques
Pina-Jomir Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire

Plotton Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Rimmele Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ritter Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES – PRATICIENS HOSPITALIERS

SECONDE CLASSE

Casalegno Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Curie Aurore	Pédiatrie
Duclos Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Lemoine Sandrine	Physiologie
Marignier Romain	Neurologie
Phan Alice	Dermato-vénérologie
Schluth-Bolard Caroline	Génétique
Simonet Thomas Biologie cellulaire	
Vasiljevic Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

Farge Thierry
Pigache Christophe

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Remerciements

Au président du jury :

Madame le Professeur Marie FLORI

Je vous remercie d'avoir accepté la présidence de cette thèse et de l'intérêt que vous avez porté à ce sujet. Vous m'avez fait l'honneur de m'accorder votre confiance. Merci pour l'enseignement que vous m'avez apporté pendant mon internat de médecine générale ainsi que pour votre dévouement à cette discipline. Je vous prie de recevoir l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Gil DUBERNARD

Merci de l'honneur que vous me faites de siéger au jury de cette thèse. Soyez assuré de mon respect et de ma plus grande reconnaissance.

Monsieur le Professeur Xavier LAINE

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de juger mon travail. Je suis sensible à l'investissement dont vous avez fait preuve lors de la mise en place de mon mémoire de recherche. Votre engagement dans l'enseignement de la médecine générale est une chance pour les étudiants lyonnais.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Charline BOISSY

Je ne te remercierai jamais assez d'avoir été aussi présente et investie dans l'accompagnement de mon travail de thèse. Merci pour ta disponibilité (même au-delà des frontières), tes conseils éclairés et toujours justes, tes encouragements et tes nombreuses relectures. Tu as été une directrice en or, chanceuse que je suis ! Reçois ici ma profonde gratitude et toute mon affection.

Aux médecins rencontrés pendant ce travail de thèse

Merci pour votre confiance, votre sincérité et tous les échanges enrichissants et constructifs que nous avons partagés. Ce travail existe grâce à vous.

A tous les médecins et équipes soignantes rencontrés lors de mon parcours

Vous avez fait le médecin que je suis aujourd'hui, je ressors grandie de toutes vos rencontres.

A mes parents,

Maman, tu as été présente à chaque étape importante de ma vie, ton soutien me porte et ton amour chaleureux me rassure et me réconforte. Je ne te remercierai jamais assez pour tout.

Papa, tu m'as toujours soutenue et accompagnée dans les bons moments mais aussi les moins drôles. Merci pour nos discussions et ta confiance.

Si j'en suis arrivée là, c'est grâce à vous. Je vous aime.

A ma sœur Julie,

Ma Yaya, reine des plaquettes. Tu ne t'imagines pas à quel point tu comptes pour moi. Tes encouragements pendant toutes ces années ont été les plus importants pour moi. Merci d'être là et merci pour tous nos fous rires et nos délires, qu'ils durent toujours.

Tu as construit avec Julien une famille pétillante et mon Léo me rend fière chaque jour. Je suis une tatie comblée grâce à vous. J'attends avec impatience l'arrivée du numéro 2 !

A ma famille qui a toujours été attentive à mon parcours et une grande source d'encouragements. Merci d'être venus en nombre pour ma soutenance. Je voudrais particulièrement embrasser et remercier mes 4 grands-parents. Mention spéciale pour papy et mamie Pschiiiiit.

A toi mon Tom,

Il y a des personnes qui sont faites pour se trouver à un moment donné de leur existence. C'est notre cas et je suis heureuse de vivre la suite avec toi. Je dédie cette thèse à ta maman Pascale, une femme merveilleuse qui a fait que nos chemins se sont croisés. Qu'elle soit fière de nous.

Certaines amitiés naissent et traversent les années sans prendre une ride :

Chouchou, ma partenaire des 400 coups. J'ai grandi à tes côtés et tu n'imagines pas les milliers de souvenirs que j'ai avec toi. Merci d'être là.

Louise, ma petite femme dont je suis si fière et mon modèle de réussite ! Tu es mon fil rouge, celui qui te suit et auquel tu te rattrapes toujours. Je t'aime fort.

Baby, mission impossible de résumer notre amitié en quelques phrases. Tu as rendu mes années facs plus belles en y ajoutant ce grain de folie qui nous caractérise tant. Je ne pensais pas qu'il était possible de rire autant à minuit après 3h de conf, de se déguiser à 25 ans sans que le ridicule ne nous tue, et d'être capable d'improviser un spectacle de chant et de danse en 5 minutes. Merci pour tout ça, tu m'es très précieuse.

Marl, mon lapin. Tu as rendu ces dernières années encore plus belles. Merci à toi et **Mika** d'être autant présents et complices. Vous comptez beaucoup pour moi. Mille bisous à vous et vos deux zouzous que j'aime fort.

Caro, tant de souvenirs sur ces 10 dernières années mais surtout beaucoup de fou-rires ! Garde cet humour qui te caractérise et que j'apprécie tellement. Je t'embrasse très fort.

A tous mes amis lédoniens et votre soutien sans faille, tout particulièrement Laurette, Caro, Sandrine et Mymy.

A mes amis bisontins, rencontrés à la fac ou lors de cette aventure extraordinaire qu'a été la corpo : Sev, Justin, Jon et Amel, Flo, Clémentine, Bounette, Titoune. Nini et son doudou, Laetitia. Mais surtout à ma B.Girl Steph, ma complice et mon égale « bionic », que ta vie soit belle et heureuse avec Pierre.

A mes ami(e)s lyonnais(es), petites pépites placées sur mon chemin lors de mon internat : Adèle une co-interne et amie en or, Laetisharon (mon chaton) merveilleuse amie pleine de bienveillance. Clairette et son peps, les Clem(s) douces et piquantes à la fois, Aurélie et sa zénitude. Agathe, pour avoir fait de ces 6 mois en gynéco un moment de vie incroyable. « Maneuon » et ton côté déjanté, Flo pour ta bonne humeur et ton accent croquant et gourmand. Seb pour ton humour décalé qui me fait tant rire. A vos amoureux et amoureuses respectif(ve)s.

A la famille de Thomas, ses grands-parents Simone et Bernard, sa tante Catherine et ses cousins. Merci de m'avoir accueillie dans votre famille.

A Hubert, merci d'être présent auprès de maman et de prendre soin de nous.

A mon **Jéjé**, la belle rencontre de ces dernières années. Une véritable amitié, je t'adore.

A chaque enseignant qui a traversé ma vie.

A tous mes co-internes.

A mon tuteur, le Dr Marc Chanelière et mes co-GEPeuses (Justine, Mélie, Sybil et Laura).

A tous mes maîtres formateurs, plus particulièrement :

Dr Le Loch qui a su me donner confiance lors de mon premier stage aux soins intensifs.

Dr Gallo, chef de service de gynécologie obstétrique de l'hôpital de Romans qui a toujours considéré ses internes avec respect et bienveillance. J'ai rencontré dans son service des sages-femmes étonnantes qui ont porté un grand intérêt à me faire connaître leur profession.

Dr Sibarita, médecin extraordinaire. Vous m'avez ouvert les portes de votre cabinet et enseigné une médecine familiale et chaleureuse, tout à votre image. J'ai vraiment apprécié ce semestre au Grand-Serre entourée de Sabrina et de votre époux.

Dr Meyer, un médecin qui m'a beaucoup appris. Je me sers chaque jour des « outils » qu'il m'a transmis lors de mon stage de niveau 1.

Le service de médecine de l'hôpital de Givors qui a rendu la fin de mon internat tellement heureuse. Et tout particulièrement le Dr Trautmann et son équipe pour leur confiance et leur amitié. Merci à Séverine, Manuela et Liamine qui ont contribué à ma formation.

Enfin, et surtout, aux trois médecins qui m'ont accompagné de ma vie d'enfant à ma vie de femme :

Dr Baborier, mon « papa de cœur ». Vous avez rendu ma vie plus belle et m'avez donné le goût de la médecine. Grâce à vous, l'environnement hospitalier n'a jamais été source de crainte ou d'angoisse. Vous êtes l'incarnation de l'humanité dans ce qu'elle a de plus belle en médecine. Je vous dois beaucoup.

Dr Lievaux, mon médecin de famille mais pas que ! Merci pour votre confiance cette année passée auprès de vos patients et de votre accueil avec Ariane. Je vous embrasse affectueusement.

Dr Chassande, toujours à l'écoute. Vous avez porté un intérêt tout particulier à ce sujet. Je vous remercie infiniment de votre enthousiasme et de votre présence.

Lexique

ANESF : Association Nationale des Etudiants Sages-femmes

BDSP : Banque de donnée en Santé Publique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIN : Néoplasie Cervicale Intraépithéliale

CISMeF : Catalogue des Index et des Sites Médicaux de langue Française

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DU : Diplôme Universitaire

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DIU : Dispositif Intra-Utérin

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

FCU : Frottis Cervico-Utérin

FNCGM : Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale

GEU : Grossesse Extra Utérine

GM : gynécologue médical

GMO : gynécologue médical et obstétricien

GO : gynécologue obstétricien

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

IMG : Interne de Médecine Générale

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INVS : Institut de Veille Sanitaire

ISNAR-IMG : Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MG : Médecin Généraliste

ONSSF : Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRADO : Programme d'Accompagnement au Retour à Domicile après Hospitalisation

SF : Sage-Femme

SYNGOF : Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France

TSH : Thyroïdostimuline

TABLE DES MATIERES

LEXIQUE.....	27
LISTE DES TABLEAUX	31
INTRODUCTION.....	33
MATERIEL ET METHODE.....	35
I. TYPE DE L'ETUDE.....	35
II. POPULATION ETUDIEE.....	35
III. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE.....	36
IV. ELABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN.....	36
V. DEROULEMENT DES ENTRETIENS.....	37
VI. ANALYSE DU CONTENU.....	37
RESULTATS.....	39
I. POPULATION ETUDIEE.....	39
A. Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée	39
B. Les entretiens.....	40
II. ANALYSE DES ENTRETIENS.....	40
A. La pratique du suivi gynécologique.....	41
1. Pratiques des médecins interrogés	41
2. Médecins généralistes : déterminants à la pratique ou non du suivi gynécologique	43
3. Gynécologues : orientation et voie d'accès à la consultation	46
B. La sage-femme et sa profession.....	48
1. Le métier de sage-femme, vu par les médecins.....	48
2. L'élargissement des compétences des sages-femmes dans le domaine du suivi gynécologique	51
3. Prise de contact avec une sage-femme	53
4. Pour quels motifs les médecins adressent-ils les patientes aux sages-femmes ?.....	54
5. Patientes suivies sur le plan gynécologique par une sage-femme.....	56
C. Opinions des médecins généralistes et gynécologues concernant l'élargissement des compétences des sages-femmes	57
1. Des médecins enthousiastes.....	57
2. D'autres médecins opposés à cet élargissement	58
3. Un discours plus nuancé	58
D. Les déterminants de ces opinions.....	59
1. L'élargissement des compétences	59
2. Les compétences des sages-femmes dans le domaine gynécologique.....	64
3. Un manque d'information envers les patientes.....	71
4. Un problème de concurrence ?.....	73
5. L'aspect financier	76
6. Varier et alléger l'activité des médecins	77
7. Une histoire de temps et d'écoute	78
E. Les propositions faites par les médecins	79
1. Pour mieux travailler ensemble	79
2. Informier pour mieux connaître	85
3. Communiquer	87
4. Aide à la formation	89
5. Connaître ses limites.....	90
6. Le choix de la patiente	91

DISCUSSION	93
I. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	93
A. Forces de l'étude.....	93
B. Limites de l'étude.....	94
II. DISCUSSION DES RESULTATS.....	95
A. Des décisions liées à une crise démographique.....	95
1. Des chiffres démographiques en baisse.....	95
2. Les médecins généralistes, un relai insuffisant	95
3. Une population féminine à prendre en charge	96
B. La sage-femme, une solution ?	97
1. Economique	97
2. Démographique	97
3. Santé publique : un professionnel supplémentaire dans le suivi de la femme.....	98
C. La profession de sage-femme et ses compétences	101
1. Des compétences qui font débat	101
2. La sage-femme, un praticien du premier recours ?	105
D. Réticences des médecins interrogés.....	107
1. La concurrence.....	107
2. Crainte d'un élargissement aux autres professions	108
E. Représentations de la profession sage-femme.....	109
F. Quelles propositions pour mieux travailler ensemble ?	111
1. Améliorer la connaissance de la profession sage-femme	111
2. La formation.....	112
3. Interdisciplinarité	113
CONCLUSION.....	117
BIBLIOGRAPHIE	119
ANNEXES.....	127
ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN	127
ANNEXE 2 : LES PROFESSIONNELS DU SUIVI GYNECOLOGIQUE	129
ANNEXE 3 : CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, VOIE D'ACCES,ORIENTATION	133
ANNEXE 4 : DUREE ET MODE DE REALISATION DES ENTRETIENS	134
ANNEXE 5 : DEMOGRAPHIE DES MEDECINS GENERALISTES ET GYNECOLOGUES	135
ANNEXE 6 : DEMOGRAPHIE DES SAGES-FEMMES	136
ANNEXE 7 : VERBATIM	137
Entretien n°1.....	137
Entretien n°2.....	142
Entretien n°3.....	146
Entretien n°4.....	152
Entretien n°5.....	156
Entretien n°6.....	160
Entretien n°7.....	163
Entretien n°8.....	171
Entretien n°9.....	176
Entretien n°10.....	181
Entretien n°11.....	186
Entretien n°12.....	191
Entretien N°13	197
Entretien n°14.....	202
Entretien N°15	209

Liste des tableaux

Tableau 1 : Examen gynéco et Frottis cervico-utérin

Tableau 2 : Prise en charge de la grossesse et suites de couche

Tableau 3 : Etat des connaissances des médecins interrogés

Tableau 4 : Information et biais d'information

Tableau 5 : Motif d'orientation vers une sage-femme

Tableau 6 : Carence en gynécologues

Tableau 7 : Carence en médecins généralistes pour le suivi gynécologique

Tableau 8 : Une volonté des pouvoirs publics d'accentuer le rôle de la sage-femme

Tableau 9 : Aspect économique

Tableau 10 : Que pensent les médecins de la formation de la sage-femme ?

Tableau 11 : Relai physiologique/pathologique

Tableau 12 : Les sages-femmes ont des compétences limitées

Tableau 13 : Information délivrée aux patientes par les médecins

Tableau 15 : Absence de concurrence ou avis mitigé

Tableau 15 : Concurrence ressentie par les médecins

Tableau 16 : Concurrence ressentie par les sages-femmes

Tableau 17 : Varier et alléger l'activité des médecins

Tableau 18 : Où travailler ensemble ?

Tableau 19 : Propositions pour travailler ensemble

Tableau 20 : Informer les patientes et les professionnels

Tableau 21 : Propositions pour mieux communiquer

INTRODUCTION

Les sages-femmes¹ sont bien connues pour leur rôle de maïeuticienne, les femmes leur confiant leur suivi de grossesse depuis des siècles. En Juillet 2009, la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) a ouvert le champ de compétence du suivi gynécologique de prévention et de contraception aux sages-femmes (1). Elles peuvent désormais et en dehors de toute situation de grossesse réaliser des consultations de gynécologie de prévention, y compris le frottis cervico-utérin et prescrire les examens complémentaires nécessaires à ce suivi. Réaliser des consultations de contraception, prescrire tous les moyens de contraception ainsi que leur surveillance clinique et biologique (2)(3)(4). Elles sont également autorisées à pratiquer les vaccinations et prescrire des médicaments dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé (5). Enfin, elles sont autorisées depuis Juin 2016 à pratiquer l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) médicamenteuse (6).

Cette loi a été mise en place pour faciliter l'accès aux soins et à la contraception des femmes et tenter de répondre à la problématique de nombreuses patientes n'ayant pas de suivi gynécologique. Elle s'est inscrite dans un contexte où la démographie médicale (gynécologues médicaux principalement) était en baisse (7), contrastant avec une population française féminine en constante croissance (8)(9).

Les sages-femmes peuvent ainsi prendre part au suivi de la femme dans sa globalité, dans la mesure où ce dernier reste physiologique et sous réserve d'adresser la patiente à un médecin en cas de situation jugée pathologique (1). Elles bénéficient maintenant d'une formation initiale en gynécologie nécessaire à leurs nouvelles compétences (10).

En France, le suivi gynécologique n'est pas obligatoire et beaucoup de femmes ne consultent un spécialiste de ce domaine qu'en cas de problème. Une étude réalisée en 2011 (11) a constaté que 19% des femmes n'avaient pas de suivi gynécologique régulier, dont 13% sans suivi ou datant de plus de 5 ans. Sur le plan préventif, 15% déclaraient n'avoir jamais fait de frottis cervico-utérin. Dans une enquête réalisée par l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) en 2012 (12), la couverture du dépistage par Frottis Cervico-Utérin (FCU) était de 72 % sur 3 ans inférieure à l'objectif de 80 %.

1 - Le métier de sage-femme est ouvert aux hommes depuis 1982 et les "maïeuticiens" représentent moins de 2,5 % de l'effectif actif. Dans ce travail, on utilisera le terme de sage-femme au féminin.

Consulter un professionnel du suivi gynécologique dépend principalement du libre-choix des patientes, de leur information et connaissance sur les différents spécialistes du suivi, ainsi que sur la disponibilité démographique et géographique de ces derniers (13).

Sept ans après la promulgation de la loi HPST, un travail préliminaire à cette recherche (14) a montré que les compétences globales des sages-femmes restaient encore méconnues, les patientes ayant des difficultés à en établir les limites. Les sages-femmes sont trop souvent assimilées à leur rôle d'« accoucheuses » (15). Pourtant, des patientes interrogées seraient prêtes à confier leur suivi à une sage-femme du fait d'une meilleure accessibilité, disponibilité et qualité d'écoute (16)(17).

Du point de vue des professionnels de santé, une étude incluant des internes et médecins généralistes a montré qu'ils méconnaissaient le champ de compétences des sages-femmes (18). Une autre étude a démontré qu'ils partageaient la même représentation du métier de sage-femme, à savoir l'accompagnement de la grossesse (19). Cette représentation rejoint l'image historique de ces professionnelles autrefois appelées « matrones ».

Les professionnels du suivi gynécologique (qu'ils soient gynécologues médicaux ou obstétricaux, médecins généralistes ou sages-femmes) partagent de nombreuses compétences. Ils l'ont rappelé dans une publication commune : « Référentiels Métier et Compétences » (20), installant la santé de la femme au cœur de leurs métiers et démontrant leur volonté de travailler ensemble. Pour autant, les sages-femmes pâtissent d'un manque de connaissances et par conséquent de reconnaissance de la part des patientes et des autres professionnels de santé (19)(21).

L'objectif de ce travail est de connaître les opinions des médecins généralistes, gynécologues médicaux et obstétricaux au sujet de l'élargissement des compétences des sages-femmes dans le domaine du suivi gynécologique. Que pensent-ils de l'acquisition et du partage de compétences avec cette profession ?

Ce travail aura pour but de répondre à cette question et de mettre en évidence les éléments qui déterminent ces opinions.

MATERIEL ET METHODE

I. Type de l'étude

Pour ce travail de recherche, nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés. La méthode de l'entretien individuel semi-dirigé a été préférée à la réalisation de focus-groupes car la peur du jugement des confrères aurait pu être un frein à la libre-expression du médecin interrogé.

II. Population étudiée

Le panel de médecins interrogé a été formé de manière à multiplier les points de vue. Le recrutement a été réalisé en Franche-Comté, région où vit l'examineur de l'étude.

L'objectif de cette sélection était d'avoir une population avec une richesse d'opinion potentielle et porteuse de critères pouvant affecter la variabilité de ces opinions (22). Cet échantillon de population ne visait pas une représentativité statistique, mais la diversité du vécu, des expériences et des profils (23).

Il a donc été constitué par des médecins acteurs du suivi gynécologique :

- Médecins généralistes
- Gynécologues médicaux
- Gynécologues obstétriciens.

Si les gynécologues sont considérés comme des professionnels de l'offre de soins de second recours, ils peuvent être consultés en accès direct et réalisent aussi le suivi gynécologique des patientes de premier recours.

Nous avons interviewé des médecins installés et thésés, en variant au maximum :

- Le sexe
- L'âge
- Les lieux d'activités (rural / semi-rural / urbain)
- L'activité (ambulatoire et/ou hospitalière)
- Le type d'exercice (seul / en cabinet de groupe / en maison médicale)

Cela a permis d'obtenir un échantillon raisonné et diversifié.

Les médecins ont été contacté initialement par téléphone ou courriel.

L'inclusion s'est arrêtée à l'obtention de la saturation des données dans chaque groupe de profession.

III. Recherche Bibliographique

La recherche bibliographique a été effectuée entre Décembre 2015 et Décembre 2016, en consultant des bases de données et moteurs de recherche tels que SCIENCE DIRECT ELSEVIER, CAIRN, BDSP, COCHRANE LIBRARY, PubMed, CISMef, Google Scholar. Les mots clés utilisés étaient : compétence, sage-femme, médecin généraliste, gynécologue, suivi gynécologique, opinion.

Les recherches se sont poursuivies sur le site de la bibliothèque universitaire de santé de Lyon-1 et sur le catalogue universitaire de thèses SUDOC. D'autres sources statistiques et d'informations sur les professionnels de santé ont été utilisées : site internet de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE).

La gestion des références a été réalisée avec le logiciel Zotero.

IV. Elaboration du guide d'entretien

L'analyse de la littérature a permis de dégager les thèmes de l'entretien. Le guide d'entretien (ANNEXE 1) a été rédigé en reprenant la liste de thèmes à explorer (24). La trame a été enrichie au fil des entretiens afin d'intégrer les nouveaux éléments qui apparaissaient, comme autorisé dans ce type d'étude.

Les thèmes abordés :

Thème 1 : La pratique gynécologique des médecins interrogés
Thème 2 : Leur vision de la sage-femme
Thème 3 : La sage-femme, professionnel du suivi gynécologique : connaissances et opinions des médecins concernant cet élargissement de compétences
Thèmes 4 : Ouverture et propositions

V. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été menés d'avril à août 2016 et réalisés selon la convenance du médecin (par téléphone, au cabinet). Ils ont été intégralement enregistrés de manière numérique (dictaphone Panasonic[®]) après accord oral du médecin interviewé.

Le déroulement de l'entretien n'était pas prédéfini et l'ordre des questions n'était pas fixe afin de laisser la liberté d'expression à l'interviewé, favoriser l'émergence d'idées en adoptant des stratégies d'écoute et de relance et couvrir tous les champs de thèmes proposés dans le guide.

Les premiers entretiens ont permis de tester la trame et d'adapter notre technique pour mener la discussion, puis les entretiens ont été poursuivis jusqu'à saturation des données. Leur nombre n'était donc pas défini au départ.

VI. Analyse du contenu

Les entretiens ont été retranscrits intégralement et manuellement par le chercheur via le logiciel de traitement de texte Word[®]. Ils ont ensuite été anonymisés.

La retranscription des *verbatim* (ANNEXE 7) a été analysée longitudinalement pour dégager des thèmes, puis de façon transversale pour illustrer ces thèmes.

Le codage des idées et l'analyse thématique ont été réalisés à l'aide du logiciel d'analyse QSR-Nvivo11[®].

RESULTATS

I. Population étudiée

Au total, 15 entretiens ont été réalisés avec la participation de :

- 8 médecins généralistes (MG)
- 4 gynécologues médicales (GM)
- 3 gynécologues obstétriciens (GO)

A. Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée

La population étudiée est détaillée en ANNEXE 3.

Mode d'exercice

Le mode *ambulatoire et urbain* est le plus représenté (10 médecins dont 5 médecins généralistes – 3 gynécologues médicales – 2 gynécologues obstétriciens).

Parmi les médecins généralistes exerçant en groupe, 2 travaillent en maison médicale avec une sage-femme.

Un gynécologue obstétricien exerce exclusivement à l'hôpital et une gynécologue médicale a une activité mixte, partageant son temps entre les consultations dans un cabinet en ville et une activité de Praticien Hospitalier à l'hôpital.

Installation

Les médecins généralistes ont une installation comprise entre 6 mois et 29 ans (dont 5 depuis 5 ans ou moins). Les gynécologues médicales sont installées depuis 23 à 39 ans (dont 3 depuis plus de 30 ans). Et les gynécologues obstétriciens depuis 4 à 35 ans (dont 2 installés depuis plus de 30 ans.)

La majorité des médecins a reçu une **formation en gynécologie** durant leur formation initiale. Du fait de l'ancienneté de leur formation (résidanat), 3 médecins généralistes n'ont pas été formés.

Une seule médecin généraliste a fait une **formation complémentaire** en gynécologie (Diplôme Inter-Universitaire (DIU) de gynécologie médicale, Diplôme Universitaire (DU) de pathologies de la grossesse, DU contraception et orthogénie).

B. Les entretiens

La durée et le mode des entretiens sont détaillés en ANNEXE 4.

La durée moyenne des entretiens était de 26 minutes. Les durées étaient comprises entre 9 et 72 minutes.

11 entretiens ont été réalisés de manière présentielle avec le médecin.

Pour des raisons pratiques et à la demande du médecin, 4 entretiens ont été réalisés par téléphone.

II. Analyse des entretiens

L'analyse des *verbatim* a permis de dégager cinq thèmes :

- La pratique du suivi gynécologique chez les médecins interrogés
- La sage-femme et sa profession, au regard des médecins
- L'opinion des médecins sur l'élargissement des compétences des SF
- Les déterminants de ces opinions
- Propositions

A. La pratique du suivi gynécologique

1. Pratiques des médecins interrogés

a. Examen annuel et réalisation du frottis cervico-utérin (FCU)

Tableau 1 : Examen gynécologique et FCU

Chez les médecins généralistes	<i>« Suivi annuel, dépistage seins, examen annuel, frottis, (...). Je leur dis que le suivi gynéco c'est une consultation dans l'année, dédiée que pour ça. » (MG4)</i>
Chez les gynécologues médicales	<i>« Il y a énormément, 60% de visites qui sont maintenant bien installées, de routine et de dépistage. Avec des patientes qui viennent qui vont au bien point de vue gynéco, pas de plainte fonctionnelle particulière gynéco, l'examen clinique est normal, les frottis de dépistage sont normaux, enfin bref tout va bien (...) » (GM1)</i>
Chez les gynécologues obstétriciens	<i>« Je fais beaucoup de prévention. La plupart de mes patientes viennent pour un suivi régulier annuel. Ça veut dire je commence par un entretien, (...) Après on fait un examen clinique avec si nécessaire un frottis tous les 2-3 ans. Un examen au spéculum, un toucher vaginal, un examen des seins. Ça c'est ce que je fais le plus souvent. » (GO1)</i>

b. Contraception

La pilule est le moyen de contraception le plus cité par l'ensemble des médecins.

Le Dispositif Intra-Utérin (DIU) est plus abordé par les gynécologues.

Certains médecins généralistes ne proposent pas ce moyen de contraception : « Alors les stérilets j'en mets pas, comme ça c'est simple » (MG8). Ils l'expliquent soit par manque de pratique : « je ne pose pas encore les stérilets, je les retire, je pense que je les poserai plus tard » (MG1), ou par manque de moyens : « Stérilet, je ne pratique pas. Je n'ai pas d'appareil d'échographie donc je ne fais pas d'examen par rapport à ça. » (MG3)

L'implant contraceptif a été plus souvent cité par les médecins généralistes que par les gynécologues : « Par contre les implants oui, c'est bête comme bonjour, enlever, remettre, c'est pas un problème. » (MG8), « Les implants je ne les mets pas, parce que je ne suis pas équipée pour » (GM2)

Cependant, il reste le moyen contraceptif le moins cité par l'ensemble des médecins.

c. Autres pratiques gynécologiques

L'IVG médicamenteuse :

« J'ai signé la convention il y a un mois maintenant avec l'hôpital » (MG5).

« Tout ce qui est (...) IVG médicamenteuse ? Oui je fais » (GO3)

Une seule médecin généraliste participe à l'activité du planning familial

« Je participe à l'activité de PMI du planning familial. J'y vais régulièrement » (MG5)

Les gynécologues réalisent des consultations spécialisées :

➤ Fertilité

« Je fais (...) le suivi des fécondations in vitro avec Besançon et Lyon » (GM2)

➤ Gestes diagnostiques

« Je peux être amenée à faire une colposcopie, une échographie » (GO1)

« Gestes diagnostiques, colposcopie, petit gestes endo-utérins. » (GO3)

➤ Consultations chirurgicales

« Moi c'est essentiellement des consultations chirurgicales, préopératoires et post opératoires. (...) Cancérologie, les cancers les plus fréquents sont les cancers du sein. On a une très grosse activité en cancérologie mammaire, et puis toutes les chirurgies gynécologiques. » GO2)

d. Pas ou peu de pratique pour certains MG

Trois médecins généralistes ont expliqué :

Ne pas faire de suivi gynécologique : « Je ne fais pas de suivi gynécologique. Une majorité de mes patientes vont voir le Dr X, mon associée qui fait le suivi des grossesses et puis le suivi gynéco. » (MG6)

Ou faire peu de suivi : « Ça m'arrive effectivement, mais c'est rare. Et j'ai quelques patientes que je suis comme ça depuis longtemps, mais vraiment ça se compte sur les doigts d'une main. » (MG8)

« Et bien en fait, à part les frottis, à part l'examen gynéco, rien de plus. » (MG2)

Ces trois médecins étaient des hommes.

2. Médecins généralistes : déterminants à la pratique ou non du suivi gynécologique

a. Déterminants extrinsèques

i. Reprise d'une patientèle

Certains médecins généralistes ont repris la patientèle d'un médecin qui faisait de la gynécologie, ou qui avait beaucoup de patientes femmes : « *non parce que moi, quand j'ai repris la patientèle, celle qui était avant moi elle en faisait un petit peu aussi* » (MG1)

ii. La demande des patientes

Les patientes sont souvent en demande de suivi gynécologique auprès de leur médecin traitant. Une médecin généraliste a même pu orienter son activité en gynécologie : « *A l'installation je n'ai pas eu de difficulté à pouvoir orienter parce qu'il y a un besoin sur la ville important (...) Et puis avec le bouche à oreille, il y a aussi de la gynécologie médicale qui arrive toute seule, et qui n'est pas suivie par moi en médecine générale* ». (MG5)

➤ Les médecins hommes

Ils n'avaient pas ou peu de demande. Ils expliquent cela par :

- Une patientèle **vieillissante** : « *Non mais c'est vrai du coup tu en fais moins, quand tu vois beaucoup de gens âgés, c'est des périodes où tu ne fais quasiment plus de gynéco* » (MG2)

- Une gêne liée au fait qu'ils soient de **sexe masculin** ou à la **pudeur** des patientes : « *je sens que les dames ne sont pas forcément demandeuses par rapport à moi. Bon elles ont confiance je pense mais bon, voilà j'ai une collègue féminine, et je pense que des fois elles vont plus facilement vers ma collègue (...). Je pense qu'il y a encore un petit problème par rapport à être pudique j'imagine* » (MG3).

➤ Les médecins femmes

Elles n'ont pas eu de difficulté à instaurer le suivi au cabinet, pensant que le fait d'être une femme avait pu faciliter les demandes des patientes et la mise en place du suivi :

« Non, j'ai pas eu de mal, après je pense que je suis une femme aussi donc c'est peut-être plus facile » (MG1)

« En tant que femme j'avais intérêt puisque les femmes s'adressent plus facilement à une femme médecin qu'à un homme pour tout ce qui est problème de gynécologie. J'ai même eu quelques fois des patientes de mes confrères hommes voisins, pour des problèmes de gynéco. » (MG7)

Cette dichotomie homme/femme a interpellé un gynécologue :

« Moi je pense qu'il y a une régression sociétale majeure. Parce qu'aujourd'hui le médecin femme ou la femme qui s'adresse à un médecin, a le raisonnement de dire « je suis une femme, je vais chez une femme ». Je vais à l'école mais je vais à l'école des filles, je suis un garçon donc je vais à l'école des garçons. C'est cette régression-là. C'est comme s'il fallait être cancéreux pour soigner les cancéreux, comme s'il fallait être un bébé pour soigner un bébé. C'est dans le paradigme même du suivi de la femme, qui a pour moi une pudibonderie régressive de genre complètement dévoyée. Et ça, ça me choque. » (GO2)

iii. La démographie locale et les délais de consultation

Une densité importante de gynécologues a pu limiter la mise en place d'un suivi gynécologique au cabinet. Un médecin généraliste pratiquant peu le suivi gynécologique explique :

« En plus ici si tu veux, il y avait quatre, cinq gynécos entre la clinique et l'hôpital. Il y en avait combien en ville ? Au moins trois ou quatre... (...) entre la démographie et les idées reçues et les médias, il fallait aller chez un gynéco, chez son gynéco, comme il fallait aller chez son pédiatre » (MG2)

Pour d'autres médecins, c'est l'inverse. Une démographie faible en gynécologues a facilité la mise en place du suivi au cabinet :

« Quand elles me disent qu'elles ont du mal à avoir un rendez-vous chez le gynéco ou que le frottis elles peuvent pas le faire avant 6 mois car elles n'ont pas de rendez-vous avant, je leur propose » (MG1)

b. Déterminants intrinsèques

i. La formation en gynécologie et le manque de pratique

Des médecins expliquent avoir eu une carence dans leur formation initiale en gynécologie. Soit par **l'absence d'apprentissage** pendant leur formation d'interne : « *Il n'y avait pas de stage d'internat. Donc en fait tu n'apprends pas trop. (...) Pendant l'externat (...) quand j'ai fait mon stage de gynéco, on faisait la gynéco sur mannequin, tu vois. (...) c'était la croix et la bannière pour faire un toucher vaginal.* » (MG2)

Ce même médecin expliquait ne pas être prioritaire dans l'apprentissage de la gynécologie : « *Donc j'ai commencé fin 70 début 80, à l'époque où il y avait le plus de médecins. On avait créé cette spécialité de toute pièce qui était la gynéco médicale. C'était un pré carré qu'ils voulaient préserver, qu'ils voulaient garder, donc on ne nous apprenait pas* » (MG2)

Le **manque de pratique** a pu limiter l'envie de faire du suivi gynécologique :

« *Moins on en fait et puis moins on a envie d'en faire, alors que j'étais formé à faire les frottis, stérilets j'ai dû en mettre un ou deux quand j'étais interne. Enfin voilà moi je sortais de la gynéco, c'était un de mes derniers stages, j'avais quand même pas mal de notions* » (MG6)

Le manque de pratique a pu également limiter la réalisation de certains gestes du suivi (par exemple la pose de DIU) : « *Je n'ai pas acquis la technique. Et puis je pense qu'une technique comme ça il faut la faire et la refaire et encore la refaire, avec quelqu'un d'aguerrit pour être sûr de savoir bien faire.* » (MG3)

ii. L'attrait pour la spécialité et l'envie de se former

On constate une dichotomie entre les médecins femmes et hommes.

Avec un **réel intérêt des médecins femmes** pour la gynécologie : « *Alors moi j'en ai toujours fait depuis le début parce que ça m'intéressait* » (MG7)

Elles ont envie de se former en gynécologie : « *Moi-même étant généraliste, je n'ai pas eu de module et c'est bien pour ça que j'ai été faire des modules complémentaires, je sais bien comment j'étais et comment je suis devenue à l'issue de ces trois années, trois mémoires, six mois de stage, c'est pas du tout la même ambiance. J'ai une assurance maintenant qui me permet de travailler seule en ville, ce que je n'aurais pas fait au départ.* » (MG5)

Cela contraste avec le **manque d'intérêt des médecins généralistes hommes** pour le suivi : « *Ça ne me gêne pas de le faire mais c'est pas ma tasse de thé, je ferai pas ça toute la journée* » (MG8)

Ainsi que leur faible intérêt pour se former : « (FT : *Vous n'avez jamais voulu vous former en gynéco ?*) MG2 : *Si, j'aurais pu mais (rires), je m'en suis très bien passé !* » (MG2)

iii. Une mauvaise expérience professionnelle

Une mauvaise expérience a pu limiter la pratique d'un geste au cabinet. C'est le cas des implants contraceptifs chez ce médecin généraliste : « *Implants, j'en ai eu mis deux, je les ai enlevés, donc je ne veux plus en entendre parler. D'abord, c'est pas bien supporté, (...) les nanas elles ont saigné* ». (MG2)

iv. L'aspect médico-légal

Un médecin généraliste a parlé d'une obligation médico-légale d'avoir du matériel spécifique au cabinet : « *C'était médico-légal pour la pose du stérilet, je crois bien d'avoir : matériel de réanimation, intubation, oxygène, et de savoir s'en servir !* » (MG2)

De même pour la nécessité de souscrire à une assurance spécifique : « *Au départ il y avait une histoire d'assurance, il y a très longtemps. (...) Et je crois qu'il fallait payer plus cher enfin il me semble, ça c'était il y a très longtemps. Et puis je me suis dit que de toute façon n'ayant jamais appris vraiment à mettre un stérilet, voilà j'en mettrai pas.* » (MG8)

3. Gynécologues : orientation et voie d'accès à la consultation

Ces informations sont détaillées par praticien dans l'ANNEXE 3.

a. Orientation du suivi

Seule une gynécologue obstétricienne décrit une activité plus importante pour le suivi de grossesse : « *En proportion ? « kif-kif », ou un peu plus grossesse* » (GO3)

Pour le reste des gynécologues, le nombre de consultations de suivi gynécologique est plus important : « *Le suivi gynéco c'est 90%* ». (GM2)

b. Voies d'accès à la consultation

Les patientes viennent en consultation chez les gynécologues dans le cadre du premier recours, puisque ces derniers sont en accès direct :

« C'est plus nos patientes à nous, les médecins généralistes ont peut-être plus l'habitude d'envoyer les patientes à l'hôpital. Mais oui effectivement on reçoit les patientes, parfois peut-être un petit peu plus rapidement qu'à l'hôpital. Mais c'est plutôt de l'accès direct, on est encore en accès direct. » (GM4)

« Alors à 90% des patientes qui viennent chez moi comme ça. J'en ai très peu qui sont adressées avec un courrier pour un avis. » (GM2)

Le gynécologue obstétricien ayant une activité exclusivement hospitalière explique avoir une prise en charge de second recours, dans le cadre d'un avis spécialisé :

« Pratiquement toutes les patientes que j'opère sont adressées soit par le médecin traitant, soit par le gynécologue installé en ville » (GO2)

B. La sage-femme et sa profession

1. Le métier de sage-femme, vu par les médecins

a. Une profession orientée vers la prise en charge de la grossesse

Pour la majorité des médecins interrogés, le rôle fondamental d'une sage-femme est la prise en charge de la grossesse et de tout ce qui s'en rapporte.

Tableau 2 : Prise en charge de la grossesse et suites de couche

Suivi de grossesse	Simple	« Le rôle de la sage-femme c'est quand même avant tout le suivi de la grossesse normale. C'est leur formation. » (GM4)
		« Le rôle de la sage-femme c'est avant tout le suivi de grossesse » (MG1)
	A bas risque	« Les compétences de la sage-femme c'est le suivi de la grossesse à bas risque. Ou assister dans les centres niveau 2-niveau 3 la surveillance des grossesses à haut risque sous couvert d'un obstétricien. » (GO2)
	Dédié aux SF	« A l'hôpital ça fait déjà plusieurs années que pour les grossesses bas risque, le suivi, la consultation est organisée par des sages-femmes. Une dame qui demande un rendez-vous avec le médecin accoucheur, si elle n'a aucun facteur de risque de toute façon on proposait une consultation sage-femme. » (GO2)
	Dans des milieux privilégiés	« C'est pour ça que je vous disais que les sages-femmes elles ont un petit côté bobo, c'est-à-dire c'est cool tout va bien c'est magnifique on fait huit visites chez la sage-femme, elle nous fait toute la préparation, mais dans un milieu socio professionnel un petit peu favorisé de dames qui n'ont aucun souci de travail, de métro, de job fatiguant et qui vont voir leur sage-femme parce que c'est wonderful d'attendre un petit bébé. » (GM1)
Préparation et aide à l'accouchement		« La sage-femme hospitalière : (...) aide à l'accouchement, préparation à l'accouchement, l'accouchement et tout ce qui va autour » (MG3)

Rééducation périnéale	<i>« Elles sont là pour après, pour les rééducations du périnée, et ça sert à ça une sage-femme, tout ce qui concerne la maternité. Avant-après-pendant. » (GM2)</i>
Echographies	<i>« On a vu des sages-femmes (...) en échographie fœtale, (...) quand elles avaient passé leur diplôme, elles avaient appris à les faire, comme nous d'ailleurs, on n'est pas plus doué qu'elles à la base. Simplement le retour que j'avais des sages-femmes qui faisaient de l'écho fœtale, elles avaient énormément de travail personnel à faire pour passer leur diplôme. Les connaissances à la base n'étaient pas les mêmes notamment au niveau de l'anatomie ». (GM1)</i>
Surveillance PRADO	<i>« il y a une sage-femme dans le secteur, je vois sa signature dans le carnet de santé, comme quoi elle fait le suivi PRADO des nouveau-nés ». (MG8)</i>
Vaccination	<i>« Les compétences (...) ont été données aux sages-femmes de vaccination des nouveaux nés » (GM1)</i>

PRADO : programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation

En parlant de l'aide à l'accouchement, un médecin a abordé la difficulté du métier : *« Après je pense que c'est un métier très dur. (...) Je trouve que c'est des métiers un peu ingrats, parce qu'on va peut-être faire trois-quarts du boulot et puis après pas l'accouchement, avec des horaires compliqués et une responsabilité très forte, un accouchement qui se passe mal, si elle n'a pas appelé le gynéco avant... » (MG3)*

b. La sage-femme libérale

Si certains médecins sont informés que les sages-femmes peuvent travailler en libéral, leur domaine d'action reste centré sur la grossesse, sa préparation et la rééducation du périnée : *« Peut-être qu'on a l'installation des sages-femmes en libéral, moi je pense que c'est assez sensible depuis quelques années. Par rapport aux suivis de grossesses c'est assez récent que les patientes me disent : « je vais être suivie par ma sage-femme ». Parce que les sages-*

femmes s'installent beaucoup plus en libéral qu'avant. (...) Elles se posent, elles ont commencé par faire de la rééducation » (GM1)

« Vu que c'est assez nouveau finalement qu'il y ait des sages-femmes libérales de plus en plus nombreuses, je pense qu'elles restent pour l'instant centrées sur la grossesse et l'accompagnement de la grossesse. » (MG3)

c. Une profession regroupant de multiples compétences

Certains médecins voient le métier de sage-femme comme une profession qui s'intéresse à la santé de la femme en général.

« c'est un métier qui s'occupe de la santé de la femme en général. (...) Donc la prévention, la contraception, le suivi de grossesse, les accouchements, le suivi anténatal, les soins des bébés en post natal, l'allaitement. Donc tout ce qui concerne le physiologique chez la femme. » (GO1)

« Elle fait plein de trucs la sage-femme, elle peut faire de la prescription de contraception, faire des frottis, pose de stérilets, suivis de grossesses, cours de préparation à l'accouchement, PRADO, prises en charge à domicile, monitoring à domicile. Il y a même des sages-femmes qui font de l'échographie. Nous notre sage-femme elle fait de l'acupuncture, c'est génial. » (MG4)

« C'est un métier qui pour moi est intéressant parce qu'il est multi-facettes. (...) il est pluridisciplinaire (...) ça peut être un métier de salle d'accouchement de salle de naissance, ça peut être un métier de suites de couche (...) ça peut être une profession libérale à part entière en cabinet avec des rééducations périnéales, des consultations de contraception, maintenant elles peuvent poser des stérilets. Et ça peut être aussi des consultations dans des établissements comme des centres de post-naissance. Elles peuvent intervenir dans des crèches (...), être professeur à l'école de sage-femme. » (GM3)

2. L'élargissement des compétences des sages-femmes dans le domaine du suivi gynécologique

a. Connaissances des médecins concernant cet élargissement

Tableau 3 : Etat des connaissances des médecins interrogés

Manque ou absence de connaissances	<i>« Je ne savais pas qu'elles avaient eu un élargissement de compétences ! (Rires) » (GO1)</i>
Connaissances générales	<i>« Maintenant je sais que son rôle s'est étendu à la surveillance gynéco. Voilà, je sais qu'elles le font, ce sont des compétences qui se sont élargies. Moi je le sais que depuis 2-3 ans, ça ne fait pas longtemps » (MG8)</i> <i>« Suivi physiologique de la grossesse et extension récente au suivi gynécologique » (GO3)</i> <i>« Maintenant le suivi gynéco plus large, ça c'est une de leurs prérogatives » (MG3)</i>
Dépistage et contraception	<i>« Je crois même qu'elle a le droit de faire un frottis » (MG2)</i> <i>« Elles ont les capacités autant que n'importe quel médecin généraliste de faire un suivi, de poser les stérilets, de poser des implants. » (MG5)</i>
Suivi physiologique	<i>« La sage-femme s'occupe beaucoup de tout ce qui est physiologique » (GO1)</i>
IVG médicamenteuse	<i>« Bientôt elles vont pouvoir avec le nouveau décret faire des IVG médicamenteuses » (MG5)</i> <i>« Les IVG médicamenteuses, ça c'est nouveau » (GM3)</i> <i>« Et encore récemment avec les IVG médicamenteuses ! » (GO3)</i>

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

b. L'information reçue sur cet élargissement et les biais d'information

Tableau 4 : Information et biais d'information

Information non reçue	Sur l'extension des compétences	<p>« C'est évident, elles font leur truc dans leur coin, nous les médecins on a pas été trop informé de la modification de leur extension de compétences. » (GO3)</p> <p>« Ça c'est une information qu'on n'a pas. Et je pense que cette information là en tous les cas, elle n'est pas arrivée jusqu'à chez nous. Peut-être qu'elle est définie avec les CHU qui savent que les sages-femmes elles ont appris ça ça ça et ça, et que donc leurs sages-femmes sont formées en ayant validé leurs connaissances et des diplômes. » (GM1)</p>
	Sur la formation en gynécologie des SF	<p>« Leurs études en nombres d'année ont changé mais je ne sais pas ce qu'elles font (...) Alors comme on a pas les mêmes études, et bien on ne sait pas ce qu'on leur apprend. » (GM1)</p>
Information reçue	Médias	<p>« Peut-être par la presse médicale. » (GM2)</p>
	Pendant les études	<p>« Mais alors comment je l'ai su, je pense que c'est au moment de nos études » (MG1)</p>
	Formations complémentaires	<p>« C'est à l'occasion des DU, parce qu'on s'est croisé à de multiples reprises (...) Et puis je me forme beaucoup je vais à l'AFC (Association Française de Contraception) annuellement, et c'est beaucoup côtoyé par des sages-femmes aussi, donc oui ça permet (...) d'être au courant » (MG5)</p>
	Congrès	<p>« Alors en congrès oui probablement. » (GM4)</p>
	Exercice professionnel	<p>« Quand on se retrouve (...) entre collègues, je pense que j'ai dû le savoir un peu comme ça. » (GM2)</p> <p>« j'étais à la mat' pendant 25 ans. (...) J'étais dans le bain complètement. J'étais dans l'équipe du CHU. » (GM3)</p> <p>« - FT : tu le savais avant de t'installer en maison médicale où travaille une SF? Tu l'as appris comment ? - Non, je l'ai appris là. » (MG4)</p>

L'enseignement	<i>« Alors moi j'ai donné des cours aux sages-femmes pendant 25 ans, c'est moi qui était chargée de tout l'enseignement de la gynécologie et de la contraception. Et des problèmes psychosomatiques et de la sexologie. » (GM3)</i>
Expérience personnelle, ou par l'entourage	<i>« Non, avant d'en voir une moi-même, non. (...) et puis bon j'ai des copines sages-femmes aussi, alors du coup c'est comme ça que j'étais au courant » (MG1)</i>
Information directement relayée par la SF	<i>« je ne sais pas si je n'ai pas reçu une ou deux lettres, (...) de présentation. J'ai beaucoup appris avec la sage-femme (...) quand elle a envoyé une lettre de présentation et de ce qu'elle était susceptible de faire ». (MG2)</i>

3. Prise de contact avec une sage-femme

Aucun médecin n'a signalé s'être présenté auprès d'une sage-femme.

Nous avons demandé aux médecins si une sage-femme les avaient déjà contactés pour :

a. Se présenter, les informer d'une installation

« Non, justement non, il y a une sage-femme dans le secteur, je vois sa signature dans le carnet de santé, comme quoi elle fait le suivi PRADO des nouveau-nés, mais on ne s'est jamais entretenus par téléphone. » (MG3)

« Non pas du tout. C'est dommage si ça existe dans le coin, je ne crois pas, peut-être à Baume-les-Dames. Mais je ne crois pas qu'il y ait une sage-femme sur mon secteur. Maintenant oui ce serait bien qu'elle se présente à ce moment-là. » (MG7)

« Non je n'ai jamais été contactée. Et puis dans le coin il n'y en a pas, tu sais où je travaille... » (MG1)

b. Avoir une formation pratique complémentaire avec un médecin

Aucun médecin généraliste n'a été contacté pour cela.

Le gynécologue obstétricien qui a une activité hospitalière exclusive confie : *« Si ça a été fait. J'ai parmi mes collègues, des collègues qui ont accepté que les sages-femmes viennent voir une pose de stérilet ou autre. » (GO2)*

La gynécologue qui était installée en cabinet libéral avec une sage-femme nous dit : « Celle qui était installée chez moi est venue me demander si je pouvais lui apprendre la pose du stérilet quand elle a commencé. A chaque fois que j'avais une pose de stérilet je l'appelais pour qu'elle la fasse avec moi. Sinon il n'y en a aucune qui m'a contactée. » (GO1)

La gynécologue qui a une activité mixte n'a jamais été contactée : « Et quelle que soit leurs années de formation, je n'ai pas eu une sage-femme en trente ans qui m'ait dit 'j'aimerais bien voir, j'aimerais bien travailler avec vous pendant deux mois dans vos consults de gynéco'. » (GM1)

c. Discuter de la possibilité de travailler ensemble

Pour cette GM qui n'a pas pu s'installer en maison médicale parce que les sage-femme présentes s'y sont opposées : « (...) celle de V. (nom d'un village) m'avait contactée un coup, mais j'ai été assez sèche. On aurait pu faire une collaboration sur place, alors la faire maintenant, ça je n'accepte pas ! » (GM2)

4. Pour quels motifs les médecins adressent-ils les patientes aux sages-femmes ?

Tableau 5 : Motifs d'orientation vers une sage-femme

La grossesse	Suivi de grossesse	« C'est aussi pour ça que je ne fais pas de suivis de grossesse car je lui en envoie pas mal. » (MG4)
	Préparation à l'accouchement	« Moi j'adresse les patientes pour les rééducations du périnée, les suivis de grossesses. Chacun son truc, chacun sa formation. » (GM2)
		j'envoie bien entendu tout ce qui est préparation à la grossesse » (MG5)
Rééducation périnéale	« Il n'y a pas de difficulté pour moi d'orienter mes patientes notamment pour tout ce qui est rééducation du périnée parce que moi je ne le fais pas et que clairement elles sont plus formées que nous	

Rééducation	uro-génitale	« Oui mais même pour les patientes plus âgées, tu sais j'en envoie encore de temps en temps vers les sages-femmes. Celles qui ont des fuites urinaires, je leur dis, même si ce n'est pas du post-partum. Alors du coup c'est pour ça, oui je les appelle, je leur demande. » (MG1)
Le suivi gynécologique	Médecins opposés à adresser à une sage-femme	« Non pas le suivi gynécologique, ça c'est vrai j'aime bien faire le suivi gynécologique pour mes patientes (...) je pense plus spontanément à adresser pour un suivi de grossesse à une sage-femme que pour un suivi gynéco, ça c'est évident. » (MG1)
		« Alors jusque-là je ne l'ai pas encore fait. Parce que je cherche à voir mes patientes comme je peux. » (GO1)
	Médecins pour	« Pour le suivi gynécologique, pour les choses spécifiquement gynécologiques, j'envoie plus volontiers chez une sage-femme parce que je sais qu'elle a une formation plus spécifique à ça. Après il y a des généralistes qui ont un DU de gynéco, alors là j'envoie aussi bien. Pas chez un généraliste qui n'a pas de formation spécifique pour ça. (GO1)
	Sous conditions	« J'envoie des jeunes patientes aussi par rapport à la contraception, quand on a pas de rendez-vous chez le gynéco ou que A. (sa collègue) ne peut pas les recevoir, voilà. » (MG6)
	- Délais longs	
	- Passer le relais	« Si je sens qu'il y a un suivi, tu vois avec une jeune fille, qui est un peu compliqué et puis que je ne m'en sors pas, je peux lui dire d'aller voir une sage-femme, peut-être pour changer d'interlocuteur, et puis pour essayer d'avancer un peu. » (MG1)
Surveillance médicale		« Si je collabore, parce qu'elles existent, je les fais intervenir sur prescription médicale, par exemple dans les suivis médicaux, pour dépister une tension un peu limite. » (GO2)

5. Patientes suivies sur le plan gynécologique par une sage-femme

Le médecin généraliste qui ne fait pas de suivi explique : « *Il y a une partie de mes patientes qui ont un gynécologue, et une petite partie qui vont voir une sage-femme.* » (MG6)

Un autre médecin généraliste confie : « *J'ai eu des femmes qui me disent qu'elles étaient allées spontanément faire un frottis* » (MG2)

Certains médecins ne savent pas vraiment : « *Peut-être deux trois mais je ne suis pas forcément au courant.* » (MG3). Une médecin généraliste est certaine, aucune patiente n'a son suivi gynécologique réalisé par une sage-femme : « *Non. Uniquement pour le suivi de grossesse.* » (MG7)

Des patientes suivies par des sages-femmes ont été adressées à des médecins pour des problèmes spécifiques. Ces médecins ne faisaient pas leur suivi initial :

« *Oui, alors moi j'en ai depuis que je me suis réinstallée. J'ai eu deux stérilets que j'ai dû enlever, j'ai des colposcopies, forcément avec des CIN2 et des CIN3 parce qu'elles ne savent pas quoi faire après. Elles m'ont adressé des patientes avec des problèmes.* » (GM2)

« *(...) il y avait eu un souci. (...) Je faisais le passage orange et ensuite elles repartaient vers leur sage-femme. Mais c'était souvent une question d'éloignement.* » (GM3)

« *Elles arrivent ici 'je viens vous voir parce que la sage-femme n'a pas réussi à mettre le stérilet, ou elle n'a pas réussi à le retirer'* ». (GM4)

C. Opinions des médecins généralistes et gynécologues concernant l'élargissement des compétences des sages-femmes

Nous avons précisé aux médecins, si tel était le besoin, les différentes parties de l'élargissement des compétences des sages-femmes.

Nous leur avons ensuite demandé leur opinion sur cet élargissement.

1. Des médecins enthousiastes

a. Quelle que soit leur spécialité

« Alors je trouve ça normal, parce qu'elles sont formées pour. » (GO1)

« (...) ce partage des compétences serait immensément bienvenu » (GM1)

« Moi je trouve que c'est bien. Je suis pour. » (MG7)

b. Les plus enthousiastes : les médecins généralistes

i. Un élargissement normal et légitime

« Avec la pose des stérilets, la mise en place des contraceptions, je trouve que c'est bien qu'elles aient quelque chose, enfin voilà que ça se soit élargi, qu'elles aient d'autres compétences à proposer (...) Moi je trouve ça génial, je trouve ça normal qu'elles aient eu accès à ça, pour l'instant je vois plus ça comme du bonus » (MG1)

ii. S'adapter au changement

« De toute façon il est inéluctable (l'élargissement) et puis on ne pourra pas aller contre. Enfin moi, je ne vois pas ça mal, et au contraire. Mais non mais tu sais faut vraiment être con de pas vouloir, de rester assis sur ses prérogatives. » (MG2)

2. D'autres médecins opposés à cet élargissement

Ils étaient tous gynécologues.

a. Dégrader l'exercice de la gynécologie

« Je trouve que c'est une dégradation, je suis désolée, je suis très basique, c'est un dévoiement de l'exercice du suivi gynécologique. » (GO3)

b. Tromper les patientes

« Je pense que c'est un leurre (...) C'est terrible. » (GM2)

« Et bien, c'est comme si on disait que l'opticien peut du jour au lendemain faire des examens cliniques à la place des ophtalmos. C'est pour moi une vaste supercherie. » (GO2)

3. Un discours plus nuancé

a. Absence d'avis sur la question

« Mon avis, je n'ai pas d'avis là-dessus, Ça ne fait pas plaisir à tout le monde mais c'est comme ça. » (GM3)

b. Sans opinion particulière

« Après qu'elles fassent du suivi gynéco, si elles ont la compétence pourquoi pas. » (MG8)

D. Les déterminants de ces opinions

1. L'élargissement des compétences

Les médecins expliquent cet élargissement de compétences par plusieurs causes.

a. Un problème de démographie

i. Palier à la carence démographique des gynécologues

Tableau 6 : Carence en gynécologues

Compenser la baisse des effectifs	<p>« La nature ayant horreur du vide, ça vient du déficit des médecins gynécologues. Il y a un déficit cruel, donc on donne aux sages-femmes les prérogatives qu'étaient celles des médecins. » (GM3)</p> <p>« Je pense qu'il y avait à la base cette question de la disparition des gynécologues médicaux, mais qui ne remet pas tellement en cause le travail des sages-femmes mais qui éclaire différemment le suivi des femmes. Parce que les femmes elles ont des pathologies qui sont spéciales, et que malgré tout on est en voie de disparition. » (GM1)</p>
Chiffres erronés	<p>« Ne serait-ce que si dans votre thèse, vous dites : « j'ai fait le compte des gynécos, et ce qu'on nous annonce dans l'atlas est faux » peut-être que tout simplement les pouvoirs publics résonnent avec des chiffres qui sont faux. Le réel existant et ce qu'ils donnent avec un énorme décalage pour montrer le cruel manque de gynécologues dans le Doubs. » (GO3)</p>
Désengagement des médecins	<p>« C'est comme les problèmes d'immigration ou les gens qui sont chassés de leurs pays, il n'y a pas de médecin pour faire la gynécologie, personne ne s'engage dans cette profession qui est difficile, qui est mal reconnue donc, il y a un déficit de médecin donc on donne des prérogatives aux sages-femmes. » (GM3)</p>
Transfert de compétences	<p>« On assiste à un transfert des compétences des gynécologues médicaux, ces « gyn-med » qui disparaissent les unes après les autres puisque maintenant il n'y en a presque plus. Donc cette spécialité-là, la gynéco, j'ai l'impression qu'elle est en train d'être remplacée par les sages-femmes » (GM2)</p>

Ce manque de gynécologues engendre une surcharge de travail et des délais longs de consultation : « *On a trop de travail, les patientes ne sont pas contentes parce qu'il y a du délai, on ne répond pas à leurs attentes, il y a plusieurs motifs dans une même consultation, c'est source de mécontentement, mais parce que c'est le système qui est défaillant.* » (GO3)

D'où l'importance de prendre le relais pour certains : « *Et puis nous on en a urgemment besoin à Besançon, il n'y a pas suffisamment de gynécologues, donc on a vraiment besoin du renfort de la part des sages-femmes et des généralistes.* » (GO1)

ii. Moins de médecins généralistes pour faire le suivi

Tableau 7 : Carence en médecins généralistes pour le suivi gynécologique

Départs à la retraite	« <i>C'est une réalité. Il y a une diminution des médecins généralistes. Alors pas en Franche-Comté, pour l'instant on ne le sent pas venir. Mais c'est prévu : moins 20, moins 25 % dans les 10-15 années qui viennent, donc à un moment donné il faudra bien quelqu'un qui fasse le boulot.</i> » (MG8)
Tous ne font pas de la gynécologie	« (...) <i>si les sages-femmes ont pris la place des gynécologues médicales, moi je trouve que c'est une bonne chose parce qu'on manque de médecins généralistes qui font de la gynéco. Notamment les médecins hommes.</i> » (MG7)
Formation complémentaire nécessaire	« <i>Moi si j'étais généraliste et que je n'avais pas fait mes DU complémentaires, je ne pense pas que je pourrai apporter un suivi aussi poussé et avec autant de sécurité que si je les avais.</i> » (MG5)

b. Une volonté des pouvoirs publics

Pour les médecins interrogés, cette baisse de démographie médicale et l'élargissement des compétences seraient en partie dus à plusieurs mesures successives prises par les pouvoirs publics.

i. Former moins de gynécologues

Cette gynécologue obstétricienne opposée à l'élargissement regrette que l'on ne forme pas plus de gynécologues :

« Pourquoi les pouvoirs publics ont décidé d'élargir ce champ de compétence des sages-femmes, qu'ils ont formé en quantité massive ? Tellement, qu'elles débordaient de leur exercice et qu'il fallait bien leur donner de quoi bosser, plutôt que de former plus de médecins, pourquoi on a gardé un numerus clausus aussi serré, pourquoi on a arrêté la formation des gynécos méd. ? Pourquoi on embête ceux qui veulent le faire ? Pourquoi on n'a pas anticipé le départ à la retraite des D.E.S ? Il y a quand même une volonté, ils se sont voilés la face, en se disant c'est bien cool on n'a plus à former de médecins et les sages-femmes vont faire leur job. » (GO3)

ii. Accentuer le rôle de la sage-femme pour palier à cette carence de spécialistes

Tableau 8 : Une volonté des pouvoirs publics d'accentuer le rôle de la SF

Plus de prérogatives	« Les sages-femmes qui prennent de plus en plus de prérogatives, et qui prennent de plus en plus d'importance dans leurs gestes et dans ce qu'elles ont le droit de faire. Elles vont prendre de plus en plus d'essor et de plus en plus de place. » (MG2)
Soutenues et aidées par leurs représentants	« Je pense que s'il y a eu ces lois et que le syndicat des sages-femmes a fait un forcing pour qu'elles aient des compétences étendues (...) Je ne pense pas que personne donne l'autorisation à une sage-femme de faire tel et tel acte médical limité s'il n'y a pas les compétences reconnues. » (GM1) «elles ont un corps de sage-femme qui est très bien placé en politique qui font avancer leurs pions progressivement (...) vu comme ça vous devez penser que je crois qu'il y a un complot (rires), mais je pense qu'elles ont vraiment su très habilement et avec beaucoup de ténacité et avec des arguments au niveau politique faire avancer leurs revendications » (GO3)
Les former en nombre	« des sages-femmes maintenant il en sort comme des ostéopathes. Il y en a je ne sais pas combien maintenant en ville... » (MG2) « Moi je trouve que cette revendication d'élargir leurs compétences c'est une façon à elles de survivre et en occupant le trou laissé béant par les autorités sanitaires qui se sont complètement plantées dans leur programmation pour former des gynécologues médicales. » (GO3)

<p>En faire un « outil » de prévention et de dépistage</p>	<p>« Alors que le dépistage soit adressé aux sages-femmes, oui c'est un outil de plus (...) Elles peuvent contribuer au dépistage, savoir faire des frottis c'est une compétence qui s'acquiert. La question de la couverture du dépistage pour que les femmes soient mieux couvertes c'est une bonne chose (...) Mais est ce qu'on doit s'appuyer sur l'outil sage-femme ? C'est vraiment une réflexion de santé publique au niveau national. » (GO3)</p> <p>« D'un autre côté c'est difficile de faire autrement, ça rend service au patient. Mais je me dis si elles vont au labo faire un frottis c'est pareil... » (GM2)</p>
<p>Lutter contre l'hyper médicalisation</p>	<p>« C'est à mon sens, je n'ai pas creusé le problème, une approche anglo-saxonne en voulant faire des centres de santé sans médecins. Trente ans après les anglo-saxons qui aujourd'hui remédicalisent tous les centres de santé parce que le niveau n'est pas requis pour soigner les gens de façon correcte dans un pays dit développé. » (GO2)</p>
<p>Favoriser l'installation en libéral entraînant une saturation de démographie des sages-femmes sur le terrain</p>	<p>« Il faudrait revoir la démographie des sages-femmes. Il y a quand même des sages-femmes qui sortent de leur formation, je vois avec mes patientes qui ont fait l'école de sage-femme, et bien fut un temps, elles trouvaient du boulot hyper facilement, ensuite elles sont parties en suisse (...) et puis maintenant en gros, il y en a certaines qui ne trouvent plus de travail. Donc elles veulent s'installer en libéral, sauf que le libéral il est saturé aussi. » (GM4)</p> <p>« (...) les sages-femmes ici se tirent la bourre. Il n'y a plus de postes hospitaliers, elles sont en libéral et n'arrivent pas à bosser, elles se tirent les patientes (...) Entre elles-mêmes elles se guerroient parce qu'elles ont été formées en grande quantité » (GO3)</p>

iii. Maitriser les dépenses de santé

Tableau 9 : Aspect économique

Economies en santé	<i>« Ça coute moins cher à l'état de former des sages-femmes (...) ça revient moins cher à la sécurité en terme de soin. (...) je vais être horrible, mais c'est peut-être ça que veulent les pouvoirs publics ? En donnant plus de pouvoir aux sages-femmes c'est de la médecine au rabais qu'ils font et puis ça leur coute moins cher ! Et en formation et en actes de soins. » (GO3)</i>
Multiplier les actes de soins en cas d'incertitude diagnostique	<i>« On va vers une médecine low-cost. (...) Alors j'imagine que ça coute moins cher, parce qu'une consultation sage-femme coute moins cher sauf que là il y a eu deux prélèvements, un traitement, et j'ai fait le diagnostic pour une consultation de 28€ ! » (GM4)</i>

iv. Déléguer vers d'autres professions

Plusieurs médecins ont rapporté qu'il y avait une volonté de déléguer progressivement des actes médicaux vers d'autres professions médicales ou paramédicales. L'élargissement des compétences des sages-femmes ne serait pas un processus isolé.

➤ Pour les médecins généralistes :

« Moi je vois plutôt une orientation un petit peu des instances supérieures à déléguer des parties du travail vers des paramédicaux puisqu'effectivement on a un souci de démographie » (MG5), « Donc après ça sera des supers infirmières, ou des sages-femmes je sais pas quoi, mais il y aura des choses qui seront partagées. » (MG8)

Un médecin généraliste parle de la **mort de sa profession** : *« De toute façon c'est comme ça, je pense qu'il n'y a pas que les sages-femmes, je pense qu'il y a beaucoup de choses qui vont passer vers les infirmières. Je pense qu'il faut qu'on les oublie un petit peu nos prérogatives, parce qu'une infirmière elle sait prendre une tension. C'est un petit peu peut-être la mort déclarée de notre profession. » (MG2)*

➤ **Pour les gynécologues médicales :**

« Soit disant parce qu'il n'y avait pas assez de gynéco. Bien sûr qu'il n'y a plus de gynéco méd. Ils font la même chose avec les pharmaciens, leur faire faire les vaccins. S'arranger pour le diabète que les pharmaciens coachent un peu les patients. » (GM2)

Cette GM pense que l'ensemble des médecins libéraux n'est plus désiré : « Je pense que c'est aussi une volonté délibérée, je ne suis pas sûre que les spécialistes en ville en libéral soient encore désirés. Sur une politique de santé qui s'établit depuis plusieurs années. On voit les chiffres démographiques c'est évident (...) essayez de trouver un gynéco ou un ORL... Vous m'en donnerez des nouvelles. » (GM4)

2. Les compétences des sages-femmes dans le domaine gynécologique

Les médecins ont abordé les compétences élargies des sages-femmes ainsi que leur formation

a. Formation : l'enseignement des compétences des sages-femmes

Tableau 10 : Ce que pensent les médecins de la formation des sages-femmes

Formation théorique	Bonne	« On donne des prérogatives aux sages-femmes, qui sont en France très bien formées. La formation des sages-femmes en France est unique, dans les autres pays d'Europe elle est pas comme ça. (...) c'est une carrière qu'on débute sur un concours, sur 5 ans et c'est une spécificité française.(...) Elles ont des compétences médicales, du fait de leur formation oui. » (GM3)
	Incomplète	« Le problème c'est qu'il faudrait les former. On commence à avoir quelques gags.(...) Parce que je pense qu'elles ont vraiment un problème de formation. Après ça n'engage que moi. (...) On a l'impression qu'elles prescrivent toujours les mêmes pilules. Même sur le plan théorique j'ai pas l'impression que ce soit tout à fait acquis » (GM4) « Tu vois des trucs qui sont absolument ahurissants dans les prescriptions. Parce qu'il manque à mon sens une formation de base qu'elles n'ont pas en médecine » (GO2)

Formation pratique	Bonne	<i>« Elles doivent l'apprendre donc elles savent très bien le faire. A vrai dire, c'est des gestes techniques qu'elles connaissent très bien. » (GO1)</i>
	Incomplète	<i>« Parce que dans leur formation, les stérilets je crois qu'elles n'ont pas une bonne formation, elles n'ont pas fait assez de consultation de gynéco dans leur cursus. » (GM3)</i>
Choix par dépit		<i>« Je pense qu'il y a aussi, je vais me faire mal voir, un problème au niveau de la formation et des critères de sélection actuels des sages-femmes. Fut un temps où la sage-femme avait décidé d'être sage-femme. Elle voulait être sage-femme, elle faisait l'école de sage-femme. A l'heure actuelle, il faut savoir qu'il y a des sages-femmes par défaut. (...) Je pense qu'effectivement on se retrouve avec des sages-femmes qui ont peut-être envie de faire de la médecine. Mais je pense qu'il y a un déficit de formation. » (GM4)</i>

b. Domaine physiologique – relais pathologique

La sage-femme réalise le suivi physiologique et a l'obligation légale d'adresser la patiente à un médecin en cas de situation pathologique. Nous avons demandé aux médecins ce qu'ils en pensaient.

Tableau 11 : Le relais physio/pathologique.

Normal	<p><i>« C'est là où je dis qu'elle doit connaître ses limites. Et si elle connaît bien ses limites et qu'il y a une bonne collaboration, moi je pense qu'il n'y aura pas de problème. » (MG7)</i></p> <p><i>« Elles se limitent à tout ce qui est physiologique, dès qu'il y a une pathologie effectivement elle envoie chez un médecin ce qui est très raisonnable. Pour la plupart des gynécologues ils sont très réticents. Ils se méfient des compétences des sages-femmes et ils se méfient aussi du fait que la sage-femme va faire le physio et nous le pathologique derrière et que c'est moins drôle » (GO1)</i></p>
---------------	---

Difficilement acceptable	Diagnostic imprévisible	<i>« J'en pense tout simplement qu'avant de faire le suivi on ne peut jamais vraiment savoir si c'est physiologique ou pas, quelle histoire ! C'est délicat. » (GM4)</i>
	Physiologique indispensable au pathologique	<i>« Mais je pense qu'on a besoin du physio pour connaître le pathologique. » (GO3)</i>
	Prise en charge plus difficile du physiologique	<i>« Mais la physiologie, qu'est-ce que c'est que la physiologie ? Pour moi, en médecine faire une lettre pour dire « l'examen est normal » c'est la lettre la plus difficile à faire. C'est la compétence médicale qu'on acquiert le plus tard (...) Et ça la sage-femme l'a de droit divin, puisque la ministre lui a donné ces compétences pour dire « c'est normal ». (...) Et quand on a fait un travail sur toute la pathologie on peut dire « madame, c'est normal, c'est pas gynéco. » (GO2)</i>
	Prise en charge du pathologique trop épuisante	<i>« Elles font le physiologique et quand c'est trop compliqué elles envoient chez le gynéco, bah voyons ! A la fois sur le papier l'idée est bonne et en même temps, c'est une aberration. (...) Mais je pense que nous on n'est pas là que pour voir de la pathologie, on est là aussi pour voir de la physiologie (...) On ne peut pas faire de la patho parce qu'on est complètement épuisé. (...) Vous êtes médecin généraliste ? Ça fait quand même du bien de ne pas voir que des diabétiques et des hypertendus, et de prendre en charge des rhinos de temps en temps ! » (GO3)</i>
	Diagnostiquer une pathologie autre	<i>« Quelqu'un qui n'est pas médecin, s'il y a une pathologie, est-ce qu'elle peut la deviner ? Une pathologie digestive est-ce qu'elle peut deviner ? S'il y a un truc à côté ? Elle ne peut pas savoir ! » (GM2)</i>
	Prendre en charge une complication	<i>« Leur problème c'est ça : lorsqu'il y a une complication, elles ne sont pas capables d'assumer la complication, c'est ça que leur reproche les gynécologues. » (GM3)</i>

c. Connaissances et compétences

i. Compétences adaptées

Certains médecins, principalement médecins généralistes pensent que la sage-femme a des connaissances et compétences adaptées pour la pratique du suivi gynécologique : « A mon sens on a les mêmes compétences en terme de gynécologie qu'elles voire, je pense qu'elles sont bien plus informées sur certaines choses que moi (...) pour mettre une contraception, (...) des fois elles sont quand même plus au courant de nous. » (MG1)

ii. Compétences limitées

Beaucoup de médecins pensent que les sages-femmes sont limitées dans leurs connaissances et leurs compétences.

Tableau 12 : Les sages-femmes ont des compétences limitées

Anatomie	<i>« Je ne sais pas comment une sage-femme a idée de l'anatomie pelvienne chez une dame. La sage-femme je sais pas parce que je trouve qu'elles ont tellement de temps dévolu avec leurs grossesses et leurs accouchements. De ce que j'ai vu dans les hôpitaux les sages-femmes ne venaient jamais voir une intervention chirurgicale gynéco. Je sais si elles ont déjà vu une GEU. Et je ne vois pas comment on peut savoir sans avoir mis le nez dedans. » (GM1)</i>
Connaissances gynécologiques	<i>« Par exemple la question de contraception (...) moi j'ai quand même la perception qu'elles avaient quand même une connaissance assez réduite de la connaissance gynécologique et du coup elles font avec les moyens qu'elles ont acquis. (...) Là les compétences c'est depuis 2009 donc on a quand même 7 ans de recul, j'étais déjà mieux après 7 ans d'exercice » (GO3)</i>
Interprétation des examens	<i>« Elles ne savent pas interpréter un frottis. Je leur ai expliqué et ça elles sont tombées des nues, qu'un frottis normal peut cacher un cancer, et on peut voir sur une interprétation de frottis normal que ça peut être un cancer. Il faut avoir la formation pour, il faut avoir la culture du doute et pas se contenter de regarder les normes et se dire c'est normal.» (GO2)</i>

<p>Prise en charge globale</p>	<p>« (...) j'ai des doutes sur la capacité à voir la patiente dans sa globalité. C'est à dire que la femme qui a de l'hypertension, qui prend des cachets pour autre chose, qui a un problème de thyroïde, un problème hormonal ou autre, d'acné, cardio vasculaire ou urinaire, je me pose la question : qu'est-ce qu'elles connaissent des autres organes, qu'est-ce qu'elles connaissent de la globalité ? C'est un partenaire de plus, mais qui n'a pas une vision globale ou le pouvoir de la prescription d'un médecin. » (MG3)</p>
<p>Pas les connaissances d'un médecin</p>	<p>« Les compétences élargies de la sage-femme (...) c'est permettre à des gens qui n'ont pas d'acquis médicaux, c'est à dire ce corpus qui est un long métier à apprendre, les six premières années que l'on a en commun sur la complexité d'un corps humain ; et se dire qu'on peut aller voir quelqu'un qui a des compétences mais qui ne voit que la face émergée de l'iceberg en ignorant tout ce qui se passe dessous. » (GO2)</p>
<p>Ne pas se considérer comme un médecin</p>	<p>« Elles (les patientes) ne parlent pas des sages-femmes, elles disent « ma gynécologue ». Et ça c'est une supercherie parce que toute la complexité biochimique physiologique, tous les organes, c'est ignorer les interférences, c'est ignorer que le diagnostic gynécologique c'est un diagnostic médical complet. (...) Le métier de sage-femme tel qu'il est c'est un métier noble et difficile, mais faire semblant d'être toubib c'est une supercherie. » (GO2)</p> <p>« Maintenant, j'ai envie de dire, la sage-femme ne peut pas faire doublon. Je n'aimerais pas qu'elles deviennent des généralistes au rabais, c'est ça que j'ai l'impression qu'elles aimeraient être, pour prendre la femme plus dans sa globalité comme des gynécologues médicaux, mais elles n'ont pas les moyens et elles n'ont pas à mon avis la formation pour. (...) C'est là où les médecins généralistes, nous sommes les pilotes (...) et la sage-femme est un intervenant, elle n'est pas le pilote. A mon avis, et je pense qu'il y en a beaucoup qui aimeraient être les pilotes. » (MG3)</p>

Manque d'expérience	« Des fois il y a des situations très complexes où ça ne va pas du tout. Elles n'ont pas l'expérience, je suis désolée, elles n'ont pas la richesse de la connaissance médicale qu'on apprend, et qui vient alimenter notre réflexion. » (GM2)
Limitées dans leur suivi	« La difficulté c'est que (...) je crois que d'un point de vue légal il y a des choses qu'elles ne peuvent pas traiter après. Donc des fois elles se retrouvent à dépister des choses et elles sont obligées de passer le relais. Donc ce qui est un peu compliqué pour elles parce que je pense que des fois ça met un peu en porte-à-faux. Donc c'est ça le souci. Je trouve que c'est peut-être problématique pour elles de trouver la limite » (MG5)

d. Dépassement de compétences

i. La sage-femme ne peut pas dépasser ses compétences

Pour cette médecin généraliste : « Ça me semble impossible qu'une sage-femme fasse ça. Si elle le fait ce n'est pas bien, les relations ne sont pas bonnes. Je pense que pour ça, par exemple un bilan thyroïdien, je pense elle est capable de dire : ce serait pas mal que vous ayez un bilan sanguin notamment un bilan thyroïdien, allez voir votre médecin. Alors maintenant si une sage-femme fait ça et bien ça se passera mal effectivement. » (MG7)

Pour le médecin généraliste qui travaille en maison médicale avec une SF, il n'y a jamais eu de : « Jamais. Dès qu'il y a un problème médical, ça peut être une dépression des tas de trucs. Mais elle ne dépasse jamais ses compétences. Ça marche très bien. » (MG8)

ii. La sage-femme a déjà dépassé ses compétences

Plusieurs médecins ont expliqué que la sage-femme avait pu dépasser les compétences acquises lors de certaines prises en charge.

« Je suis désolée, mais j'ai quand même l'impression que si les sages-femmes font n'importe quoi, un jour ou l'autre ça va leur tomber sur le nez, il va y avoir des procès, et elles vont commencer à comprendre que, quand je vois passer des aberrations en cabinet, c'est n'importe quoi et en toute impunité » (GO3)

Pour ce médecin généraliste : *« Je n'ai pas l'impression qu'elles aient toutes envie de dépasser entre guillemets leur champ d'activité ou de prendre du boulot c'est pas le but, mais c'est vrai qu'il y a des fois on se retrouve avec des situations qui sont un peu dommageables. Quand une sage-femme commence à prescrire des TSH, faire des trucs, derrière elles n'ont pas la formation pour pouvoir traiter, je trouve que c'est dommage. »* (MG6)

e. Les médecins ont aussi des compétences

Des médecins se sont demandés pourquoi faire le suivi gynécologique chez les sages-femmes alors que les médecins généralistes peuvent le prendre en charge ?

« Je trouve ça beaucoup plus logique. C'est pas pareil ! (...) C'est vrai que ça pose beaucoup moins de problème. Surtout que vous en tant que médecin généraliste vous avez une vision globale des patients, qu'une sage-femme n'a pas non plus. » (GM4)

« Après, puisque je parle à un médecin généraliste, pourquoi le médecin généraliste ne peut pas être le référent gynécologique ? Alors que tous les textes montrent que la prise en charge gynécologique de premier niveau relève du médecin généraliste. (...) Chez moi ici dans le service je ne fais pas de différence entre les spécialistes et les généralistes. Ils sont en formation gynécologues de base, pour apprendre la gynécologie de base qu'ils peuvent faire en cabinet. Et au moins quand j'ai un interlocuteur, c'est pas du bidouillage pour essayer de jouer à la sorcière etc...parce qu'on ne connaît pas les arcades de la médecine. » (GO2)

Ils sont formés pour prendre le relai : *« Vu qu'il y a des gynécologues médicaux qui prennent leur retraite de toute façon, théoriquement on devrait revoir le suivi gynécologique plus fréquent chez les généralistes, et on est formé à ça. Les trois mois de gynéco pédiat qu'on a durant l'internat c'est bien pour dire que nous médecin généraliste on doit faire le suivi de la femme, on est formé à ça, pour prendre le relais de ces gynécologues médicales qui ne sont plus formées. »* (MG3)

f. Paroles de sages-femmes

Les médecins ont rapporté des avis défavorables émis par des sages-femmes sur leur élargissement de compétences :

« J'ai rencontré l'autre jour une sage-femme avec laquelle je travaillais. Elle m'a dit : je suis peut-être de la vieille école, mais je suis sage-femme, chacun son travail. C'est juste bon pour que j'ai des ennuis. » (GM2)

« Ces anciennes sages-femmes n'étaient pas forcément partantes pour faire du suivi gynécologique en disant : moi j'ai pas été formée à ça, c'est pas mon truc. Je veux bien faire un frottis de temps en temps pour dépanner, mais ne comptez pas sur moi pour faire de la gynéco, parce que c'est pas mon truc. » (GM4)

3. Un Manque d'information envers les patientes

Un médecin généraliste estime que les patientes ne sont pas informées de l'élargissement des compétences des sages-femmes : *« Mais je pense que les patientes ne savent pas »* (MG1)

Nous avons donc demandé aux médecins s'ils informaient leurs patientes que la sage-femme était un professionnel du suivi gynécologique. Cette information était plus ou moins relayée auprès des patientes.

Tableau 13 : Information délivrée aux patientes par les médecins

L'absence d'information		<p>« Je parle des sages-femmes, surtout plus pour le suivi de grossesse (...) En gynéco médicale, beaucoup moins » (MG6)</p> <p>« Mais en tout cas je ne leur dis pas spontanément, c'est vrai que je n'y pense pas, et puis voilà. Après si elles me demandaient je leur dirai sans problème. » (MG1)</p>
Une information erronée	Donnée par les MG	<p>« Mais pas qu'ils (les MG) envoient aux sages-femmes en faisant croire que ça va être un contrôle gynécologique. Le contrôle gynéco c'est pas un simple frottis, voilà. C'est quand même voir s'il n'y a pas d'autre problème, c'est s'assurer de ne pas être passé à côté d'une pathologie (...) Parce qu'on fait croire à des femmes qu'en allant voir une sage-femme, en faisant un frottis elles auront fait un contrôle gynécologique. C'est ça qui me dérange. Il y a tromperie sur la marchandise... » (GM2)</p>
	Donnée par les SF	<p>« Ce qui m'ennuie c'est beaucoup les stérilets, elles en mettent à gogo chez les jeunes filles sans leur expliquer les risques infectieux, ça me dérange. On a un devoir d'information pour expliquer les risques d'infection, d'expulsion, de perforation, ça elles n'expliquent pas ou très peu. » (GM2)</p>
Une information pas nécessaire		<p>« Déjà, elles n'ont quand même pas besoin de nous pour savoir... C'est vrai de nos jours tout le monde est informé, elles commencent maintenant à savoir qu'il y a des sages-femmes, et qu'elles font de plus en plus de choses. » (MG2)</p> <p>« Après sur les sages-femmes, je dirai que c'est plutôt le bouche à oreille qui fonctionne. (...) Donc bouche à oreille entre patientes. » (MG3)</p>

4. Un problème de concurrence ?

a. Peu ou pas de concurrence

Tableau 14 : Absence de concurrence ou avis mitigé

L'absence de concurrence	Pour les MG	<i>« Moi je trouve que c'est bien. Je ne pense pas qu'on doive fonctionner en disant chacun sa chapelle, elles sont sages-femmes donc elles ne doivent faire que des accouchements. (...) Moi elles ne me prennent pas mon travail. » (MG7)</i>
	Pour les GM	<i>« Moi pas parce qu'en étant gynéco les patientes elles viennent me voir. Elles se rendent bien compte que le service n'est pas le même. » (GM2)</i>
	Pour une GO	<i>« je ne crois pas vraiment non plus qu'elles nous prennent des patientes parce que finalement si on fait du pathologique, c'est aussi notre métier à nous les médecins. On est aussi médecin pour ne pas faire que de la prévention (...) Non je ne crois pas qu'elles vont nous voler notre patientèle, les malades il y en a bien trop. Et puis les patientes il y a en a beaucoup qui ne vont pas chez la sage-femme, qui viennent chez nous. Donc je n'ai pas eu ce souci du tout. » (G01)</i>
Un avis mitigé	<i>« ce n'est pas parce qu'il y a une sage-femme qui s'installe qu'on fera plus du tout de suivi, mais c'est vrai qu'on en fera peut-être probablement moins. Moi je n'y vois pas trop d'inconvénient. (...) je peux comprendre que dans certains endroits il y ait des médecins qui se sentent en concurrence avec les sages-femmes, je pense que ça pose problème pour certains médecins, peut-être pour les plus vieux je sais pas. Mais moi non, vraiment, peut-être plus tard quand elles m'auront piqué toutes mes patientes (éclats de rires) » (MG1)</i> <i>« Je ne pense pas qu'on soit à un stade où il y a une concurrence d'enfer pour que personne ne puisse s'orienter. Mais voilà, moi je ne voudrais pas que ça m'empêche de pouvoir exercer cette partie-là de mon métier. » (MG5)</i>	

b. Un sentiment de concurrence, partagé par les professions

i. Les médecins

Tableau 15 : Concurrence ressentie par les médecins

Inévitable	« C'est obligé ! A partir du moment où il y a deux personnes qui font les mêmes tâches, à un moment donné... » (MG8)
Ancienne	« Moi j'ai toujours été hospitalo-universitaire, donc j'ai toujours été en concurrence dans ma formation avec des élèves sages-femmes, qui avaient le droit de faire des accouchements, et nous on nous appelait pour mettre les forceps, on ne faisait pas des accouchements normaux, donc vous voyez il y a quand même une longue antériorité. » (GO3)
Hiérarchie	« Je pense que chez les médecins il y a encore le fait que le médecin est le chef de la sage-femme, ça j'en suis certaine. Alors que c'est un collaborateur comme un autre, c'est un médical limité mais voilà » (GM1)
Manque de connaissance	« Il y a une espèce de réticence et je pense que c'est surtout les compétences des sages-femmes qu'on ne connaît pas et qui sont vraiment prises comme une menace pour l'activité. » (GM1)
Plus de prérogatives	« Mais ça va être la tendance puisque maintenant on leur donne des compétences médicales donc elles vont en profiter et elles vont surfer sur la vague. Bien entendu, parce qu'il y a quand même une compétition entre les professions, faut quand même le dire. » (GM3)
Coopération difficile	« Effectivement en France c'est très difficile la coopération entre médecins et sages-femmes. » (GO1)
Mépris	« Alors c'est peut-être c'est aussi dû au mépris des gynécos sur les sages-femmes, peut-être que c'est le souci d'une tradition mais il y a des tas d'autres pays où le travail se reparti différemment et où elles n'ont pas cette envergure de profession médicale qui vient je trouve un peu véroler le fruit. » (GO3)

Infirmier clinicien	<i>« Encore une fois je peux être critiquée pour condescendance, pour mépris mais il y a encore un statut de super infirmier avec des compétences élargies - FT : Des infirmiers cliniciens ? - Oui, et qui pourraient être amenés à faire du dépistage et ça irait tout aussi bien ! Y'a pas besoin de compétences médicales élargies. » (GO3)</i>
Financière	<i>« Après je pense que l'argent est le nerf de la guerre, donc je pense qu'il y en a qui ont dû mal le vivre parce que ça leur a enlevé une partie de leurs patientes. » (MG4)</i>

ii. Les sages-femmes

Tableau 16 : Concurrence pour les sages-femmes rapportée par les médecins

En Maison médicale	<i>« Non, parce qu'on est six femmes au total dans la maison médicale, ça a toujours fonctionné comme ça. Après elle (la sage-femme) a pu mal le vivre, donc du coup des fois il y a des tensions, des frictions, donc tu es obligé de revenir à la base et puis de tomber sur un terrain d'entente. » (MG4)</i>
	<i>« Et il y en a une (sage-femme) qui n'a pas voulu que je m'installe à la maison médicale parce que j'allais lui faire de l'ombre (...) je lui avais dit : écoutez on peut travailler en partenariat toutes les deux, parce que moi j'ai un échographe (...) Elle n'a pas voulu. Elle ne voulait pas forcément parce que du coup, c'est moi qui allait être prioritaire, elle allait peut-être être en dessous de moi. Peut-être que là maintenant c'est plus valorisant pour elle, pour son égo parce qu'elle est toute seule à la maison médicale, elle fait les frottis du Dr X. (...) Pour leur égo c'est peut-être pas facile, c'est les sages-femmes c'est spécial ! » (GM2)</i>
Réticences	<i>« Oui mais dans les deux camps, il y a aussi beaucoup de réticences parmi les sages-femmes envers les médecins. Moi j'en suis très triste parce que je trouve que ce n'est pas tellement nécessaire, ça ne sert à personne. » (GO1)</i>

5. L'aspect financier

a. Pour les médecins

Avoir ses patientes suivies chez une sage-femme peut signifier pour certains médecins une perte financière :

« Concernant le suivi gynécologique, quand tu fais un frottis, on est payé une consultation un peu plus, ça nous prend pas plus de temps et au niveau financier, ça nous rapporte quand même un peu plus. Alors finalement avec le matériel, pas tant que ça parce que quand tu vois le prix d'un spéculum jetable, voilà c'est pas tant que ça, mais je pense qu'il y a ce côté-là qui dissuade d'envoyer les patientes ailleurs, tu vois un renouvellement de pilule, ça te prend cinq minutes, quand c'est une patiente que tu connais, que tu vois deux fois par an, voilà quoi, c'est pas de l'argent facile c'est pas vrai, mais c'est une consultation facile. » (MG1)

b. Pour les patientes

« Pour les patientes ça ne change pas vraiment grand-chose, la consult elle est au même prix. » (MG1)

6. Varier et alléger l'activité des médecins

Tableau 17 : Varier et alléger l'activité des médecins

Varier son activité	<i>« J'aime bien (la gynécologie), tu discutes un peu avec elles, ça te permet de faire autre chose que de la grippe et de la rhino quoi, ça te change de ton domaine de compétence. » (MG1)</i>
Se libérer du temps	<i>« Si elles (les SF) peuvent faire autre chose pourquoi pas, du coup je ferai plus d'autres trucs. » (MG4)</i>
Charge de travail	<i>« De toute façon on a pas le temps de tout faire ! Tu le vois bien vu le rythme des consultations, la charge de boulot ! On a de moins en moins de temps. On a trop de gens à voir, et puis ça va être de pire en pire ! De toute façon c'est comme ça » (MG2)</i>
Faux problème	<i>« Mais je pense que la demande des médecins elle est pas tellement dans dispatcher le physiologique chez les sages-femmes, le temps de soin des médecins est surtout je dirais mangé par le temps qui est des tâches administratives. Et je ne suis pas sûre que la qualité de l'exercice médical se recentre sur le soin si le suivi des femmes est aussi en parallèle fait par les sages-femmes. Je pense que les médecins auront toujours le même bazar à faire en plus. (...) Moi je pense que l'idée on va dire politique c'était de dire : les médecins vous vous plaignez de plus avoir le temps de faire du soin, donc on va vous décharger en mettant des sages-femmes pour le physiologique. (...) Le fait de dire on va décharger les médecins pour qu'ils aient plus de temps et on va confier certaines patientes aux sages-femmes, à mon avis, ne va pas décharger les médecins de l'activité qui les embête : l'administratif. C'est comme si on disait, on a mal au dos, et bien on va commencer par aller voir le kiné et puis après on ira voir le rhumato. » (GM1)</i>

Pour les sages-femmes : *« Après moi je suis contente, si les sages-femmes peuvent s'épanouir en faisant autre chose que de la rééducation du périnée. » (MG4)*

7. Une histoire de temps et d'écoute

Plus de temps : « *Après elles ont aussi dans leur exercice peut-être plus de temps que nous. (...) Oui, alors qu'elles, elles ont ça, plus le suivi de grossesse, plus deux trois autres trucs à côté, mais elles peuvent être à fond dans ce qu'elles font.* » (MG1)

Plus personnalisé : « *Mais le suivi sage-femme est vécu assez bobo. J'ai de la famille à Paris (...), elles ont toutes leur sage-femme qui les suivent, pour des grossesses qui vont bien.* » (GM1)

Une meilleure écoute : « *je pense qu'elles ont une meilleure écoute qu'un généraliste ou qu'un gynéco car elles vont prendre sur une demi-heure, rassurer (...) et puis s'intéresser plus à la féminité, donc par rapport à ça je pense qu'elles sont le meilleur accompagnement.* » (MG3)

E. Les propositions faites par les médecins

1. Pour mieux travailler ensemble

a. Coopérer, mettre en place un réseau

« Quand on parle de ce travail en collaboration avec les sages-femmes il y a d'emblée deux cas de figure : ceux qui sont tout de suite ok et ceux qui freinent des quatre fers. » (GM1)

i. Lieu

Tableau 18 : Où travailler ensemble

Coopération de proximité	Possible	<p>« J'ai commencé ma carrière professionnelle(...)en Allemagne, on travaille beaucoup ensemble sages-femmes et gynécologues. » (GO1)</p> <p>« une collaboration de proximité je serais tout à fait d'accord ! Parce que là on a un vrai partenariat, une répartition des choses, des tâches qui se déterminent au fur et à mesure.(...) A ce moment-là c'est une auxiliaire médicale, or ce sont des professions médicales (...) en Allemagne elles ne sont pas profession médicale c'est ça la grosse différence. Et là effectivement chacun est à sa place, la délimitation du champ d'intervention est clairement définie. » (GO3)</p>
	Milieu urbain	<p>« Peut-être plus en milieu urbain que rural elles auront un intérêt parce que, classiquement en milieu rural, un médecin généraliste est poly-compétent (rires) (...) Et aussi s'il y a plus d'offre, il y aura peut-être plus de demande. Parce que voilà s'il n'y a pas de sage-femme installée en milieu rural, il n'y aura pas de demande. En revanche si les sages-femmes sont plus installées en villes il y aura plus de demande. » (MG7)</p>
Coopération limitée	Difficile	<p>« C'est compliqué, je ne vois pas nous gynéco comment on peut faire pour travailler avec elles. » (GM2)</p>
	Suivi de grossesse	<p>« on n'a pas forcément besoin... enfin si, j'ai besoin des sages-femmes pour le suivi des grossesses à domicile. » (GM4)</p>

		« Je ne vais pas me limiter à un domaine strict, donc je suis contente de faire de la gynéco. Je pense que c'est bien pour moi la sage-femme dans le suivi des grossesses. » (MG7)
	Problème géographique	« Géographiquement on n'est pas du tout proche, du coup non on n'a pas partagé le gâteau entre guillemets. » (MG5)
Maison médicale	Intégrer la sage-femme à l'équipe	« On construit la maison médicale, et on s'est posé la question de prendre une sage-femme avec nous, et moi ça ne me pose pas de soucis » (MG1) « Je pense qu'une sage-femme dans une maison de santé c'est bien. Je pense que nous il y a 6 ans on ne s'est pas posé la question parce que c'était naturel on était plus d'homme que ça (...) Moi ça ne me gêne pas. Il faudra définir les choses. Il y a des compétences qui peuvent être transmises, on le fait ici on a déjà commencé depuis longtemps. » (MG8)
	Pas de sage-femme en nombre	« Pour mon cas personnel c'est intéressant mais en même temps il ne faudrait pas non plus que je sois en groupe par exemple avec trois sages-femmes, parce que du coup j'aurai beaucoup de mal à garder mon orientation gynéco, ça pourrait un peu limiter cette orientation, on viendrait me voir pour la médecine générale, et puis sinon il y aurait les sages-femmes » (MG5)
	Salarié la sage-femme	« Alors de l'avis des médecins qui travaillent avec des collaborateurs qui ne sont pas des médecins, ils vous disent : on a intérêt à les salarier, parce que sinon il y a vraiment un conflit dans l'organisation de soin, dans la mesure où les médecins ont toujours ce sentiment que les sages-femmes doivent leur obéir. C'est ça qui fait le problème et c'est ça qui fait que dans une organisation, il faut bien qu'on cible ce que chacun fait » (GM1)

Hôpital	<i>« Moi je pense avec l'hôpital directement, avec un centre, parce que je pense qu'on a quand même certaines compétences qui font qu'on peut aller jusqu'à un certain point, mais quand on ne peut plus, je pense que c'est l'hôpital qui prend le relais » (MG1)</i>
----------------	--

ii. Qui ?

Bien que les médecins soient prêts à travailler avec une sage-femme, plusieurs médecins généralistes ont signalé l'importance qu'un suivi soit réalisé par un même intervenant :

« Tu vois, s'il y a des jeunes filles qui viennent, et qui me disent « moi j'aimerais mieux aller voir la sage-femme », je préfère qu'on commence avec quelqu'un, et qu'on finisse avec quelqu'un, mais tu vois ce qui m'ennuie c'est de commencer et puis qu'elles partent, ça c'est sûr ça me ferait de la peine, ou qu'elles commencent avec la sage-femme et qu'elles viennent ensuite me voir, ça je trouve ça pénible. » (MG1)

iii. Comment travailler ensemble ?

Tableau 19 : Propositions pour travailler ensemble

Avoir la même activité	<i>« On était tout à fait libre dans ce qu'on faisait chacune. On n'était pas mal sur la même longueur d'onde, ça allait très bien aux patientes. » (GO1)</i>
Se « partager » le suivi	<i>« Après qu'est-ce que je pourrai attendre ? Tu vois, si je sens que j'ai trop de monde, je leur dirai aux patientes, « écoutez je ne peux pas je n'ai pas le temps ou, voyez plutôt la sage-femme, elle pourra vous consacrer plus de temps », je pense c'est plus ça, si je sens que je suis débordée. » (MG1)</i>
Des compromis	<i>FT: D'accord, ça c'est le compromis, tu lui envoies les suivis de grossesses comme ça toi tu peux essayer de garder ton suivi gynécologique ? MG4 : Oui, et puis du coup elle nous envoie les nourrissons quand elle a vu les accouchées. » (MG4)</i>

Dépistage par les sages-femmes	Frottis	<i>« Par rapport à mes confrères, je pense mes confrères hommes seront surement ravis de voir que, enfin je ne veux pas parler à leur place... Parce qu'à un moment les hommes je veux dire, très peu d'hommes font par exemple des frottis. » (MG7)</i>
	Sous responsabilité médicale	<i>« (...) mais sous la responsabilité d'un gynécologue, ou d'un médecin généraliste qui après avec un frottis pathologique envoie à un autre médecin. FT : Donc que ce soit le médecin généraliste qui fasse la lecture du frottis ? Et qu'il adresse ? GM2 : Oui ou qu'elle fasse ça sous la responsabilité d'un médecin généraliste. Parce qu'elles ne sont pas médecin. » (GM2)</i>
	Impensable	<i>« Mais on n'est pas des techniciens de lecture ! On est des docteurs ! Qu'on me demande un avis ponctuellement oui okay, mais je ne suis pas un super lecteur de frottis, elles n'ont qu'à apprendre où elles s'adressent au cytopathologiste. » (GO3)</i>
Prendre le relais		<i>« Voilà, en travaillant en collaboration, lui apprendre même certaines choses, et puis un problème avec un frottis, je la prends. Une patiente avec une mycose, je ne peux pas la prendre je lui dis d'aller voir la sage-femme, elle regarde elle m'en parle... » (GM2)</i>
Prendre/donner des avis		<i>« Si elle a besoin je veux bien pourquoi pas, mais si vraiment elle a besoin d'avis médicaux, c'est à prendre à la mat', elle en aura plus à la mat' qu'avec moi. » (MG2)</i> <i>« Si j'avais un avis à demander, ça ne me poserait pas de souci de les appeler » (MG1)</i> <i>« Ah oui, souvent ! Oui, elle nous appelle pour pas mal de choses, et puis moi ça m'arrive souvent » (MG4)</i>

Protocoliser	Nécessaire	« Après il y a un moment donné où il faut bien définir qui fait quoi et en cas de problème, quand est ce qu'on adresse, comment, pourquoi, quel est le protocole. Donc définir un protocole de collaboration entre la sage-femme et les médecins. (...) Et quand c'est bien dit, quand c'est clair et quand c'est protocolisé, il n'y a pas de problème. Mais le partage des tâches pour la sage-femme, il faudra qu'on arrive à un protocole, pour le moment on n'y arrive pas » (MG8)
	Inutile	« On est déjà noyé dans les protocoles ! » (GM4)
Créer un réseau de professionnels	Chronophage	« Le problème des réseaux c'est bien, mais ça demande beaucoup de temps, c'est phagocitant (...) c'est redondant. Après de manière pratique, on n'est pas cinquante millions comme professionnels de santé, donc on sait très bien avec qui on bosse, on peut attraper le téléphone et s'appeler c'est pas compliqué. Pas qqch de formel, pas de structure en réseau » (MG5)

b. Opposition générationnelle, individualisme et personnalité

i. Des générations différentes de médecins

« Alors ça je pense qu'il y a aussi une opposition qui est générationnelle et que chez les jeunes médecins qui sortent maintenant, cette coopération elle est bien plus souhaitée et à mon avis elle marchera toute seule. Ça j'en suis persuadée parce que il y aura déjà des modes d'exercice qui vont changer, où d'emblée tu sais que tu travailles avec et pas contre (...) pour faire un peu simple, je pense qu'on a moyen de travailler ensemble et qu'il n'y a pas forcément une opposition je dirais style Capulet et Montaigu pour aller jusqu'à s'entretuer. » (GM1)

ii. Un individualisme marqué

C'est l'inverse pour cette GM : « *Il y a un individualisme installé qui est forcené, mais qui ne doit pas les rendre toujours heureux parce que quand on se voit (les anciens médecins) on rigole bien, il y a toujours une bonne ambiance, alors d'être toujours dans son coin tout seul, je ne vois pas vraiment ce qu'ils y gagnent.* » (GM3)

iii. Une personnalité propre au médecin

« *Après pourquoi est-ce que les médecins se sentent dépossédés et parfois agressés, ça tient peut-être à leur structure de personnalité et ça tient aussi peut-être à comment l'autre arrive dans sa vie. Les sages-femmes parfois arrivent avec des prérogatives qui sont clairement affichées.* » (GM1)

« *Après c'est une question aussi de personnalité. Moi j'ai toujours pensé aussi qu'il fallait travailler chacun dans son domaine mais de façon complémentaire, que chacun devait connaître ses limites, mais on ne peut pas faire du bon travail si on est chacun dans son coin.* » (MG7)

2. Informer pour mieux connaître

Tableau 20 : informer les patientes et les professionnels

<p>Informers les patientes</p>	<p>« Quand c'est des patientes à moi qui me demandent « où est-ce qu'on peut se faire suivre au niveau gynéco ? », je leur propose moi, mais je leur propose la sage-femme, ou une autre de mes collègues parce que des fois c'est pas évident de faire tout au même endroit » (MG4)</p> <p>« D'abord je leur dis : est-ce que vous préférez voir une femme ou un homme ? En général, c'est une femme. Je leur qu'ici on a une sage-femme, on a aussi des médecins femmes parce que je ne fais pas de différence, en tout cas pour le suivi gynéco » (MG8)</p> <p>« (Les) patientes qui n'ont pas de gynécologues, qui cherchent un gynécologue, et que moi je ne peux pas accepter parce que ma clientèle est déjà trop grande. Je leur dis d'aller voir une sage-femme. » (GO1)</p>
<p>Les sages-femmes ont besoin de se faire connaître</p>	<p>« Est-ce que les femmes sont prêtes à changer leurs habitudes, je pense que si elles n'ont pas d'autres appuis, je ne sais pas comment elles peuvent faire connaître leur activité, hormis être attachées à un cabinet médical, ou être en lien avec l'hôpital et faire encore du travail en semi libéral ? » (MG3)</p>
<p>Informers les professionnels</p>	<p>« Mais je pense qu'après tout le monde peut s'y retrouver dans un exercice ensemble, je pense qu'il y a moyen de faire quelque chose de bien. Il faut impérativement qu'on ait la notion de compétence, où s'arrête la compétence de la sage-femme, que ça ne soit pas que dans les textes (...) je pense que chez les médecins c'est pas connu, et que comme c'est pas connu, on pense qu'elles savent pas » (GM1)</p>

Mieux se connaître	<p>« Je pense qu'il y a d'énormes freins qui sont qu'on ne connaît pas les compétences des sages-femmes, en tout cas qu'on nous l'a pas assez raconté. (...) je pense que ce frein il est là, les habitudes qu'il faut changer (...) Sur le terrain, au niveau individuel quand on ne se connaît pas, c'est un peu comme les chiens et les chats, il y en a qui ne vont pas bien ensemble » (GM1)</p> <p>« Je serai ouvert pour justement connaître mieux sa façon de travailler, connaître ce qu'elle sait faire, sur quoi je peux lui demander son avis. Tout comme un confrère ou une consœur gynéco. Quand on se connaît on partage mieux ce qu'on sait faire, ce qu'on peut faire. » (MG3)</p>
Reconnaître les compétences des SF	<p>« Moi je dis que c'est un peu dur de dire « nouvelles compétences » pour elles parce qu'en fait, c'est des compétences qu'elles ont depuis toujours, je trouve qu'on est un peu dur avec elles des fois. » (MG1)</p>
Avoir confiance	<p>« Si jamais je travaillais avec une sage-femme on ferait des choses différentes (...) dans la mesure où j'ai confiance, ou je sais que le frottis va être bien fait, qu'elle va faire comme il faut, son examen qu'elle va regarder comme il faut la gynéco. » (GM1)</p> <p>« Quand je vois le temps, les mois que j'ai passé à étudier l'endocrino avec les ostéogènes naturels, de synthèse, les progestatifs, les pilules, les contraceptions et tout, je me dis les sages-femmes on leur dit quoi, comment elles réfléchissent dans un choix de médicament ? Je pense qu'elles doivent réfléchir comme nous on réfléchissait à la sortie de nos études, elles qu'elles réfléchissent pas plus mal. » (GM1)</p> <p>« Mais il faut une bonne collaboration, il faut que la sage-femme ait confiance en vous, il faut que vous ayez confiance en la sage-femme et il ne faut pas qu'elle dépasse ses prérogatives. Pour les poses de stérilets quand ça « merdait », je les recevais tout de suite les patientes, ça faisait partie du deal » (GM3)</p>

3. Communiquer

a. Un manque de communication entre médecins et SF

« C'est dommage qu'il y ait ce manque de communication entre les deux activités professionnelles. Moi je suis sûre que c'est là qu'il pourrait y avoir des progrès à faire parce que je pense que les sages-femmes ont des compétences limitées, mais elles ont des compétences. Je pense que l'évolution de l'exercice médical se fera dans ce sens-là, travailler ensemble. » (GM1)

On retrouve ce manque de communication entre médecins : *« Avec les gynécos, et c'est un peu dommage, c'est qu'ils ne nous envoient jamais de courrier sauf pour un geste opératoire ou pour un suivi de grossesse, et encore suivi de grossesse c'est un accouchement. Mais c'est vrai que ça peut manquer, voilà chez une patiente, le frottis est fait, enfin ils nous disent quand le frottis est anormal, mais on n'a pas de coopération comme il faut, ça pourrait être une piste. » (MG3)*

b. Comment améliorer la communication ?

Tableau 21 : Propositions pour mieux communiquer

S'écrire	<i>« Le coup de la TSH c'est assez classique, les bilans derrière les patientes retournent à la sage-femme en leur disant « j'ai ça qui va pas », et elle leur dit « allez voir votre médecin traitant », pour le coup, si il y a un problème suspecté, elles font un petit courrier et c'est nous qui faisons le bilan » (MG6)</i>
S'appeler	<i>« Et surtout les coups de fils, la collaboration, la communication. Parce que c'est une spécialité, de la même façon qu'on fait un courrier quand on envoie un patient auprès d'un spécialiste, elle a sa spécialité, on pourra lui écrire, elle pourra nous écrire elle aussi. Pour moi c'est le point essentiel, faut pas qu'elle fasse son petit truc à part. » (MG7)</i>
Se rencontrer	<i>« Au CHU il y a énormément de colloques où les gynécos sont conviés avec les médecins généralistes et les sages-femmes. Et au cours de ces dernières années, il y avait de moins en moins de sages-femmes qui venaient, et même moins de gynécologues. Ces colloques étaient très intéressants et étaient très importants parce qu'on se connaissait, on se parlait, il y avait des contacts.(...). Le Pr M. (chef de service) avait quand même essayé de faire intervenir les sages-femmes dans les colloques de gynéco. Il y avait quand même des sages-femmes qui faisaient des publications. Il a toujours essayé de faire ça, maintenant qu'est-ce que ça va devenir ? » (GM3)</i>

4. Aide à la formation

a. Formation pratique

Tableau 22 : Aide à la formation pratique

Stages au cabinet	<p>« Moi je pense que ce qui serait bien, c'est que les sages-femmes viennent faire des stages chez les pauvres gynécos qui restent encore. (...) Parce que moi la consult elle est ouverte, dans la mesure où la patiente est d'accord (...) Moi je crois qu'il y a un apprentissage à faire à travailler ensemble (...) Parce que malgré tout, les sages-femmes vont se poser dans une médecine on va dire de ville, ambulatoire et pas hospitalière. » (GM1)</p> <p>« Elles venaient au cabinet, et puis quand je jugeais qu'elles avaient suffisamment posé, alors là je prends un petit risque légal, parce que si jamais il y avait un problème avec le stérilet je ne sais pas trop comment je suis assurée, mais bon moi je l'ai fait... J'ai même fait consulter des élèves (sages-femmes), ce qui était très bien parce que l'école assurait d'un point de vue médical, mais quand c'était des sages-femmes installées, bon... Il n'y avait pas de convention, quand c'était des généralistes qui venaient apprendre à poser des stérilets il n'y avait pas de convention, (...) j'ai pris le risque. » (GM3)</p>
Coût humain, temporel et financier	<p>« J'ai accepté un médecin généraliste qui validait son DU de gynéco parce que c'est quelqu'un avec qui ça s'est très bien passé. C'est très compliqué les gestes, le rythme des consultations, le rendement des consultations cadencées, oui pourquoi pas, mais ça veut dire que les médecins vont faire de la formation gratuite pour les sages-femmes. Mais enfin, je suis chef d'entreprise maintenant, vous verrez quand vous aurez votre boîte, vous allez comprendre que travailler gratuitement on peut pas le faire à outrance...Donc mettre en place une collaboration, je vais vraiment passer pour une horrible amère désabusée et obnubilée par mon fric, mais encore une fois, c'est les médecins qui vont donner de leur bonne volonté sur une conviction qu'il ont gardé de contribuer à l'amélioration du service public, du service rendu à la population, mais former quelqu'un ça prend du temps ! Pendant ce temps-là vous voyez moins de patient, vous gagnez moins d'argent, ou alors vous finissez épuisée. Il y a un coût humain financier temporel à former quelqu'un. » (GO3)</p>

Pas le rôle des médecins	<p>« Après même si je forme une sage-femme, par rapport à l'armada des sages-femmes qui sont formées tous les ans et qui vont avoir besoin d'une formation d'un suivi, j'ai du mal à voir comment cette petite contribution très ponctuelle, oui pourquoi pas... Mais est-ce que c'est aux médecins de faire ça ? Et quels médecins ? Est-ce que c'est les médecins généralistes formés en gynéco ou les gynécos ? Et pourquoi pas à ce moment-là les gynécos hospitaliers, tout le monde a du travail et n'a pas forcément de disponibilité à les former. (...) Voilà, encore une fois je ne connais pas tellement le modèle, mais c'est pour former nos confrères, nos futurs remplaçants, notre relève ! Former une sage-femme, si vous voulez ce n'est pas un futur gynéco... » (GO3)</p>
---------------------------------	---

b. Formation théorique commune

« C'est difficile parce qu'il faudrait qu'on ait ensemble des formations théoriques et pratiques. Parce que ça c'est sûr, favoriser les rencontres des sages-femmes avec les médecins, développer les stages des sages-femmes en exercice libéral et développer des formations communes. » (GM1)

5. Connaître ses limites

Il est très important pour les médecins que les sages-femmes respectent les limites de leurs compétences.

a. Accepter ses limites

« Elles ne sont pas médecin, elles sont limitées. Il faut juste qu'on accepte qu'elles soient limitées et qu'elles ne dépassent pas leurs compétences (...) mais c'est en connaissant les limites de tout le monde que chacun se positionne bien dès le départ. » (GM2)

« Moi je pense que c'est un rôle complémentaire et que dans cette pratique il faut aussi qu'elles connaissent leurs limites. Ce que fait une sage-femme, bien, mais elle ne peut pas faire ce que fait un médecin (...) et bien une bonne sage-femme sera celle ou celui qui connaîtra ses limites. C'est ça le plus important pour moi » (MG7)

b. Savoir passer le relais à un médecin

« C'est à dire que si éventuellement, elle voyait une de mes patientes, qu'elle sache me téléphoner pour me demander un conseil, si y'a un complément d'examen. » (MG7)

c. Elles en sont capables

« Elle était aussi très bien capable de dire : non ça, ce n'est pas dans mon domaine, je vous conseille d'aller voir un confrère docteur. Donc elle connaissait très bien aussi ses limites. C'était super de l'avoir et elle me manque beaucoup. » (GO1)

6. Le choix de la patiente

Que les médecins soient pour ou contre cet élargissement, le **choix final** du professionnel pour le suivi gynécologique revient à la patiente : *« Il faut que la femme puisse trouver le suivi qui lui convient. » (GM4)*

Choisir **parmi différentes professions** : *« C'est super pour une jeune fille de pouvoir lui proposer plusieurs alternatives. Là en l'occurrence on peut lui dire tu as le choix entre ton médecin généraliste, une sage-femme, un gynéco, tu choisis, tu prends ce qui te plait, c'est vachement confortable pour les femmes aujourd'hui. Avant ce n'était pas comme ça. » (MG1)*

Accepter son choix : *« Il y a des sages-femmes avec qui je travaille je sais bien que les patientes ne sont pas forcément coaptées derrière, et puis même si elles le sont et bien elles le sont. Les dames ont le droit d'aller voir qui elles ont envie. En même temps comme moi elles me voient et que je fais le suivi, si elles se sentent bien à un endroit elles reviennent. » (MG5)*

DISCUSSION

I. Forces et limites de l'étude

A. Forces de l'étude

Population étudiée. Nous avons constitué notre échantillon en sélectionnant les médecins pouvant répondre à la question de l'étude : opinion des médecins vis-à-vis des compétences élargies des sages-femmes. Pour ce faire, les médecins interviewés étaient exclusivement des médecins pouvant être acteurs du suivi gynécologique : médecins généralistes, gynécologues médicaux et obstétriciens. Le but de cette sélection était d'avoir une population avec une richesse d'opinion potentielle. Quinze médecins ont été contactés, tous ont répondu favorablement. Grâce à cette diversité, les médecins ont exprimé une vision et des avis différents selon leur profession, âge, mode et milieu d'exercice.

Méthodologie. Pour recueillir et analyser des données subjectives telles que l'opinion des médecins, la méthode qualitative semblait la plus adaptée (22). Dans notre étude, la démarche inductive de la méthode qualitative fait émerger un savoir nouveau en donnant accès aux opinions des médecins. Elle permet d'explorer leurs ressentis, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles (25). La méthode de l'entretien individuel semi-dirigé a été préférée à la réalisation de focus-groupes car la peur du jugement des confrères aurait pu être un frein à la libre-expression du médecin interrogé. Le guide d'entretien comportait des questions ouvertes dont l'ordre n'était pas prédéfini, permettant aux interviewés de s'exprimer librement. Il a fait l'objet de quelques modifications afin d'intégrer les nouveaux éléments qui apparaissaient au cours des entretiens. Nous avons stoppé les entretiens dans chaque groupe de spécialité lorsque l'on a constaté une saturation des données (absence d'information nouvelle majeure pendant la collecte et l'analyse). La transcription intégrale et l'analyse par le logiciel NVivo[®] ont permis une bonne traçabilité et fiabilité des verbatims.

De plus, la valeur d'une recherche scientifique est en grande partie dépendante de l'habileté du chercheur à démontrer la crédibilité de ses découvertes (26).

La validité interne consiste à vérifier si les données recueillies représentent la réalité (25) : elle repose dans notre étude sur l'obtention d'un échantillon raisonné.

La validité externe consiste à généraliser les observations recueillies à d'autres objets ou contextes. Pour ce faire, nous avons constitué un échantillon ciblé et représentatif de la problématique et obtenu la saturation des données dans chaque groupe de profession.

Enfin, l'étude de la littérature n'a pas retrouvé de travaux explorant les perceptions des médecins sur ce sujet, cela en fait son originalité.

B. Limites de l'étude

Les limites liées au thème abordé. Le thème du partage de compétences entre différentes professions a pu limiter certains médecins dans l'expression de leur opinion. Certains médecins ont pu penser que le sujet était polémique et n'ont probablement pas évoqué certaines opinions par crainte de ne pas être confraternel.

Les entretiens étaient enregistrés pour permettre leur retranscription. Bien que nous ayons garanti aux médecins un total anonymat, il est possible que cela ait induit une retenue dans leurs réponses. Quatre entretiens ont été réalisés par téléphone, cela a pu limiter les échanges avec les médecins interrogés. De plus, des passages peu audibles et de mauvaise qualité ont pu engendrer un **biais de retranscription**.

La réalisation du guide d'entretien semi-structuré a pu sous-estimer certains aspects et orienter sur des sujets particuliers. L'inexpérience de l'interviewer et sa subjectivité ont pu influencer le déroulement de l'entretien, la collecte et l'analyse des données créant un **biais d'interprétation**.

La validité interne de l'étude est limitée par le fait qu'il n'y ait pas eu de triangulation de l'analyse par un autre chercheur. De plus, les résultats n'ont pas été soumis aux médecins interrogés en vue d'une corroboration (26), il n'y a donc pas eu de rétro-vérification.

II. Discussion des résultats

A. Des décisions liées à une crise démographique

Qu'ils soient pour ou contre, tous ont souhaité contextualiser l'élargissement de compétences des sages-femmes en l'inscrivant dans une problématique de démographie médicale et mettre en avant les mesures prises par les pouvoirs publics dans ce domaine.

La région Franche-Comté est devenue la région Bourgogne-Franche-Comté après fusion avec la Bourgogne au 1er janvier 2016. Nous parlerons dans ce travail des chiffres démographiques en rapport avec la région Franche-Comté.

1. Des chiffres démographiques en baisse

(ANNEXE 5)

Tous les médecins de notre étude rapportent une baisse de la démographie des gynécologues médicaux en Franche-Comté et en France. Cela serait à l'origine d'une diminution de l'offre de soins proposée aux femmes dans le domaine de la gynécologie. « *Vous connaissez la situation sur Besançon ? Je vais vous la résumer : depuis 2009 que je suis arrivée, il y a un gynéco qui a disparu par an.* » (GO3). Effectivement, on recense en Franche-Comté une perte importante d'effectif de 40% entre 2008 et 2016, soit 1 GM par an. Ce chiffre est légèrement plus élevé que la moyenne française de 37,6% et cette tendance va se confirmer sur la période 2015-2020 (-12,9%).

2. Les médecins généralistes, un relai insuffisant

Pour certains gynécologues interrogés, le médecin doit rester maître de la prise en charge gynécologique et notamment le médecin généraliste : « *Je trouve ça beaucoup plus logique. C'est pas pareil ! (...) Surtout que vous en tant que médecin généraliste vous avez une vision globale des patients, qu'une sage-femme n'a pas non plus* » (GM4).

Pourtant, les médecins généralistes ne pratiquent pas tous le suivi comme l'étude nous l'a montré. En France, la part de la gynécologie dans l'activité globale du médecin généraliste représente moins de 10% (13)(29). Une thèse de médecine générale réalisée à Lyon (28) a montré que la majorité des médecins généralistes semblait prête à augmenter son activité

en gynécologie pour contrer la diminution de l'offre de soin. Mais le manque de temps est un facteur limitant : « *De toute façon on n'a pas le temps de tout faire ! Tu le vois bien, vu le rythme de consultation, la charge de boulot !* » (MG2).

Quand bien même les médecins généralistes augmenteraient leur activité gynécologique, leur démographie serait probablement insuffisante pour prendre en charge l'ensemble du suivi des femmes.

« *Il n'y aura bientôt presque plus de médecins généralistes* » (MG2). Effectivement sur la période 2007/2016 les effectifs ont diminué de 8,4% sur la France. La région Franche-Comté a été une des moins touchée avec une diminution d'effectif de 3,4%. D'après les projections du scénario tendanciel de la DRESS (30), entre 2006 et 2030 le nombre de médecins généralistes diminuerait dans presque tous les types de zone en France (-3 % dans les pôles urbains avec CHU, -7 % dans les communes péri-urbaines et -20 % dans les espaces à dominante rurale), sauf dans les pôles urbains sans CHU où il progresserait de 15 %.

3. Une population féminine à prendre en charge

Selon les sources de l'INSEE au 1^{er} janvier 2016, la France compte 34,3 millions de femmes, dont 19,2 millions entre 20 et 64 ans (31)(32). Dans la région Franche-Comté, l'évolution démographique prévoit pour 2030 315 900 femmes entre 20 et 64 ans (33).

Le suivi gynécologique n'est pas obligatoire, mais conseillé tous les ans dès le début de la vie sexuelle d'une femme (34). Pourtant, 19% des femmes de 16 à 60 ans n'ont pas de suivi régulier et cette population est majoritairement constituée par les jeunes femmes de 15 à 24 ans (35). Toutes ces femmes auront besoin d'un suivi gynécologique et cela doit être pris en compte dans les projections visant à déterminer le nombre de professionnels du suivi nécessaire sur le territoire.

B. La sage-femme, une solution ?

L'évolution du champ de compétence des sages-femmes s'inscrit pour les médecins dans un contexte de carence démographique en gynécologues, d'une incapacité future des médecins généralistes à absorber l'ensemble de cette activité et de la nécessité de faciliter l'accès aux soins des femmes en terme de délais et de proximité.

1. Economique

Pour les médecins interrogés, une politique de réduction du coût de la santé est intervenue dans cette prise de décision. D'ailleurs, contribuer à l'optimisation des coûts des soins en évitant les surmédicalisations de situations pathologiques faisait partie des revendications des sages-femmes auprès de la ministre de la santé (36). Plusieurs médecins ont abordé ce point : « *Ça coute moins cher à l'état de former des sages-femmes (...) et ça revient moins cher à la sécurité en terme de soin. Encore une fois, (...) c'est peut-être ça que veulent les pouvoirs publics ?* » (GO3). Effectivement le rapport de la cour des comptes de 2011 recommandait un recours plus fréquent aux sages-femmes car « les services assurés par les sages-femmes sont généralement moins coûteux. Cela reflète en partie la durée plus courte de leur formation et donc la rémunération plus basse requise par comparaison avec les gynécologues et obstétriciens. » (37)

2. Démographique

Des sages-femmes formées en nombre (ANNEXE 6)

Dès 2001, les pouvoirs publics ont augmenté le numérus clausus des sages-femmes de 3% (38). Mais former des sages-femmes en nombre a eu certaines conséquences dont le manque de travail en secteur hospitalier et la saturation progressive du secteur ambulatoire. Plusieurs GM interrogés ont illustré l'ironie de la situation : eux n'étant pas formés en nombre se comparant à une augmentation majeure des effectifs des sages-femmes. L'augmentation est si conséquente que les sages-femmes ne trouvent pas de travail. « *Il faudrait revoir la démographie des sages-femmes. Il y a quand même des sages-femmes qui sortent de leur formation (...) qui ne trouvent plus de travail. Donc elles veulent s'installer en libéral, sauf que le libéral il est saturé aussi.* » (GM4). Une sage-femme sur trois exercera en libéral en 2030 (39)

Cela déplaît aux gynécologues médicaux (40)

« *Alors nous on s'est battu pour qu'il y ait de nouveau des formations médicales en gynéco.* » (GM4). Pour comprendre pourquoi les GM s'opposent majoritairement à l'élargissement des compétences des sages-femmes, il faut revenir sur l'historique de leur formation (ANNEXE 2).

Il leur est difficile d'accepter les compétences élargies des sages-femmes sachant qu'ils se sont mobilisés pendant des années pour défendre leur propre formation de gynécologie médicale.

Ce constat fait naître un sentiment de colère et de lassitude : « *Mais encore une fois pourquoi les pouvoirs publics ont décidé d'élargir ce champ de compétence des sages-femmes, qu'ils ont formé en quantité massive ? (...) pourquoi on a arrêté la formation des gynécos med. ? (...) je suis en colère contre les décisions politiques (...) Oui je suis très remontée...* » (GO3).

Ils dénoncent aussi depuis la remise en route du DES un faible effectif d'internes formés chaque année et de postes proposés à l'internat. En Franche-Comté entre 2014 et 2018, 1 poste est créé par an (25 pour la GO). Un médecin reste optimiste : « *Des gynéco on en forme ! (...) Je pense que ça va revenir, là on est dans le trou.* » (GM4).

3. Santé publique : un professionnel supplémentaire dans le suivi de la femme.

Pour les médecins, la sage-femme peut être un « outil » utile pour le dépistage et la réalisation du FCU ainsi que pour la prise en charge de la contraception.

Ces thèmes correspondaient aux deux priorités du suivi gynécologique des médecins interrogés et s'inscrivent dans les recommandations de dépistage du cancer du col de la HAS (41) et du Plan Cancer 2014-2019 (42).

Dans un mémoire de fin d'études interrogeant des sages-femmes (43), le suivi gynécologique (dont le dépistage par le FCU) et la contraception constituaient les noyaux centraux de la représentation de leur métier dans le domaine du suivi gynécologique.

Nous constatons que ces priorités convergent entre les sages-femmes et l'ensemble des professions interrogées dans notre étude.

Dépistage

Certains médecins, bien qu'étant opposés à l'élargissement des compétences des sages-femmes reconnaissent que la sage-femme peut être une porte d'entrée supplémentaire dans le dépistage des femmes, entrant alors dans une réflexion de santé publique : « *La question de la couverture du dépistage pour que les femmes soient mieux couvertes c'est une bonne chose (...) Alors que le dépistage soit adressé aux sages-femmes, oui c'est un outil de plus* » (G03). Le terme « outil » a été employé plusieurs fois, dans le sens où la sage-femme peut être un « moyen » supplémentaire pour accéder au dépistage.

Dans le cadre du dépistage réalisé par les sages-femmes, une seule compétence est abordée par les médecins : le dépistage du cancer du col de l'utérus avec la réalisation du frottis cervico-utérin (FCU). La prévention primaire (vaccination contre le papillomavirus) et la prévention du cancer du sein (réalisation de la palpation mammaire ou prescription d'une mammographie) n'ont jamais été abordées. La sage-femme est assimilée à un outil de dépistage supplémentaire pour le cancer du col de l'utérus par la réalisation du frottis.

« *Mais est ce qu'on doit s'appuyer sur l'outil sage-femme ?* » (G03).

Le cancer invasif du col de l'utérus était en 2012 le 11^e cancer chez la femme en France et le douzième plus meurtrier (44). Selon l'institut national du cancer, il touche chaque année 3 000 femmes et cause 1 000 décès. Il peut être dépisté à un stade précoce grâce à la réalisation d'un FCU et on considère que 90 % des cancers du col de l'utérus pourraient être évités avec un frottis réalisé tous les 3 ans (45). Une étude observationnelle anglaise (46) a montré une baisse importante de la mortalité globale chez les femmes faisant régulièrement des frottis.

Le dépistage du cancer col est une préoccupation des médecins de notre étude. Le taux de couverture du dépistage en France n'est pas suffisant et varie entre les départements en fonction de la densité des gynécologues (12). Bien que le Doubs soit le département de Franche-Comté où la densité de gynécologues soit la plus importante, la couverture y est inférieure à 50% (47).

On comprend que les médecins opposés à l'élargissement se posent malgré tout la question d'un intérêt de santé publique à élargir les compétences des sages-femmes.

« *D'un autre côté c'est difficile de faire autrement, ça rend service au patient. Mais je me dis si elles vont au labo faire un frottis c'est pareil...* » (GM2). Au laboratoire, il y aura l'exécution du geste frottis par un médecin biologiste mais probablement pas une prise en charge personnelle réalisée par un professionnel du suivi gynécologique formé. C'est pourtant ce que recherchent les femmes dans le suivi réalisé par une sage-femme : un suivi personnalisé, de la confiance, une qualité d'écoute et une disponibilité (16)(48).

Contraception

Les médecins généralistes semblent ouverts à un professionnel supplémentaire et compétent : « *pour mettre une contraception, (...) des fois elles sont quand même plus au courant que nous.* » (MG1).

Les gynécologues leur reprochent au contraire un manque de connaissances et de pratique. Les patientes suivies en gynécologie par des sages-femmes ont parfois été adressées à un gynécologue pour faire le « *passage orange* » (GM3). Les médecins généralistes n'ont pas eu à réaliser ce genre de prise en charge. Cela peut expliquer pourquoi les gynécologues ont une opinion négative de la prise en charge contraceptive faite par les sages-femmes, ils sont les seuls à avoir pris en charge des problèmes ou complications de patientes suivies par une sage-femme.

Pourtant, même si le taux de couverture contraceptive n'a cessé de croître en France, le taux d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) reste stable (49). En 2015, c'est parmi les femmes de 20 à 24 ans que les IVG restent les plus fréquentes (27 femmes sur 1.000 dans toute la France).

La HAS rappelle dans ses recommandations l'intérêt d'explications orales et écrites concernant la contraception et l'importance d'une consultation uniquement dédiée à ce motif, quel que soit l'âge de la patiente, avant toute prescription de contraceptif (50). La méthode contraceptive doit être adaptée à chaque femme et choisie par et avec elle et peut évoluer au fil du temps. La sage-femme peut être un professionnel compétent pour accompagner les femmes dans cette démarche contraceptive.

C. La profession de sage-femme et ses compétences

1. Des compétences qui font débat

Compétences théoriques et pratiques

Sept années après l'élargissement des compétences des sages-femmes, le suivi gynécologique ne semble pas faire partie de la représentation qu'ont les médecins du métier de sage-femme. Les médecins en citent quelques parties (contraception, dépistage, domaine physiologique), mais très peu l'intègrent comme un champ de compétence à part entière autant que l'obstétrique peut l'être. La compétence la plus citée par les trois professions était l'IVG médicamenteuse. Cela s'explique par le fait que les entretiens avec les médecins ont été réalisés lors du premier semestre 2016, période durant laquelle l'IVG médicamenteuse a été intégrée au champ de compétences des sages-femmes et l'information la concernant beaucoup médiatisée.

Au sujet des connaissances théoriques et pratiques les avis des médecins divergent. Là où les médecins généralistes considèrent qu'elles sont formées voire mieux formées qu'eux, la majorité des gynécologues pensent que les compétences théoriques et pratiques des sages-femmes ne sont pas suffisantes, leur reprochant un manque de formation :

« Des fois il y a des situations très complexes où ça ne va pas du tout. Elles n'ont pas l'expérience, (...) pas la richesse de la connaissance médicale qu'on apprend, et qui vient alimenter notre réflexion (...) dès que ça se complexifie un peu, il me semble qu'elles n'ont pas toujours les compétences. » (GO2)

Un doute a été émis par un médecin généraliste sur la capacité de la sage-femme à avoir une vision globale de la patiente *« C'est à dire que la femme qui a de l'hypertension, qui prend des cachets pour autre chose, qui a un problème de thyroïde, un problème hormonal ou autre, d'acné, cardio vasculaire ou urinaire, je me pose la question : qu'est-ce qu'elles connaissent des autres organes, qu'est-ce qu'elles connaissent de la globalité ? » (MG3)*

Il rejoint l'avis des gynécologues, beaucoup plus catégoriques sur le sujet : la sage-femme n'a pas la formation d'un médecin, et *« ne voit que la face émergée de l'iceberg en ignorant tout ce qui se passe dessous. » (GO2)*. Le Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens

de France (SYNGOF) revendiquait déjà dans une pétition intitulée « *Ne laissons pas brader la santé des femmes* » (51) que seule la formation complète d'un médecin était garante d'une prise en charge globale et sécurisée de la santé de la femme.

Aussi, plusieurs gynécologues ont répété dans notre étude que la sage-femme n'était pas un médecin, ce contre quoi les sages-femmes se défendent, expliquant qu'elles ne veulent pas être médecin ni se substituer à lui (36). Elles ont les compétences pour dépister, diagnostiquer et orienter vers le médecin concerné, mais elles ne sont pas habilitées à le remplacer et ne le revendiquent pas (52). Elles rappellent que l'Organisation Mondiale de la Santé reconnaît mondialement les compétences de la profession dans la santé des femmes (53).

Certains médecins craignent un remplacement d'une profession par une autre « *cette spécialité-là, la gynéco, j'ai l'impression qu'elle est en train d'être remplacée par les sages-femmes* » (MG2), avec le sentiment qu'« *on assiste à un transfert des compétences des gynécologues médicaux* ». Le transfert implique un acte par lequel une personne acquiert un droit d'une autre qui le lui transmet. Il s'agit ici d'un élargissement de compétence et non pas d'un transfert car les médecins n'ont jamais « transféré » leurs compétences aux sages-femmes, et la sage-femme ne se substitue pas au médecin.

Physiologie et pathologie : une frontière qui peut poser problème

Les médecins généralistes ont émis un doute sur la limite physiologique du travail de la sage-femme. Bien qu'ils pensent que cette limite soit normale et justifiée, ils expliquent que les sages-femmes peuvent se trouver limitées pour certaines prises en charge et que cela est une difficulté supplémentaire. Cette opinion peut paraître paradoxale : ils acceptent qu'elles aient des limites, mais ces limites posent problème. Pour ces médecins, la sage-femme devrait rapidement passer la main à un médecin afin de ne pas entreprendre elle-même de démarches (bilan biologique par exemple) qu'elle ne saurait interpréter ou prendre en charge, ou qui feraient passer la patiente dans le domaine de la pathologie. Cela sous-entend aussi que les médecins généralistes acceptent de prendre le relais des sages-femmes en cas de besoin, ce qui est difficile pour certains médecins qui préfèrent un seul professionnel pour le suivi.

Cette limite physiologique/pathologique constitue un problème fondamental pour les gynécologues de notre étude. Le SYNGOF s'était déjà posé cette question : « *comment s'assure-t-on du dépistage de la pathologie alors que leur exercice ne portera justement pas sur la pathologie ?* ». Parfois la limite est floue entre le physiologique et le pathologique ou bien la pathologie peut apparaître pendant le suivi. Il faut alors pouvoir la détecter.

La réponse apportée par l'Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes (ONSSF) au SYNGOF était la suivante : « *Les sages-femmes, profession médicale à part entière, connaissent parfaitement leurs compétences (obstétricales, pédiatriques et gynécologiques) et leurs limites. Si la **physiologie** est leur spécialité, elles savent également dépister la **pathologie** et les situations à risques, et avoir recours, lorsque c'est nécessaire, au médecin.* » (54).

Il paraît important de définir ces deux notions qui délimitent l'exercice de la sage-femme. Il n'existe pas de définition légale de la pathologie ou de la physiologie.

Selon le dictionnaire Larousse (55), la physiologie étudie les fonctions et les propriétés des organes et des tissus des êtres vivants et la pathologie est l'étude des maladies, de leurs causes et de leurs symptômes, la maladie étant une altération de l'état de santé se manifestant par un ensemble de signes et de symptômes. La limite doit se baser sur les recommandations médicales et sur les données de la science en permanence actualisées.

Mais cette limite manque de précision pour certains gynécologues de notre étude et ils ont remarqué qu'elle avait parfois été franchie : « *Après je pense qu'il y a un certain nombre de fois où elles outrepassent et font des bêtises et nous on est en rattrapage. Elles dépassent leurs compétences ou elles ne savent pas.* » (GO2)

Pour une autre gynécologue : « *Leur problème c'est ça : lorsqu'il y a une complication, elles ne sont pas capables d'assumer la complication, c'est ça que leur reprochent les gynécologues* » (GM3). La complication est vue comme un problème médical, mais peut aussi être vue comme une complication sur le plan légal. Dans un communiqué de presse de Juin 2016 (27), plusieurs syndicats de gynécologues médicaux et obstétricaux ont estimé que "le niveau de responsabilité, notamment sur le plan assurantiel, entre médecin et sage-femme n'est pas le même", craignant que ce soit aux médecins de "corriger, réparer, et le cas échéant (...) prendre la responsabilité" d'une erreur ou d'une faute commise par une sage-femme dans le parcours de soins proposé.

Pour mieux comprendre les responsabilités de chacun, un mémoire de master 2 en Responsabilité Médicale a listé les fautes imputables à la sage-femme dans le cadre d'une prise en charge (56). Ces fautes et responsabilités sont en grande partie les mêmes que les médecins.

- La faute de conscience

Elle concerne l'information, le consentement libre et éclairé et le secret médical. L'information est le préalable indispensable au consentement libre et éclairé de la patiente et la sage-femme, est soumise comme tout professionnel à cette obligation.

Cependant l'information qu'elle délivre doit s'inscrire dans le cadre des compétences des sages-femmes et ne peut pas porter sur des actes relevant de la compétence d'un médecin.

La faute de conscience peut aussi concerner l'intégrité corporelle du patient, la persistance des soins ou l'abandon d'un malade, l'absence délibérée de certaines thérapeutiques comme le soulagement de la douleur par des antalgiques ou le refus de pratiquer certains actes pour des questions de croyance ou de conviction personnelle, et tout ce qui a trait à l'éthique médicale. Qu'il s'agisse d'une sage-femme ou d'un médecin dans la plupart des cas la faute de conscience est comparable.

- La faute de science

Il peut s'agir d'une faute de diagnostic, de choix thérapeutique, dans la réalisation de l'acte médical ou de la surveillance. Le domaine de compétence de la sage-femme est la physiologie. De ce fait, la faute de diagnostic de la sage-femme correspond au défaut de constat de l'existence d'une pathologie en général.

Enfin, tous les médecins généralistes sont d'accord sur un point : la prise en charge d'un problème gynécologique pathologique plus important ne les concerne plus, la sage-femme devra se tourner directement vers un gynécologue. Mais les gynécologues se sont pas forcément d'accord : « *On ne peut pas faire que de la patho parce qu'on est complètement épuisé.* » (GO2) Les gynécologues veulent garder leurs consultations de suivi physiologique, surtout qu'elles représentent une grande partie de leur activité. Ils ne veulent pas être relayé à la prise en charge de la pathologie, excepté pour la gynécologue Allemande : « *si on fait du pathologique, c'est aussi notre métier à nous les médecins. On est aussi médecin pour ne pas faire que de la prévention. Moi personnellement je pense qu'avec que de la prévention, il n'y a pas besoin de faire 12 ans d'études.* » (GO1)

Pour que les sages-femmes aient des connaissances adaptées au domaine physiologique et puissent détecter la pathologie, elles devront maintenir à jour leurs connaissances en suivant régulièrement et de manière obligatoire des actions de développement professionnel continu (DPC). Le Code de la Santé Publique stipule que les professionnels de santé (dont les sages-femmes) justifient de leur engagement dans une démarche de développement professionnel continu (57). Le Code de déontologie affirme que « *les sages-femmes s'engagent à donner les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente* ». De plus, en application de l'article 114 de la loi Santé de Janvier 2016, l'obligation de DPC des professionnels de santé devient triennale. Elles vont donc devoir se former régulièrement.

2. La sage-femme, un praticien du premier recours ?

La loi HPST a élargie les compétences des sages-femmes et a renforcé le rôle du médecin généraliste comme praticien du 1^{er} recours (58). Ce rôle n'a pas été attribué aux sages-femmes.

L'Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes (ANESF) a demandé la mise en place d'un parcours de soins du suivi gynécologique, intégrant la sage-femme comme praticien de premier recours (59). En 2011, l'ANESF et L'Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) ont publié une contribution commune sur l'organisation de la prise en charge de la santé de la femme et les soins de premier recours (60). Grâce à leurs missions de dépistage et de prévention, les sages-femmes et les médecins généralistes sont considérés comme professionnels de premier recours et la seconde ligne de recours est constituée par les gynécologues médicaux et les gynécologues obstétriciens qui prennent en charge la patiente adressée par le médecin généraliste ou la sage-femme en cas de pathologie (mais restent aptes à effectuer le suivi de premier recours, selon le choix de la patiente).

Ainsi les futurs médecins généralistes et futures sages-femmes reconnaissent la place de la sage-femme comme acteur de premier recours.

C'est aussi l'avis des internes de gynécologie médicale qui ne se positionnent pas forcément comme des futurs intervenant du premier recours. Ainsi dans le *Guide du DES de Gynécologie médicale* proposé en 2014 par l'Association Nationale des Internes de

Gynécologie Médicale (AIGM), la secrétaire du Collège National des enseignants Universitaires de GM explique que le « *DES ne permettra pas le remplacement de tous les gynécologues médicaux installés en France, mais son but est de former des spécialistes de second recours* » (61). Les futurs praticiens en gynécologie médicale estiment que leur rôle sera de recevoir des patientes qui auront été adressées par un autre médecin.

En novembre 2016, le syndicat de médecine générale « Médecin Généraliste France » et plusieurs syndicats de professionnels de santé dont l'Association des sages-femmes libérales (ASFL) ont acté la naissance d'une Fédération des soins primaires (FSP)(62).

En s'unissant en fédération, les professionnels de santé espèrent faire avancer la coordination interprofessionnelle.

Dans notre étude, les seuls gynécologues favorables à l'élargissement de compétences des sages-femmes sont ceux qui ont travaillés ou travaillent de manière étroite avec des sages-femmes. Au niveau national, six organisations de gynécologues (médicaux et obstétriciens) se sont positionnées contre cet élargissement, signalant que les mesures prises par le gouvernement pour réaliser le suivi des patientes directement par les sages-femmes « *nuis(ai)ent à la surveillance médicale des femmes* » (27).

Un seul médecin généraliste a rapporté qu'il avait ressenti chez une sage-femme le besoin de superviser, piloter la prise en charge de la patiente « *C'est là où les médecins généralistes, nous sommes les pilotes (...) et la sage-femme est un intervenant, elle n'est pas le pilote. A mon avis, et je pense qu'il y en a beaucoup qui aimeraient être les pilotes.* » (MG3). Pour lui, le médecin généraliste doit rester au centre de la prise en charge de la femme, le professionnel du premier recours. Pour les autres médecins généralistes, aucun d'entre eux ne s'est opposé à l'élargissement de compétences, qu'il pratique ou non le suivi gynécologique au cabinet.

Les acteurs de terrain semblent s'accorder sur le fait que la sage-femme est un praticien du premier recours pour le suivi gynécologique, exceptés les gynécologues. Pour le SYNGOF, céder aux sages-femmes sur le premier recours, c'est « *brader la santé des femmes* » (63).

D. Réticences des médecins interrogés

1. La concurrence

La concurrence financière, qui aurait pu être un frein pour les médecins n'a été citée que par deux généralistes : « *je pense que l'argent est le nerf de la guerre, donc je pense qu'il y en a qui ont dû mal le vivre parce que ça leur a enlevé une partie de leurs patientes.* » (MG4). Une autre médecin généraliste pense que pour certains médecins, « *il y a ce côté-là qui dissuade d'envoyer les patientes ailleurs, tu vois un renouvellement de pilule, ça te prend cinq minutes (...) c'est pas de l'argent facile c'est pas vrai, mais c'est une consultation facile* » (MG1).

Les médecins exerçant en libéral sont payés à l'acte, leur revenu risque donc de baisser si une partie du suivi leur échappe "Ca va être pour eux un manque à gagner, c'est sûr" affirmait en 2014 Me Raquin présidente d'un syndicat de sages-femmes (ONSSF) (64).

Aucun autre médecin généraliste ou gynécologue n'a abordé le thème de la concurrence financière. Elle n'est a priori pas un déterminant majeur de l'opinion des médecins.

Par contre, moins de patientes à suivre alors qu'on apprécie faire de la gynécologie à son cabinet peut être un problème pour certains médecins généralistes, notamment les femmes : « *Moi je ne voudrais pas que ça m'empêche de pouvoir exercer cette partie- là de mon métier.* » (MG5). Effectivement, les femmes médecins apprécient la gynécologie et pratiquent plus que leur collègues hommes (29), mais cela ne détermine pas leur opinion puisque toutes sont favorables à l'élargissement.

On constate pour les gynécologues, surtout obstétriciens, une concurrence ancrée depuis longtemps avec la profession de sage-femme et qui remonte à leurs études : « *Moi j'ai toujours été hospitalo-universitaire, donc j'ai toujours été en concurrence dans ma formation avec des élèves sages-femmes (...), donc vous voyez il y a quand même une longue antériorité.* » (GO3)

Le rapport de force avec les sages-femmes imprègne leurs études dès le début. La sage-femme est une profession médicale selon le code de la santé publique. Cependant, dans le cadre d'un suivi obstétrical pathologique, elle doit faire appel à un médecin et ne peut pratiquer que les soins prescrits par ce dernier (65). Cela la place en quelque sorte dans une

position d'auxiliaire médicale puisqu'elle perd son autonomie et agit sous la prescription du médecin.

Cette concurrence se poursuit plus tard lors de l'exercice de leur profession avec une hiérarchie décrite par les gynécologues : « *Je pense que chez les médecins il y a encore le fait que le médecin est le chef de la sage-femme, ça j'en suis certaine.* » (GM1), voire même un mépris : « *Alors c'est peut-être aussi dû au mépris des gynécos sur les sages-femmes, peut-être que c'est le souci d'une tradition* » (GO3).

On peut penser que cet a priori négatif présent de longue date ne facilite pas l'acceptation par les gynécologues de l'élargissement des compétences des sages-femmes.

Cette concurrence n'est pas unilatérale, elle a été aussi ressentie par certains médecins de la part de sages-femmes, notamment lors de discussion au moment d'une possible installation en maison médicale.

2. Crainte d'un élargissement aux autres professions

C'est un constat fait cette fois ci par les médecins généralistes : il y aurait une volonté des pouvoirs publics à déléguer des actes médicaux vers d'autres professions médicales et même des professions paramédicales, toujours du fait de problèmes démographiques. Les médecins généralistes peuvent se sentir progressivement dépossédés de certaines parties de leur travail au profit d'autres professions, les sages-femmes aujourd'hui, les infirmiers cliniciens demain. Pour un médecin généraliste c'est même « *la mort déclarée de notre profession.* » (MG2)

Une GM va plus loin encore, pour elle, c'est l'ensemble de la profession libérale qui n'est plus désirée.

E. Représentations de la profession sage-femme

Selon les médecins interrogés, les patientes ne semblent pas informées de l'extension de compétences des sages-femmes ce qui confirme le travail préliminaire à cette étude (14).

Mais les médecins ne les en informent pas toujours. Pour certains, la sage-femme est relayée après le médecin dans l'énoncé des professionnels qui réalisent le suivi, ou tout simplement oubliée. Un médecin généraliste compte sur l'information des patientes par les médias (internet etc...).

Cela peut s'expliquer par le fait que la majorité des médecins interrogés pense que le cœur de métier d'une sage-femme consiste en la prise en charge de la grossesse à bas risque, inscrivant l'obstétrique comme le champ de compétence principal d'une sage-femme. Cela avait déjà été retrouvé dans un mémoire de sage-femme interrogeant médecins, kinésithérapeutes et diététiciens (19). C'est probablement pour cela qu'ils adressent les patientes à des sages-femmes principalement pour une prise en charge en rapport avec la grossesse (suivi, préparation accouchement, rééducation périnéale).

Cette méconnaissance globale du champ de compétence des sages-femmes par les médecins a été développée dans une thèse de médecine générale interrogeant des internes et enseignants de médecine générale (18). Dans ce travail, la méconnaissance était plus marquée dans le champ de l'exercice ambulatoire. Dans notre étude, les médecins semblent bien informés que la sage-femme travaille en libéral, mais avec un travail toujours centré sur la grossesse. *« Vu que c'est assez nouveau finalement qu'il y ait des sages-femmes libérales de plus en plus nombreuses, je pense qu'elles restent pour l'instant centrées sur la grossesse et l'accompagnement de la grossesse. »* (MG3). Cela se confirme dans le nombre d'actes réalisés par les sages-femmes libérales en 2014 (66) : 46% des actes concernaient la rééducation périnéale, un quart la préparation à la naissance. Le suivi gynécologique ne représentait que 1% des actes, mais on notait une évolution de quantité d'actes entre 2013 et 2014 de 96,9%, reflet d'une mise en place du suivi gynécologique au cabinet des sages-femmes et de l'intégration progressive de leurs compétences.

Les différents acteurs du suivi gynécologique ont donc une représentation professionnelle incomplète de la profession sage-femme. Les représentations professionnelles, concept

élaboré en Sciences de l'Éducation sont une catégorie particulière de représentation sociale. Une représentation sociale est définie comme « *un ensemble d'idées, d'images, d'informations, d'opinions, d'attitudes, de valeurs, etc.* » porté par un groupe social à propos d'un objet (67). Les représentations professionnelles constituent une classe particulière de représentations sociales par deux caractéristiques qui les spécifient : les groupes porteurs d'idées, d'opinions (ici les médecins interrogés) et les objets concernés (les sages-femmes) appartiennent à la même sphère d'activité professionnelle (68). La représentation professionnelle du métier de sage-femme faite par la majorité des médecins de notre étude est incomplète puisqu'elle n'intègre pas le suivi gynécologique dans son champ de compétences.

Un article Québécois s'intéressant aux représentations professionnelles des sages-femmes (69) rappelait que certains facteurs comme la carence informationnelle et la menace de l'identité collective pouvaient contribuer à l'émergence d'une représentation professionnelle. Ici la menace a été repérée chez les médecins généralistes comme la perte du statut privilégié de praticien « pilote » dans le suivi de la femme ou la perte d'une activité gynécologique appréciée par plusieurs d'entre eux. Pour les gynécologues, la crainte de perdre cet accès de « premier recours » et de devoir s'orienter vers une activité de second recours exclusive, trop épuisante.

Les représentations professionnelles sont élaborées dans l'action et l'interaction professionnelle. Les interactions professionnelles avec les sages-femmes sont principalement orientées dans le domaine obstétrical pour les médecins de notre étude. Cela peut être un point de départ de réflexion pour améliorer la représentation professionnelle qu'ont les médecins de cette profession.

F. Quelles propositions pour mieux travailler ensemble ?

1. Améliorer la connaissance de la profession sage-femme

Information entre professionnels

Les médecins les mieux informés sont ceux qui ont travaillé ou travaillent avec une sage-femme de manière étroite (deux médecins généralistes exerçant en maison médicale avec une sage-femme, une GM qui a enseigné à l'école des sages-femmes et la gynécologue obstétricienne qui a travaillé avec une sage-femme dans les mêmes locaux). On peut conclure que ces informations sont directement relayées par les sages-femmes. Mais tous les médecins ne travaillent pas de manière étroite avec elles.

La communication entre ces professionnels pourrait être un levier d'information afin de lutter contre cette « carence informationnelle » à l'origine de représentations professionnelles incomplètes.

Les médecins de notre étude ont souligné l'importance d'échanges formels (courriers, compte-rendu de consultation) entre sages-femmes et médecins généralistes et même entre gynécologues et médecins généralistes puisque une des missions du médecin généraliste est de s'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé (70).

Les échanges informels ont aussi été plébiscités comme les réunions, colloques ou congrès. Le Développement Professionnel Continu obligatoire peut aussi être un moment de lien en assistant à des formations communes. Enfin, le téléphone et le courriel peuvent être des moyens faciles pour se présenter, s'informer sur les prises en charges proposées et les limites des pratiques de chacun. Dans notre étude, nous avons constaté qu'il y avait très peu d'échanges de ce genre entre médecins et sages-femmes.

Information officielle

En Juin 2016, le gouvernement a lancé une campagne d'information nationale sur le rôle et les compétences des sages-femmes (71). Lors de la présentation de cette campagne, la ministre des affaires sociales et de la santé a déclaré : « *Une profession de sage-femme*

reconnue, modernisée, médiatisée, c'est un système de santé plus performant et des Françaises et Français mieux protégés. Avec cette campagne, nous permettons à chacune et chacun de mieux connaître la richesse et la diversité de cette profession. » Cette campagne destinée aux grand public doit continuer à être relayée auprès des médecins (par la presse médicale notamment).

2. La formation

Hospitalière

Pour les médecins généralistes, le moment de leur formation où ils sont amenés à découvrir la profession sage-femme est le stage de gynécologie-obstétrique. En Franche-Comté ce stage est couplé à 3 mois de pédiatrie. Des consultations de gynécologie sont réalisées par les sages-femmes au CHRU de Besançon, mais pas dans un autre service de la région géré par un des gynécologue obstétricien interrogé. Pour ce dernier, « *il n'était pas question qu'à l'hôpital les gens soient « grugés » (...) Il y a eu une demande (de la part des sages-femmes) mais on n'a pas donné suite.* » (GO2). Les directeurs d'hôpitaux inciteraient depuis quelques années à l'ouverture de consultations de gynécologie réalisées par les SF. (72)

Les études

- Second cycle des études médicales

Accentuer les connaissances communes entre les futurs professionnels de santé et connaître les compétences de chacun dès les études existe dans le cadre d'une unité d'enseignement à la faculté de Médecine de Lyon intitulée « Médecine générale et Maïeutique / Interactions au quotidien ». Cette unité d'enseignement optionnelle est destinée aux étudiants en 4^{ème} et 5^{ème} année de médecine et de maïeutique, mais elle reste optionnelle.

- Troisième cycle des études médicales

Un enseignement commun optionnel sous forme de travaux pratiques a également été mis en place sur Lyon entre étudiantes sages-femmes en dernière année et internes de médecine générale ayant validé leur stage ambulatoire chez le médecin généraliste (73).

Aides à la formation

Les gynécologues se sont plaint du manque de connaissances et de pratique des sages-femmes. L'idée serait d'ouvrir plus de terrains de stage en gynécologie (à l'hôpital ou en ambulatoire) pour aider activement à la formation des sages-femmes étudiantes ou en demande de formation complémentaire. Cela a un coût financier, temporel et c'est un investissement humain qu'une gynécologue de notre étude n'est pas prête à donner.

Formations complémentaires

Plusieurs médecins généralistes ont parlé de leur manque de formation et de pratique en gynécologie. Les moins formés font peu de gynécologie ou pas du tout. A l'opposé, un médecin généraliste a orienté son activité du fait de formations complémentaires plus poussées. Au final, une sage-femme aura probablement le même parcours qu'un médecin généraliste : désormais formée, elle pourra choisir de pratiquer le suivi gynécologique à son cabinet (ou à l'hôpital si on le lui permet), en fonction de son attrait et de ses compétences acquises dans cette spécialité. Un médecin généraliste de notre étude s'est demandé pourquoi une sage-femme travaillerait moins bien qu'un médecin généraliste « *Elles seront de toute façon aussi compétentes si ce n'est plus qu'un médecin généraliste de base qui a appris ça sur le tas.* » (MG2). A compétences égales, le travail ne sera pas moins bien exécuté.

Celles qui le souhaitent peuvent s'inscrire à des formations complémentaires, telles que des Diplômes Universitaires (DU) ou Diplômes Inter-Universitaires (DIU) en gynécologie médicale (74). Il n'y a pas de formation complémentaire de ce type proposée pour les sages-femmes sur Besançon.

3. Interdisciplinarité

L'interdisciplinarité est une démarche qui est fondée sur le décloisonnement des disciplines, une discipline étant définie par les connaissances et les savoirs scientifiques de ses membres. Les disciplines associées, tout en gardant leur spécificité, participent à un projet collectif en y apportant leurs savoirs et leurs méthodes (75). Travailler en interdisciplinarité permet de confronter les différentes approches et de les articuler dans un projet commun. La qualité du soin repose sur un travail interdisciplinaire qui renforce l'efficacité et

l'efficacité mais aussi les compétences de chacun, le travail en réseau par le développement des liens et des échanges (76).

Nous avons vu dans cette étude que côtoyer des sages-femmes au sein de son activité professionnelle permettait aux médecins de mieux connaître les compétences globales des sages-femmes. Cela sous-entend qu'il faut améliorer et faciliter les échanges professionnels. Des propositions ont été suggérées notamment celle d'améliorer le travail de proximité avec par exemple l'exercice en maison médicale. Cependant, des limites à cet exercice de groupe ont été soulevées. Pour les médecins qui pratiquent le suivi gynécologique, un nombre trop important de sages-femmes pourrait limiter leur propre activité gynécologique et cela est un facteur limitant l'installation en groupe avec une sage-femme.

Un médecin généraliste a pensé que la sage-femme aurait une activité gynécologique plus développée en milieu urbain puisque les médecins ruraux « poly-compétents » réalisaient ce suivi. Cette hypothèse a été récusée dans un mémoire de sage-femme : il n'existe pas d'influence entre la présence d'un médecin généraliste (à moins de 2 km) et la réalisation du suivi gynécologique par une sage-femme libérale. C'est le contraire avec les gynécologues : plus la sage-femme est proche d'un gynécologue moins elle pratique le suivi gynécologique (43). Etant donné que la densité des GM est faible voire que certains bassins de vie en sont dépourvus, on peut penser que la sage-femme ne sera pas limitée dans la mise en place de son suivi, que l'exercice soit rural ou non.

Ainsi, il est nécessaire de développer un esprit de concertation avec les différents professionnels du suivi en participant aux activités interdisciplinaires d'un réseau (pour ceux travaillant en secteur ambulatoire), ou d'une équipe (pour ceux travaillant à l'hôpital, ou autre établissement de soins). Ce réseau peut être formel mais il nécessite, selon l'avis d'un médecin de notre étude, d'être protocolisé pour que chacun connaisse la position de l'autre dans le soin. Pourtant, la majorité des médecins se dit déjà noyée sous les protocoles, chronophages et parfois éloignés de la réalité de la prise en charge.

Il serait alors intéressant, pour que chaque professionnel du suivi se positionne dans le parcours de soins, de faire l'objet de règles professionnelles qui seraient élaborées

conjointement, comme c'est déjà le cas pour les recommandations professionnelles de la HAS concernant le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées (77). Les Référentiels métiers et compétences - médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens - (78) prennent en compte l'évolution des prises en charge de plus en plus interdisciplinaires. La Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale (FNCGM) se positionne en ce sens et explique que « *l'interdisciplinarité doit être évaluée par nos professions. Il est temps de réunir les professions pour définir les places de chacun* »(72). Les futurs professionnels du suivi (internes et étudiantes sages-femmes) se sont concertés et ont proposé une organisation pour la prise en charge de la santé de la femme, en définissant les rôles de chaque acteur du suivi (60). La construction du projet interdisciplinaire nécessite une bonne connaissance des compétences et des limites des différents acteurs du suivi. Accepter et respecter ces limites semblent être la base de toute confiance et d'un travail en collaboration efficace pour les médecins de notre étude.

« Après c'est une question aussi de personnalité. Moi j'ai toujours pensé aussi qu'il fallait travailler chacun dans son domaine mais de façon complémentaire, que chacun devait connaître ses limites, mais on ne peut pas faire du bon travail si on est chacun dans son coin. »

(MG7).

CONCLUSION

En Juillet 2009, la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » a ouvert le champ de compétence du suivi gynécologique de prévention et de contraception aux sages-femmes, ce suivi étant limité à la physiologie. Les sages-femmes bénéficient d'une formation initiale en gynécologie nécessaire à l'acquisition de ces compétences qu'elles partagent depuis sept ans avec les médecins acteurs du suivi gynécologique.

L'objectif de ce travail était de connaître les perceptions et ressentis de ces médecins (généralistes et gynécologues) vis à vis de l'élargissement des compétences des sages-femmes et de mettre en évidence les éléments qui déterminent ces opinions.

Les seuls gynécologues favorables à l'élargissement sont ceux qui ont travaillé ou travaillent de manière étroite avec les sages-femmes. Le fait de pratiquer ou non le suivi gynécologique au cabinet n'a pas eu d'influence sur l'opinion des médecins généralistes puisqu'aucun d'entre eux ne s'est opposé à cet élargissement de compétences.

La sage-femme est vue comme une solution à la carence démographique en gynécologues et à l'impossibilité des médecins généralistes d'assumer le suivi gynécologique de l'ensemble des patientes. Elles constituent un « outil » supplémentaire de dépistage et plus particulièrement le dépistage du cancer du col de l'utérus avec la réalisation du frottis cervico-utérin. Elles sont formées en nombre et cela pose problème aux GM qui ont dû défendre l'existence et le maintien de leur profession, et lutter contre le faible nombre de postes en GM proposés chaque année à l'internat. Pourtant, le taux de couverture du frottis est insuffisant et la sage-femme serait une porte d'entrée supplémentaire dans le dépistage.

Le sentiment de concurrence a pu être ressenti chez certains médecins généralistes avec la crainte de perdre une partie de leur activité gynécologique. Quant à la concurrence ressentie par les gynécologues envers les sages-femmes, elle est beaucoup plus ancienne et remonte à leurs études.

Les médecins généralistes contrairement aux gynécologues ne remettent pas en cause les compétences théoriques et pratiques des sages-femmes, mais certains d'entre eux doutent de leur capacité à avoir une vision globale de la patiente. Aussi, pour les médecins de notre étude, le cadre légal du domaine physiologique doit être respecté et la sage-femme doit rapidement passer la main à un médecin en cas de doute sur une pathologie. En cas de non-respect de ces conditions, la sage-femme sera unique responsable. Accepter et respecter ces limites semblent être la base de toute confiance et d'un travail en collaboration efficace pour les médecins de notre étude.

La loi HPST a donné l'élargissement de compétences aux sages-femmes mais ne leur a pas attribué officiellement un rôle de praticien du 1^{er} recours dans le suivi gynécologique. Bien que les futurs médecins généralistes et sages-femmes s'accordent sur le fait que la sage-femme est un praticien du premier recours, les gynécologues s'y opposent encore.

Dans notre étude, la représentation professionnelle qu'ont les médecins du métier de sage-femme est inexacte puisque ce métier est assimilé pour beaucoup à la prise en charge de la grossesse et des suites de couche. On constate donc une méconnaissance des compétences globales de la sage-femme.

Pourtant, l'étude nous a montré que côtoyer des sages-femmes au sein de son activité professionnelle permettait aux médecins de mieux connaître leurs compétences. Les propositions faites par les médecins pour améliorer ces connaissances passent en premier lieu par une meilleure communication entre professionnels (courriers, mails, réunions). La formation peut être un levier à la connaissance, qu'elle soit commune lors des études ou à l'hôpital, lors de formations complémentaires communes, ou encore lors d'une aide à la formation pratique apportée par les médecins aux sages-femmes.

Il faut donc faciliter les échanges professionnels avec des formes d'exercices favorisant un exercice partagé (par exemple la coopération de proximité, les maisons de santé pluridisciplinaires, etc.) et favoriser le travail interdisciplinaire permettant que chaque discipline garde sa spécificité tout en convergeant vers un projet

commun : la santé de la femme. Ce travail peut être réalisé au sein d'un réseau (ambulatoire) ou d'une équipe (établissement de santé). La construction du projet interdisciplinaire autour de la santé de la femme nécessite une bonne connaissance des compétences et des limites des différents acteurs du suivi. Il est donc nécessaire que chaque professionnel se positionne dans le parcours de soins et fasse l'objet de règles professionnelles élaborées conjointement.

**Le Président de la thèse,
Professeur Marie FLORI**



Vu :

**Pour Le Président de l'Université
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est**


**Professeur Gilles RODE**

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le **22 DEC. 2016**

BIBLIOGRAPHIE

1. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 86.
2. Code de la santé publique - Article L4151-4. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=188A15FE6C9D1726A0E23838693ACE6D.tpdila22v_2?idArticle=LEGIARTI000031930245&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160902
3. Code de la santé publique - Article L5134-. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=1690A3DC0501964453BF6D95C55EF7DE.tpdjo13v_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020892635&dateTexte=
4. LOI n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé - Article 44.
5. Code de la santé publique - Article L4151-2. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=188A15FE6C9D1726A0E23838693ACE6D.tpdila22v_2?idArticle=LEGIARTI000031930144&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160902
6. 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.
7. Atlas National de la Démographie Médicale 2015. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf
8. Insee - Population - Bilan démographique 2015 - Évolution de la population. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=0&ref_id=bilan-demo&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age3.htm
9. Insee - Population - Bilan démographique 2015 - Pyramides des âges au 1er janvier. Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/donnees-detaillees/bilan-demo/pyramide/pyramide.htm?champ=fe&lang=fr&annee=2016>
10. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme
Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027231825>
11. Santé des femmes_Opinion Way
Disponible sur : http://www.lmderm.net/resultats_sante_des_femmes_opinion_way_181011.pdf
12. Guthmann JP, Pelat C, Célant N, Parent du Chatelet I, Duport N, et al. Déterminants socio-économiques de vaccination et de dépistage du cancer du col par frottis cervico-utérin. Analyse de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS). Institut de Veille Sanitaire; 2012. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2016/Determinants-socio-economiques-de-vaccination-et-de-depistage-du-cancer-du-col-par-frottis-cervico-uterin-FCU>
13. Champeaux R. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi

gynécologique en médecine générale : point de vue de médecins généralistes et de patientes [Thèse d'exercice]. [Université de Poitiers] Faculté de Médecine et Pharmacie; 2013.

14. Trossat F. Etat des connaissances des femmes concernant le suivi gynécologique réalisé par une sage-femme [Mémoire de recherche]. [Faculté de médecine Lyon Est]: Claude Bernard Lyon 1; 2015.
15. Valadas A. Etats des lieux des connaissances des lycéennes en Haute-Vienne sur les compétences des sages-femmes en matière de suivi gynécologique de prévention et de contraception. [Mémoire de sage-femme] [Limoges, France]: S.C.D. de l'Université; 2015.
16. Mousnier E, Taciak S. Le suivi gynécologique par une sage-femme : connaissances et facteurs influençant un choix futur des patientes. 1er septembre 2010 [Mémoire de fin d'études], France; 2014.
17. Peynot I, Marcy S. Sages-femmes et suivi gynécologique de prévention : les besoins et les attentes des femmes. [Mémoire de sage-femme], [Toulouse, France]; 2014.
18. Boissy C. Mise en place d'un enseignement commun entre étudiants sages-femmes et internes de médecine générale à Lyon : propositions des étudiants sages-femmes, des internes de médecine générale et des enseignants [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2013.
19. Guillebon A-C de. La profession sage-femme au vu d'autres professionnels de santé, dans le cadre du projet d'interdisciplinarité. [Mémoire de sage-femme], [Rennes, France]; 2014.
20. Référentiels métiers et compétences. Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. FRA: Berger-Levrault; 2010. 155 p.
21. Ruini E. Le suivi gynécologique de prévention : facteurs influençant la pratique des sages-femmes depuis la loi HPST de 2009 : état des lieux dans les Bouches-du-Rhône. [Mémoire de sage-femme]. Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée ; 2015.
22. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. Rev Médicale L'assurance Mal. 2001 ; 32(2) :117–121.
23. Begué-Simon A-M. Approches qualitatives dans le champ de la santé. Département de Santé Publique, Rennes ; Disponible sur : https://facmed.univrennes1.fr/wkf//stock/RENNES20090224100752ambegueApproches_qualitatives_dans_le_champ_de_la_santE.doc
24. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie Médicale. 2002;3(2):81–90.
25. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84(19):142–5.
26. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. Prat Psychol. mars 2004;10(1):79-86.
27. Les instances professionnelles en gynécologie et obstétrique dénoncent des mesures gouvernementales qui nuisent à la surveillance médicale des femmes | Syngof 2016. Disponible sur :

<http://syngof.fr/communiqués-presse/communiqué-commun/>

28. Ben Abdallah L, Figon S. Quels sont les déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes ? [Thèse d'exercice] [Lyon, France]: Université Claude Bernard 2013.
29. Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie - obstétrique par les médecins généralistes d'Ile - de - France. [Thèse d'exercice] Faculté de médecine Paris Diderot - Paris 7; 2010.
30. Attal-Toubert K, vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. DRESS. févr 2009;Etudes et résultats(N° 679):48.
31. Insee - Population - Bilan démographique 2016 - Pyramide des âges. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2418106>
32. Population totale par sexe et âge au 1 er janvier 2016, France métropolitaine. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892088?sommaire=1912926>
33. INSEE. Projections départementales et régionales de population à l'horizon 2040. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2418126?p1=r43&p2=r97&annee=2040>
34. CNGOF. CNGOF : l'examen gynécologique. Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/gynecologie_examen/site/html/cours.pdf
35. Etude OPINIONWAY Femmes et contraception. Disponible sur : <http://www.opinion-way.com/pdf/prescontraception-orale-09-02-2011.pdf>
36. Murat C. Sages-femmes, les raisons de la colère. Rev Prescrire. nov 2014;Tome 34(373):871.
37. Cour, des, comptes. Rapport cour des comptes 2011- Le rôle des sages-femmes dans le système de soins. Disponible sur : <http://www.cnsf.asso.fr/doc/F2A5BE7F-5056-9C00-41D261942F7C8F54.pdf>
38. Sicart B. La sage-femme, acteur de santé publique - état des lieux et perspectives. Mai 2015 Disponible sur : <http://www.em-premium.com.docelec.univ-lyon1.fr/article/974966/resultatrecherche/4#N10133>
39. Cavillon M. DRESS - La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs - Études et résultats - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. mars 2012;(791). Disponible sur : <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/12518>
40. 2016/10 - Pétition « Urgence ! Nous voulons des gynécologues médicaux en nombre suffisant pour toutes les femmes ! » Disponible sur : http://www.cdgm.org/article.php3?id_article=158
41. Guide ALD médecin. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf
42. Plan cancer 2014-2019. Disponible sur : http://www.e-cancer.fr/content/download/123552/1485522/file/Plan_cancer_2014-2019-PNRT.pdf
43. Parenti S. Suivi gynécologique de prévention : freins et motivations chez les sages-femmes

libérales. [Mémoire de sage-femme]. Limoges, France: SCD de l'Université de Limoges; 2016.

44. INVS. Duport N, Heard I, Barré S, Woronoff AS. Focus. Le cancer du col de l'utérus : état des connaissances en 2014. Bull Epidemiol Hebd. 2014;(13-14-15):220-1. Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/13-14-15/2014_13-14-15_1.html
45. Le frottis de dépistage - Dépistage du cancer du col de l'utérus | Institut National Du Cancer [Internet]. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Le-frottis-de-depistage>
46. Landy R, Pesola F, Castañón A, Sasieni P. Impact of cervical screening on cervical cancer mortality: estimation using stage-specific results from a nested case-control study. Br J Cancer. 25 oct 2016;115(9):1140-6.
47. HAS. Contexte de la prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08__vf_mel.pdf
48. Peynot I, Marcy S. Sages-femmes et suivi gynécologique de prévention : les besoins et les attentes des femmes. [Mémoire de sage-femme] [Toulouse, France]; 2014.
49. DRESS. Etudes et Résultats - Les interruptions volontaires de grossesse en 2015. Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er968.pdf>
50. Haute Autorité de Santé. Fiche Mémo Contraception : prescriptions et conseils aux femmes 2013. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception_prescription-conseil-femmes-060215.pdf
51. SYNGOF. Ne laissons pas brader la santé des femmes. Petitions24.net. Disponible sur : http://www.petitions24.net/ne_laissons_pas_brader_la_sante_des_femmes
52. Guillaume S, Adrien Gantois A. Faire partie du premier recours. Rev Prat MÉDECINE GÉNÉRALE. janv 2014;28(914):50-1.
53. OMS | Il faut davantage de sages-femmes pour améliorer la survie de la mère et du nouveau-né. Disponible sur : <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/11/13-021113/fr/>
54. La réponse de l'ONSSF au SYNGOF – ONSSF. Disponible sur : <http://www.onssf.org/la-reponse-de-lonssf-au-syngof/>
55. Dictionnaire Français en ligne - Larousse. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais-monolingue>
56. Dran C. La responsabilité pour faute des professionnels de santé : Spécificités de la sage-femme [Mémoire de Master 2]. Université Paris Sud; 2013.
57. Décret n° 2016-942 du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé. 2016-942 juill 8, 2016.
58. Ministère de la santé et des sports. Quelles mesures concrètes pour les médecins ? Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_premier_recours_web.pdf

59. Communication. Cahier de Doléances – Les Sages-femmes, profession médicale de premier recours. Anesf. 2013. Disponible sur : <http://anesf.com/wp/?p=4227>
60. Contribution commune Anesf, ISNAR-IMG. Organisation de la prise en charge de la santé de la femme : Soins de premier recours. 2011 oct.
61. GUIDE-du-DES-de-GM-2014. Disponible sur : <http://aigm.asso.fr/wp/wp-content/upload/2011/12/GUIDE-du-DES-de-GM-2014.docx>
62. MG France et ses alliés créent une Fédération des soins primaires. Le Quotidien du Médecin. Disponible sur : http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2016/11/16/mg-france-et-ses-allies-creent-une-federation-des-soins-primaires_837561
63. Céder aux sages-femmes sur le « premier recours », c’est brader la santé des femmes et revenir loin en arrière | Syngof. Disponible sur : <http://syngof.fr/communiqués-presse/ceder-aux-sages-femmes-sur-le-premier-recours-cest-brader-la-sante-des-femmes-et-revenir-loin-en-arriere/>
64. Gynécos et sages-femmes se disputent le suivi des femmes. La Parisienne. Disponible sur : <http://www.leparisien.fr/laparisienne/sante/gynecos-et-sages-femmes-se-disputent-le-suivi-des-femmes-06-02-2014-3565929.php>
65. Code de la santé publique - Article L4151-3.
66. Ordre national des sages-femmes. CONTACT Sage-femme n°48.
67. Moscovici S. L’âge des foules : un traité historique de psychologie des masses. Fayard. Paris; 1981.
68. Piaser, A. & Bataille, M. Of contextualised use of social and professional In CHAÏB, M., DANERMARK, B. & SELANDER, S. Education, Professionalization and Social Representations-On the Transformation of Social Knowledge. New-York, Oxon : Routledge. pp.44-54; 2011.
69. Bergeron A. Les représentations de la sage-femme dans la presse francophone québécoise (1989-2002). Rech Féministes. 2003;16(2):139-65.
70. Code de la santé publique - Article L4130-1 Les missions du médecin généraliste de premier recours.
71. Communiqués de presse - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/marisol-touraine-lance-une-campagne-d-information-nationale-sur-le-role-et-les>
72. Scheffler-M Présidente de la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale. Les acteurs du suivi gynécologique : une interdisciplinarité nécessaire ou imposée ? 2014. Disponible sur : <http://syngof.fr/wp-content/uploads/2015/01/SCHEFFLER-M-interdisciplin.-medicale.ppt>
73. Boissy C, Lamort-Bouché M, Zerbib Y, Simon E, Flori M. Propositions pour la mise en place d’un enseignement interprofessionnel entre étudiants sages-femmes et internes de médecine générale à l’Université de Lyon. Pédagogie Médicale. Mai 2015;16(2):133-42.
74. Liste DU/DIU. Anesf. Disponible sur : http://anesf.com/wp/?page_id=4120

75. Goupy E. Les dossiers pédagogiques. interdisciplinarité, transdisciplinarité, pluridisciplinarité, trois notions fondamentales. Disponible sur : http://www.cndp.fr/crdp-amiens/IMG/pdf/hda_135.pdf
76. Formarier M. La place de l'interdisciplinarité dans les soins. Recherche en soins infirmiers N° 79. Disponible sur : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/79/12.pdf?W8JD0-7499K-JW714-W8W87-77319>
77. HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées - Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf
78. Mission nationale Evaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé. Paris. Référentiels métiers et compétences. Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris: Berger-Levrault; 2010.
79. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
80. Code de la santé publique - Article L4130-1 Missions du médecin généraliste.
81. Référentiel métier du médecin généraliste.
Disponible sur : http://www.lecmg.fr/livreblanc/docs/02-referentiel_metier.PDF#page=5
82. Comité de défense de la gynécologie médicale - Historique. Disponible sur : http://www.cdgm.org/article.php3?id_article=27

3. La sage-femme, un professionnel du suivi gynécologique.

On rentre dans le cœur du sujet, en 2009 les sages-femmes ont vu leurs compétences s'élargir (contraception, suivi, dépistage, vaccination...)

- Le saviez-vous ?
- Qu'en pensez-vous ?

Relance :

Est-ce que vous pensez que c'est important de le savoir ?

Qu'est-ce que ça va vous apporter dans votre pratique ?

Que pensez-vous du fait de partager ces compétences avec les sages-femmes ?

Inter professionnalisme : Quelle seraient vos attentes vis à vis de cet élargissement de compétences des sages-femmes ? Quel rôle peuvent-elles jouer ? Comment vous imaginez vous travailler avec les sages-femmes dans le cadre de la santé de la femme ?

Arguments des autres entretiens : et pour vous ?

Avez-vous des patientes prises en charge par une sage-femme pour leur suivi gynécologique ?

4. Ouverture

- Y a-t-il d'autres points que vous souhaiteriez aborder ? Des sujets que nous n'avons pas abordés et dont vous souhaiteriez parler ?

ANNEXE 2 : LES PROFESSIONNELS DU SUIVI GYNECOLOGIQUE

Quatre professions médicales sont actuellement concernées par la prise en charge du suivi gynécologique. Il semble important de définir les spécificités de chacune et de mettre en lien leurs compétences communes (60).

I. La sage-femme

Elle possède des compétences médicales définies par le code de la santé publique.

- Initialement, et selon l'article L.4151-1 de ce code « 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 la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant. »
- Deux lois majeures sont à l'origine de **l'élargissement de compétences** dans le domaine du suivi gynécologique :

A. 21 Juillet 2009 : Loi HPST « Hôpital, patients, santé et territoires » (1)

La sage-femme peut en dehors de toute grossesse :

- Assurer des **consultations en matière de gynécologie préventive et de contraception** auprès des femmes en bonne santé tout au long de leur vie.
- Prescrire tous les **examens complémentaires** nécessaires à ce suivi
- Réaliser un **frottis cervico-utérin** de dépistage

En cas de pathologie, la sage-femme sera tenue d'adresser la patiente à un médecin.

La sage-femme peut proposer et prescrire l'ensemble des moyens contraceptifs, à savoir :

- les contraceptifs locaux et hormonaux (ainsi que la pose et le retrait de l'implant)
- les contraceptifs intra utérins, les diaphragmes et les capes (insertion, surveillance et retrait)
- les contraceptifs d'urgence.

La sage-femme peut pratiquer des échographies gynécologiques de surveillance et de dépistage.

Les sages-femmes sont depuis 2013 formées à ces nouvelles compétences, lors de leur formation initiale et lors de formations continues (proposées dans le cadre du Développement Professionnel Continu) (10)

B. 26 Janvier 2016 : Loi de modernisation du système de santé (79)

Cette loi a étendu les compétences de la sage-femme à :

- la pratique de l'**IVG médicamenteuse avec un arrêt de travail dont la durée n'excède pas quatre jours calendaires, renouvelable une fois.**
- la prescription et la pratique de la **vaccination de la femme, du nouveau-né** et de son **entourage**
- la prescription de **substituts nicotiniques** à l'entourage de la femme et de l'enfant pendant la période postnatale (8 semaines).

Plusieurs arrêtés et décrets ont fait suite afin de préciser les modalités de ces élargissements.

II. Le médecin généraliste

Le code de la santé publique définit les compétences du médecin généraliste (80). Il doit « contribuer à l'offre de soin ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi de maladies ainsi que l'éducation pour la santé ». Il « **oriente ses patients**, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social », s'assure « de la **coordination des soins** nécessaire à ses patients » et « de la **synthèse des informations** transmises par les différents professionnels de santé ». Il doit « **contribuer aux actions de prévention et de dépistage** ».

La formation du médecin généraliste comporte l'acquisition de la prise en charge gynécologique et obstétricale des patientes en tant que compétence clinique (81).

III. Le gynécologue

A. La gynécologie médicale

Spécialité française qui s'intéresse aux aspects médicaux de la gynécologie, à l'endocrinologie de la reproduction, à la médecine interne de la femme.

Jusqu'en 1984 la France possédait cette originalité dans le domaine de la santé : le **C.E.S. de Gynécologie Médicale** crée en 1963 et vivant harmonieusement à côté du C.E.S. de Gynécologie Obstétrique. On pouvait passer du C.E.S. de Gynécologie Médicale au C.E.S. de Gynécologie Obstétrique (et vice-versa) en effectuant une année de formation supplémentaire dans des services hospitaliers agréés.

A la suite de la **réforme de l'internat**, la disparition des CES englobe la formation et la pratique de la gynécologie médicale dans le DES de gynécologie-obstétrique, faisant disparaître la formation de gynécologie médicale seule. Le DES de « gynécologie-obstétrique et gynécologie médicale » est créé. La formation continue en gynécologie médicale est assurée par les professionnels sur le terrain.

Toujours à cette époque, est créé un Diplôme Complémentaire (DESC) de 2 ans en gynécologie médicale ouvert aux gynécologues obstétriciens et endocrinologues, mais non considéré comme qualifiant.

En 1997, le Comité de Défense de la Gynécologie Médicale (GDGM) est créé par des gynécologues et femmes pour lutter contre la disparition du DES (82).

Le décret du 30 Janvier 2003 (86) a rétabli cette discipline en scindant le DES en deux entités distinctes. Les DES de « gynécologie-obstétrique » et le **DES de « gynécologie médicale »** sont créés à compter de l'année universitaire 2003-2004. La discipline de « gynécologie-obstétrique et gynécologie médicale » est maintenue pour les internes qui s'étaient inscrits dans cette discipline depuis l'année universitaire 2000-2001.

B. La gynécologie obstétricale

Le gynécologue obstétricien possède l'exclusivité du versant chirurgical des domaines gynécologique et mammaire. Il est à la fois médecin, chirurgien et accoucheur, ce qui lui permet d'assurer **la prise en charge des femmes à chacune des étapes de leur vie**, à l'instar des trois autres professions reprises dans ce document.

Certains gestes techniques, tels que la colposcopie, l'hystérocopie diagnostique et l'échographie gynécologique sont des compétences partagées entre GM et GO, en général sous couvert d'une formation spécifique.

À noter que l'échographie peut aussi, selon les mêmes conditions, être une compétence des médecins généralistes et des SF.

ANNEXE 3 : CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES, VOIE D'ACCES AU SUIVI, ORIENTATION

Profession	Genre	Age	Secteur d'activité	Mode d'exercice	Installation (années)	Pratique de la gyn.	NCG/sem	FGI	FGC	Voie d'accès	Orientation
Médecins généralistes											
MG1	Femme	30	Ambulatoire et semi-rural	Cabinet de groupe	0,5	Oui	5	Oui	Non		
MG2	Homme	59	Ambulatoire et urbain	Seul	27	Oui	4	Non	Non		
MG3	Homme	35	Ambulatoire et semi-rural	Cabinet de groupe	5	Oui	5	Oui	Non		
MG4	Femme	32	Ambulatoire et urbain	Maison médicale avec SF	3	Oui	15	Oui	Non		
MG5	Femme	40	Ambulatoire et urbain	Cabinet de groupe	1	Oui	20	Oui	Oui		
MG6	Homme	31	Ambulatoire et urbain	Cabinet de groupe	2	Non	0	Oui	Non		
MG7	Femme	64	Ambulatoire et rural	Seule	28	Oui	3	Non	Non		
MG8	Homme	60	Ambulatoire et urbain	Maison médicale avec SF	29	Oui	5	Non	Non		
Gynécologues médicales											
GM1	Femme	60	Mixte et urbain	Seule	33	Oui	100	Oui	Oui	1er>2ème recours	Suivi Gyn>Gross
GM2	Femme	57	Ambulatoire et urbain	Seule	23	Oui	70	Oui	Oui	Oui	Oui
GM3	Femme	69	Ambulatoire et urbain	Seule	39	Oui	130	Oui	Oui	Oui	Oui
GM4	Femme	57	Ambulatoire et urbain	Seule	30	Oui	100	Oui	Oui	Oui	Oui
Gynécologues obstétriciens											
GO1	Femme	39	Ambulatoire et urbain	Seule	4	Oui	120	Oui	Oui	Oui	Suivi Gyn>Gross
GO2	Homme	62	Hospitalier et urbain	Hospitalier	35	Oui	50	Oui	Oui	Non	Oui
GO3	Femme	56	Ambulatoire et urbain	Seule	30	Oui	150	Oui	Oui	Oui	Non

Gyn : gynécologie **NCG** : Nombre de Consultation Gynécologique **sem** : semaine **FGI** : Formation Gynécologique Initiale
FGC : Formation Gynécologique Complémentaire **Gross** : grossesse

ANNEXE 4 : DUREE ET MODE DE REALISATION DES ENTRETIENS

Médecins généralistes		Entretien	Gynécologues médicales		Entretien
MG1	18 min	Présentiel	GM1	1h12 min	Présentiel
MG2	17 min	Présentiel	GM2	26 min	Présentiel
MG3	30,5 min	Présentiel	GM3	18,5 min	Téléphonique
MG4	18,5 min	Téléphonique	GM4	25,5 min	Présentiel
MG5	15 min	Présentiel	Gynécologues obstétriciens		Entretien
MG6	9 min	Présentiel	GO1	28 min	Téléphonique
MG7	20 min	Présentiel	GO2	25,5 min	Présentiel
MG8	20 min	Présentiel	GO3	51,5 min	Téléphonique

ANNEXE 5 : DEMOGRAPHIE DES MEDECINS GENERALISTES ET GYNECOLOGUES AU 1^{ER} JANVIER 2016

Spécialité	Effectifs, densité, profil, mode, évolution	Franche-Comté	France
MG	Effectifs	1675 (758F, 917H)	88886 (49787F,48099H)
	Densité (/100000 habitants)	138	131
	Age moyen	51	52
	Salariés	34,7%	36,5%
	Libéraux	58,5%	56,9%
	Mixte	6,6%	6,5%
	Variation d'effectif entre 2007-2016	-3,6%	-8,4%
	Part des 60 ans et plus	27%	27,3%
	Part des moins de 40 ans	18,3%	16%
	Variation taux de féminisation 2007-2016	24,8%	20,1%
	Variation taux de salariat 2007-2016	5,1%	14,9%
GM	Effectifs	12 (11F, 1H)	1212 (1144F, 68H)
	Densité (/100000 femmes)	1,9	3,5
	Age moyen	60	58
	Salariés	8,3%	18,1%
	Libéraux	58,3%	64%
	Mixte	33,3%	17,9%
	Variation d'effectif entre 2008-2016	-40%	-37,6%
	Part des 60 ans et plus	66,7%	59,1%
	Part des moins de 40 ans	8,3%	12,2%
	Variation taux de féminisation 2008-2016	7,8%	11,5%
	Variation taux de salariat 2008-2016	-44,4%	53,2%
GMO	Effectifs	16 (11F, 5H)	1259 (770F, 489H)
	Densité (/100000 femmes)	2,6	3,6
	Age moyen	63	58
	Salariés	25%	17,2%
	Libéraux	43,8%	60,3%
	Mixte	31,3%	22,6%
	Variation d'effectif entre 2008-2016	-27,3%	-42,7%
	Part des 60 ans et plus	75%	67,6%
	Part des moins de 40 ans	0%	0,8%
	Variation taux de féminisation 2008-2016	26%	27,4%
	Variation taux de salariat 2008-2016	-21%	-15,3%
GO	Effectifs	62 (20F, 42H)	4331 (2148F, 2183H)
	Densité (/100000 femmes)	10	12,4
	Age moyen	49	47
	Salariés	40,3%	44,4%
	Libéraux	17,7%	33,8%
	Mixte	41,9%	21,9%
	Variation d'effectif entre 2008-2016	24%	31,8%
	Part des 60 ans et plus	24,2%	15,7%
	Part des moins de 40 ans	35,5%	30,1%
	Variation taux de féminisation 2008-2016	130,4%	53,3%
	Variation taux salariat 2008-2016	-40,7%	-19,3%

CHIFFRES DEMOGRAPHIQUES EXTRAITS DE L'ATLAS DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE 2016 ET DE LA CARTOGRAPHIE INTERACTIVE DE L'ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. **GMO** : gynécologie médicale et obstétricale.

ANNEXE 6 : DEMOGRAPHIE DES SAGES-FEMMES AU 1^{er} JANVIER 2016

		France	Doubs	Jura	Haute-Saône	Territoire de Belfort
Effectifs	Ensemble des modes d'exercice	22312	246	88	49	55
	Activité libérale	4171	41	9	14	10
	Activité mixte	2022	23	7	2	0
	Activité salariée hospitalière	14689	172	66	32	43
	Activité salariée autre	1430	10	6	1	2
Densité	Ensemble des modes d'exercice	152,9	207,7	171,4	105,2	176,9
	Activité libérale	28,6	34,6	17,5	30,1	32,2
	Activité mixte	13,9	19,4	13,6	4,3	0
	Activité salariée hospitalière	100,7	145,2	128,5	68,7	138,3
	Activité salariée autre	9,8	8,4	11,7	2,1	6,4
Age moyen	Ensemble des modes d'exercice	40,5	41,7	42,4	42,7	42,9
	Activité libérale	41,7	40,8	34,1	42	42,7
	Activité mixte	38,3	45,1	37,1	37	0
	Activité salariée hospitalière	39,7	41,4	43,5	43,2	42,4
	Activité salariée autre	47,6	42,8	49,3	50	55,5

CHIFFRES DEMOGRAPHIQUES EXTRAITS DU SITE INTERNET DE LA DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES (DRESS)

ANNEXE 7 : VERBATIM

Entretien n°1

FT : Je te remercie de participer à ma thèse, le thème de cette thèse, je vais rester un petit peu vague, on va aborder les nouvelles compétences des sages-femmes, et connaître ton opinion sur le sujet.

Donc pour te connaître mieux, j'aimerais que tu me parles de la pratique gynécologique que tu fais au cabinet.

MG1 : Alors moi, je pose les implants, je fais les suivis, les renouvellements de pilule, les introductions de pilule, je ne pose pas encore les stérilets, je les retire, je pense que je les poserai plus tard, mais j'en ai pas fait assez donc j'aimerais me former un peu plus, et je fais quelques suivis de grossesse, mais c'est pas... je trouve que c'est assez contraignant, j'en ai un ou deux en ce moment, mais.... Je pense que plus tard j'en ferai moins, je trouve que ça prend du temps et que c'est un peu stressant.

FT : Ok, très bien. Est-ce que tu as eu du mal à mettre en place ce suivi gynécologique à ton cabinet ?

MG1 : Bah non parce que moi, quand j'ai repris la patientèle, celle qui était avant moi elle en faisait un petit peu aussi. Et puis j'ai beaucoup de patientes qui sont assez jeunes quand même, et puis même les patientes plus âgées, à qui je propose en fait. Quand elles me disent qu'elles ont du mal à avoir un rdv chez le gyneco ou que le frottis elles peuvent pas le faire avant 6 mois car elles n'ont pas de RDV avant, je leur propose, ça se fait comme ça. Non, j'ai pas eu de mal, après je pense que je suis une femme aussi donc c'est peut-être plus facile.

FT : Le fait d'être une femme tu penses que ça joue ?

MG1 : Oh oui je pense avec les patientes, même c'est sûr.

FT : Tu as eu beaucoup de demandes ou pas, juste pour le suivi gynécologique, je ne parle pas du suivi de grossesse ?

MG1 : euh, oui, j'en ai quand même, je ne saurais pas te dire un chiffre précis, mais oui, surtout les jeunes, les jeunes qui ont encore pas eu de suivi, encore jamais de frottis, je leur explique qu'à partir de 25 ans faudra y penser, et que je pourrai leur faire, donc elle savent qu'elles peuvent revenir.

FT : Ok très bien. Maintenant, on va parler de la sage-femme, puisque c'est le centre du sujet de ma thèse, pour toi, quelle est ta vision de la sage-femme ? Le rôle, le métier de la sage-femme, en quoi ça consiste pour toi ?

MG1 : Alors je pense que c'est un peu biaisé, car j'ai déjà eu des gosses, mais pour moi, le rôle de la sage-femme c'est avant tout le suivi de grossesse. C'est pas, euh, alors maintenant je sais que c'est pas que ça, parce qu'on connaît, il y a aussi le suivi gynécologique. Mais avant de m'installer, avant d'avoir des enfants, pour moi c'était le suivi de grossesse point final. Je pense que c'est biaisé c'est sûr.

FT : Tu ne pensais pas que la sage-femme puisse faire autre chose que le suivi de grossesse ?

MG1 : Non, avant d'en voir une moi-même, non.

FT : D'accord, et c'est ta sage-femme qui t'a informée ? En gros comment ça s'est passé ? Parce que tu as dit que tu étais au courant maintenant que les sages-femmes peuvent faire le suivi gynécologique.

MG1 : Je pense qu'on l'a appris sur la fin de nos études, quand on était en stage, ou je sais plus tellement, j'ai dû le savoir comme ça, j'avais déjà une idée avant.

Après j'aurais beaucoup moins facilement envoyé mes patientes faire leur suivi de grossesse, et même poser un stérilet chez la sage-femme. C'est aussi peut-être pour ça que je pose pas de stérilet, et que je m'affole pas pour en poser parce que, je trouve ça chiant à faire et que elles, elles le font.

Mais alors comment je l'ai su, je pense que c'est au moment de nos études, et puis bon j'ai des copines sages-femmes aussi, alors du coup c'est comme ça que j'étais au courant, je pense qu'on l'a appris quand même non ? (rires)

FT : Très bien, donc là, on rentre vraiment au cœur du sujet de la thèse, effectivement depuis 2009 les sages-femmes ont les compétences pour faire le suivi de la contraception, faire des vaccinations pour les femmes, les nouveau-nés, même l'entourage, tous les dispositifs de contraception, et du coup, je voudrais savoir ce que tu penses de cette acquisition de compétences, quel est ton avis par rapport à ça ?

MG1 : Moi je me sens pas du tout en rivalité avec les sages-femmes, par rapport au suivi, parce que voilà je t'ai dit tout à l'heure, le suivi de grossesse pour un médecin généraliste c'est lourd, voilà une à deux grossesses maximum, parce que quand je les vois ça me prend pas 15 minutes mais plutôt 30, et puis c'est quand même stressant, on a moins l'habitude, tu vois il y a des examens, des bios à prescrire à chaque fois, moi j'ai peur d'oublier, de passer à côté de quelque chose, d'un diabète ou quoi, et elles, elles ont beaucoup plus l'habitude, et voilà, je trouve que c'est hyper spécifique. Donc là je sens pas du tout la rivalité. Et même avec la pose des stérilets, la mise en place des contraceptions, je trouve que c'est bien qu'elles aient quelque chose, enfin voilà que ça se soit élargi, qu'elles aient d'autres compétences à proposer. Parce que le suivi de grossesse, pour elles c'est comme pour nous, dès que c'est compliqué, faut envoyer à l'hôpital, je pense que moi au contraire, j'ai plus tendance à envoyer mes patientes vers une sage-femme pour le suivi de grossesse.

FT : Et pour le suivi gynécologique ?

MG1 : Non pas le suivi gynécologique, ça c'est vrai j'aime bien faire le suivi gynécologique pour mes patientes, ça me dérange pas que ça soit fait ailleurs, mais c'est vrai que ça me pose pas de soucis de faire un frottis de temps en temps ou de renouveler une pilule. Après elles ont aussi dans leur exercice peut-être plus de temps que nous, elles seront peut-être plus, en tout cas pour un médecin homme, c'est peut-être plus facile de dire « je vous envoie vers la sage-femme », peut-être que je me trompe je sais pas...

FT : Et est-ce que tu as des patientes qui sont suivies par une sage-femme ?

MG1 : en gynéco ?

FT : oui

MG1 : Non, en tout cas j'en ai pas encore vu non. Mais je pense que les patientes savent pas, le savent pas...

FT : Elles ne sont pas informées ?

MG1 : Non, nous on l'est, mais elles, elles ne le sont pas. C'est vrai que nous on les envoie pour le suivi de grossesse, et pour après.

FT : Et est-ce que quand tu reçois une patiente qui est en demande de suivi gynécologique, est-ce que tu les informes des différents praticiens qui peuvent effectuer ce suivi ?

MG1 : Non. Non, c'est vrai, je leur dis pas, parce que j'y pense pas, et puis comme je te disais parce que ça ne me dérange pas par contre de faire un suivi gynéco. Je sais pas si elles peuvent faire le suivi des femmes ménopausées ?

FT : Pour les traitements de la ménopause ?

MG1 : Oui, je crois pas.

FT : Ca il faudrait que je regarde.

MG1 : Oui, tu me rediras. Mais en tout cas je leur dis pas spontanément, c'est vrai que j'y pense pas, et puis voilà. Après si elles me demandaient je leur dirai sans problème.

FT : Et vis à vis de et élargissement de compétence, qu'est-ce que toi tu pourrais attendre de ça, qu'est-ce que ça pourrait t'apporter dans ta pratique, ou pour tes patientes ?

MG1 : Si j'avais un avis à demander, ça ne me poserait pas de soucis de les appeler, pour mettre une contraception, si je suis pas sûre, des fois elles sont quand même plus au courant de nous. Il y a aussi, alors je sais pas si ça rentre dans le cadre de tes questions, mais tu sais la rééducation du périnée, tout ça, je trouve que...

FT : Là on est plus dans du post-grossesse non ?

MG1 : Oui mais même pour les patientes plus âgées, tu sais j'en envoie encore de temps en temps vers les sages-femmes. Celles qui ont des fuites urinaires, je leur dis, même si c'est pas du post-partum. Alors du coup c'est pour ça, oui je les appelle, je leur demande.

Après qu'est-ce que je pourrai attendre, tu vois, si je sens que j'ai trop de monde, je leur dirai aux patientes, « bah écoutez je peux pas j'ai pas le temps ou, voyez plutôt la sage-femme, elle pourra vous consacrer plus de temps », je pense c'est plus ça, si je sens que je suis débordée.

FT : Donc plus si tu as une grosse demande ?

MG1 : Oui, ou si je sens que y'a un suivi, tu vois avec une jeune fille, qui est un peu compliqué, et puis que je m'en sors pas, je peux lui dire d'aller voir une sage-femme, peut-être pour changer d'interlocuteur, et puis pour essayer d'avancer un peu.

FT : Est-ce que tu as déjà des sages-femmes qui t'ont contacté pour se présenter ou pour mettre en place un réseau de soin, pour travailler ensemble ?

MG1 : Non mais après encore une fois, moi du coup les sages-femmes que j'allais voir pendant mes grossesses, je travaille avec, enfin je leur envoie mes patientes, souvent je leur dis d'aller là-bas, ça marche comme ça, alors je les connaissais déjà mais, non je n'ai jamais été contactée. Et puis dans le coin y'en a pas, tu sais où je travaille...

FT : Tu veux dire qu'il n'y a pas de sage-femme libérale qui travaille par ici, qui s'est installée ?

MG1 : Non, pas à T. (nom de village) et pas dans les alentours non plus.

FT : Et s'il y en avait une qui s'installait, tu pourrais être amenée à rentrer en contact avec elle ?

MG1 : Alors tu vois on s'est posé la question, parce qu'on construit la maison médicale, et on s'est posé la question de prendre une sage-femme avec nous, et moi ça ne me pose pas de soucis, je crois que mon associée dit que si elle fait tous les suivis, bah voilà, elle a pas envie de plus du tout faire de suivi gynéco. Alors c'est pas parce que y'a une sage-femme qui s'installe qu'on fera plus du tout de suivi, mais c'est vrai qu'on en fera peut-être probablement moins. Moi j'y vois pas trop d'inconvénient. Pour les patientes ça change pas vraiment grand-chose, la consult elle est au même prix. Moi ça me poserait pas de soucis qu'une sage-femme s'installe à coté de nous, on contraire, mais plus pour les suivis de grossesse tu vois, ça serait plus facile pour nous, après le reste...

FT : Et tu préférerais garder un peu, pas la main mise, mais pouvoir garder au moins le suivi gynécologique ?

MG1 : En tout cas avec les suivis gynécologiques que j'ai entrepris. Tu vois, si y'a des jeunes filles qui viennent, et qui me disent « moi j'aimerais mieux aller voir la sage-femme », bah je préfère qu'on commence avec quelqu'un, et qu'on finisse avec quelqu'un, mais tu vois ce qui m'ennuie c'est de commencer et puis qu'elle parte, ça c'est sûr ça me ferait de la peine, ou qu'elle commence avec la sage-femme et qu'elle vienne ensuite me voir, ça je trouve ça pénible.

FT : En parlant de ça, la sage-femme, elle fait le suivi gynécologique mais du moment qu'il reste physiologique. A partir du moment où il devient pathologique, elle a l'obligation de passer la main à un médecin. Qu'est-ce que tu penses de prendre le relais de quelqu'un, si jamais elle arrive au bout de ses compétences ?

MG1 : Euh, alors, le problème dans ce domaine-là, c'est que nous on est concerné par la même chose, c'est à dire que moi si j'ai un frottis qui est pathologique, je vais pas le gérer, je vais l'envoyer en gynéco, et c'est eux qui vont faire la conisation si il faut en faire une. A mon sens on a les mêmes compétences en terme de gynécologie qu'elles, voire, je pense qu'elles sont bien plus informées sur certaines choses que moi, et du coup je pense que là-dessus, on bloque forcément, parce que si elles sont « à bout » et bien moi je ne me sens pas plus performante qu'elles dans cette prise en charge là. Je pense que là-dessus je pourrai pas reprendre derrière si elles sentent que....

FT : D'accord, donc plutôt mettre en place un réseau de soin, probablement sage-femme/médecins, et avec un gynéco pour faire le relais ?

MG1 : Moi Je pense avec l'hôpital directement, avec un centre, parce que je pense qu'on a quand même certaines compétences qui font qu'on peut aller jusqu'à un certain point, euh mais quand on peut plus, je pense que c'est l'hôpital qui prend le relais, tu vois par exemple quand il y a un diabète gestationnel, l'hôpital ou un gynéco de ville peut-être, tu vois dès que ça dépasse, ou quand tu as une hypertension pendant la grossesse, qu'il y ait une surveillance un peu plus rapprochée, même un gynéco de ville envoie facilement au CHU.

FT : Est-ce qu'il y a des points que tu aimerais aborder ? On parle des nouvelles compétences des sages-femmes depuis 2009, mais est-ce qu'il y a quelque chose donc tu voudrais me parler ?

MG1 : Non, moi je dis que c'est un peu dur de dire « nouvelles compétences » pour elles parce qu'en fait, c'est des compétences qu'elles ont depuis toujours, je trouve qu'on est un peu dur avec elles des fois. Après c'est vrai que je peux comprendre que dans certains endroits il y ait des médecins qui se sentent en concurrence avec les sages-femmes, je pense que ça pose problème pour certains médecins, peut-être pour les plus vieux je sais pas. Mais moi non, vraiment, peut-être plus tard quand elles m'auront piqué toutes mes patientes (éclats de rires). Mais non pour l'instant je vois plus ça comme du bonus, c'est super pour une jeune fille de pouvoir lui proposer plusieurs alternatives. Là en l'occurrence on peut lui dire tu as le choix entre ton médecin généraliste, une sage-femme, un gynéco, tu choisis, tu prends ce qui te plait, c'est vachement confortable pour les femmes aujourd'hui. Avant c'était pas comme ça. Et aussi le domaine de compétence de la gynécologie est de plus en plus varié, faut qu'on soit de plus en plus au point sur plein de choses, on nous demande d'être technique et ça devient de plus en plus spécifique et moi j'avoue que des fois même en terme de contraception orale...

FT : ça dépasse un peu tes connaissances ?

MG1 : Ha oui, et surtout ça m'ennuie un peu. Tu vois maintenant, les pilules avec tous les génériques qu'il y a maintenant...

FT : C'est dur, ça devient de plus en plus difficile de suivre ?

MG1 : Oui, alors que elles, elles ont ça, plus le suivi de grossesse, plus deux trois autres trucs à côté, mais elles peuvent être à fond dans ce qu'elles font. Moi je trouve ça génial, je trouve ça normal qu'elles aient eu accès à ça.

FT : Donc tu as une opinion qui est plutôt positive ?

MG1 : Complètement, tu sais elles ne font pas beaucoup moins d'étude que nous, et puis même elles sont compétentes dans ce qu'elles font, faut qu'elles puissent s'élargir un petit peu, sinon y'aura personne qui voudra s'installer en libéral en tant que sage-femme. Y'aura plus de sage-femme si tu leur permets pas de faire d'autres trucs que du suivi de grossesse.

FT : Surtout qu'il y a de moins en moins de postes hospitaliers qui sont proposés, donc elles sont amenées à s'installer en libéral de plus en plus.

MG1 : Oui, à l'hôpital il y a de moins en moins de gynéco qui consultent, moi j'ai une patiente qui est enceinte et qui m'a demandé si je pouvais faire son suivi de grossesse, j'ai dit oui, et elle me dit « quand j'ai dit à

l'hôpital que c'était vous qui le faisiez, ils étaient très contents », parce que là ils sont surchargés, c'est bien de déléguer à l'extérieur. Et une dernière chose, concernant le suivi gynécologique, quand tu fais un frottis, on est payé une consultation un peu plus, ça nous prend pas plus de temps et au niveau financier, ça nous rapporte quand même un peu plus. Alors finalement avec le matériel, pas tant que ça parce que quand tu vois le prix d'un spéculum jetable, voilà c'est pas tant que ça, mais je pense qu'il y a ce côté-là qui dissuade d'envoyer les patientes ailleurs, tu vois un renouvellement de pilule, ça te prend cinq minutes, quand c'est une patiente que tu connais, que tu vois deux fois par an, voilà quoi, c'est pas de l'argent facile c'est pas vrai, mais c'est une consultation facile. Après, par rapport au suivi de grossesse, là-dessus je trouve que c'est pas des consultations faciles, t'es pas payée plus cher pour faire le suivi de grossesse, alors voilà.

FT : Mais du coup ça te poserait moins de problème d'adresser à une sage-femme...

MG1 : Ca me pose moins de problème d'adresser un suivi de grossesse chez une sage-femme, moins de problème..., je pense plus spontanément à adresser pour un suivi de grossesse à une sage-femme que pour un suivi gynéco, ça c'est évident. Alors pourquoi, y'a probablement plein de facteurs, faudrait y réfléchir.

FT : Oui, a ton avis pourquoi ?

MG1 : Je te dis, je pense que le fait que ce soit des consultations qui soient pas très compliquées pour nous, et qui nous rapportent un peu plus, et puis aussi parce que moi j'aime bien, j'avoue c'est de mon âge, c'est des nanas qui sont pas beaucoup plus vieilles que moi, ou plus jeunes, et puis j'aime bien, tu discutes un peu avec elles, ça te permet de faire autre chose que de la grippe et de la rhino quoi, ça te change de ton domaine de compétence.

FT : Je te remercie d'avoir pris le temps de répondre à ces questions

MG1 : Mais de rien !

Entretien n°2

FT : Je vous remercie de participer à mon étude pour ma thèse. Je vais rester assez vague sur le sujet, mais on va aborder les « nouvelles » compétences des sages-femmes dans le domaine du suivi gynécologique. D'abord on va faire le point sur vous, j'aimerais pour vous présenter, que vous m'expliquiez votre pratique de la gynécologie, je ne parle pas du suivi de grossesse. Comment ça se passe au cabinet ?

MG2 : Tu veux savoir ce que je fais, mais bien sûr j'en fais, d'ailleurs tu es bien placée pour le savoir (rires).

FT : Qu'est-ce que vous faites alors ?

MG2 : Et bien, en fait, à part les frottis, à part l'examen gynéco, rien de plus. Tu veux savoir quoi après ? Si je pose des stérilets ?

FT : Exactement. Est-ce que ça va un peu plus loin, les implants, les stérilets ?

MG2 : Non. Implants, j'en ai eu mis deux, je les ai enlevés, donc je veux plus en entendre parler. D'abord, c'est pas bien supporté, je te dis j'en ai mis deux je les ai enlevé parce que les nanas elles ont saigné, elles ont saigné, elles ont saigné, au bout d'un moment t'es obligé de leur enlever, donc euh... voilà. Stérilet, non j'en mets pas. J'en mets pas parce que quand j'ai fait mes études et quand j'ai fait mon stage de gynéco, on y vient (sourire), on faisait la gynéco sur mannequin, tu vois. Donc j'ai commencé fin 70 début 80, à l'époque où il y avait le plus de médecins. On avait créé cette spécialité de toute pièce qui était la gynéco médicale. C'était un pré carré qu'ils voulaient préserver, qu'ils voulaient garder, donc on nous apprenait pas. Tu apprenais sur un mannequin. Donc quand tu faisais un stage de gynéco, c'était la croix et la bannière pour faire un TV. T'avais tout juste le droit.

FT : D'accord, et c'était juste pendant l'externat ? Il n'y avait pas de stage d'internat ?

MG2 : Pendant l'externat, il n'y avait pas de stage d'internat. Donc on fait t'apprends pas trop, et en plus à cette époque-là c'était quand même, normalement, c'était médico-légal pour la pose du stérilet, je crois bien, d'avoir : matériel de réanimation, intubation, oxygène, et de savoir s'en servir ! Donc c'est un geste que je ne maîtrise pas. Tu peux pas dire que tu sais faire un truc quand tu l'as fait une fois. Quand t'es tout seul, tu sais pas faire de la réanimation. Et même des gestes que t'as plus jamais refait, tu sais pas les faire. Faut pas les faire c'est dangereux.

Donc, en plus ici si tu veux y'avait quatre-cinq gynéco, entre la Clinique La Ferté et l'hôpital, y'en avait combien en ville ? Au moins trois ou quatre...

FT : Quand vous vous être installé ici, est-ce que vous avez eu du mal à mettre en place le suivi gynécologique dans votre cabinet ?

MG2 : Du mal non, si tu veux euh, ça s'est pas trop mal passé, parce que quand t'arrives, quand t'es jeune, t'as quand même quelques jeunes. Bon, t'as quelques suivis de grossesse. Et puis non, autrement, des femmes plus âgées, pour faire un frottis de temps en temps, c'est pas... non, elles étaient pas contre, c'était pas une bataille.

FT : Mais il y avait de la demande quand même des patientes pour que vous fassiez un suivi gynéco ou pas ?

MG2 : Oui, quand même. Même si pour les mêmes raisons de démographie, pffff, entre la démographie et les idées reçues et les médias, il fallait aller chez un gynéco, chez SON gynéco, comme il fallait aller chez SON pédiatre. Ce qui va tout changer maintenant mais hey ! (rires)

FT : Justement par rapport à cette démographie, y'a eu une évolution au fil des années que ce soit gynéco ou... Comment ça se passe, est-ce que ça a modifié vos pratiques par rapport à la gynécologie ou pas ?

MG2 : Franchement, non.

FT : En gros est-ce que vous pratiquiez moins avant, plus maintenant ou bien l'inverse ?

MG2 : Peut-être moins, puisque en fait j'ai une clientèle qui est plus vieillissante, donc euh, tu vois bien.. Et puis bon, j'ai par l'installation... et parce que ça me déplaît pas d'avoir des vieux ! (rires). Non mais c'est vrai du coup t'en fais moins, quand tu vois beaucoup de gens âgés, c'est des périodes où tu fais quasiment plus de gynéco.

FT : D'accord. Alors maintenant on va essayer de parler des sages-femmes, parce que ma thèse va parler ça. Mais avant de rentrer dans le cœur du sujet, j'aimerais bien avoir votre avis, plutôt, quel est pour vous le rôle d'une sage-femme ? En quoi consiste le métier de sage-femme ? Quelle est votre idée de ce métier ?

MG2 : Alors on va repartir au début de l'exercice, quasiment, non, pas sage-femme en libéral, pas de sage-femme en ville, non ça n'existait pas. Euh, quelques sages-femmes dans les services, dans les maternités. Tu as pu constater que des sages-femmes maintenant il en sort comme des ostéopathes. Y'en a je sais pas combien maintenant en ville, y'en a à V., y'en a à P. (*noms de villages*).

FT : En libéral ?

MG2 : Oui, ce qui veut dire que de toute façon, on assiste à un transfert des compétences des gynécos médicaux, ces « gyn-med » qui disparaissent les unes après les autres puisque maintenant y'en a presque plus. Donc cette spécialité-là, la gynéco, j'ai l'impression qu'elle est en train d'être remplacée par les sages-femmes qui prennent de plus en plus de prérogatives, et qui prennent de plus en plus d'importance dans leurs gestes et dans ce qu'elles ont le droit de faire.

Parce que maintenant, une sage-femme a le droit de faire un suivi de grossesse, elle a le droit de faire, je crois même qu'elle a le droit de faire un frottis, je sais même pas si elle a le droit de faire une pose de stérilet, et..., donc quand tu fais tout ça, la gynéco médicale du médecin généraliste elle est.... T'as tout résumé, elles font tout. Ben moi je vois les choses comme ça, et je pense que de toute façon la pénurie elle va se compenser comme ça.

FT : Oui donc vous êtes en fait bien au courant que les sages-femmes elles sont autorisées en gros depuis 2009...

MG2 : Mais oui ! Je sais pas si elles ont pas le droit de faire de la surveillance de nourrisson ? Je sais plus comment, en début de vie, elles ont le droit de faire les premiers examens, et puis même la première année non ?

FT : Alors je sais qu'elles peuvent faire les vaccinations chez les nouveaux nés, mais après tout ce qui est surveillance...

MG2 : Oh bah là, tu vois ça je pensais pas que ça allait jusque-là, donc oui, elles vont prendre de plus en plus d'essor et de plus en plus de place.

FT : Et comment vous avez appris ça ? Qu'il y avait de nouvelles compétences ? Comment vous l'avez su ?

MG2 : Je sais plus trop, par la presse je pense... Ah si je sais pas si j'ai pas reçu une ou deux lettres, tu sais, de présentation. J'ai beaucoup appris avec la sage-femme de V. (*nom de village*) quand elle a envoyé une lettre de présentation et de ce qu'elle était susceptible de faire.

FT : Et du coup qu'est-ce que vous en pensez, de ce transfert de compétences ?

PL : De toute façon il est inéluctable et puis on pourra pas aller contre.

FT : Mais vous avez bien un avis là-dessus...

PL : Tu sais après, si c'est... moi je connais pas exactement leur cursus et ce qu'elles apprennent, mais si tu considères qu'elles ont cinq ans d'études, à peu près, que si pendant cinq ans elles font que de la gynéco et que la surveillance de grossesse, y'a pas de raison qu'elles soient pas compétentes. Elles seront de tout façon

aussi compétentes si ce n'est plus qu'un médecin généraliste de base qui a appris ça sur le tas. Enfin moi, je vois pas ça mal, et au contraire.

FT : J'ai un médecin qui m'a rapporté que ça pouvait être un souci de rivalité, de mise un peu en concurrence des deux professions, qu'est-ce que vous en pensez ?

MG2 : Attends, de toute façon il est fini le temps où... il a quel âge ton médecin ? Il était pas tout jeune ? ... Moi je vais te dire, enfin je pense, oui bien sûr, j'en reviens à quand je me suis installé, attend les mecs ils passaient leur temps à se piquer les patients, dès qu'ils pouvaient s'en piquer un... c'était une guerre, ils se seraient bouffés, ils s'engueulaient, alors que maintenant attend, comme je te disais y'a plus de gynéco med, y'aura bientôt presque plus de médecin généraliste donc de toute façon ce boulot faudra bien le faire. C'est idiot de dire « on va se faire piquer des actes », moi franchement, non ! Ça ne me gêne pas.

FT : Ok. Donc vous avez déjà été contacté par une sage-femme. Et je sais pas si vous êtes au courant, mais une sage-femme peut faire le suivi gynéco du moment qu'il reste physiologique. S'il est pathologique, elle a l'obligation de l'adresser à un médecin, que ce soit à un médecin gé ou à un gynécologue.

MG2 : Bah, de toute façon elle va pas l'adresser à un médecin généraliste. Tu l'envoies au gynéco. Si la grossesse est pathologique tu la fais pas suivre par un médecin généraliste qui est pas mieux armé que toi c'est pas vrai. Enfin moi je crois pas, ou alors les mecs ils ont des égos surdimensionnés. Ça, ça me fait penser qu'il y a soit disant des médecins qui sont formés à l'écho ? Attend mais enfin, j'avoue que ça me dépasse, moi je le fais pas, attend tu engages ta responsabilité !

Tu vois une sage-femme qui pendant ses cinq ans de formation, si tous les jours elle a des consults où elle fait de l'écho, je suis persuadé qu'elle sait faire ça bien.

FT : Et s'il y avait une sage-femme qui souhaitait faire une sorte de réseau médical avec vous, est-ce que ce serait possible ? Parce que ça, on me l'a rapporté par exemple, qu'on ne serait pas contre créer un réseau médical entre sage-femme/médecins pour pouvoir communiquer sur des avis sur les patients. Vous seriez ouvert à ça ?

PL : Je vois pas, si elle a besoin je veux bien pourquoi pas, mais si vraiment elle a besoin d'avis médicaux, c'est à prendre à la mat', elle en aura plus à la mat' qu'avec moi.

FT : Quand vos patientes sont en demande d'un suivi gynéco, est-ce que vous les informez des différents professionnels qui peuvent faire ce suivi gynécologique ou pas du tout ?

MG2 : Déjà, elles ont quand même pas besoin de nous pour savoir... C'est vrai de nos jours tout le monde est informé, elles commencent maintenant à savoir que y'a des sages-femmes, et qu'elles font de plus en plus de choses. J'ai eu des femmes qui me disent qu'elles étaient allées spontanément faire un frottis, ou..., donc ça commence à se savoir, donc on a pas besoin... enfin bon je m'en fous, je veux bien dire qu'il y a des sages-femmes... J'en ai envoyé une, une grand-mère qui avait un Pessaire[®], bon moi j'y connaissais rien. J'ai appris qu'il y avait les Pessaires ronds, carrés, y'en avait même des bleus des rouges et des verts. N'y connaissant rien, j'ai envoyé la dame chez la sage-femme en disant, bon, elles en savent peut-être plus que moi.

FT : Super, est-ce qu'il y a des choses qu'on a abordé ou pas et que vous aimeriez me dire, je sais pas moi, sur la sage-femme, le milieu du suivi gynéco, on a parlé de démographie ... ?

MG2 : Mais non mais tu sais faut vraiment être con de pas vouloir, de rester assis sur ses prérogatives. De toute façon on a pas le temps de tout faire ! Tu le vois bien, vu le rythme de consultation, la charge de boulot ! On a de moins en moins de temps. De la même façon, s'il faut que je me mette à enlever des naevis, tu sais bien comme moi comment ça se déroule la consult.

FT : C'est chronophage ?

PL : On a trop de gens à voir, et puis ça va être de pire en pire ! De toute façon c'est comme ça, je pense que y'a pas que les sages-femmes, je pense qu'il y a beaucoup de choses qui vont passer vers les infirmières. Je pense

qu'il faut qu'on les oublie un petit peu nos prérogatives, parce qu'une infirmière elle sait prendre une tension. C'est un petit peu peut-être la mort déclarée de notre profession

FT : Avec ce glissement des compétences ?

MG2 : A plus ou moins long terme je sais pas quand, mais tu vois bien, moi je suis persuadé que les infirmières prendront de plus en plus de place bientôt, aussi.

FT : Vous n'avez jamais voulu vous former en gynéco ?

MG2 : Si, j'aurais pu, mais (rires), je m'en suis très bien passé !
Autant je trouve que pas faire de frottis, y'a des gens qui le font pas, pas faire de frottis, un frottis c'est complètement con c'est un geste tout simple à faire, mais éventuellement suivre une grossesse, c'est comme les sages-femmes, tant que c'est pas compliqué, pourquoi pas. Après faut laisser faire les autres. Voilà !

FT : Merci en tout cas !!

MG2 : Je t'en prie

Entretien n°3

FT : Je te remercie de participer à cette étude. Cette thèse s'intéresse à l'opinion des médecins concernant le fait que les sages-femmes puissent réaliser le suivi gynécologique.

Pour commencer, est-ce qu'on peut faire le point sur ta pratique gynécologique à ton cabinet, qu'est-ce que tu fais au niveau du suivi gynécologique ? Je ne parle pas du suivi de grossesse.

MG3 : Alors bon moi j'ai récupéré une clientèle d'une médecin femme. Donc beaucoup de dames, avec qui j'ai fait le point sur leur situation. Maintenant, quand j'ai le temps lors d'une consultation je leur demande « vous en êtes où avec votre mammo, votre frottis, votre suivi gynéco ? ». Alors beaucoup répondent « j'ai vu ma gynéco, ou je vais la voir ». Je pense qu'il y a une certaine gêne parce que je suis un homme, là où elles étaient habituées à une dame. Donc maintenant, on va dire que j'ai des situations peu urgentes, des vaginites, des mycoses, ça c'est le plus fréquent. Maintenant je suis quand même une bonne cinquantaine de dames pour leur renouvellement de pilule, et pas mal de jeunes avec qui j'ai proposé l'implant ou des changements de pilules, et pour qui y'avait des saignements qui arrivent jamais au bon moment, donc elles demandent des avis réguliers. On va dire ça c'est le plus fréquent au niveau gynéco.

FT : Et tout ce qui est frottis, stérilet ?

MG3 : Alors frottis si j'en ai un par mois c'est bien le maximum. Stérilet, je pratique pas. Je n'ai pas d'appareil d'échographie donc je fais pas d'examen par rapport à ça. Après c'est pas un domaine où je veux m'investir plus que ça.

FT : Pourquoi c'est un domaine où tu ne veux pas t'investir ?

MG3 : Parce que je sens que les dames ne sont pas forcément demandeuses par rapport à moi, bon elles ont confiance je pense mais bon, voilà j'ai une collègue féminine, et je pense que des fois elles vont plus facilement vers ma collègue pour un problème mammaire ou autre. Je pense qu'il y a encore un petit problème par rapport à être pudique j'imagine, plus d'une fois j'ai eu des cas avec des dames qui pouvaient être ma mère : « olala si j'ai un problème intime docteur ? » Bah oui, je regarderai, je ne suis plus en quatrième année ! (rires) Je vais peut être beaucoup plus gérer, ça se fait bien, et après je suis équipé.

FT : Tu as le matériel pour faire un frottis ?...

MG3 : Oui pour un frottis il y a tout ce qui faut, et puis j'insiste là-dessus, dans l'idée de dépistage, je leur dis que la gynéco je sais faire, maintenant vous pouvez pas dire que vous savez pas, entre moi, ma collègue, d'autres médecins dans le secteur, des sages-femmes, elles peuvent pas ne pas savoir qu'elles doivent être suivies, et qu'elles ont le moyen d'être suivies, surtout dans le coin.

FT : Et tu dis que tu ne mets pas les stérilets pourquoi ?

MG3 : J'ai pas acquis la technique. Et puis que je pense qu'une technique comme ça il faut la faire et la refaire et encore la refaire, avec quelqu'un d'aguerrit pour être sûr de savoir bien faire. L'implant, ça j'ai pas de problème, j'en ai posé une dizaine ou une quinzaine à la maternité en sortie d'accouchement.

FT : Et les enlever ?

MG3 : Et les enlever oui sans problème. J'aime bien les sutures, ça va, les petites chirurgies ça va. Maintenant les stérilets, sans échographe, je me sens pas sûr.

FT : Sans dire d'avoir un échographe au cabinet mais si tu les envoies faire une échographie après ?

MG3 : Oui ça serait peut-être faisable mais la technique je l'ai pas, avec l'hystéromètre, faire comme si, comme ça, enfin vu que je l'ai vu que une fois ou deux en stage, comme j'entends que ça peut être galère des fois...

Bon, retirer un stérilet c'est pas un soucis, mais en poser un, si c'est pour faire mal à la dame, c'est comme les infiltrations je maîtrise pas donc je fais pas.

Je préfère, on a largement autour de nous des gens qui peuvent faire, donc je préfère confier à des gens compétents.

FT : Ok, donc tu n'as pas eu de mal à mettre en place le suivi gynécologique, parce que tu avais quand même de la demande quand tu es arrivé ?

MG3 : A défaut de le faire, j'informe. Là-dessus, dans mon dossier de synthèse des dames, j'ai un chapitre gynéco, : « la dernière mammo date de quand ? le frottis date de quand ? est ce qu'il y a eu des enfants ? des fausses couches ? la dernière chirurgie ? ». Du coup, quand je refais la synthèse de leur bilan de santé général, quand elles viennent pour une angine et que ça fait longtemps que je les ai pas vues, je leur demande votre frottis vous en êtes où ?

Bon le renouvellement de pilule chez une dame qui est bien installé tous les 6 mois ou tous les ans, on refait le point là-dessus aussi.

Maintenant le souci que j'ai des fois, c'est la demande de pilule en fin de consultation, à renouveler, on a déjà vu le gamin, on a déjà passé une demi-heure, là ça me saoule parce que je me dis que je fais pas bien mon boulot, alors quand j'ai le temps je le fais bien mais sinon...

FT : Tu proposes une autre consultation ?

MG3 : Je mets que trois mois, et on se reverra dans trois mois pour rediscuter de ça. Maintenant la consultation de renouvellement de pilule des fois elle est très rapide. Le frottis si elles me disent qu'elles l'ont fait vers un gynéco il y a moins d'un an, je vais pas m'amuser à aller vérifier si vraiment elles sont allées chez le gynéco ou pas. Je fais confiance, maintenant elles sont à jour, elles sont pas à jour... C'est ça avec les gynéco, et c'est un peu dommage, c'est qu'ils nous envoient jamais de courrier sauf pour un geste opératoire ou pour un suivi de grossesse, et encore suivi de grossesse c'est un accouchement. Mais c'est vrai que ça peut manquer, voilà chez une patiente, le frottis est fait, enfin ils nous disent quand le frottis est anormal, mais on a pas de coopération comme il faut, ça pourrait être une piste. Quand une dame nous dit qu'elle est à jour, est-ce qu'on pourrait la pister d'une autre façon, quand on parle du DMP ça pourrait être un truc quand même, tout comme la vaccination. Maintenant il faut que les patientes veuillent se faire dépister, je sais qu'il y en a, ça fait trente ans qu'elles n'ont jamais eu de frottis, et qu'elles voudront pas le faire. Tout comme la mammographie je suis surpris qu'il y ait des patientes qui veulent pas la faire...

Maintenant dans le suivi gynéco, je me suis repris une corde à mon arc, en faisant une formation sur la ménopause, début décembre.

FT : ça veut dire que tu continues à t'auto-former.

MG3 : Ha oui, c'était un gros manque dans ma formation, mon stage de gynéco quand j'étais externe a été un peu bâclé, dans les années où on a remis en cause le THS, donc du coup, j'ai pas été formé à ça ; Et puis comme j'avais plusieurs patientes qui étaient suivies pour ça, je suis allée à Lyon pour cette formation, le traitement hormonal de la ménopause, ses indications... J'ai redécouvert ça, faire comme il faut pour ne pas mettre en danger les patientes. Ça du coup, dernièrement en réévaluant avec les patientes, ou dans la prise en charge de l'ostéoporose, réévaluer l'intérêt d'un traitement de la ménopause, c'est très intéressant. Je me suis reformé à ça. Mais je pense qu'il faut connaître ses points faibles, se dire qu'il faut que j'accentue là-dessus, quitte à cibler une formation de deux jours rémunérée, autant en prendre une qui soit intéressante et formatrice.

FT : Alors pour poursuivre, j'aimerais que tu me donnes ta vision de la sage-femme, Quel est son rôle ? En quoi consiste son métier ?

MG3 : Alors, bon déjà tu as la sage-femme d'établissement public ou privé et la sage-femme libérale. La sage-femme hospitalière, bon : suivi de grossesses, aide à l'accouchement, préparation à l'accouchement, l'accouchement et tout ce qui va autour. Alors ce qui va autour c'est vrai que j'ai été assez épaté que les gynéco obstétriciens, enfin de ce que j'ai pu voir dans en hôpital publique, ils n'interviennent pas beaucoup dans les accouchements c'est plus l'interne qui suit un peu de loin, et puis limite à l'hôpital de Besançon les sages-femmes c'est leur chasse gardée et le gyneco a rien à foutre en salle d'accouchement. A Vesoul, le gyneco cherche pas forcément à être plus dérangé que ça, donc c'est vrai que les sages-femmes se sont les

patronnes. Et quand j'étais étudiant, j'étais plus que la cinquième roue du carrosse après les étudiants sages-femmes les étudiants infirmiers, donc c'est vrai que l'obstétrique en elle-même ça m'intéressait pas. Les accouchements, j'ai été content de voir ce que c'est un accouchement de jumeaux, la ventouse, les spatules, une césarienne en urgence, mais quand j'étais interne à Vesoul je me suis dit tient ça serait pas mal que je participe à 2-3 accouchements, en trois mois... Rien que déjà d'attendre, je suis pas motivé de venir toutes les heures voir ce qu'il en est, tout le travail de l'accouchement ne m'intéressait pas plus que ça, et puis voilà elles sont là, et puis je veux dire, si j'ai un accouchement un jour dans ma vie au cabinet médical ça sera bien un miracle et encore je pense que j'aurais appelé le SAMU avant, c'est aussi ce confort-là.

Ça c'est la sage-femme hospitalière, après il y a la rééducation périnéale. Après je pense que c'est un métier très dur, quand il y a 24h de garde et des accouchements à suivre, moi j'ai vu pour l'accouchement de ma dernière, la sage-femme a géré 3 patientes à accoucher en même temps, les trois enfants sont nés à moins d'une demi-heure d'intervalle, la petite jeune qui était là a super bien bossé. En fin de nuit en plus, je pense que quand elle rentre chez elle, elle est contente de dormir. Je trouve que c'est des métiers un peu ingrats, parce que on va peut-être faire trois-quarts du boulot et puis après pas l'accouchement, avec des horaires compliqués et une responsabilité très forte, un accouchement qui se passe mal, si elle a pas appelé le gynéco avant...

Maintenant des sages-femmes libérales, j'en ai connu une parce qu'elle a accompagné ma femme à Besançon, une vieille sage-femme avec plein de caractère qui fait du libéral depuis très longtemps, elle est syndiquée au niveau national donc hyper motivée pour la reconnaissance des SF, moi elle m'a appris des trucs lors de la préparation à l'accouchement, expliquer avec des mots assez simples comment se passe un accouchement aux mères, et j'avais accompagné mon épouse, et je me suis dit tiens tu m'apprends un truc qu'on m'a jamais appris à l'hôpital, ce qu'était un col dilaté, ça on me l'a pas appris ou du moins j'étais mauvais élève ? Sur le terrain elles ont des capacités, maintenant c'est sûr que leur métier s'éloigne de ce qui se fait en établissement...

FT : c'est à dire, parce que là tu m'as parlé de la grossesse, en libéral aussi ?

MG3 : le suivi de grossesse en libéral je veux dire c'est pas très sorcier, je pense qu'elles ont une meilleure écoute qu'un généraliste ou qu'un gynéco car elle vont prendre sur une demi-heure, rassurer la mère sur pas mal de choses, sur la diététique, sur le suivi de pas mal de choses, et puis s'intéresser plus à la féminité, donc par rapport à ça je pense qu'elles sont le meilleur accompagnement.

FT : Est-ce qu'elles font autre chose que le suivi de grossesse ?

MG3 : Oui, la préparation à l'accouchement, la rééducation périnéale, tout ce qui a un lien avec la grossesse et l'accouchement. Maintenant le suivi gynéco plus large ça c'est une de leurs prérogatives, par rapport à ça moi j'ai des doutes sur la capacité à voir la patiente dans sa globalité. C'est à dire que la nana qui a de l'hypertension, qui prend des cachets pour autre chose, qui a un problème de thyroïde, un problème hormonal ou autre, d'acné, cardio vasculaire ou urinaire, je me pose la question, qu'est-ce qu'elles connaissent des autres organes, qu'est-ce qu'elles connaissent de la globalité ?

FT : Donc ça, ça veut dire que tu es au courant de l'élargissement des compétences de la sage-femme ?

MG3 : Oui, elles revendiquent qu'elles sont capables de faire des choses en plus ou peut-être mieux.

FT : Et tu sais toi ce qu'elles revendiquent ? Ce qu'elles sont capables de faire ? Tu es au courant ?

MG3 : J'ai une vision très superficielle de la chose. Bon qu'elles puissent faire des frottis ça me dérange pas, qu'elles puissent faire des échographies pour voir si il y a des fibromes, si elles sont formées à l'échographie c'est pas un problème. Maintenant, par rapport à l'hypertension, bah finalement elle nous l'a renvoyé pour faire le suivi, c'est un peu, je trouve que, c'est un partenaire de plus, mais qui n'a pas une vision globale ou le pouvoir de la prescription d'un médecin. Et c'est là où je pense que le gynécologue médical, qui est d'abord médecin a une vision plus large je pense de l'état général d'une patiente.

FT : Plus qu'un médecin généraliste ?

MG3 : Après ça dépend du médecin généraliste. Je ne sais pas si une sage-femme par exemple s'intéresse au surpoids de sa patiente finalement, et les conséquences gynéco que ça a. Bon pourquoi pas, une descente d'organe, mais est ce qu'elle va s'intéresser à dire que le surpoids est un facteur de risque du cancer du sein ou de pathologies métaboliques, ou d'hypertension ? Finalement elle peut donner des conseils, maintenant elle peut éventuellement dépister, mais elle ne va pas pouvoir traiter et assurer le suivi, et c'est là où je pense que c'est un peu léger dans le sens où ben ok tu dépistes une hypertension artérielle mais tu vas pas pouvoir forcément la contrôler, la surveiller ou proposer des automesures ou des choses comme ça.

FT : Et tu as déjà eu des cas comme ça ?

MG3 : Non j'en ai pas eu, et c'est pour ça que je me pose la question. Vu que c'est assez nouveau finalement qu'il y a des sages-femmes libérales de plus en plus nombreuses, je pense qu'elles restent pour l'instant centrées sur la grossesse et l'accompagnement de la grossesse. Sur un dépistage plus large, je pense que c'est un manque de globalité.

FT : Est-ce que tu as appris par d'autres moyens, mis à part ta femme qui a été suivie par une sage-femme, qu'elles avaient élargies leurs compétences vis à vis du suivi gynécologique ?

MG3 : Par les médias

FT : Est-ce que tu as une sage-femme qui est entrée en contact avec toi pour te dire je m'installe, je vais faire du suivi ?

MG3 : Non, justement non, il y a une sage-femme dans le secteur, je vois sa signature dans le carnet de santé, comme quoi elle fait le suivi PRADO des nouveau-nés, mais on se s'être jamais entretenus par téléphone. Après je sais pas si elle est arrivée avant moi ou après moi, et du coup on a jamais eu à discuter des dossiers. Là où j'ai une autre consœur, qui quand elle a vu quelque chose d'anormal chez une de mes patientes m'appelle et demande à la patiente de me recontacter. Tous comme les gynécologues médicaux de ville, des fois elles font des bilans et elles disent de rediscuter du bilan avec moi pour le cholestérol ou tout ça. C'est vrai je dois dire qu'il y a à peine plus de collaboration entre médecins qu'aujourd'hui avec les sages-femmes.

FT : Et si tu avais une sage-femme qui te proposait de créer un réseau ?

MG3 : Je serai ouvert pour justement connaître mieux sa façon de travailler, connaître ce qu'elle sait faire, ce à quoi je peux lui demander son avis. Tout comme un confrère ou une confrère gynéco.

Quand on se connaît on partage mieux ce qu'on sait faire, ce qu'on peut faire.

Maintenant, j'ai envie de dire, la sage-femme ne peut pas faire doublon. J'aimerais pas qu'elles deviennent des généralistes au rabais, c'est ça que j'ai l'impression qu'elle aimerait être, pour prendre la femme plus dans sa globalité comme des gynécologues médicaux, mais elles ont pas les moyens et elles ont pas à mon avis la formation pour. Donc ce qui fait qu'il y a quand même des limites à pouvoir être plus, assurer un suivi des femmes.

FT : La sage-femme peut faire le suivi gynécologique uniquement s'il reste physiologique. A partir du moment où il devient pathologique, elle a l'obligation médico-légale de l'adresser à un médecin, qu'est-ce que tu en penses ?

MG3 : Je vois ma vision de généraliste comme ça. C'est à dire que la femme qui va bien, qui a eu des grossesses sans problème, qui a un été général comme il faut, qui n'a pas de soucis d'incontinence urinaire ou de cystocèle, ça reste du physiologique. Donc moi j'ai le même discours, c'est à dire que tant que la dame elle va bien, que je ne dépiste pas une anomalie qui me paraît relever du spécialiste, je gère. Maintenant c'est sûr que la femme qui a des ménorragies inhabituelles, un souci au niveau des seins, là dernièrement j'ai eu un cas de prolactinémie je l'ai envoyé chez l'endocrino, à partir du moment où j'ai eu un frottis anormal j'envoie au spécialiste qui va faire son boulot.

D'ailleurs je pense que le spécialiste aujourd'hui il ne doit plus voir que du pathologique. Une femme enceinte qui va bien, elle doit pas être vue par un gynéco. D'ailleurs je fais très peu de suivis de grossesses parce que finalement les patientes ont facilement accès à un gynéco sur Besançon pour ça, et je trouve ça encore aberrant. Après que le suivi de grossesse soit fait par une sage-femme ça me choque pas. Donc maintenant

c'est sûr que une sage-femme elle doit être dans le dépistage, maintenant elle a plus de mal à assurer le suivi. Il y a le dépistage de choses simples qui relèvent du médecin traitant par exemple l'hypertension, bon, ça fait deux mondes. Mais bon vaut mieux qu'une femme soit bien suivie, bien dépistée que de passer à côté.

FT : Quand tu reçois une patiente en demande d'un suivi gynéco, est ce que tu l'informes des différents professionnels dont la sage-femme ?

MG3 : Je vais d'abord dire ce que je suis capable de faire ou pas. Il faut banaliser le suivi, je pense que c'est important que le médecin généraliste qui est le médecin de premier recours sache banaliser les choses. Faire un frottis ça n'a rien d'exceptionnel, en 10 minutes c'est fait, on parle plus vous être tranquille et on voit où on en est. Je leur présente les choses comme ça. La mammographie c'est pareil. Les femmes par rapport à leur ménopause, c'est un autre âge, mais parfois la discussion de la ménopause vient devant des tableaux d'insomnie, de douleurs articulaires, pas forcément sur des bouffées de chaleurs. C'est là où tu te dis finalement je comprends mieux pourquoi elle est pas bien cette dame. J'avais pas forcément le réflexe avant ma formation mais depuis je suis plus, à me dire tient cette dame-là elle vit mal sa ménopause.

FT : Et pour les choses plus intimes si elle veut un suivi par une femme vu que tu as déjà été confronté à ça, est ce que tu l'informes ? Qu'est-ce que tu lui dis ?

MG3 : Si une femme vient me voir un jour en me disant j'ai jamais été suivie, je lui explique ce que je suis capable de faire, et puis lui dire que si ça vous gêne que je sois un homme, il y a d'autres collègues féminines, d'autres médecins femmes dans le secteurs, il y a des gynécologues médicales, vous avez un hôpital, elles ont pas de raison d'être mal suivies ; et si elles ont mal suivies c'est qu'elles l'auront décidé. J'insiste là-dessus.

FT : Donc toi tu n'as pas de patientes qui sont suivies par une sage-femme ?

MG3 : Peut-être deux trois mais, je ne suis pas forcément au courant. J'ai des patientes qui se sont inquiétées car il y a une gynécologue médicale Madame G. qui est partie à la retraite à Besançon donc, certaines patientes qui sont perdues, donc je leur réexplique le circuit et aussi le fait que si vous êtes en bonne santé, vous avez besoin d'un frottis d'une mammo, donc je leur réexplique le bon circuit.

FT : c'est quoi le bon circuit pour toi ?

MG3 : premier recours, le suivi banal peut être fait par un médecin ou une sage-femme. Si ça devient pathologique, c'est là qu'intervient un gynécologue. J'ai envie de dire le dépistage, le suivi de la femme qui va bien peut-être fait par un médecin ou une sage-femme, là-dessus je cache pas que les sages-femmes sont dans le circuit et qu'elles ont une autre écoute une autre approche que les médecins. Maintenant, j'ai envie de dire le rendez-vous de la sage-femme doit rester l'équivalent d'un rendez-vous de dépistage d'anomalie gynéco. Maintenant le reste, elles sont limitées dans le suivi qu'elles peuvent faire et dans le rôle de pilote. C'est là où le médecin généraliste, nous sommes les pilotes, enfin je conçois le métier comme ça, c'est moi le pilote et je demande aux intervenants de rendre service aux patients, et la sage-femme est un intervenant, elle n'est pas le pilote, à mon avis, et je pense qu'il y en a beaucoup qui aimeraient être les pilotes. Celle qui a suivi ma femme, elle aimerait être le pilote, j'ai bien senti les choses comme ça.

FT : Est-ce qu'il y a des choses que tu aimerais me dire, des choses que l'on n'a pas abordées ? Le travail pluridisciplinaire avec les sages-femmes, la démographie ?

MG3 : Par rapport aux missions de la sage-femme, je suis un peu surpris dans le PRADO, genre le suivi du bébé que ce soit la sage-femme qui le fasse. J'aimerais savoir qu'elle formation elles ont par rapport au suivi d'un gamin. Elles vont le peser, conseiller sur le lait ou l'allaitement, mais qu'elle est leur formation sur ça. Parce que les sage-femme hospitalières je suis pas sûr qu'elles fassent plus que ça de consultation après l'accouchement. Ok elles font une pesée toutes les semaines, bon le premier mois c'est pas là où ils prennent forcément, une pesée toutes les semaines à part entretenir un stress je crois pas que ce soit forcément bénéfique pour les mères et les gamins.

Pour la démographie médicale, j'ai envie de dire comme tout praticien libéral pour s'installer, faut qu'il y ait un manque ou une demande. Ça j'ai l'impression vu que c'est nouveau on va créer une demande. Vu qu'il y a des gynécologues médicaux qui prennent leur retraite de toute façon, théoriquement on devrait revoir le suivi

gynécologique plus fréquent chez les généralistes, et on est formé à ça. Les trois mois de gynéco pédiatrie qu'on a durant l'internat c'est bien pour dire que nous médecin généraliste, on doit faire le suivi de la femme, on est formé à ça, pour prendre le relais de ces gynécologues médicales qui sont plus formées. C'est le discours des autorités, c'est le discours je pense d'un certain nombre de médecins maintenant. Maintenant on souhaite amplifier et répondre à une demande des sages-femmes, elles arrivent sur un credo qui est nouveau, ok elles offrent des soins, mais est ce que la demande est là, est ce que les femmes sont prêtes à changer leurs habitudes, je pense que si elles n'ont pas d'autres appuis, et je sais pas comment elles peuvent faire connaître leur activité, hormis être attachées à un cabinet médical, ou être en lien avec l'hôpital et faire encore du travail en semi libéral ? Et je pense que ce qui peut être pas mal c'est être encore en semi libéral, d'avoir un pied à l'hôpital, et un pied en cabinet ça je pense que ça peut être pas mal. Et puis que les hôpitaux sachent envoyer la sage-femme libérale, alors ça je pense que ça ne se fait pas trop mal.

FT : Et bien écoute je te remercie.

MG3 : Après sur les sages-femmes je dirai que c'est plutôt le bouche à oreille qui fonctionne, c'est à dire que, ma femme son suivi de grossesse elle l'a connu par une copine. Donc bouche à oreille entre patientes. Elles comparent leurs prises en charge, « moi la sage-femme elle passe une demi-heure à discuter et elle a pas de retard, à l'hôpital j'y passe ma matinée pour 5 minutes de consultation » L'idée par rapport à la grossesse c'est qu'elles ont envie d'avoir un espace tranquillement pour discuter et ça je crois que les sages-femmes sont là pour ça.

Moi en tant que généraliste, j'ai choisi un exercice où je peux avoir le temps de causer avec les patientes qui en ont besoin, mais c'est vrai qu'il y a des choses qu'on ne maîtrise pas encore. C'est vrai que parce que je ne suis pas encore beaucoup de patientes pour leur grossesse je pense que j'ai encore à améliorer le suivi que je peux offrir. Et en ça je suis moins compétent que les sages-femmes.

FT : Merci beaucoup !

MG3 : Mais de rien.

Entretien n°4

FT : Merci de m'aider dans mon travail de thèse. Je vais interroger les médecins généralistes et gynécologues par rapport au fait que les sages-femmes puissent réaliser le suivi gynécologique, et puis voir ce qu'ils en pensent. Peux-tu pour commencer me parler de ta pratique gynéco au cabinet, qu'est-ce que tu fais, en dehors du suivi de grossesse ?

MG4 : Suivi annuel, dépistage seins, examen annuel, frottis, après prescription de contraception, prescription du bilan lipidique et tout ce qui va avec. Suivi de grossesse, j'en fais pas beaucoup. Les IVG. Je fais une formation DPC pour apprendre à faire de l'échographie. C'est assez général, et puis après en fonction de ce que tu veux, tu peux faire du perfectionnement. On va prendre un appareil d'écho ici. Notre sage-femme n'est pas formée à l'écho. Quand tu poses un stérilet tu voudrais être sûre qu'il est bien placé, donc moi je fais contrôler mes stérilets par écho. Quand je fais des IVG, des fois du fais des examens post-IVG, mais y'a pas d'obligation d'écho, tu te fais ça a l'air d'aller, les « beta » sont quasiment négatifs, tu mettrais un coup de sonde endo-vaginale, ça serait bien.

FT : Pour l'IVG tu as eu une formation ?

MG4 : Je suis allée une heure au CHU discuter avec les Pr R. et puis ma collègue m'a formée à la technique, car elle était formée par un médecin de chez nous qui partait en retraite.

FT : Tu as eu du mal à mettre en place le suivi gynécologique dans tes consultations ?

MG4 : Non non.

FT : Tu avais de la demande ?

MG4 : Après par contre je dis aux patientes quand elles viennent pour leur renouvellement, je leur dis que le suivi gynéco c'est une consultation dans l'année, dédiée que pour ça. Des fois c'est difficile de trouver la place, « ha au fait ça fait longtemps que j'ai pas fait de frottis, maintenant que je suis là autant le faire ? » Bah oui, bien, sûr, et puis je te donne dix balles et un mars et puis en même temps on prend le café?. Tu vois au bout de vingt minutes, tu rajoutes l'examen gynéco tu as déjà pris un quart d'heure de retard !

FT : Mais tu as eu beaucoup de demande ? Je ne sais pas si tu as repris la place de quelqu'un qui faisait de la gynéco ou pas ?

MG4 : Oui j'ai beaucoup de demande. J'ai repris la place du Dr H., avec ma collègue on se partage ses patients, on a racheté ses parts. En fait il ne faisait pas de gynéco, il adressait tout à la sage-femme, et aux femmes de la maison médicale, et en fait, quand il y a des femmes qui s'installent, nos collègues hommes ils font quasiment pas de gynéco, donc on fait toute leur gynéco, que se soit la sage-femme ou nous, on fait tous les frottis tout ça de nos collègues hommes.

FT : Quand tu es arrivée, il y avait déjà une sage-femme dans la maison médicale ?

MG4 : Oui.

FT : Et le fait que toi et ta collègue fassiez du suivi gynéco, ça n'a pas posé problème ?

MG4 : Non, parce qu'on est six femmes au total dans la maison médicale, ça a toujours fonctionné comme ça, après elle, elle a pu mal le vivre, donc du coup des fois y'a des tensions, des frictions, donc tu es obligé de revenir à la base et puis de tomber sur un terrain d'entente. C'est aussi pour ça que je fais pas de suivis de grossesse car je lui en envoie pas mal.

FT : D'accord, ça c'est le compromis, tu lui envoies les suivis de grossesses comme ça toi tu peux essayer de garder ton suivi gynécologique ?

MG4 : Oui, et puis du coup elle nous envoie les nourrissons quand elle a vu les accouchées.

FT : Donc elle ne fait pas du tout le suivi des nourrissons en tous cas ?

MG4 : Non, en fait elle doit à domicile les peser au départ, tu sais en PRADO.

FT : Ok, ça marche. Vu que ma thèse parle des sages-femmes, j'aimerais bien connaître ta vision de la sage-femme, pour toi son métier consiste en quoi ?

MG4 : Elle fait plein de trucs la sage-femme, elle peut faire de la prescription de contraception, faire des frottis, pose de stérilets, suivis de grossesses, cours de préparation à l'accouchement, PRADO, prises en charge à domicile, monitoring à domicile. Il y a même des sages-femmes qui font de l'échographie. Nous notre sage-femme elle fait de l'acupuncture, c'est génial.

FT : Donc tu es bien au courant que les sages-femmes ont élargi leurs compétences depuis 2009 ?

MG4 : Oui

FT : Et ça tu le savais avant de t'installer en maison médicale ? Tu l'as appris comment ?

MG4 : Non, je l'ai appris là.

FT : Une fois que tu t'es installée ?

MG4 : Oui.

FT : Et tu n'avais pas du tout entendu parler pendant tes études ou par les médias, comme d'autres médecins me l'ont rapporté, que la sage-femme pouvait faire tout ça ?

MG4 : Non, pas pendant les études. Non, c'est vraiment ici en fait.

FT : Du coup, on est vraiment au cœur de mon sujet de thèse, qu'est-ce que tu penses de cet élargissement de ces compétences au niveau du suivi gynécologique ?

MG4 : Bah, moi ça me dérange pas. Après je pense que l'argent est le nerf de la guerre, donc je pense qu'il y en a qui ont du mal le vivre parce que ça leur a enlevé une partie de leurs patientes. Après moi je suis contente, si les sages-femmes peuvent s'épanouir en faisant autre chose que de la rééducation du périnée. Voilà, parce que au-delà de ça, notre sage-femme fait des cours de préparation à l'accouchement et du suivi de grossesse, mais elle fait énormément de rééducation du périnée. Au bout d'un moment c'est pas très intéressant donc si elles peuvent faire autre chose pourquoi pas, du coup je ferai plus d'autres trucs.

FT : Tu as l'impression qu'elle t'a amputé une partie de tes patientes pour le suivi gynéco ?

MG4 : Non, pas trop parce que en fait, tu vois comme elle a dix médecins avec elle, elle a vachement de boulot de base, elle a des délais de RDV importants elle est un peu engorgée par la rééducation du périnée, du coup elle a tellement de boulot, une sage-femme pour dix médecins...

FT : Et toi c'est pareil, tu as du travail au niveau gynéco ?

MG4 : Oh oui, beaucoup, encore aujourd'hui j'en ai eu deux, deux patientes de mes collègues hommes, qui m'ont dit « oh bah je préférerais une femme pour le suivi gynéco, on m'a dit que je pouvais voir n'importe laquelle des médecins ou la sage-femme, j'ai entendu parler de vous donc je viens vous voir.

FT : Et quand tu as une patiente qui est en demande de suivi gynéco, est-ce que tu l'informes qu'il y a différents professionnels, toi un gynéco ou autre ?

MG4 : Quand elle me demande, je leur dis : moi, les autres de la maison médicale ou la sage-femme. Quand c'est des patientes à moi qui me demandent « où est-ce qu'on peut se faire suivre au niveau gynéco ? », je leur propose moi mais je leur propose la sage-femme, ou une autre de mes collègues parce que des fois c'est pas évident de faire tout au même endroit. Après, surtout pour les suivis de grossesse, je leur parle de la sage-femme, parce qu'il y a des cours en plus, limite je trouve que c'est plus simple d'avoir le suivi de grossesse et les cours au même endroit.

FT : Tu échanges beaucoup avec la sage-femme ? Si vous avez des prises en charge communes avec des patientes, même sans dire que c'est une prise en charge commune ?

MG4 : Oui, alors c'est des échanges informels, y'a rien d'écrit, c'est entre deux portes, au milieu d'un couloir ou autour d'un café « Au fait, j'ai vu madame machin, elle va pas bien » ou quand elle voit une patiente et qu'elle veut faire un arrêt de travail, elle peut pas donc du coup elle m'appelle, « est ce que tu peux la voir en plus, est ce que je peux te la rajouter, est ce que je peux te l'envoyer maintenant ? » Et moi des fois, j'ai des patientes qui consultent et qui sont suivies par elle, elles viennent pour un arrêt de travail, je fais l'examen et le col il est moche, et ça ressemble pas à ce qui est marqué dans le dossier, je lui dis « -tu te souviens, dans le contexte ? - Mets-la moi demain » et puis on s'arrange comme ça.

FT : Et puis, sans dire d'échanger sur des patientes, mais est-ce que ça vous arrive de vous passer un coup de fil, en disant, là je suis limitée dans mes compétences, qu'est-ce que t'en penses ?

MG4 : Ah oui, souvent ! Oui, elle nous appelle pour pas mal de choses, et puis moi ça m'arrive souvent tu vois par exemple les nausées de début de grossesse, je sais très bien que même les traitements médicamenteux, c'est pas top, y'a pas grand-chose à faire, mais l'acupuncture semble bien marcher. A mon niveau, « médicamenteusement parlant » ça ne marche pas, est-ce que tu peux la voir pour de l'accu, et puis voilà, ça fonctionne comme ça.

FT : Oui, donc il y a un vrai échange entre vous.

MG4 : Oui, c'est informel, c'est rarement tracé.

FT : Tu n'as jamais eu de sensation de mise en concurrence des deux professions ?

MG4 : Par rapport à moi non. Mais je sais qu'à ma maison médicale ça a pu causer des conflits. Mais c'était pas par rapport à moi qui me suis sentie visée.

FT : Des soucis de « tu me piques mes patients » ? C'est ça ?

MG4 : Oui. Des querelles de cour de récréation à deux balles.

FT : Est ce qu'il y a des choses qu'on a pas abordées, je sais que tu es un petit peu pressée, mais des gens m'ont rapporté des problèmes de démographie médicale par rapport aux gynécologues.

MG4 : C'est vrai que les patientes quand elles veulent un rendez-vous chez le gynéco... Par exemple moi je fais pas du tout de traitement substitutif de la ménopause, je gère pas ça, on te l'apprend pas ou on te l'apprend plus. Les jeunes gynécos ils ne font plus donc ils ne peuvent pas t'aider, au bout d'un moment je sens mes limites donc ça je ne le fais pas. Et puis du coup, quand tu as essayé la phyto, il se passe rien, tu envoies vers un gynéco. Et c'est vrai que en ville, c'est le seul truc qui pose problème parce que la gynéco de base je peux la faire après quand c'est des trucs plus spécifiques c'est compliqué parce que les délais sont super longs. Mais nous en ville on trouve ça long, je pense qu'en cambrousse ça doit être l'horreur.

FT : Dernière question, la sage-femme peut faire le suivi gynéco, mais à partir du moment où il reste physiologique, en gros dès qu'il devient pathologique, elle a l'obligation d'adresser à un médecin généraliste ou u gynécologue. T'en penses quoi de ça ?

MG4 : Je pensais que c'était un gynécologue, je pensais pas que c'était un médecin généraliste. Pour moi j'étais comme la sage-femme, j'avais le droit de faire des suivis de grossesse non pathologiques c'est à dire physiologique.

FT : Mais au niveau gynéco ? C'est pas précisé qu'elle doit adresser à un gynéco plus qu'à un médecin gé tu vois.

MG4 : Ah oui ? Bah moi je trouve ça très con. Tu vois quand tu as un frottis pathologique tu fais quoi ? Si c'est une cervicite ou une infection bactérienne, tu fous trois ovules de machin et tu recontrôles trois mois après. Mais quand t'as un ASCUS, et que t'as un HPV dedans, tu envoies vers le gynéco donc t'es aussi embêtée que la sage-femme. Ça me paraît un peu idiot.

FT : Vous avez un réseau pour ça ? Un gynécologue avec qui vous travaillez, à l'hôpital ou en ville ?

MG4 : En fait le mari de mon associée il est gynécologue à l'hosto, du coup quand j'ai des questions et qu'il peut me faire une réponse SMS, j'envoie un texto, et puis sinon je suis passée en gynéco donc souvent j'appelle le Dr E. qui est gynécologue, je lui demande si elle peut voir les patientes. J'ai pas un réseau privilégié pour ça. Je me débrouille avec mes collègues, et vu que tu connais les gens...

FT : Autre chose que tu voudrais rajouter ?

MG4 : On avait regardé à la fac pour nous mettre en praticien gynéco-pédiatre. Pour les internes pour le semestre gynéco-pédia pour le faire en libéral, en ambulatoire. C'est en cours.

FT : Super merci beaucoup.

MG4 : Mais de rien.

Entretien n°5

FT : Je te remercie de participer à mon étude de thèse qui s'intéresse à l'opinion des médecins concernant le suivi gynécologique réalisé par les sages-femmes. Déjà, est-ce que tu peux te présenter et me dire un peu ton activité gynécologique, ce que tu fais ?

MG5 : Donc en fait moi je me suis installée récemment, et je voulais un peu orienter ma patientèle du côté gynécologique, parce que j'avais une activité antérieurement que de gynéco médicale. Et à l'installation j'ai pas eu de difficulté à pouvoir orienter parce qu'il y a un besoin sur la ville important, et les femmes que je suis en médecine générale viennent facilement pour leur dépistage annuel. Et puis avec le bouche à oreille, il y a aussi de la gynécologie médicale qui arrive toute seule, et qui n'est pas suivie par moi en médecine générale mais pour qui je peux faire une consultation de suivi gynécologique à part en fait.

FT : Et tu fais du suivi en PMI tu me disais.

MG5 : Oui, du coup je participe à l'activité à la PMI du planning familial. J'y vais régulièrement, ce qui me permet de rentrer dans un réseau finalement, avec les gynécologues de l'hôpital puisqu'on a une gynécologue de l'hôpital qui travaille à la PMI, et puis notamment 2 sages-femmes maintenant qui travaillent avec nous au planning familial. Donc c'est assez varié aussi en terme de proposition sur le planning de professionnels de santé.

FT : Le planning tu y vas combien de temps, comment ça se passe ?

MG5 : C'est une après-midi par semaine, pas toutes les semaines, mais pour l'instant on arrive à tourner une fois par mois.

FT : Et au niveau de ton activité au cabinet, qu'est-ce que tu fais au niveau gynécologique ? Suivi, stérilet, implant ?

MG5 : Dépistage annuel pour les frottis, ensuite tout ce qui est suivi de grossesse, pose d'implant, pose de stérilet, et IVG médicamenteuse. J'ai signé la convention il y a un mois maintenant avec l'hôpital.

FT : C'est une convention que tu signes et qui permet d'adresser les patientes à l'hôpital s'il y a un souci ?

MG5 : Oui c'est important d'avoir une convention parce que s'il y a une complication il faut que la patiente puisse être prise en charge rapidement pour un curetage éventuel. Et puis ça permet d'avoir les stats qui sont faites sur la région et de continuer à se former, et d'être avec l'équipe en fait.

FT : Et tu me dis que tu n'as pas eu de mal à mettre en place le suivi gynéco, parce que sur la ville tu avais la demande de patientes...

MG5 : Oui et puis ça se fait assez facilement dans l'interrogatoire, puisque finalement je suis nouvellement installée, je reprends beaucoup tous les antécédents. On reprend où on en est dans le suivi, et puis rapidement on se rend bien compte : « c'était il y a deux ans mais c'est difficile d'avoir quelqu'un », bon bah ça tombe bien donc voilà. Donc sans grande difficulté, parce que en plus rien n'indique que je fais de la gynéco médicale

FT : C'est pas écrit sur ta plaque ?

MG5 : Non je ne pouvais pas le mettre sur la plaque parce que les DIU on ne peut pas les mettre. Et sur mes ordonnanciers normalement non plus, donc c'est simplement dans l'entretien.

FT : Et pour rentrer un peu plus au cœur du sujet, vu que je parle des sages-femmes dans ce sujet de thèse, est-ce que tu pourrais me dire pour toi quel est le rôle de la sage-femme ?

MG5 : Pour le coup j'ai vraiment l'expérience de travailler avec plusieurs sages-femmes, la problématique elle est un peu comme pour les médecins généralistes je trouve. Moi si j'étais généraliste et que je n'avais pas fait mes DU complémentaires, je ne pense pas que je pourrai apporter un suivi aussi poussé et avec autant de sécurité que si je les avais. Donc du coup les sages-femmes pour moi, je veux dire qui ont fait leur formation, et les formations que moi j'ai faite elles sont ouvertes aux sages-femmes donc j'en ai côtoyé beaucoup à cette occasion, elles ont les capacités autant que n'importe quel médecin généraliste, de faire un suivi de poser les stérilets, de poser des implants. J'y vois pas de difficulté particulière. La difficulté c'est que on a l'impression et en tout cas je crois que d'un point de vue légal il y a des choses qu'elles ne peuvent pas traiter après. Donc des fois elles se retrouvent à dépister des choses et elles sont obligées de passer le relais. Donc ce qui est un peu compliqué pour elles parce que je pense que des fois ça met un peu en porte-à-faux. Donc c'est ça le souci. Après je pense que les sages-femmes qui ont leur DU avec qui on a l'habitude de travailler, j'ai pas de soucis à travailler avec elles.

FT : Donc toi tu es bien au courant que les sages-femmes, c'est depuis 2009 qu'elles ont eu l'élargissement de leurs compétences et que le suivi gynécologique leur est accessible.

MG5 : Tout à fait. Et puis bientôt elles vont pouvoir avec le nouveau décret faire des IVG médicamenteuses, ce qui ne les enchante pas trop d'après ce que j'ai cru comprendre.

FT : Et comment tu l'as appris cet élargissement de compétences ? En côtoyant des sages-femmes ?

MG5 : Oui je pense que c'est à l'occasion des DU, parce qu'on s'est croisé à de multiples reprises, je pense que c'est comme ça, au fur et à mesure. Et puis je me forme beaucoup donc je vais à l'AFC (Association Française de Contraception) annuellement, et c'est beaucoup côtoyé par des sages-femmes aussi, donc oui ça permet de débattre à ce sujet-là, ou d'être au courant, donc voilà en fait.

FT : Et qu'est-ce que tu en penses de cet élargissement de compétence ? Tu vois ça comment ?

MG5 : De manière pratique moi, par exemple pour mon cas personnel c'est intéressant mais en même temps il faudrait pas non plus que je sois en groupe par exemple avec trois sages-femmes, parce que du coup j'aurai beaucoup de mal à garder mon orientation gynéco, ça pourrait un peu imiter cette orientation, on viendrait me voir pour la médecine générale, et puis sinon il y aurait les sages-femmes donc ça serait plus facile d'avoir un rdv, donc c'est bien, mais il faut juste que les choses s'organisent pour que, je pense pas qu'on soit à un stade où il y a une concurrence d'enfer pour que personne ne puisse s'orienter. Mais voilà, moi je voudrais pas que ça m'empêche de pouvoir exercer cette partie-là de mon métier.

FT : Toi tu travailles en réseau, je ne parle pas de la PMI, mais est-ce que au sein de ton métier de médecin généraliste tu travailles en réseau avec une sage-femme ?

MG5 : Oui, y'a pas de difficulté pour moi d'orienter mes patientes notamment pour tout ce qui est rééducation du périnée parce que moi je fais pas et que clairement elles sont plus formées que nous, il y a beaucoup plus de sages-femmes qui ont pris cette orientation que de médecin généraliste, donc la rééducation du périnée j'envoie bien entendu, tout ce qui préparation à la grossesse, bien entendu je leur envoie aussi, du coup on peut travailler ensemble pour le suivi de grossesse, voilà moi je peux continuer à les voir mensuellement et elles font leur suivi de préparation vers les sages-femmes.

FT : Et c'est des sages-femmes en libéral chez qui tu envoies ou à l'hôpital ?

MG5 : A l'hôpital ça se fait tout seul parce que les échos finalement elles sont faites à l'hôpital. Du coup c'est toujours une sage-femme qui fait les échos quasiment. Et puis du coup après les rdv des 7^{ème} mois et 8^{ème} mois c'est aussi des sages-femmes si les grossesses sont normales, ou un médecin si c'est pathologique, donc du coup je travaille avec l'hôpital mais je travaille aussi en libéral et j'ai pas de difficulté, voilà, il y a des sages-femmes avec qui je travaille je sais bien que les patientes sont pas forcément coaptées derrière, et puis même si elles le sont et bien elles le sont. Les dames ont le droit d'aller voir qui elles ont envie. En même temps comme moi elles me voient et que je fais le suivi, si elles se sentent bien à un endroit elles reviennent. Après

j'ai pas une expérience de nombreuses années multiples et variées mais je me positionne pas dans ce sens-là quoi. Pas encore en tout cas (rires).

FT : Et tout à l'heure tu me disais qu'effectivement la sage-femme peut faire le suivi mais que quand il reste physiologique. A partir du moment où il devient pathologique, elle a l'obligation de l'adresser à un médecin, alors c'est pas précisé si c'est un généraliste ou gynécologue, mais en tout cas à un médecin. Qu'est-ce que toi tu en penses ?

MG5 : Je trouve que c'est peut-être problématique pour elles de trouver la limite parce que par exemple j'ai eu un cas très précis, j'ai eu une sage-femme qui a très bien posé le diagnostic d'une infertilité d'un couple, qui a lancé le bilan parce que c'est dans ses compétences, et le problème c'est qu'elle s'est retrouvée avec un spermogramme où il y avait effectivement un chlamydia et que du coup elle pouvait pas le traiter. Et il y avait aussi quelques petites problématiques sur le bilan d'infertilité de la dame, et du coup elle me l'a adressée. Le problème c'est qu'il faudrait qu'on travaille un peu plus en réseau pour ça parce que j'ai des patientes qui me prennent un rdv comme ça de consultation, et je me retrouve avec une infertilité à prendre en charge, pour une orientation et un traitement du coup. Ma place était positionnée logiquement, mais le problème c'est que je savais pas ce que c'était la consultation donc ça m'a pris un temps fou et c'était pas organisé. Donc en fait il faudrait qu'on se coordonne un peu plus, sur un coup de fil pour qu'on puisse poser les choses clairement. Mais voilà c'était juste un peu ça la problématique.

FT : Mais il n'y a pas de réseau ? Tu fonctionnes pas avec une sage-femme en particulier en libéral, « moi je peux faire ça, toi tu peux faire ça » ?

MG5 : Non parce que géographiquement on est pas du tout proches donc du coup non on n'a pas partagé le gâteau entre guillemets. On s'est rencontré parce qu'il y a un projet de maison de santé à plusieurs reprises, et dans le projet de santé on avait le suivi des femmes qui était abordé, et donc là se dessinait effectivement un peu la répartition des tâches, mais voilà ça n'a pas donné naissance à un véritable réseau. Le problème des réseaux c'est bien, mais ça demande beaucoup de temps, c'est phagocitant. Moi je participe déjà avec la pédiatrie à un réseau qui s'appelle REPETA, qui est un réseau où on est avec psychomot', orthophoniste, etc. Et on se revoit tous les trimestres ou tous les six mois pour revoir des dossiers un peu complexes, donc ça prend déjà pas mal de temps, voilà. C'est un peu compliqué de faire. C'est bien les réseaux, mais c'est redondant. Après de manière pratique, on n'est pas cinquante millions comme professionnels de santé, donc on sait très bien avec qui on bosse, on peut attraper le téléphone et s'appeler c'est pas compliqué.

FT : Et par rapport à ce partage de tâche à la maison médicale dont tu parlais, comment les choses allaient se mettre en place ? Concrètement, la gynéco, le suivi de grossesse ?

MG5 : On n'est pas arrivé à ce stade-là. Et puis la problématique c'était que les maisons de santé en principe il y a des paramédicaux et des médicaux, et il a une proportion relativement proportionnelle, moi je connais pas de maison de santé où il y a trois ou quatre sages-femmes en place quoi. Donc du coup, voilà c'était un petit peu la problématique.

FT : Elles voulaient venir à plusieurs ?

MG5 : Il y avait plusieurs sages-femmes qui étaient intéressées, mais du coup il fallait peut-être voir comment faire dans la maison de santé, un regroupement, une scission un truc, enfin je sais pas. Avec la crainte quand même qu'on oriente moins nous de notre côté.

FT : Ton activité sur le plan gynéco ?

MG5 : Oui.

FT : Est-ce qu'il y a des choses que tu aimerais dire, qu'on n'a pas abordées ? Je ne sais pas, il y a des gens qui ont parlé de démographie médicale avec la diminution des gynécologues, ou bien de mise en concurrence des métiers ?

MG5 : Non moi je vois plutôt une orientation un petit peu des instances supérieures à déléguer des parties du travail vers des paramédicaux puisqu'effectivement on a un souci de démographique et donc du coup on sent bien qu'il n'y a pas de gynéco, on ne va plus former de gynéco médicales puisque c'est fait pour. En même temps c'est une particularité française, les autres pays n'ont pas de gynéco médicale. En tant que généraliste j'estime que moi finalement, ça fait tout à fait partie de mes compétences, puisque je me suis formée, donc je voyais pas tellement l'intérêt de reformer des gynéco médicales, moi je pense qu'un médecin généraliste qui s'est un peu formé et qui s'intéresse il peut faire. Et oui, pourquoi pas d'autres paramédicaux s'ils sont formés, mais s'ils sont formés correctement parce quand même aller faire de l'IVG médicamenteuse si on n'a pas fait le DIU, ça me paraît un peu léger

FT : C'est pas dans leur formation initiale.

MG5 : Exactement, y'a pas un module je pense dans leur formation. Moi-même étant généraliste, je n'ai pas eu de module et c'est bien pour ça que j'ai été faire des modules complémentaires, je sais bien comment j'étais et comment je suis devenue à l'issue de ces trois années, trois mémoires, six mois de stage, c'est pas du tout la même ambiance. J'ai une assurance maintenant qui me permet de travailler seule en ville, ce que je n'aurai pas fait au départ.

FT : Avec un bon socle de connaissances ?

MG5 : Oui ce qui me permet d'être à l'aise et de ne pas être angoissée, parce que on peut quand même avoir des complications. C'est pas si compliqué de poser un stérilet mais enfin il faut quand même savoir deux trois choses, et puis il faut le faire correctement. Donc voilà, je pense que les gens ont tous leur place s'ils font l'effort de se former correctement et donc oui déléguer c'est bien, mais pas avec une qualité moindre, je pense que c'est important de garantir ça aux patients. Parce qu'on leur fait subir beaucoup de choses aux patients sans qu'ils soient au courant, la médecine c'est comme le reste c'est en train de changer, et ils ne sont pas toujours au courant de voir la qualité qui évolue, et dans quel sens, ça je le vois bien avec les urgences (ancienne urgentiste), on a bien senti.

Arrivée d'un autre médecin, l'entretien se termine.

Entretien n°6

FT : M. je te remercie de participer à mon étude pour ma thèse. Le sujet, c'est l'opinion des médecins généralistes et gynécologues concernant le fait que les sages-femmes puissent faire le suivi gynécologique. Est-ce que tu peux me parler de ton suivi gynéco, enfin est-ce que tu fais du suivi gynéco en cabinet ?

MG7 : Je ne fais pas de suivi gynécologique. Une majorité de mes patientes vont voir le Dr C., mon associée qui fait le suivi des grossesses et puis le suivi gynéco. Il y a une partie de mes patientes qui ont un gynécologue, et une petite partie qui vont voir une sage-femme.

FT : D'accord. Et toi tu n'as pas mis en place de suivi gynéco parce que tu n'avais pas de demande ou parce que c'était un choix personnel ?

MG7 : Parce que déjà étant un homme ça gêne souvent les patientes.

FT : Tu as pu le constater ?

MG7 : Oui quand même. Que moins on en fait et puis moins on a envie d'en faire, alors que j'étais formé à faire les frottis, stérilets j'ai dû en mettre un ou deux quand j'étais interne. Enfin voilà moi je sortais de la gynéco, c'était un de mes derniers stages, j'avais quand même pas mal de notions, j'avais fait des consults même à la place des chefs comme ça se fait au CHU pour les suivis de grossesse tout ça. Mais voilà, pas forcément le matériel tout de suite au début, et puis voilà, moins on en fait moins on a envie d'en faire. Et puis voilà dans la relation qu'on peut avoir avec les patientes femmes je préférais déléguer. Idéalement, elles vont chez Alexandra ou vers une gynéco, et puis quand elles ont déjà une sage-femme ou elles veulent aller voir une sage-femme on fait comme ça.

FT : Et quand tu as une patiente qui est en demande de suivi gynéco, est-ce que tu envoies directement à Alexandra, ou est-ce que tu parles des différents professionnels qui peuvent faire le suivi ?

MG7 : Non maintenant, je dis en premier lieu Alexandra, mais comme je sais qu'elle a aussi beaucoup de travail je parle de toutes, et puis on a une nouvelle gynéco qui est installée à Lons donc je parle aussi d'elle, je présente un peu de tout le monde, mais prioritairement si les gens peuvent c'est vers ma collègue ou un gynéco. Après il y a la question de délai, des fois les sages-femmes ont moins de délai.

FT : Mais tu parles des sages-femmes ?

MG7 : Oui oui, je parle des sages-femmes, surtout plus pour le suivi de grossesse que pour une consultation hors grossesse. En suivi je parle volontiers des sages-femmes. En gynéco médicale, beaucoup moins.

FT : Parce qu'il y en a de moins en moins et que les délais sont longs ?

MG7 : Pour les gynécos tu veux dire ? Oui, et puis les sages-femmes qui font des suivis hors grossesse c'est quand même limité, souvent elles prescrivent des trucs, derrière nous on se sent, on se retrouve avec les résultats sans avoir fait l'examen, c'est quand même moins approprié.

FT : D'accord. Alors la deuxième question, pour toi quel est le rôle d'une sage-femme, ça correspond à quoi son métier ?

MG7 : Alors, le suivi de grossesse, avec les cours de préparation à l'accouchement, j'envoie des jeunes patientes aussi par rapport à la contraception, quand on n'a pas de rdv chez le gynéco ou que Alexandra peut pas les recevoir, voilà. Après tout ce qui est frottis, elles font aussi ça je sais. Bon après je préfère quand c'est fait par un gynéco ou par un médecin généraliste qui fait le suivi gynéco. Voilà, elles font aussi tout ce qui est rééducation périnéale après un accouchement.

FT : Et quand tu dis que tu préfères un médecin gé ou un gynéco c'est parce que tu as déjà eu des problèmes, des retours ?

MG7 : Oui je dis par rapport aux bilans qui sont prescrits et derrière ils renvoient les patients vers nous alors qu'on n'était pas les prescripteurs du bilan donc on se retrouve avec des trucs qu'on aurait jamais demandé qu'il faut gérer. Même des fois par rapport à des retraits de stérilets et des mises en place de contraception, on n'est pas forcément d'accord. Alors que sur un suivi de grossesse ça pose moins de soucis.

FT : C'est par expérience donc ?

MG7 : Oui voilà.

FT : Donc toi tu es bien au courant que les sages-femmes, depuis 2009, elles ont le droit de faire le suivi gynécologique, en plus du suivi de grossesse. Elles ont élargi leurs compétences. Qu'est-ce que tu en pense de ça toi, du fait qu'elles aient accès au suivi gynécologique.

MG7 : Ca ne me gêne pas. Après je pense qu'il ne faut pas dépasser son champ d'activité. Quand une sage-femme commence à prescrire des TSH, faire des trucs, derrière elles n'ont pas la formation pour pouvoir traiter, je trouve que c'est dommage. Après si elles se sentent, mettre de place une contraception et si elles gèrent ça correctement ça me gêne pas. Mais il faut pas qu'elles dépassent leur champ d'activité. J'aurai plus confiance en une gynéco ou en un médecin généraliste qui fait pas mal de gynéco.

FT : Donc toi tu as l'impression, je te dis ça parce qu'un médecin me l'a rapporté également, que la sage-femme pouvait parfois dépasser ses compétences, elle pouvait faire plus que ses compétences, qu'elle est pas capable de prendre la femme dans sa globalité ?

MG7 : Oui voilà, et puis, le coup de la TSH c'est assez classique, les bilans derrière les patientes retournent à la sage-femme en leur disant « j'ai ça qui va pas », et elle leur dit « allez voir votre médecin traitant », pour le coup, si y'a un problème suspecté, elles font un petit courrier et c'est nous qui faisons le bilan, mais elles se lancent pas dans un bilan pour lequel derrière elles peuvent pas assumer. Donc après c'est pareil, tout à l'heure j'ai reçu une patiente qui avait fait une consult' gynéco avec un prélèvement vaginal, et du coup il y avait des bactéries, ça m'a pas gêné de la recevoir, mais bon, j'ai récupéré la patiente avec la bio, juste pour lui faire une ordonnance, c'est un peu dommage quoi.

FT : En fait c'est ça dans la loi, elles peuvent faire le suivi du moment qu'il est physiologique, et à partir du moment où ça devient pathologique elle a l'obligation de l'adresser à un médecin gynécologue ou généraliste, un médecin. C'est là où toi ça peut te poser problème ?

MG7 : Oui, voilà, parce que soit quand on retrouve une bactérie elles ont le droit de la traiter et elles la traite sur un truc local comme ça, tu vois c'est même pas une IST, une petite vaginite bactérienne, ou soit elles le font pas. Recevoir la patiente juste pour ça, ou des fois les patientes t'appellent pour avoir ça pour avoir l'ordonnance sans prendre rdv, c'est un peu dommage.

FT : Tu as déjà été amené à travailler en réseau avec une sage-femme, ou qu'il y en ait une qui te contacte pour des avis, ou se poser des questions ?

MG7 : Oui ça m'est déjà arrivé, j'ai pas d'exemple en tête, mais peut-être que ça a dû arriver. Il y en a avec qui ça se passe très bien, que ce soit pour le suivi de grossesse et tout ça. J'ai pas l'impression qu'elles aient toutes envie de dépasser, entre guillemets leur champ d'activité ou de prendre du boulot, c'est pas le but, mais c'est vrai qu'il y a des fois on se retrouve avec des situations qui sont un peu dommageables.

FT : Donc toi en gros ce que tu penses c'est soit tu fais le suivi de A à Z, le fait de passer dans la pathologie, le fait de passer la main c'est là où ça peut te poser problème.

MG7 : Oui voilà.

FT : Ok. Là on a fait le tour, est-ce qu'il y a des choses que tu aimerais aborder ? Les professionnels du suivi ? Les problèmes de démographie ? ...

MG7 : Je pense que nous on avait un problème de démographie pour les gynéco en ville et puis même à l'hôpital, c'est vrai que nos patientes elles sont coincées pour avoir des rdv. Là ça va un petit peu mieux, comme il y a une nouvelle installée et puis Alexandra qui me prend ma gynéco, je suis bien content. Après au niveau des sages-femmes je pense que les rdv ça va assez bien, je ne sais pas au niveau de leur démographie d'installation où elles sont situées mais j'ai plutôt l'impression qu'elles se mangent un petit peu le nez, c'est une idée.

FT : Et avant que ta collègue s'installe tu faisais comment pour les suivis gynéco ?

MG7 : Et bien, il y avait peut-être plus de patientes qui allaient chez la gynéco, sinon gynéco à l'hôpital ou en ville. Des consultations d'interne au centre hospitalier. Donc là on propose quand même, mais on leur dit essayez déjà chez le Dr C. (sa collègue), essayez chez la nouvelle gynéco med qui vient de s'installer et puis voilà.

FT : Ca me va très bien, merci beaucoup.

Entretien n°7

FT : Est-ce que vous pouvez me parler de votre pratique gynécologique, que ce soit au cabinet ou à l'hôpital, qu'est-ce que vous faites ?

GM1 : Mon sentiment maintenant après 35 ans d'exercice, c'est qu'effectivement c'est un métier dans lequel on a toujours, même après longtemps, le sentiment de faire quelque chose pour les femmes, et c'est important parce que il y a toujours des pathologies qui sont strictement féminines et qui demandent une connaissance bien précise. C'est à dire qu'à mon avis les femmes ont des problèmes à elles qui ne sont pas les problèmes des garçons. Et ça demande quand même une formation, des connaissances. Donc après le travail je dirais que, indépendamment d'aimer son métier c'est évident, je pense que je n'aurais pas aimé faire autre chose. C'est venu assez vite pendant mes études, où j'ai été quelqu'un de fan de l'endocrino, il y a des trucs qui vous scotchent, tout ce qui était la reproduction, l'embryogenèse j'ai toujours été zinzin. Et puis aussi tout ce qui est des lésions sur le cancer du col donc la prévention, l'anapath, l'histologie. Quand j'avais fait mon diplôme de séno à Strasbourg, on avait toute une partie d'enseignement avec les anapath ça m'a toujours passionnée. Par exemple la lecture des frottis, les compte-rendus je les lis de A à Z. Je sais ce que c'est une cellule intermédiaire. Donc mon métier c'est ça. Il y a énormément, 60% de visites qui sont maintenant bien installées, de routine et de dépistage. Avec des patientes qui viennent qui vont au point de vue gynéco bien, pas de plainte fonctionnelle particulière gynéco, l'examen clinique est normal, les frottis de dépistage sont normaux, enfin bref tout va bien, on s'occupe de la mammo. Alors il faut reconnaître que notre exercice a beaucoup changé à partir du moment où il y a eu des objectifs de santé publique notamment sur le dépistage des cancers du sein. Parce que ça a apporté beaucoup de tranquillité à l'exercice dans la mesure où l'assurance maladie a un registre de toutes les femmes qui reçoivent leur invitation pour faire leur dépistage. Alors à nous après de leur expliquer pourquoi 50 ans, pourquoi à 74 la prise en charge en santé publique s'arrête mais la prise en charge individuelle ne doit pas s'arrêter. Donc c'est vrai que tout ça a beaucoup facilité la vie, et puis, pendant toute mon activité professionnelle, je suis passée d'un moment où il y avait une liberté totale dans notre prescription, dans notre jugement, à un moment où sont apparus les référentiels médicaux qui n'existaient pas avant. Au début ces obligations, comme on les appelait « les références ». Alors que maintenant c'est quelque chose de complètement admis, qui à mon avis fait qu'on a des arbres décisionnels qui sont pratiques, parfois suffisant parce que les arbres décisionnels ne laissent pas de place aux trucs que tu ne vois jamais. Mais ça peut aider et donc, c'est ce qui fait que parfois la médecine est difficile dans la régulation, dans la médecine générale, parce que les régulateurs aux urgences ils ont un arbre décisionnel : « vous êtes un monsieur vous avez quel âge, vous fumez et vous avez mal dans la poitrine ? Clac, c'est un infarctus. » Et parfois ce n'est pas exactement ça. Donc il est vrai que ces référentiels sont un appui. Ils étaient aussi nécessaires parce qu'en France on a un système de soin avec une cotisation obligatoire à la sécurité sociale malgré tout, il faut essayer d'optimiser aussi le coût des soins et des examens. On ne peut pas ne pas tenir compte de ça, du coût des choses en sachant que ce n'est pas le seul argument. Mais autrement, je crois que ce qui a changé en plus de trente ans d'exercice, fondamentalement je crois que c'est moi. Et bien parce que quand je reprends mes vieux dossiers, je vois des prescriptions que maintenant je ne ferai plus. Parce qu'on a une tendance à beaucoup moins médicaliser des choses qui ne sont pas des pathologies. L'attitude avec les patientes a changé, parce que les patientes maintenant doivent recevoir une information, parce qu'on en discute. Depuis à peu près Kouchner, il y a cette obligation d'information, d'accord qui fait que le relationnel avec la patiente a changé. Il n'empêche que c'est toujours vrai que quand on sent que ça ne passe pas, on discute pas on change. J'ai quelques patientes où je leur ai dit : « on n'est pas sur la même longueur d'onde ». On a le droit de le dire. Mais il faut s'assurer que les soins sont faits, et faut le dire au médecin traitant. Quelque chose qui a changé aussi dans l'exercice c'est que mes patientes ont une information maintenant qui est autre, essentiellement avec internet et à mon sens, c'est une bonne chose parce que les dames arrivent en ayant déjà une « teinture ». A nous maintenant de leur expliquer que parfois cette teinture n'est pas leur cas. En ce moment, on a une demande énorme sur l'endométriome. Parce que avec madame Julie Gayet et autre consœurs, il y a eu une information qui a été médiatisée, donc maintenant toutes les dysménorrhées se retrouvent là-dedans. On ne peut pas demander une IRM à tout le monde quand on n'a pas d'autre élément. Elles ont l'info, mais on arrive toujours à en parler, « qu'est-ce que vous en savez ? ». Par exemple pour des prescriptions de contraception, on est beaucoup plus dans quelque chose qui est de l'éducation. On est un peu plus là-dedans donc c'est des consultations qui ont un petit peu changé. Mais peut être que moi aussi j'ai changé dans ma façon de faire, on ne conduit plus sa consultation pareil.

FT : Et qu'est ce qui change entre vos consultations ici et vos consultations hospitalières ?

GM1 : Au point de vue du déroulement de la consult il n'y a rien qui change. A l'hôpital, je fais essentiellement de l'échographie fœtale, que je ne fais plus au cabinet depuis qu'on a le 4D à l'hôpital et que les dames veulent plus venir là le samedi après-midi. Et donc je les fais là-bas et comme ça le dossier est ouvert. Je fais aussi la fertilité. Et puis de la consultation inter-service des patientes hospitalisées dans d'autres services. Et puis des consultations de gynéco médicale parce que certaines patientes veulent venir à l'hôpital. Et puis il y a aussi le fait que c'est tellement ciblé le matin l'hôpital, l'après-midi le cabinet, donc il y a des dames qui travaillent et qui ne sont libres que le matin ou l'après-midi donc elles viennent en fonction de ça. Quand j'avais emménagé là, j'avais demandé à avoir le même logiciel que l'hôpital, avec un hébergement comme ça c'est pratique pour tout le monde. Quoi qu'on en dise, les grands responsables politiques pour améliorer la communication, c'était un niet formel. Il ne fallait pas que je puisse être susceptible d'accéder aux archives de l'hôpital, en étant PH depuis toujours ! Finalement je mets le dossier dans le sac et je traverse la rue, l'hôpital est en face. Moi je me demande si je n'ai pas évolué en même temps que la société, je crois que j'ai suivi le rythme parce qu'il y a certaines choses qui changent naturellement et puis il y a aussi des choses ou parfois des difficultés professionnelles qui font que tu te remets en cause beaucoup. Moi j'ai une patiente ça fait quinze ans que je suis en procès. J'ai été accusée de manque d'information à la patiente. Déboutée de tous les bouts. Et ça c'est quelque chose qui fait qu'indépendamment de la loi 2002, je fais encore plus attention. Même si dans le cas de la patiente, j'ai fait pour elle des choses que je n'aurais pas fait pour ma sœur. Ça change aussi parce que ça demande parfois un petit moment d'introspection personnelle. Moi je pense que se remettre en question est indispensable pour être complètement zen dans son travail. Il y a des moments je me dis mais c'est quand même dommage parce que c'est maintenant que je suis top. En écho cardio fœtale, y'a des trucs maintenant je me dis il y a trente ans je ne savais pas. Je pense en médecine le niveau moyen des médecins surtout dans les actes techniques s'est beaucoup amélioré. Les médecins généralistes disent « les jeunes savent plus examiner ». Je ne sais pas, ils n'examinent plus pareil. Je suis quelqu'un qui a vraiment confiance dans les jeunes. Moi je ne suis pas née à la génération des IRM, il a fallu un apprentissage. Les choses ont évolué avec les examens complémentaires, ce qui fait qu'il y a des hyper hyper spécialisés chez tous les médecins qui se forment. On a envie d'être un peu hyper spécialiste dans tout, d'abord on ne peut pas et surtout, on ne travaille plus tout seul. Et que donc quand on a besoin d'un avis, un avis qui est pointu, on sait qu'il y a un endroit où il faut aller. On a des correspondants. Donc l'idée de dire on travaille tout seul dans son cabinet chez les jeunes médecins... je me suis toujours demandée si le tout seul c'est le 24h tout seul sans secrétaire sans rien sans personne pour dire bonjour ou boire un café le matin à 8h, ou si c'est tout seul : à qui je vais causer ? On cause toujours... Travailler tout seul sans personne, moi je sais que quand ma secrétaire n'est pas là....

FT : Quel est le rapport dans votre activité entre le suivi de grossesse et le suivi gynécologique ?

GM1 : Alors je pense que là on a un gros biais de recrutement parce que la ville est une ville qui vieillit et donc on se retrouve beaucoup plus avec des dames qui ont plus de 40 ans. Il y a moins de bébés qui naissent à la mat'. Il y a trente ans on était à 1500 bébés par an, maintenant on en enlève largement un tiers. Quand on se promène en ville, on ne voit pas... alors peut-être que les jeunes femmes travaillent. Mais on n'a pas une ville jeune. Dans les campagnes autour il n'y a pas énormément de jeunes. Les jeunes qui a un moment sont parties du bassin de Lons, qui on fait des études dans les grandes villes, pour l'instant ne souhaitent pas revivre dans une petite ville et donc on a moins de suivi de bébés. Je pense que le biais il est là, parce que le nombre d'enfant par famille n'a pas tellement changé. Une fois qu'il y a deux bébés dans la famille, on en fait pas 25. Il me semble que ça suit son cours en fonction du vieillissement de la population. Peut-être qu'on a l'installation des sages-femmes en libéral, moi je pense c'est assez sensible depuis quelques années. Par rapport aux suivis de grossesses c'est assez récent que les patientes me disent : « je vais être suivie par ma sage-femme ». Parce que les sages-femmes s'installent beaucoup plus en libéral qu'avant. Avant y'en avait pas. Je ne sais pas combien il en sort par an, mais toujours est-il qu'il y a beaucoup plus d'installation en libéral, elles redoutent beaucoup moins le libéral que les médecins. Elles se posent, elles ont commencé par faire de la rééducation, du suivi à domicile et puis maintenant du suivi de grossesse. Mais le suivi sage-femme est vécu assez bobo. J'ai de la famille à Paris et mes nièces par alliance, elles ont toutes leur sage-femme qui les suivent, pour des grossesses qui vont bien. Alors que je pense qu'à Paris ce ne sont pas les hôpitaux qui manquent. Ceci dit à l'hôpital ça fait déjà plusieurs années que pour les grossesses bas risque, le suivi la consultation est organisé

par des sages-femmes. Une dame qui demande un rendez-vous avec le médecin accoucheur, si elle a aucun facteur de risque de toute façon on proposait une consultation sage-femme.

FT : Et du coup pour vous le rôle d'une sage-femme c'est quoi alors ?

GM1 : Alors moi, le rôle de la sage-femme pour l'instant a été vraiment ce rôle-là, de la grossesse simple. Il y a eu je pense, comment expliquer ça, toute la formation universitaire qu'on a dans les hôpitaux où les élèves sages-femmes on les voyait que dans les salles d'ac'. Parfois un peu en suites de couche. Mais hormis ce moment bien particulier dans la vie d'une femme (coupée par son téléphone portable). Et les sages-femmes étaient pas du tout concernées par la gynéco. Dans les services de chirurgie gynéco, il n'y avait pas de sages-femmes, elles étaient dans les services d'obstétrique, maternité. Après où on a vu des sages-femmes un petit peu c'était en échographie fœtale, quand elles avaient passé leur diplôme, elles avaient appris à les faire, comme nous d'ailleurs, on n'est pas plus doué qu'eux à la base. Simplement le retour que j'avais des sages-femmes qui faisaient de l'écho fœtale, elles avaient énormément de travail personnel à faire pour passer leur diplôme. Les connaissances à la base étaient pas les mêmes notamment au niveau de l'anatomie, le cerveau par exemple, noyaux gris centraux, ventricules cérébraux, tu sais tout ça, ça te dit quelque chose, et là les sages-femmes elles ont ramé.

Alors maintenant où je pense qu'il y a des progrès à faire, c'est à définir les compétences et les connaissances des sages-femmes, parce que leurs études en nombres d'année ont changé mais je ne sais pas ce qu'elles font.

FT : 5 ans

GM1 : Oui mais 5 ans de quoi ?

FT : 5 ans avec des modules différents, obstétricaux et gynécologiques

GM1 : Donc ça c'est une information qu'on n'a pas. Et je pense que cette information là en tous les cas elle n'est pas arrivée jusqu'à chez nous. Peut-être qu'elle est définie avec les CHU qui savent que les sages-femmes elles ont appris ça ça ça et ça, et que donc leurs sages-femmes sont formées en ayant validé leurs connaissances et des diplômes. Ça je pense que chez les médecins ce n'est pas connu, et que comme ce n'est pas connu, on pense qu'elles ne savent pas. Alors à l'inverse, moi j'avais reçu une lettre d'une sage-femme il y a 8 ans, « je viens de valider pendant un stage de quinze jours la sexologie, la ménopause, la fertilité, je vous donne mes coordonnées en vue de notre collaboration future ». En quinze jours tu as fait tout ça, je ne sais pas moi si j'enverrai une dame qui a un problème de « sexe » pour en parler éventuellement, moi je ne vais pas le prendre en charge donc...

FT : Vous avez déjà adressé des patientes à des sages-femmes en dehors de la grossesse ?

GM1 : En rééducation. La rééducation uro-gynéco parce qu'il y en a qui le font bien. Autrement en dehors de la grossesse, non ; parce que la question ne s'est jamais posée dans le sens où si j'ai besoin d'un avis, comment dire, une sage-femme va intervenir dans des choses qui sont jugées physiologiques et non pathologiques donc je ne vois pas pourquoi je les adresserai à une sage-femme.

FT : Ça, ça a pu poser problème à des médecins que j'ai interrogé. Quand je leur ai dit que la sage-femme était dans le domaine physiologique, qu'elle devait s'adresser à un médecin en cas de pathologie, sans préciser quel médecin, eux se sont dit, « mais moi j'ai mes limites, les sages-femmes aussi, et nous au niveau gynéco on ne va pas pouvoir mieux traiter un frottis ou une anomalie, donc c'est pareil on adresse à un gynécologue. »

GM1 : C'est vrai, à la différence je pense c'est que le médecin aura une approche plus globale de la santé. J'en suis sûre parce que pas plus tard que l'autre jour j'ai vu une petite dame qui avait une SEP, elle était sous pilule. Je lui ai demandé si elle avait dit à la sage-femme qu'elle avait une SEP. Oui mais elle n'en a pas tenu compte. Mais pareil pour des trucs mais qui s'appellent « énormes » ! Prescription de pilule, demander les antécédents cardio-vasculaires familiaux, et si la petite te dit que sa sœur a fait une embolie pulmonaire, avant de lui donner la pilule, vaguement tu essaies de savoir, et puis si tu sais pas tu écris au médecin traitant et puis si tu sais toujours pas et bien tu fais un bilan de thrombophilie. A l'inverse j'ai des patientes à qui je prescris la pilule et dix en après elles te disent ah oui au fait ... Sueurs froides ! Mais ça se sont des cas particuliers, parce que

des trucs de chasse on en aura toujours. Mais il me semble que peut être que les sages-femmes dans leurs études maintenant ont des compétences définies, et que nous on n'est pas forcément au courant.

FT : Vous savez quelles peuvent faire le suivi gynécologique mais vous ne saviez pas qu'elles étaient formées à ça ?

GM1 : C'est à dire, je pense que s'il y a eu ces lois et que le syndicat des sages-femmes a fait un forcing pour qu'elles aient des compétences étendues et que ça a été accordé, c'est qu'on pense qu'elles peuvent le faire. Je ne pense pas que personne donne l'autorisation à une sage-femme de faire tel et tel acte médical limité s'il n'y a pas les compétences reconnues. Maintenant qu'on ne soit pas venu me le dire, ça c'est un peu dommage. Pas tant en tant que moi, mais les sages-femmes moi je ne sais pas du tout ce qu'elles font.

FT : Mis à part ce courrier que vous avez reçu, aucune sage-femme n'est venue se présenter en disant voilà je m'installe je veux faire du suivi gynéco, j'ai la formation pour ça ?

GM1 : Non

FT : Et il n'y a pas une sage-femme qui est venue vous rencontrer pour mettre en place un réseau entre vous et elle et un autre médecin ou autre ?

GM1 : Non, alors que je pense que c'est quelque chose, ce partage des compétences serait immensément bienvenu parce que quand on parle de ce travail en collaboration avec les sages-femmes il y a d'emblée deux cas de figure. Ceux qui sont tout de suite ok, super, et alors ceux qui freinent des quatre fers. Alors ces derniers, je pense qu'il y a des habitudes de travail, il y aussi là-dedans le souci de voir dévalorisés les soins donnés aux femmes en disant qu'on nivelle un peu par le bas pour parler clair. En se disant on n'a pas besoin de voir un médecin, il y a qu'à voir une sage-femme. Je pense que c'était un petit peu ça et la force des habitudes qui fait qu'on n'a jamais travaillé comme ça, que les sages-femmes jusqu'à présent s'occupaient que des futures mamans, et qu'elles étaient à l'hôpital point stop. Et en libéral mais beaucoup moins parce que des sages-femmes libérales il y a trente ans il y en avait quasi plus. Est ce qu'elles ne veulent plus travailler dans les maternités parce que le rythme de travail ne les séduit plus ?

FT : Je pense qu'il y a aussi de moins en moins de postes hospitaliers.

GM1 : Oui, et les sages-femmes libérales avec qui on avait discuté, c'est qu'elles ne bossent pas tous les jours. Il y a aussi un mode de vie qui change chez les sages-femmes, elles veulent bien être libérales mais il y a aussi les petits la famille, pas de mercredi. Donc je pense que ce frein il est là, les habitudes qu'il faut changer, l'idée de travailler en collaboration avec quelqu'un, mais avec un quelqu'un dont on ne sait pas les compétences exactes.

FT : Et comment vous verriez ce travail en collaboration avec les sages-femmes ? Par rapport au partage des compétences ?

GM1 : Moi je pense que ce qui serait bien, c'est que les sages-femmes viennent faire des stages chez les pauvres gynécos qui restent encore. Je trouverais ça très bienvenue et ça ne me dérangerait pas qu'il y ait une sage-femme qui vienne voir un peu ce que c'est la gynéco méd. Parce que c'est différent. Par exemple à l'hôpital où c'est plus facile d'accès, les sages-femmes ne viennent jamais en consultation publique de gynéco. Peut-être qu'elles viennent un petit peu en écho. Elles sont toujours au bloc, en salle d'accouchement parce que leur job c'est ça. Et quelle que soit leurs années de formation. Je n'ai pas eu une sage-femme en trente ans qui m'ait dit « j'aimerais bien voir, j'aimerais bien travailler avec vous pendant deux mois dans vos consults de gynéco. »

FT : même ces dernières années avec les sages-femmes nouvellement formées ?

GM1 : Oui aucune. Alors peut-être qu'elles font des formations ailleurs, peut-être qu'elles passent dans le service de fertilité à Besançon je ne sais pas, mais même si tu es formé ailleurs, quand tu es sur ton temps à l'hôpital ou tu fais des stages tu peux tourner, tu viens voir. Mais peut-être que ce sont des choses qu'elles savent ? Alors que j'ai des médecins qui travaillent dans des laboratoires qui sont venus faire des frottis, parce

que quand il y a un prélèvement à faire il faut savoir le faire. Alors les sages-femmes jamais, je ne pense pas que ça soit une question de personne, parce que moi la consult elle est ouverte, dans la mesure où la patiente est d'accord. Il y a une espèce de réticence et je pense que c'est surtout les compétences des sages-femmes qu'on ne connaît pas et qui sont vraiment prise comme une menace pour l'activité.

FT : Vous, vous pourriez le percevoir comme une menace pour votre activité ?

GM1 : Moi je n'arrive pas à le percevoir comme ça parce que si jamais je travaillais avec une sage-femme on ferait des choses différentes.

FT : Vous feriez comment alors ?

GM1 : On ferait des choses différentes dans la mesure où j'ai confiance, ou je sais que le frottis va être bien fait, qu'elle va faire comme il faut son examen, qu'elle va regarder comme il faut la gynéco. Je ne sais pas comment une sage-femme a idée de l'anatomie pelvienne chez une dame. Parce que nous quand on était interne on a fait du bloc, t'as vu des ventres, t'as vu des fibromes, tu as regardé dedans, comment c'était. La sage-femme je ne sais pas parce que je trouve qu'elles ont tellement de temps dévolu avec leurs grossesses et leurs accouchements. De ce que j'ai vu dans les hôpitaux les sages-femmes ne venaient jamais voir une intervention chirurgicale gynéco. Je ne sais pas si elles ont déjà vu une GEU. Et je ne vois pas comment on peut savoir sans avoir mis le nez dedans !

FT : Si vous aviez confiance dans la personne, vous pourriez tout à fait partager des consultations ?

GM1 : Oui tout à fait. C'est un peu comme le médecin traitant qui à un moment, ou il ne s'intéresse plus à la gynéco, ou qu'il faut une colpo parce que sur le frottis il y a un HPV, va se dire bon voilà j'ai reçu ça, je te passe le bébé et puis tu regardes. Alors où c'est aussi difficile chez les médecins, ce qu'on entend comme argument c'est sur les arrêts de travail. Parce que la sage-femme ne peut pas prescrire plus de quinze jours. Et très souvent, une étude a été faite au collège des gynécos obstétriciens, c'est effectivement les arrêts de travail. Pendant la grossesse ils sont très fréquents, et d'autant plus fréquent qu'on est dans des catégories socio professionnelles basses. Et que à partir de là une sage-femme ne peut pas prescrire d'arrêt de travail plus que les 15 jours de repos maternité supplémentaires et donc les patientes doivent forcément voir leur médecin traitant. Et parfois il est un peu mal dans sa peau parce qu'il récupère que ces patientes-là qui viennent parce que les sages-femmes n'ont pas la compétence de dire je peux arrêter mais c'est quand même une grossesse normale.

FT : On se retrouve finalement face à une limitation des compétences ?

GM1 : Oui. Est-ce que c'est quelque chose qu'il faudrait rediscuter ? C'est pour ça que je vous disais que les sages-femmes elles ont un petit côté bobo, c'est à dire c'est cool tout va bien c'est magnifique on fait huit visites chez la sage-femme, elle nous fait toute la préparation, mais dans un milieu socio professionnel un petit peu favorisé de dames qui n'ont aucun souci de travail, de métro, de job fatiguant et qui vont voir leur sage-femme parce que c'est wonderful d'attendre un petit bébé. J'en veux pour preuve quand on avait discuté de la maison médicale. Les sages-femmes, quand on leur a demandé ce qu'elles voulaient dans leur structure de travail, elles nous ont demandé une tisanerie. Tu hallucines, même si c'est peut-être sympa la tisanerie, je ne sais pas si c'est pour prendre la tisane avec les sages-femmes. Donc c'est vrai que cette coopération demanderait quand même d'être structurée. Alors je pense qu'il y a d'énormes freins qui sont qu'on ne connaît pas les compétences des sages-femmes, en tout cas qu'on nous l'a pas assez raconté. Que c'est vécu aussi comme quelque chose qui permet de pallier à la carence démographique en médecins. Parce que malgré tout on a quand même un peu ce sentiment-là, que vu qu'il n'y a plus de gynéco, il y a plein de sages-femmes qui veulent s'installer, et bien on va déjà faire les sages-femmes pour le basique des dames. Je pense que ce n'est pas complètement faux non plus. Parce que à l'époque où il y avait plus de gynéco, enfin ce n'était pas exactement pareil, les patientes elles avaient ce sentiment d'une prise en charge très particulière des femmes, mais après peut-être qu'on peut retrouver un lien avec sa sage-femme ? Alors ça je pense qu'il y a aussi une opposition qui est générationnelle et que chez les jeunes médecins qui sortent maintenant cette coopération elle est bien plus souhaitée et à mon avis elle marchera toute seule. Ça j'en suis persuadée parce que il y aura déjà des modes d'exercice qui vont changer, où d'emblée tu sais que tu travailles avec et pas contre et donc il n'y a aucun problème. Moi je pense que c'est ça qui gêne le plus. Dans ce temps partagé, cette coopération

partagée, l'idée c'est de dire que les médecins n'ont plus assez le temps de travailler, on recentre l'activité médicale sur les malades. Et partant de là tout ce qui est physiologique, on met une sage-femme ; les médecins ils n'ont plus de temps de bosser pour faire de la médecine. Mais je pense que la demande des médecins elle n'est pas tellement dans le fait de dispatcher le physiologique chez les sages-femmes, le temps de soin des médecins est surtout je dirais mangé par le temps qui est des tâches administratives. Et je ne suis pas sûre que la qualité de l'exercice médical se recentre sur le soin si le suivi des femmes est aussi en parallèle fait par les sages-femmes. Je pense que les médecins auront toujours le même bazar à faire en plus. Mais je crois que ce bazar administratif quand on interroge toutes les catégories socio professionnelles c'est pareil : vous discutez avec une instit elle vous dit qu'elle en a marre de faire des papiers pour les stages, le rectorat, les employés de partout, il y a une charge qui est plus de son premier métier, mais qui est inhérente au mode de vie. Alors on a beau vouloir simplifier....

FT : Donc ce que vous dites, les médecins seraient phagocytés par le temps administratif et du coup la prise en charge basique qui pourrait être chronophage, ils la délèguent à d'autres par exemple les sages-femmes pour ne s'occuper que de la pathologie ?

GM1 : Non, enfin oui. Moi je pense que l'idée on va dire politique c'était de dire : les médecins vous vous plaignez de plus avoir le temps de faire du soin, donc on va vous décharger en mettant des sages-femmes pour le physiologique. Mais la demande des médecins elle n'est pas là, elle est surtout de se décharger de la paperasse. Et c'est ce qui fait que dans les centres un peu pluridisciplinaires, il y aura forcément des secrétariats qui gèrent tout ça. C'est à dire que les médecins ils font plus du tout la carte, la télétrans', et tout le bazar. Enfin ceci dit dans une consult tu n'es pas obligé d'être pressé et tu peux prendre cinq minutes pour faire ta télétransmission. Le fait de dire on va décharger les médecins pour qu'ils aient plus de temps et on va confier certaines patientes aux sages-femmes, à mon avis, ne va pas décharger les médecins de l'activité qui les embête : l'administratif. C'est comme si on disait, on a mal au dos, et bien on va commencer par aller voir le kiné et puis après on ira voir le rhumato. C'est aussi énorme que ça, sauf que les kinés ils n'ont pas de compétences médicales. Moi je crois qu'il y a un apprentissage à faire à travailler ensemble, et cet apprentissage ça serait bien qu'il puisse se faire avec des stages chez les gynécos. Je crois que ça serait une bonne chose. Parce que malgré tout, les sages-femmes vont se poser dans une médecine on va dire de ville, ambulatoire et pas hospitalière et si elles exercent dans des maisons de santé pluri disciplinaires elles seront aussi à quelque chose prêt en libéral. Alors de l'avis des médecins qui travaillent avec des collaborateurs qui ne sont pas des médecins, ils vous disent : on a intérêt à les salarier, parce que sinon il y a vraiment un conflit dans l'organisation de soin, dans la mesure où les médecins ont toujours ce sentiment que les sages-femmes doivent leur obéir. C'est ça qui fait le problème et c'est ça qui fait que dans une organisation, il faut bien qu'on cible ce que chacun fait parce que autant un médecin il soigne en son âme et conscience, personne ne peut obliger un médecin dans sa décision, la décision elle nous appartient, même votre directeur de l'hôpital n'a pas à vous dire, c'est pas votre chef, on n'est pas des fonctionnaires, même à l'hôpital. Au final, on décide ce qu'on pense le plus adapté pour notre patiente, sans avoir à obéir à des critères. Je pense que chez les médecins il y a encore le fait que le médecin est le chef de la sage-femme, ça j'en suis certaine. Alors que c'est un collaborateur comme un autre, c'est un médical limité mais voilà. Pareil comme quand vous êtes avec les infirmières, vous n'êtes pas la chef. Je suis persuadée que l'évolution de la société se faisant, ça va se faire tout seul, ça va couler de source. Comme ça va couler de source qu'il y ait une sage-femme qui sera dans un cabinet médical pourquoi pas. Pour des choses effectivement dont les médecins ne sont pas très friands. Il n'y a pas beaucoup de médecins généralistes qui aiment la gynéco. Alors c'est un peu différent quand les médecins généralistes sont des femmes, et c'est vrai que les compétences qui ont été données aux sages-femmes de vaccination des nouveaux nés, maintenant les IVG médicamenteuses, ici personne ne voulait les faire, et donc ces compétences là les médecins généralistes les vivent très mal.

FT : C'est des choses assez spécifiques, tous ne maîtrisent pas, n'ont pas un attrait pour la gynécologie.

GM1 : Et puis malgré tout, les médecins traitant voyaient beaucoup les petits nourrissons, et là sur le suivi des nourrissons, il faudrait mettre un peu d'huile dans les rouages.

FT : Vous parlez du PRADO c'est ça ?

GM1 : Oui. Mais je pense qu'après tout le monde peut s'y retrouver dans un exercice ensemble, je pense qu'il y a moyen de faire quelque chose de bien. Il faut impérativement qu'on ait la notion de compétence, où s'arrête

la compétence de la sage-femme, que ça ne soit pas que dans les textes. C'est un collaborateur avec qui il faut qu'on soit en confiance. Alors comme on n'a pas les mêmes études, et bien on ne sait pas ce qu'on leur apprend.

FT : Ma directrice de thèse a fait sa thèse sur la mise en place d'un enseignement entre étudiants sages-femmes et médecins. Dès le départ pendant les études on aurait le même enseignement, comme ça tout le monde sait ce que l'autre a appris et sa formation.

GM1 : Oui, c'est difficile parce qu'il faudrait qu'on ait ensemble des formations théoriques et pratiques. Parce que ça c'est sûr, favoriser les rencontres des sages-femmes avec les médecins, développer les stages des sages-femmes en exercice libéral et développer des formations communes. Parce que je vois en échographie la sage-femme qui a les mêmes compétences que nous, si elle me dit qu'il y a un problème sur la valve mitrale, et bien je sais qu'elle se trompe pas, je sais qu'elle sait.

FT : Je fais cette thèse parce que j'ai participé à des ateliers qui faisaient suite à la thèse de ma directrice, et qui faisait rencontrer des internes de médecine générales avec des étudiantes sages-femmes de 5^{ème} année. Et bien pendant 2 jours, j'ai appris énormément de choses, j'ai découvert une autre partie de leur métier. Et comme tout le monde je pensais que la sage-femme c'était le suivi de grossesse, et j'ai été étonnée de voir que non. Elle maîtrise mieux que nous la contraception, parce que leur formation est plus poussée, parce que nous on nous apprend plusieurs pathologies, plusieurs organes. Mais elles ont un cursus obstétrique, et un cursus gynécologique, donc au final elles sont au point.

GM1 : Oui elles sont au point. Moi je pense qu'il y a des choses qu'on ne sait pas et c'est dommage qu'il y ait ce manque de communication entre les deux activités professionnelles. Moi je suis sûre que c'est là qu'il pourrait y avoir des progrès à faire parce que je pense que les sages-femmes ont des compétences limitées, mais elles ont des compétences. Je pense que l'évolution de l'exercice médical se fera dans ce sens-là, travailler ensemble. Mais peut être que dans des plus grandes villes il y a des choses qui se font avec des stages chez les praticiens libéraux je ne sais pas.

FT : Alors elles doivent faire un stage en gynécologie qui est obligatoire, mais il y a très peu de terrain de stage en libéral donc au final c'est à l'hôpital, et il n'y a pas beaucoup de stage de gynéco qui en plus accepte les sages-femmes car il n'y a pas assez de place pour les étudiants en médecine.

GM1 : Après il faut être honnête en disant que quand on sort de nos études et de nos stages, on se forme en travaillant. Ce qu'on attend ce qu'on sait et ce qu'on a acquis pendant toute son expérience professionnelle on ne peut pas l'avoir d'emblée. En revanche, les connaissances des jeunes étudiants médecins/sages-femmes à mon avis ils savent des choses qu'on ne sait pas. C'est l'avantage à l'hôpital c'est de côtoyer des étudiants, il y a des choses tu discutes avec eux, avant on était moins fort pour des problèmes de génétique par exemple. J'en discutais l'autre jour à propos d'une mucoviscidose où on a plusieurs mutations possibles de gène. En génétique quand la maman était porteuse d'une mutation familiale, on regardait si le papa avait la même. On est tombé sur un couple, pas de consanguinité, ils ont chacun une mutation différente. Alors jusqu'à présent on disait que si les parents avaient une mutation différente ça ne posait pas de soucis. Et j'en discutais avec la petite interne qui me raconte que maintenant quand les mutations étaient différentes, ça faisait quand même une mucoviscidose. Et bien je me suis dit tiens, il y a peut-être des choses que je ne sais pas. Je me suis dit les jeunes internes en médecine il y a des choses qu'ils savent et que toi tu ne sais plus. Et moi où je me demande c'est en endocrino, quand je vois le temps, les mois que j'ai passé à étudier l'endocrino avec les ostéogènes naturels, de synthèse, les progestatifs, les pilules, les contraceptions et tout, je me dis les sages-femmes on leur dit quoi, comment elles réfléchissent dans un choix de médicament ? Je pense qu'elles doivent réfléchir comme nous on réfléchissait à la sortie de nos études, elles qu'elles ne réfléchissent pas plus mal.

FT : Même nous, on n'a pas de formation spécifique dans la contraception, on n'a pas fait de diplôme complémentaire, donc on se base sur nos connaissances.

GM1 : Oui et puis avec les infos qu'on a et tout ça. Et donc c'est vrai qu'après, il y a beaucoup de choses qui sont parfois du gout de la culture scientifique médicale, mais qui hormis se turlupiner la cervelle n'ont pas vraiment d'intérêt. T'as tellement d'effet individuel, des choses qui se disaient. Tu prends ton bouquin sur les progestatifs qui était gros comme ça il y a trente ans tu le lis maintenant, tu te dis ah oui on disait ça ? Et validé

par des études ! A l'époque on disait que le traitement de la ménopause protégeait du risque cardio vasculaire. Les cardiologues nous envoyaient toutes les dames qui avaient eu infarctus et compagnie pour le traiter. Maintenant tu ne te dis plus exactement ça. Moi pour bien des choses, surtout pour la thérapeutique, je lis pas mal la revue Prescrire, je trouve que ça correspond bien à l'idée.

Alors c'est vrai qu'avec eux on aurait peut-être pas encore découvert l'Amérique hein ! Si tu les écoutes tu ne prescris rien. Moi je vois sur les pilules de troisième génération ça fait belle lurette qu'il y avait des trucs qui étaient écrit. Sur ce qu'on donnait pour arrêter les montées de lait, maintenant c'est terminé, buvez moins, prenez du paracétamol. Nausées de la grossesse, plus rien. Alors c'est sûr qu'en ça l'exercice a changé parce qu'il y a aussi ça qui fait que tu réfléchis à deux fois, et encore différemment maintenant. Et puis il y a une telle demande des patientes de ne pas médicaliser. En fertilité, on est obligé de dire aux dames qu'elles vont prendre des hormones, faites pas génie-génétique sauf le Fostimon[®] qui est issu d'urine de femmes chinoises, tu leur dis ça elles ne veulent plus faire de piqûres. Avant on donnait de l'Equiline[®], issu de l'urine de jument. On récupérait la FSH dans les urines des femmes, les femmes ménopausées secrètent beaucoup de FSH. Et on avait l'impression de bien faire...

FT : Alors est ce qu'il y a des choses que l'on pas abordé et que vous souhaiteriez me dire ?

GM1 : Alors, qu'est-ce que je voulais aborder ? Complémentarité des ressources, travail en collaboration. Je pense qu'il y avait à la base cette question de la disparition des gynécologues médicaux, mais qui ne remet pas tellement en cause le travail des sages-femmes mais qui éclaire différemment le suivi des femmes. Parce que les femmes elles ont des pathologies qui sont spéciales, et que malgré tout on est en voie de disparition. Après il y a les endocrino mais qui ne s'en occupent pas, il y a les médecins accoucheurs, mais qui s'en occupent pas. Après est-ce que pour autant dans une société où il y aura des soins différents, des connaissances, après chacun se spécialise un peu. Tu as beaucoup de gens qui ont commencé par faire de l'obstétrique et qui en n'ont jamais fait de toute leur vie. Donc je veux qu'après les formations qu'on a, moi ça ne m'aurait jamais intéressé de faire un accouchement pathologique. Les référentiels entre les ordres des sages-femmes et les ordres des médecins ça c'est sûr, mais je pense c'est parce qu'on n'est pas informé.

FT : Mais il y a un « référentiel métier et compétence » qui existe, dans un même bouquin, ils ont compilé les référentiels des sages-femmes, médecins généralistes et gynécologues.

GM1 : A oui ? Je vais marquer, vous voyez j'apprends toujours des trucs.

FT : A la demande de Roseline Bachelot. C'est un professeur qui a supervisé tout ça.

GM1 : Oui je pense qu'il y a des gens compétents qui s'en sont occupé, et que les compétences données aux sages-femmes peut être qu'elles les ont eu à l'arrachée avec leur syndicats qui ont lutté je ne dis pas, mais effectivement je pense qu'elles existent. Donc pour faire un peu simple, je pense qu'on a moyen de travailler ensemble et qu'il n'y a pas forcément une opposition je dirai style Capulet et Montaigu pour aller jusqu'à s'entretuer. Mais sur le terrain, au niveau individuel quand on ne se connaît pas, c'est un peu comme les chiens et les chats, y'en a qui vont pas bien ensemble. Après pourquoi est-ce que les médecins se sentent dépossédés et parfois agressés, ça tient peut-être à leur structure de personnalité et ça tient aussi peut-être à comment l'autre arrive dans sa vie. Les sages-femmes parfois arrivent avec des prérogatives qui sont clairement affichées. Mais je crois que c'est quelque chose qu'on peut trouver dans tous les métiers. J'avais eu une jeune fille qui faisait une école de secrétariat médical et elle me disait droit dans les yeux, « mais j'ai des compétences ! ». Compétences informatiques oui, mais en revanche le basique, bonjour madame installez-vous, tu demandes à ce que ta secrétaire soit soignée, qu'elle dise bonjour, et bien elle s'en fichait...

FT : Merci en tout cas !

GM1 : Bon, vous me tiendrez au courant de votre thèse Fanny !

Entretien n°8

FT : Merci beaucoup de participer à mon étude de thèse, le sujet concerne l'opinion des médecins généralistes et gynécologues, concernant le fait le fait que les sages-femmes puissent faire le suivi gynécologique. Elles font partie des professionnels de santé qui peuvent faire ce suivi maintenant.

MG7 : Oui c'est nouveau, c'est récent. Je pense que c'est récent parce qu'il y a moins de gynécologues médicales. Parce que le diplôme de gynécologie médicale a disparu, et que les gynécologues obstétriciens ne peuvent pas tout faire. Donc je trouve bien que les médecins généralistes fassent de la gynéco, et si les sages-femmes ont pris la place des gynécologues médicales, moi je trouve que c'est une bonne chose parce qu'on manque de médecins généralistes qui font de la gynéco. Notamment les médecins hommes.

FT : Vous, vous en faites du suivi gynécologique dans votre cabinet ?

MG7 : Alors moi j'en ai toujours fait depuis le début parce que ça m'intéressait et qu'en tant que femme j'avais intérêt puisque les femmes s'adressent plus facilement à une femme médecin qu'à un homme pour tout ce qui est problème de gynécologie.

FT : Et qu'est-ce que vous faites alors dans le cadre du suivi gynéco, pas du suivi de grossesse ?

MG7 : Tout, pose de stérilet, frottis évidemment, prélèvement gynéco je les ai faits au début je les fais moins, j'envoie plus volontiers les femmes directement au laboratoire. C'est une histoire de transport de matériel. Sinon la gynéco de base, évidemment il faut connaître ses limites, je ne suis pas chirurgien.

FT : Et les implants ?

MG7 : Les implants je ne fais pas parce que c'était une formation particulière et que je n'étais pas de cette génération quand les implants sont sortis sur le marché. J'aurais pu, non je n'ai pas voulu je me suis limitée à la pose des stérilets.

FT : Vous avez eu des difficultés à mettre en place le suivi au cabinet ? La demande était là ?

MG7 : Oui elle était là ! Elle était là et j'avais intérêt. Je me suis souviens de ma première consultation gynéco, c'est une femme qui est arrivée avec sa boîte de stérilet, « je viens aujourd'hui, il faut me poser le stérilet aujourd'hui », et j'avais intérêt à savoir poser un stérilet ! Donc oui la demande est là, et en plus c'est le bouche-à-oreille, les femmes savent que je fais de la gynéco, donc volontiers pour des problèmes spécifiques. J'ai même eu quelques fois des patientes de mes confrères hommes voisins, pour des problèmes de gynéco.

FT : Elles venaient spontanément ou c'était vos collègues qui les adressaient ?

MG7 : Les deux.

FT : Maintenant on va rentrer un peu plus au cœur du sujet. Vu qu'on parle des sages-femmes, je voudrais savoir pour vous, quel est votre vision de la sage-femme, quel est le rôle d'une sage-femme ?

MG7 : Moi je pense que c'est un rôle complémentaire et que dans cette pratique il faut aussi qu'elles connaissent leurs limites. Ce que fait une sage-femme, bien, mais elle ne peut pas faire ce que fait un médecin. Je pense qu'elle doit aussi connaître ses limites et on doit travailler en complémentarité. C'est à dire que si éventuellement, elle voyait une de mes patientes, qu'elle sache me téléphoner pour me demander un conseil, si y'a un complément d'examen.

FT : Là on parle bien du suivi gynécologique ? Pas du suivi de grossesse ? C'est ça ?

MG7 : Oui.

FT : Parce que vous, vous êtes bien au courant que les sages-femmes ont eu un élargissement de leurs compétences.

MG7 : Oui tout à fait.

FT : C'est depuis 2009.

MG7 : Ah ! Je pensais que c'était plus récent !

FT : Non, 2009 et la loi « Hôpital Patient Santé Territoire ». Et comment avez-vous été au courant de ça ?

MG7 : Par la lecture et parce que j'ai une nièce sage-femme. On a un peu discuté de ça.

FT : Et qu'est-ce que vous en pensez de cet élargissement de compétences ? Du fait qu'elles puissent accéder à ce suivi gynécologique des femmes ?

MG7 : Moi je trouve que c'est bien. Je ne pense pas qu'on doive fonctionner en disant chacun sa chapelle, elles sont sages-femmes donc elles ne doivent faire que des accouchements. Je trouve que le suivi en libéral c'est une très bonne chose. Alors quel est exactement l'élargissement ?

FT : Au niveau du suivi gynécologique ?

MG7 : Elles posent des stérilets aussi ?

FT : Stérilets, implants, suivi annuel avec frottis de dépistage. Elles peuvent même faire des vaccinations, des ordonnances pour le suivi, le dépistage d'IST...

MG7 : Moi je trouve que c'est bien. Je suis pour parce que on n'est pas assez de médecin généraliste à faire de la gynéco et du suivi gynécologique médical. Déjà le suivi de la grossesse il y a très peu de médecins qui le font. Je pense même que ça doit arranger un paquet de médecin homme. Moi elles ne me prennent pas mon travail. Mais si jusqu'à présent moi qui fais du suivi gynécologique, mes patientes, je ne pense pas que ça arrivera, c'est une question de dialogue. Je ne pense pas que mes patientes iront spontanément voir une sage-femme sauf si je leur dis.

FT : Vous avez déjà eu des patientes qui sont allées voir spontanément une sage-femme ?

MG7 : Non. Uniquement pour le suivi de grossesse.

FT : Et est ce qu'une sage-femme est rentrée en contact avec vous pour vous dire « je m'installe en libéral, voilà ce que je suis capable de faire. » ?

MG7 : Non pas du tout. C'est dommage si ça existe dans le coin, je ne crois pas, peut-être à B. (nom de village). Mais je ne crois pas qu'il y ait une sage-femme sur mon secteur. Maintenant oui ce serait bien qu'elle se présente à ce moment-là.

FT : Et ça pourrait vous intéresser de travailler en collaboration avec elle ?

MG7 : Tout à fait ! Moi je ne suis pas contre.

FT : Comment on pourrait voir cette collaboration avec la sage-femme ? Partager les compétences ?

MG7 : Alors moi je pense que le problème ne se posera pas avec moi, sauf si vraiment j'étais débordée, mais je veux dire jusqu'à présent moi j'aime mon métier justement parce qu'il est très varié et que je peux faire de la gynéco comme je peux faire de la petite chirurgie. Voilà donc je ne vais pas me limiter à un domaine strict, donc je suis contente de faire de la gynéco. Je pense que c'est bien pour moi la sage-femme dans le suivi des grossesses.

FT : C'est là où il pourrait y avoir une complémentarité ?

MG7 : Exactement ! Mais pas par rapport à moi, mais par rapport à mes confrères, je pense mes confrères hommes seront surement ravis de voir que, enfin je ne veux pas parler à leur place... Parce qu'à un moment les hommes je veux dire, très peu d'hommes font par exemple des frottis. Et ils perdent un petit peu de leurs compétences dans certains domaines. Je pense qu'il ne faut pas cracher dans la soupe. S'ils sont limités comme ça, « vous allez voir votre gynéco pour les frottis », alors qu'il n'y a rien de plus bête que de faire un frottis. Il ne faut pas après venir regretter que les femmes ne veulent plus les voir pour des frottis et aillent voir justement des sages-femmes. Non mais je pense qu'il n'y a pas de problème.

FT : La sage-femme peut faire le suivi s'il est physiologique. Dès qu'il devient pathologique, elle a l'obligation d'adresser la patiente à un médecin. Qu'est-ce que vous en pensez ?

MG7 : C'est impeccable. C'est là où je dis qu'elle doit connaître ses limites. Et si elle connaît bien ses limites et qu'il y a une bonne collaboration, moi je pense qu'il n'y aura pas de problème.

FT : Parce que il y a des médecins qui m'ont rapporté que la sage-femme avait des compétences médicales limitées, et qu'elle ne voyait peut-être pas la femme dans sa globalité comme un médecin. Et ça pouvait poser problème parce qu'ils avaient eu des patientes suivies par des sages-femmes qui avaient lancé par exemple un bilan pour un problème de thyroïde, et ils devaient voir la patiente derrière parce que les résultats étaient anormaux. Qu'est-ce que vous en pensez ?

MG7 : Ça me semble impossible qu'une sage-femme fasse ça. Si elle le fait ce n'est pas bien, les relations ne sont pas bonnes. Je pense que pour ça, par exemple un bilan thyroïdien, je pense elle est capable de dire « ce serait pas mal que vous ayez un bilan sanguin notamment un bilan thyroïdien, allez voir votre médecin. » Alors maintenant si une sage-femme fait ça et bien ça se passera mal effectivement... ou alors un coup de fil : « est-ce que vous me permettez de prescrire un bilan thyroïdien ? »

FT : C'est ce qui m'a été rapporté, un manque de communication entre les deux professions.

MG7 : Sinon pour moi, globalement je trouve ça positif.

FT : Et vous m'avez parlé de problème de démographie. Effectivement les gynécologues médicaux seront de moins en moins présents.

MG7 : Le diplôme a disparu sur le plan européen

FT : Il y en a encore un en France.

MG7 : Jusqu'à ce que les gynécos médicales partent en retraite. Dernièrement Madame X. est partie en retraite à Besançon et elle n'est pas remplacée. Les gynécos obstétriciens qui sont chirurgiens sont ravis qu'on prenne le relais notamment pour le suivi de grossesse. Au début les gynécos faisaient le suivi de grossesse depuis le premier mois et classiquement les femmes, d'ailleurs dès qu'elles étaient enceintes, filaient voir leur gynéco qui en général était leur médecin accoucheur. Ce qui n'est plus le cas maintenant parce qu'il y a un système de permanence. Donc c'est plus un problème. Et moi si tout se passe bien, je suis les grossesses jusqu'au 7ème mois, j'aime bien qu'on fasse connaissance avec l'obstétricien sur la fin. Donc là aussi elles ont un intérêt à être là et à les remplacer. Parce que pour moi la gynéco médicale n'avait aucun sens.

FT : Le diplôme vous voulez dire ?

MG7 : OUI. Parce que la gynéco médicale, en général des femmes, faisaient exactement ce qu'un médecin généraliste devait faire. Je veux dire renouveler une pilule, faire un frottis. Les compétences de la gynécologue médicale étaient aussi limitées. S'il y avait un prélèvement à faire, elle ne pouvait pas le faire, accoucher elle ne pouvait pas le faire. Donc leurs compétences étaient limogées. Elles s'étaient limitées à faire de la gynéco médicale qu'un médecin généraliste est capable de faire. C'est un métier que je n'aurais pas pu faire parce que très répétitif.

FT : Apres avoir interrogé ma gynéco méd', effectivement il y a une certaine routine, dans le sens où 60% des consultations sont du suivi gyneco avec frottis, dépistage, surveillance. Mais à côté de ça, elle fait de l'écho, de la sexologie, elle a fait plein de diplômes complémentaires pour varier son activité.

MG7 : Elle ! Mais les autres ? La liste des gynécos médicales de Besançon, on peut prendre la liste, non. Elles ne font pas d'écho, je ne connais pas de gynéco médicale qui fait de l'écho à Besançon. Sauf cas particulier, les gynécologues médicales que je connaissais à Besançon, c'était tout juste si elles avaient le temps de prendre la tension pour les renouvellements de pilule. Donc non, il y a deux spécialités médicales que j'ai du mal à comprendre, c'est la gynéco médicale et la pédiatrie libérale. Voilà, deux domaines où je ne comprends pas bien l'intérêt d'aller voir un médecin pédiatre libéral quand son enfant est en bonne santé, pour le peser le mesurer, le vacciner... C'est des compétences qui à mon sens reviennent au médecin généraliste comme la gynécologie médicale. Maintenant, la sage-femme je trouve qu'il y a un plus notamment du suivi des grossesses, peut-être qu'elles auront un échographe ?

FT : Elles peuvent faire des échos, si elles sont formées et diplômées.

MG7 : Elles peuvent, ce que n'avaient pas en tout cas les gynécos médicales que je connais à Besançon.

FT : Est ce qu'il y a des choses qu'on a pas abordées, que vous souhaiteriez aborder ? La collaboration entre les professionnels ?

MG7 : Moi je pense que c'est surtout ça, il faut insister sur ce point : 1/ la collaboration, et 2/bien trouver ses limites en tant que sage-femme de la même façon j'estime qu'un bon médecin est celui qui connaît ses limites, et bien une bonne sage-femme sera celle ou celui qui connaîtra ses limites. C'est ça le plus important pour moi. Et surtout les coups de fils, la collaboration, la communication. Parce que c'est une spécialité, de la même façon qu'on fait un courrier quand on envoie un patient auprès d'un spécialiste, elle a sa spécialité, on pourra lui écrire, elle pourra nous écrire elle aussi. Pour moi c'est le point essentiel, il ne faut pas qu'elle fasse son petit truc à part. Même dans le cas du suivi d'une grossesse.

FT : Vous êtes contente d'avoir un retour en général ?

MG7 : Tout à fait. Alors bon moi je n'ai plus d'année à exercer, je ne pense pas que le problème se posera, je pense, sauf si j'étais vraiment débordée, je ne pense pas que j'aurais besoin de la sage-femme.

FT : Appeler à l'aide si jamais il y a beaucoup de travail et de demande ?

MG7 : Voilà, je pense que peut-être plus en milieu urbain que rural elles auront un intérêt parce que, classiquement en milieu rural, un médecin généraliste est poly-compétent (rires)

FT : Surtout si c'est une femme j'ai l'impression ?

MG7 : Tout à fait ! Alors qu'en ville peut-être moins. Et aussi s'il y a plus d'offre, il y aura peut-être plus de demande. Parce que voilà s'il n'y a pas de sage-femme installée en milieu rural, il n'y aura pas de demande. En revanche si les sages-femmes sont plus installées en villes il y aura plus de demande.

FT : Elles vont être amenées à s'installer de plus en plus en milieu rural parce que les postes hospitaliers sont de moins en moins nombreux, qu'elles commencent à mailler de plus en plus le territoire car elles ont des mesures d'incitation à l'installation. Elles ne peuvent pas s'installer où elles veulent. Petit à petit je pense qu'elles vont être amenées de plus en plus à bosser en libéral et dans les campagnes.

MG7 : Moi je pense que si ça se fait de manière intelligente ça ne peut qu'être positif, il ne faut pas se jeter les...

FT : Et ça permet d'ouvrir des portes d'entrée dans le dépistage pour les femmes.

MG7 : Tout à fait ! C'est important. Moi en tant que médecin femme je pense qu'il y a un biais à ce niveau-là, parce que je pense qu'une femme s'adressera plus à une femme pour un problème gynéco, donc moi je pense

que je n'ai pas de problème. Donc une sage-femme installée dans un milieu rural où il y a beaucoup de médecin généraliste homme, c'est évident qu'elle marchera et qu'elle aura un intérêt. Notamment beaucoup pour le dépistage de certaines pathologies, des conseils de sexologie pourquoi pas, là il y aura un intérêt aussi. Et vous vous en pensez quoi ?

FT : Moi je pense que c'est très bien. J'ai fait 6 mois en gynécologie, j'ai plus découvert le métier de sage-femme du côté obstétrical. Mais ensuite j'ai fait des journées avec des étudiantes sages-femmes, et c'est là où j'ai découvert qu'elles pouvaient prendre en charge la gynécologie, et elles ont la formation maintenant, c'est inclus dans leur formation. Elles ont des connaissances parfois qui sont bien meilleures que nous. Parce qu'on nous enseigne plein de choses différentes mais elles pendant leurs cinq ans, leur cursus c'est l'obstétrique et puis maintenant la gynécologie.

MG7 : Et elles ne font que ça.

FT : Et elles font que ça. Donc voilà, moi je trouve que c'est bien. Et je pense surtout aux femmes, je me dis qu'effectivement, multiplier les portes d'entrée dans le soin, le dépistage, ça ne peut être que positif. Et comme vous dites, c'est bien que chacun connaisse ses limites, mais à partir du moment où on connaît les limites des uns et des autres, on peut travailler en collaboration en tout intelligence. C'est pour ça que je fais cette thèse, pour dire qu'il y a quelque chose à faire.

MG7 : On est complémentaire !

FT : Oui. Nous les jeunes médecins, je ne sais pas comment c'était pour vous, mais on ne se voit pas travailler seul. Mais pas que travailler seul avec des médecins, on a besoin de cette pluridisciplinarité, cet échange avec les différentes professions. Même les kinés, les infirmières, les sages-femmes ; et à partir du moment où on sait ce que chacun sait faire, on peut mieux travailler ensemble, adresser plus facilement.

MG7 : Après c'est une question aussi de personnalité. Moi j'ai toujours pensé aussi qu'il fallait travailler chacun dans son domaine mais de façon complémentaire, que chacun devait connaître ses limites, mais on ne peut pas faire du bon travail si on est chacun dans son coin.

FT : Merci en tout cas pour votre participation.

MG7 : De rien Fanny.

Entretien n°9

FT : Merci de participer à mon étude de thèse. Je vais rester assez vague sur le sujet. Je veux connaître l'opinion des médecins concernant le fait que les sages-femmes puissent faire le suivi gynécologique. J'ai décidé de vous interviewer parce que vous êtes un médecin homme et que vous travaillez dans une maison médicale où travaille également une sage-femme. Est-ce que vous pouvez me dire ici dans votre cabinet ce que vous faites comme suivi gynécologique. Déjà, est-ce que vous faites du suivi gynécologique ?

MG9 : Ça m'arrive effectivement, mais c'est rare. Et j'ai quelques patientes que je suis comme ça depuis longtemps, mais vraiment ça se compte sur les doigts d'une main. Après j'ai le suivi des grossesses aussi, mais la grossesse je la suis plus parce qu'il y a la sage-femme et puis la gynéco je fais quand on me demande. Ça ne me gêne pas de le faire mais ce n'est pas ma tasse de thé, je ne ferai pas ça toute la journée.

FT : Ce n'est pas quelque chose qui vous intéresse plus que ça ?

MG9 : Ça ne m'intéresse pas non. Enfin ce n'est pas, non pas ne m'intéresse pas forcément. Ça ne me gêne pas d'en faire.

FT : Vous avez beaucoup de demande vis à vis des patientes ?

MG9 : Non je n'en ai pas beaucoup. Parce qu'à 95%, les femmes quand on leur demande, elles préfèrent aller voir une femme. Après si les femmes préfèrent voir un homme, je leur propose de le faire.

FT : Et par suivi gynéco, vous entendez quoi ? La pilule, les stérilets ?

MG9 : Pilule. Alors les stérilets je n'en mets pas, comme ça c'est simple. Disons que par principe je n'en ai jamais mis, et je ne fais que les gestes que je sais bien faire. Les stérilets, je n'ai jamais appris à en mettre, et voilà, donc je n'en mettrai pas. Au départ il y avait une histoire d'assurance, il y a très longtemps.

FT : L'aspect médico-légal ?

MG9 : Oui voilà, et je crois qu'il fallait payer plus cher enfin il me semble, ça c'était il y a très longtemps. Et puis je me suis dit que de toute façon n'ayant jamais appris vraiment à mettre un stérilet, voilà je n'en mettrai pas. Par contre les implants oui, c'est bête comme bonjour, enlever, remettre, ce n'est pas un problème. La pilule ce n'est pas un problème, les frottis ce n'est pas un problème. La gynéco en dehors de ça, ce n'est pas très compliqué.

FT : Et vous informez vos patientes des différents professionnels quand elles sont en demande de suivi ?

MG9 : Oui oui bien sûr. D'abord je leur dis « est-ce que vous préférez voir une femme ou un homme ? » En général, c'est une femme. Je leur qu'ici on a une sage-femme, on a aussi des médecins femmes parce que je ne fais pas de différence, en tout cas pour le suivi gynéco, on a 6 femmes médecins qui font beaucoup de gynéco et qui font ça très bien, et qui aiment bien faire ça, qui ont maintenant un échographe. Donc voilà, pourquoi je ferai des choses que je sais moins bien faire.

FT : Et vu qu'on parle de la sage-femme, est-ce que vous pourriez me donner votre vision de la sage-femme ? Pour vous quel le rôle d'une sage-femme ?

MG9 : La sage-femme c'est déjà en premier abord, c'est surveiller les grossesses, depuis le début jusqu'à la fin. Maintenant je sais que son rôle s'est étendu à la surveillance gynéco, à la surveillance des petits bébés quand ils sont petits. Voilà, je sais qu'elles le font, c'est des compétences qui se sont élargies.

FT : Vous l'avez appris comment cet élargissement de compétence ?

MG9 : Parce qu'on a une sage-femme ici qui nous en parle. Donc au départ je ne savais même pas qu'elles faisaient de la gynéco classique. Je ne sais pas d'ailleurs si notre sage-femme en fait beaucoup...

FT : Votre collègue m'a dit qu'elle faisait beaucoup de suivi de grossesse mais aussi de rééducation périnéale.

MG9 : Voilà. Elle n'aime pas trop les rééducations du périnée, mais bon, on fait pas tout ce qu'on aime... Après les suivis gynéco je pense que c'est plus les femmes médecins qui en font maintenant.

FT : Donc c'est la sage-femme qui vous a appris cet élargissement de compétences, c'est depuis 2009.

MG9 : Moi je le sais que depuis 2-3 ans, ça ne fait pas longtemps.

FT : Et vous êtes amené à travailler avec elle sur des suivis gynécologiques ?

MG9 : Sur des suivis de grossesses plus que sur des suivis gynécos. Les suivis gynécos c'est plus avec les filles médecins, la sage-femme c'est suivi de grossesse surtout. Quand il y a des problèmes médicaux particuliers, maintenant elle met ses mots dans les dossiers, donc on partage le dossier, et puis on se voit, elle est à côté. Donc quand il y a un problème médical, je vois récemment il y a eu un problème d'hyperthyroïdie, de maladie de Basedow chez une femme enceinte, donc un suivi pas très facile, on se tient en contact.

FT : Vous n'avez jamais eu de problème par rapport à ça ? Parce que j'ai un médecin qui m'a rapporté que la sage-femme avait lancé un bilan par rapport à une dysthyroïdie, parce que le suivi doit rester physiologique avec la sage-femme, il me disait que ça lui avait posé problème parce qu'il avait récupéré des patientes avec des problèmes de tension ou de thyroïde à gérer.

MG9 : Aucun problème de ce type. Après c'est son rôle aussi de dépister ce genre de chose. C'est à dire qu'à partir du moment où je ne suis plus les grossesses, elle va forcément voir des grossesses avec des problèmes pathologiques, donc c'est son rôle de les dépister et de nous les envoyer. J'ai aucun problème avec ça.

FT : Elle n'a jamais dépassé ses compétences comme on a pu me le dire, en tout cas dans la prise en charge globale ?

MG9 : Jamais. Dès qu'il y a un problème médical, ça peut être une dépression des tas de trucs. Elle fait aussi de l'acupuncture, elle prend en charge certaines choses, je ne sais pas quoi, après moi je m'en fiche du moment que ça marche et que c'est pas dangereux, du moment que les gens sont contents... Mais elle ne dépasse jamais ses compétences. Ça marche très bien.

FT : Et qu'est-ce que vous pensez de cet élargissement de compétences ? Qu'elles aient accès au suivi gynécologique ?

MG9 : S'il y a un élargissement des compétences c'est que la nature a horreur du vide. Comme il n'y avait plus de gynéco, il fallait bien donner le travail à quelqu'un. Qui est-ce qui étaient les plus à même de faire ça tout de suite, c'étaient les sages-femmes.

FT : Quelles seraient vos attentes vis à vis de cet élargissement ? Bon, vous avez déjà une sage-femme au sein de la maison médicale, mais quelles pourraient être les attentes vis à vis des médecins ?

MG9 : je n'ai pas d'attente particulière. Pour moi la sage-femme c'est plutôt le suivi de la grossesse ; Après qu'elle fasse du suivi gynéco, si elles ont la compétence pourquoi pas. La pédiatrie moi j'en fais beaucoup, j'aime bien et ça m'intéresse beaucoup. Donc si elle fait les premières consults, pourquoi pas. Mais après le problème c'est des compétences qui se chevauchent un petit peu, et il faut bien, je veux dire, les filles font de la gynéco, la sage-femme peut faire de la gynéco, pourquoi pas. Après il y a un moment donné où il faut bien définir qui fait quoi et en cas de problème, quand est ce qu'on adresse, comment, pourquoi, quel est le protocole. Donc définir un protocole de collaboration entre la sage-femme et les médecins.

FT : Que l'on connaisse exactement les compétences de chacun ?

MG9 : Les compétences oui, et puis il a des compétences qui sont communes, l'examen gynéco c'est commun. Après quand il y a un problème médical, ou parallèlement si on me demande de suivre une grossesse, ça ne me gêne pas de le faire, ce n'est pas très compliqué de suivre une grossesse, je le ferai. Mais si j'ai un problème particulier par rapport à la grossesse, je demanderai avis à la sage-femme, c'est évident. Et si une patiente me demande à moi de la suivre, je le ferai mais je demanderai un avis à la sage-femme. Et inversement s'il y a un problème médical. Mais ça il faut que ça soit protocolisé c'est le seul truc. Mais pour l'instant on n'y arrive pas.

FT : Et il y a des sages-femmes qui sont déjà venues vous demander des conseils par rapport au suivi gynécologique ?

MG9 : Non.

FT : Et avec la sage-femme d'ici, vous travaillez dans un réseau avec l'hôpital ou avec d'autres sages-femmes ?

MG9 : Non. Alors elle travaille peut-être avec d'autres sages-femmes. Mais non, en tout cas pas de fonctionnement protocolisé.

FT : Et vous m'avez parlé de démographie médicale notamment avec les gynécologues médicaux qui partent à la retraite...

MG9 : C'est une réalité. Il y a une diminution des médecins généralistes. Alors pas en Franche-Comté, pour l'instant on ne le sent pas venir. Mais c'est prévu : moins 20, moins 25 % dans les 10-15 années qui viennent, donc à un moment donné il faudra bien quelqu'un qui fasse le boulot. Donc après ça sera des supers infirmières, ou des sages-femmes je sais pas quoi, mais il y aura des choses qui seront partagées. Moi ça ne me gêne pas. Il faudra définir les choses. Il y a des compétences qui peuvent être transmises, on le fait ici on a déjà commencé depuis longtemps.

FT : Et vous avez déjà été contacté par une autre maison de santé pour connaître le fonctionnement de votre maison de santé avec une sage-femme ?

MG9 : Oui, les autres maisons de santé on les connaît par cœur. Je ne sais pas par contre où il y a des sages-femmes. Je crois qu'il y en a une à B. (*nom de village*) et qu'elle travaille pas mal.

FT : Il y a des médecins, enfin surtout des médecins femmes, qui m'ont rapporté une notion de concurrence possible entre les deux professions.

MG9 : C'est obligé ! A partir du moment où il y a deux personnes qui font les mêmes tâches, à un moment donné, soit nous on dit : ok on fait plus ça. Par exemple ici typiquement, les ECG quand il y a une urgence on les fait nous-même, mais quand ce n'est pas une urgence, il y a une infirmière qui les fait. C'est un fait, nous on s'en fiche. On ne fait plus un vaccin. Il y a plein de trucs qu'on ne fait plus, on délègue.

FT : Vous vous recentrez sur du temps médical ?

MG9 : Oui on essaie.

FT : Votre collègue m'a rapporté que pour arranger tout le monde, elle laissait ses suivis de grossesse à la sage-femme, et elle gardait le suivi gynécologique.

MG9 : Je pense qu'elle a tort. Je pense que si elle le fait c'est qu'elle a pas envie de suivre des grossesses, parce que rien ne l'en empêche. Pour qu'il n'y ait pas de problème, ça veut dire quoi les problèmes ? Ça veut dire que les médecins peuvent suivre les grossesses jusqu'à présent, et la sage-femme aussi. Nous les médecins hommes, ici on est 4 hommes à ne pas suivre les grossesses. Donc on lui envoie toutes les grossesses. Après il y a certaines filles qui ont parfois les grossesses, il y en a qui aiment bien le suivi des grossesses. Mais rien n'empêche dans le fonctionnement du cabinet de suivre les grossesses par les filles ou par moi. Il se trouve que la sage-femme c'est son boulot, pour moi en tout cas. Pour moi, homme qui n'en fait pas, c'est normal que je lui envoie. Si j'étais une femme et que j'aimais bien le suivi des grossesses, sûrement je ne lui enverrais pas, je le ferai moi-même. Il n'est pas dit que la sage-femme doit suivre toutes les grossesses, ce n'est pas vrai.

FT : L'idée c'était qu'elle garde le suivi gynécologique. Une sorte de partage des tâches en fait.

MG9 : Elle peut le faire, rien ne l'empêche. Mais en l'occurrence pour l'instant, il n'est pas dit que les médecins généralistes ne puissent pas faire de suivi gynéco heureusement d'ailleurs, et ne puissent pas suivre les grossesses, heureusement aussi. Sinon on ne ferait plus quoi ? Donc moi je ne fais pas, je fais de la pédiatrie de la petite chirurgie, de la cardio. Donc je suis bien content qu'il y ait une sage-femme.

FT : Et elle est là depuis longtemps la sage-femme ?

MG9 : 5 ans

FT : C'était un désir des médecins de voir une sage-femme qui s'installe ici ?

MG9 : Oui, au départ il y avait moins de femme au début.

FT : Donc c'était pour le suivi de grossesse, et pour le suivi gynéco ?

MG9 : Non au départ c'était pour les suivis de grossesses. Suivi gynéco moi ça ne fait pas très longtemps que je le sais. Elle en fait pas énormément, je crois que ça la branche pas plus que ça.

FT : Après ça dépend aussi de si elle a été formée à ça. C'est intégré dans leur études que depuis quelques années.

MG9 : Exactement. Et puis les filles elles font ça très bien. Et quand c'est bien dit, quand c'est clair et quand c'est protocolisé, il n'y a pas de problème. Mais le partage des tâches pour la sage-femme, il faudra qu'on arrive à un protocole, pour le moment on n'y arrive pas, mais bon...

FT : Mais pourquoi vous n'y arrivez pas ?

MG9 : Sur un plan professionnel, il n'y a aucun problème sur le partage des tâches avec la sage-femme. Aucun problème personnellement. C'est plus un problème d'organisation, peut-être humain.

FT : Une question de personnalité ? Accepter le partage des compétences ?

MG9 : Voilà, exactement. Et il y a d'autres problèmes administratifs, internes. Mais sinon moi je n'ai aucun problème. Et ça va être comme ça dans plein de domaines. Moins 20 % des généralistes, il faudra bien caser les patients quelque part. Et les patients ce n'est pas qu'ils augmentent mais il y a de plus en plus de patients âgés, avec des problèmes lourds.

FT : Est-ce qu'il y a des thèmes qu'on a pas abordé dont vous aimeriez parler ?

MG9 : Je pense qu'une sage-femme dans une maison de santé c'est bien. Je pense que nous il y a 6 ans on ne s'est pas posé la question parce que c'était naturel on était plus d'homme que ça. Mais je veux dire, il y a plus d'homme qui lui envoyaient leurs grossesses. Mais maintenant les filles, c'est normal c'est naturel, les filles elles suivent des grossesses aussi. Donc effectivement la sage-femme nous a dit « je ne sais pas ce que je fais dans une maison de santé. » Après elle peut partir si elle souhaite, tout le monde est libre. Après c'est redéfinir les tâches de chacun, ce qui peut être croisé, et puis après c'est qu'est-ce qu'apporte la sage-femme par rapport à un médecin dans un suivi et puis quand il y a une pathologie, et bien comment on croise le médecin et la sage-femme. Ça doit être protocolisé. Et quand c'est fait il n'y a plus de problème. Mais sinon aucun problème.

FT : Tant mieux, c'est le but aussi, de vous libérer pour plus de temps médical.

MG9 : Oui voilà et les autres m'envoient de la dermato, des infiltrations. Et ça ce n'est pas protocolisé mais on le sait et ça se passe comme ça. Le fonctionnement ici est un peu particulier parce qu'on est beaucoup de médecins, on est quand même 10, et il y a une majorité de filles. Du coup, ça peut être à l'origine de petits

conflits. Forcément, on partage les mêmes tâches. Les conflits ne viennent jamais des médecins, en général plutôt de la sage-femme. Et je pense que ça c'est quelque chose qui peut être réglé assez facilement.

FT : Parce que la sage-femme revendique certaines choses ?

MG9 : Oui elle revendique le suivi de toutes les grossesses, mais ce n'est pas possible. Par ce que d'abord ça fait partie encore des attributions des médecins, comme le suivi gynécologique. Il n'y a pas de raison que les médecins ne fassent pas le suivi.

FT : Très bien. Merci de votre participation.

Entretien n°10

FT : Est-ce que vous pouvez me parler de votre pratique gynécologique au cabinet, qu'est-ce que vous faites ? Les gestes faits régulièrement au cabinet.

GO1 : Je fais beaucoup de prévention. La plupart de mes patientes viennent pour un suivi régulier annuel. Ça veut dire je commence par un entretien, je demande s'il y a eu des problèmes particuliers pendant l'année passée, j'interroge s'il y a des problèmes génitaux, urinaires, digestifs, des problèmes de l'ordre sexuel, des troubles de l'appétit et du sommeil. Des choses comme ça. Après on fait un examen clinique avec si nécessaire un frottis tous les 2-3 ans. Un examen au spéculum, un toucher vaginal, un examen des seins. Ça c'est ce que je fais le plus souvent. Après je peux être amenée à faire une colposcopie, une échographie, je peux être amenée à examiner d'autres parties du corps en fonction des plaintes que les patientes peuvent avoir.

FT : Au niveau contraception, qu'est-ce que vous pouvez proposer ? Pilule, stérilet, implants ?

GO1 : Tout.

FT : Vous posez et retirez tout ?

GO1 : Oui, tout.

FT : Les patientes que vous voyez, c'est du premier recours dans le sens où les patientes vous contactent directement pour un suivi gynécologique ou bien vous avez aussi des appels des médecins pour des avis spécialisés ?

GO1 : J'en ai aussi.

FT : Et au niveau de la proportion, c'est 50-50% ?

GO1 : Non c'est plutôt rare, je vois peut-être une fois par semaine une patiente qui est envoyée par son généraliste.

FT : D'accord donc tout le reste c'est une patientèle de « routine ».

GO1 : Oui, qui viennent directement chez moi.

FT : Et vous faites un peu de suivi de grossesse ?

GO1 : Oui.

FT : Et le rapport suivi gynécologique/suivi de grossesse ? Il y a quelque chose que vous faites plus en particulier ?

GO1 : J'ai beaucoup plus de gynéco que de grossesse. En une semaine je vais voir 4-5 patientes enceintes.

FT : C'est un choix pour vous d'avoir une activité uniquement au cabinet et pas à l'hôpital ou en clinique ?

GO1 : (rires) Partiellement c'est un choix, et partiellement ce n'était pas un choix. Il y a des choses comment dire, je ne suis pas du tout contre une activité en équipe à l'hôpital, mais ça s'est fait comme ça finalement. On pourrait presque dire que c'était un choix.

FT : Pour ma thèse, j'interroge les médecins généralistes et les gynécologues pour connaître leur opinion concernant l'élargissement des compétences des sages-femmes dans le domaine du suivi gynécologique. Alors pour vous, à quoi correspond le métier d'une sage-femme ?

GO1 : Moi j'ai beaucoup travaillé avec des sages-femmes, déjà dans la clinique et dans l'hôpital. Et aussi j'étais installée avec une sage-femme jusqu'à il y a peu de temps. La place de la psychologue (*NB le cabinet comporte une gynécologue et une psychologue clinicienne*) était prise par une sage-femme jusqu'il y a 10 mois, et je suis toujours en recherche d'une sage-femme pour mon cabinet, le plus rapidement possible. Pour moi les sages-femmes c'est un métier qui s'occupe de la santé de la femme en général. Quand je dis de la santé, c'est parce qu'à mon avis la sage-femme s'occupe beaucoup de tout ce qui est physiologique. Donc la prévention, la contraception, le suivi de grossesse, les accouchements, le suivi anténatal, les soins des bébés en post natal, l'allaitement. Donc tout ce qui concerne le physiologique chez la femme.

FT : Pourquoi la sage-femme du cabinet est partie ?

GO1 : Elle est partie en retraite ! (Rires)

FT : D'accord. C'était une association qui fonctionnait bien ?

GO1 : C'était super. J'étais très très très contente de l'avoir parce que je trouve qu'on est complémentaire, on a besoin les uns des autres. Moi je lui ai envoyé beaucoup de monde, ça lui arrivait de m'envoyer quelqu'un ou de me demander un avis, du coup c'était pratique car j'étais juste à côté et que ce n'est pas pratique d'avoir un rendez-vous chez la gynécologue à Besançon, c'était pratique pour les patientes. Il y a une fois où j'ai été absente pendant trois mois pour un congé maternité, et elle a vu les patientes qui avaient besoin d'une ordonnance de contraception, d'un changement de stérilet, un contrôle de frottis, voilà. Et elle pouvait très bien faire tout ça, car tout ça c'est dans les compétences d'une sage-femme, et ça me soulageait beaucoup de savoir qu'il y avait quelqu'un qui était là pour mes patientes. Elle était aussi très bien capable de dire « non ça ce n'est pas dans mon domaine, je vous conseille d'aller voir un confrère docteur », donc elle connaissait très bien aussi ses limites. C'était super de l'avoir et elle me manque beaucoup.

FT : Vous vous étiez partagé les tâches ? Une le suivi de grossesse et l'autre le suivi gynécologique ?

GO1 : Pas du tout ! Non non, on était tout à fait libre dans ce qu'on faisait chacune. On n'était pas mal sur la même longueur d'onde, ça allait très bien aux patientes. Quand elle était là, ça m'est beaucoup arrivé parce que j'ai une patientèle qui est un peu trop grande pour ce que j'arrive à faire en ce moment, donc je proposais à mes patientes en suivi de grossesse de faire un suivi sur deux chez moi et un suivi sur deux chez elle. Donc elles allaient un mois chez moi, un mois chez ma collègue. Et elles aimaient beaucoup parce que les sages-femmes elles ne racontent pas la même chose que nous, elles prennent plus le temps, elles en profitent beaucoup.

FT : C'est la première fois que j'entends ça, c'est super je trouve.

GO1 : Oui mais vous ne savez peut-être pas, mais moi je ne suis pas française. J'ai fait ma formation ailleurs, j'ai commencé ma carrière professionnelle ailleurs, en Allemagne, on travaille beaucoup ensemble sages-femmes et gynécologues.

FT : C'est comme ça que ça fonctionne en Allemagne, avec beaucoup de complémentarité entre les professions ?

GO1 : Oui énormément.

FT : C'est très intéressant. C'est pour ça que je fais ma thèse sur ce sujet, il y a des compétences communes, il y a encore des réticences de certains médecins, il y a un gros travail à faire là-dessus.

GO1 : Oui mais dans les deux camps, il y a aussi beaucoup de réticences parmi les sages-femmes envers les médecins. Moi j'en suis très triste parce que je trouve que ce n'est pas tellement nécessaire, ça ne sert à personne. Effectivement en France c'est très difficile la coopération entre médecins et sages-femmes. Autant que ça soit utile !

FT : Et vous vous avez appris comment cet élargissement de compétence ?

GO1 : Je ne savais pas qu'elles avaient eu un élargissement de compétences ! (Rires)

FT : Oui suite à une loi qui date de 2009.

GO1 : Bon alors je n'étais pas encore là (éclats de rires). Ah oui je ne savais pas.

FT : Mais c'est quelque chose qui existe chez vous en Allemagne ?

GO1 : Oui oui.

FT : Et vous qu'est-ce que vous en pensez de cet élargissement ? Du fait que les sages-femmes puissent accéder au suivi gynécologique ?

GO1 : Alors je trouve ça normal, parce qu'elles sont formées pour. Elles connaissent ça, elles doivent l'apprendre donc elles savent très bien le faire. A vrai dire, c'est des gestes techniques qu'elles connaissent très bien. Elles se limitent à tout ce qui est physiologique, dès qu'il y a une pathologie effectivement elle envoie chez un médecin ce qui est très très raisonnable. Et puis nous on en a urgemment besoin à Besançon, il n'y a pas suffisamment de gynécologues, donc on a vraiment besoin du renfort de la part des sages-femmes et des généralistes. Je suis très contente qu'elles le fassent.

FT : Ca c'est que m'on m'a dit, vu qu'il y a un manque de gynécologues, et comme tous les médecins généralistes ne font pas de la gynéco, il y a un transfert de compétences des sages-femmes par rapport au suivi gynécologique.

GO1 : Oui tout à fait.

FT : Et vous travaillez en réseau avec d'autres sages-femmes ?

GO1 : Oui, absolument.

FT : Est ce qu'il y a eu des soucis ? Une sage-femme ayant dépassé ses compétences en dehors du suivi physiologique ?

GO1 : Non pas en dehors du suivi physiologique, ça je n'ai jamais eu de soucis. Mais dans le suivi physiologique, j'ai eu des difficultés avec des sages-femmes qui n'ont pas respecté les recommandations de bonne pratique. Là ça m'est arrivé.

FT : Des médecins généralistes m'ont dit que la sage-femme qui devait travailler dans le domaine physiologique avait pu parfois ne pas avoir cette vision globale du fait de compétences médicales limitées. Elles avaient lancé des bilans et étaient allées au-delà de leurs compétences. Ce genre de problème vous est-il déjà arrivé ?

GO1 : Je me souviens d'une situation, mais ça c'était en clinique en salle d'accouchement. Une sage-femme avait dépassé ses compétences. Mais bon ça reste exceptionnel ! Je dois dire que je travaille bien avec les sages-femmes. Ça arrive qu'on ait des difficultés mais ça arrive avec les autres métiers. En général je ne peux pas râler des sages-femmes.

FT : Je suis épatée que vous ayez pu mettre en place une collaboration avec une sage-femme.

GO1 : J'ai peut-être eu de la chance, parce que là je cherche depuis un moment et il n'y a personne qui veut venir, bien qu'en centre-ville on n'ait pas assez de sages-femmes en ce moment.

FT : Et quand vous me dites que vous travaillez avec d'autres sages-femmes, ce sont des sages-femmes libérales ?

GO1 : Oui ce sont des sages-femmes avec qui je travaille. Moi j'envoie mes patientes enceintes toujours chez une sage-femme pour un entretien du 4^{ème} mois et pour une préparation à l'accouchement. Donc elles

choisissent leur sage-femme, je leur ne conseille pas une ou une autre, c'est elles qui vont choisir. Et donc bien sûr on échange, on s'occupe de la même patiente, on a des échanges très facilement.

FT : Et pour le suivi gynécologique, il vous est arrivé d'adresser à une sage-femme ?

GO1 : Alors jusque-là je ne l'ai pas encore fait. Parce que je cherche à voir mes patientes comme je peux. Ce qui m'arrive, c'est que quand il y a quelqu'un qui vient, qui n'a pas de suivi gynécologique, et qui n'a pas de gynéco en ce moment, je lui dis d'aller voir une sage-femme. Mais dans ce cas-là je n'ai pas de retour, ce n'est pas mes patientes à moi. C'est des patientes qui n'ont pas de gynécologues, qui cherchent un gynécologue, et que moi je ne peux pas accepter parce que ma clientèle est déjà trop grande. Je leur dis d'aller voir une sage-femme. J'envoie aussi à une sage-femme pour une rééducation du périnée.

FT : Donc quand vous avez une patiente en demande de suivi gynécologique, vous incluez la sage-femme dans les professionnels du suivi ?

GO1 : Oui.

FT : Au même titre qu'un médecin généraliste ?

GO1 : Pour le suivi gynécologique, pour les choses spécifiquement gynécologiques, j'envoie plus volontiers chez une sage-femme parce que je sais qu'elle a une formation plus spécifique à ça. Après il y a des généralistes qui ont un DU de gynéco, alors là j'envoie aussi bien. Pas chez un généraliste qui n'a pas de formation spécifique pour ça.

FT : Est-ce qu'une sage-femme est déjà venue vous voir, vous expliquant qu'elle voulait faire du suivi gynéco et qu'elle voulait assister à des consultations avec vous ?

GO1 : Celle qui était installée chez moi est venue me demander si je pouvais lui apprendre la pose du stérilet quand elle a commencé. Là chaque fois que j'avais une pose de stérilet je l'appelais pour qu'elle la fasse avec moi. Sinon il n'y en a aucune qui m'a contactée.

FT : Et vous avez déjà discuté avec d'autres médecins de l'organisation que vous aviez au cabinet avec une sage-femme ? De cette complémentarité avec la sage-femme ?

GO1 : Oui j'en ai déjà discuté. Alors ce qu'ils en pensaient était très variable. Pour la plupart des gynécologues ils sont très réticents. Ils se méfient des compétences des sages-femmes et ils se méfient aussi du fait que la sage-femme va faire le physio et nous le pathologique derrière et que c'est moins « drôle ». En gros c'est ça ce que j'ai rencontré comme mots.

FT : Ce qui est souvent ressorti, c'est ce problème de démographie médicale, par rapport au manque de gynécologue médicaux, et du fait que tous les médecins généralistes ne font pas le suivi gynécologique. Les nouvelles compétences des sages-femmes auraient été créées pour pallier ce manque, un transfert de compétences.

GO1 : Si c'est ça la cause, je ne trouve pas mauvais comme idée derrière. Après je ne peux pas juger sur comment les choses se sont faites. Je ne trouve pas ça mauvais comme idée car elles peuvent très bien le faire. Je suis très contente aussi que les généralistes se forment en gynéco, je ne suis pas contre non plus.

FT : Oui parce que vous avez énormément de travail.

GO1 : Oui on en a trop !

FT : Je suis vraiment surprise de ce que vous m'avez dit. Par contre j'ai des médecins femmes qui m'ont parlé d'une mise en concurrence possible des deux professions. D'accord la sage-femme peut faire le suivi gynéco, ok pour le domaine physio, mais du moment qu'elle ne nous ne prenne pas trop nos patientes...

GO1 : Moi je suis contente qu'elles nous soulagent. Après c'est peut-être la particularité de la situation professionnelle dans laquelle on est ici à Besançon. On n'a pas de manque de patientes, ce n'est pas notre problème. Après je ne crois pas vraiment non plus qu'elles nous prennent des patientes parce que finalement si on fait du pathologique, c'est aussi notre métier à nous les médecins. On est aussi médecin pour ne pas faire que de la prévention. Moi personnellement je pense qu'avec que de la prévention, il n'y a pas besoin de faire 12 ans d'études. Non je ne crois pas qu'elles vont nous voler notre patientèle, les malades il y en a bien trop. Et puis les patientes il y a en a beaucoup qui ne vont pas chez la sage-femme, qui viennent chez nous. Donc je n'ai pas eu ce souci du tout.

FT : Très bien. Est-ce qu'il y a des choses que nous n'avons pas abordées et que vous aimeriez me dire, par rapport à la collaboration avec les sages-femmes ? Des pistes d'ouverture par rapport au système de santé allemand par exemple...

GO1 : Les sages-femmes en Allemagne font beaucoup plus d'obstétrique. Elles font moins de gynéco, mais elles sont beaucoup installées en libéral et font beaucoup d'accouchements dans ce qu'on appelle des maisons d'accouchement, il n'y a qu'une sage-femme, pas de médecin. Les patientes elles ont tout leur suivi par une sage-femme, qui leur fait une préparation à l'accouchement, et la patiente va accoucher dans le cabinet de la sage-femme. Et donc il n'y a pas de médecin. Ça c'est une grande particularité qui n'existe pas en France. Moi je ne suis pas très accouchement dans un cabinet de sage-femme car je suis obstétricien et je connais tous les risques d'un accouchement. En France aussi il faut dire que les accouchements ne sont pas très médicalisés, donc si on accouche dans une salle d'accouchement et qu'on a une pathologie de l'accouchement, on a ni perf', ni tensiomètre, rien du tout. On accouche par terre, dans une baignoire, comme on veut avec une sage-femme sans qu'il y ait de gynéco qui se pointe. Donc il n'y a pas forcément besoin d'aller accoucher dans un cabinet de sage-femme pour avoir un accouchement pas trop médicalisé. Moi ce n'est pas ce que moi je trouve le plus important dans ce que font les sages-femmes. Par contre il y a quelque chose qui est super en Allemagne c'est que quand on est enceinte on choisit une sage-femme qui fait la préparation à l'accouchement qui est beaucoup plus approfondie qu'ici parce que les femmes accouchent souvent sans péridurale et donc ça demande une préparation un peu particulière. Et après l'accouchement, les patientes elles appellent directement leur sage-femme, parce que les femmes elles quittent l'hôpital 6h après l'accouchement. La sage-femme va prendre la relève, elle va venir à domicile au départ plusieurs fois par jour pour accompagner l'allaitement, pour faire les soins infirmiers chez la patiente, pour surveiller les premières journées du nourrisson. Elle fait vraiment ce que font les pédiatres et les infirmières et les gynécos dans les premiers jours qui suivent l'accouchement. Jusqu'à ce que la femme n'en ait plus besoin, ça peut aller jusqu'à trois mois, et c'est remboursé par la sécu. C'est vraiment une très belle offre que je trouve très importante. C'est bien d'être accompagnée. Ça, ça me manque un peu en France, je trouve que les mamans se sentent souvent un peu seules.

FT : Avec le PRADO, il y a de plus en plus de sages-femmes qui permettent à la maman une prise en charge à domicile un peu plus soutenue. Elles s'occupent du nourrisson, ça se met en place.

GO1 : Oui mais ce n'est pas encore au point comme en Allemagne parce que le PRADO ça peut-être une sage-femme différente tous les jours, et là vous avez un conseil sur l'allaitement qui diffère tous les jours.

FT : Et vous ne faites plus d'accouchement ?

GO1 : Non je ne fais plus.

FT Très bien. Merci d'avoir pris le temps de répondre à mes questions, j'ai appris plein de choses.

GO1 : Mais il n'y a pas de quoi. C'est bien si j'ai pu donner un autre point de vue. Bonne chance pour votre thèse.

Entretien n°11

FT : Bonjour et merci d'avoir accepté de participer à mon étude de thèse. Pour commencer, pourriez-vous me décrire votre activité gynécologique à l'hôpital. Je n'inclus pas le suivi de grossesse, juste le suivi gynécologique.

GO2 : Moi c'est essentiellement des consultations chirurgicales, préopératoires et post opératoires.

FT : Par rapport à quoi, la cancérologie ?

GO2 : Cancérologie, les cancers les plus fréquents sont les cancers du sein. On a une très grosse activité en cancérologie mammaire, et puis toutes les chirurgies gynécologiques, de la chirurgie fonctionnelle à la chirurgie tumorale bénigne, maligne. Et puis des deuxièmes avis adressés par les médecins traitants.

FT : Vous faites plus du premier recours ? En gros quelle est la portion des patientes qui sont en suivi de routine et celles qui sont adressées par les médecins pour des avis ?

GO2 : Pratiquement toutes les patientes que j'opère sont adressées soit par le médecin traitant soit par le gynécologue installé en ville mais il n'y en a pas beaucoup. Ce sont essentiellement les médecins traitants.

FT : Et suivis de grossesse, ça vous ne faites pas ?

GO2 : On a organisé ici quelque chose d'original selon le modèle scandinave et non pas français. Où dès le début de la grossesse on sélectionne les patientes à bas risque et les patientes haut risque. Mais pas sur le modèle HAS français ou du collège national des gynécologues obstétriciens français, mais sur le modèle hollandais.

FT : Je ne connais pas ce modèle.

GO2 : Les ratios sont inversés par rapport à la normalité c.à.d. 80% des femmes aux Pays-Bas sont à bas risque, 20% sont à haut risque. Si vous prenez les critères français c'est l'inverse. 80% de haut risque, 20% de bas risque. Les critères sont plus rigoureux là bas. Et donc très tôt ici on a organisé, tout ce qui est bas risque est ré adressé au médecin traitant. Un médecin traitant ne veut pas les suivre ? Il y a des sages-femmes.

FT : Vous adressez d'abord au médecin traitant ?

GO2 : En général c'est le médecin traitant qui nous les envoie pour l'échographie du premier trimestre, on fait le tri d'emblée.

FT : Revenons cette fois ci aux sages-femmes. Pour vous en quoi consiste le métier, le rôle d'une sage-femme ?

GO2 : Pour moi les compétences de la sage-femme c'est le suivi de la grossesse à bas risque. Ou assister dans les centres niveau 2-niveau 3 la surveillance des grossesses à haut risque sous couvert d'un obstétricien.

FT : Donc la grossesse.

GO2 : Oui.

FT : Vous être au courant qu'en 2009 il y a eu un élargissement des compétences des sages-femmes ?

GO2 : Oui.

FT : Qu'est-ce que vous en pensez de cet élargissement ?

GO2 : Et bien, c'est comme si on disait que l'opticien peut du jour au lendemain faire des examens cliniques à la place des ophtalmos. Le système médical en France que je connais était basé sur le fait qu'il fallait un corpus

médical commun aux médecins généralistes et aux médecins spécialistes. Le médecin généraliste a des compétences limitées dans les spécialités. Et le médecin spécialiste a des compétences limitées en médecine générale, mais il les a. Les compétences élargies de la sage-femme faites par le ministère pour des raisons que j'ignore ou plutôt parce à mon sens pour suppléer au déficit de formation des spécialistes c'est permettre à des gens qui n'ont pas d'acquis médicaux, c.à.d. ce corpus qui est un long métier à apprendre, les six premières années que l'on a en commun sur la complexité d'un corps humain ; et se dire qu' on peut aller voir quelqu'un qui a des compétences mais qui ne voit que la face émergée de l'iceberg en ignorant tout ce qui se passe dessous. C'est pour moi une vaste supercherie. C'est à mon sens, je n'ai pas creusé le problème, une approche anglo-saxonne en voulant faire des centres de santé sans médecins. Trente ans après les anglo-saxons qui aujourd'hui remédicalisent tous les centres de santé parce que le niveau n'est pas requis pour soigner les gens de façon correcte dans un pays dit développé. Alors, quand il n'y a aucune structure sanitaire, pas de médecin pas d'infirmière, on peut comprendre qu'on peut donner un plus à la population. Mais ici on donne un moins en faisant croire aux gens qu'on donne la même chose. Les patientes viennent en disant « mon gynécologue m'a dit que », et c'est la sage-femme.

FT : Vous avez des patientes qui viennent ici et qui ont été suivies par une sage-femme ?

GO2 : Oui. Elles ne parlent pas des sages-femmes, elles disent « ma gynécologue ». Et ça c'est une supercherie parce que toute la complexité biochimique physiologique, tous les organes, c'est ignorer les interférences, c'est ignorer que le diagnostic gynécologique c'est un diagnostic médical complet. Métrorragies/anémie, et bien vous allez avoir des sages-femmes qui vont les prendre en charge. Parce qu'elles ignorent les diagnostics différentiels, qui permettent de diagnostiquer quand on est médecin et qu'on a une approche médicale ça permet de dire : c'est pas gynécologique. C'est quelque chose de médical, et on interroge la femme et elle a un problème médical. Comme on a travaillé les modules de médecine, et bien on peut l'orienter. Et moi je fais souvent une lettre au médecin qui nous l'envoie pour avis gynécologique « creuse le problème gastro entérologique » fait lui faire une colo parce cette anémie n'est pas en rapport avec un problème gynécologique. La sage-femme ne pourra pas faire ça. Mais elle fera croire qu'elle a les moyens. Et ça c'est une vraie supercherie.

FT : Ca veut dire que vous avez déjà eu l'expérience de sages-femmes qui avaient dépassé leurs compétences ?

GO2 : Ah oui !

FT : Parce que la sage-femme doit rester dans le domaine physiologique dans les textes.

GO2 : Mais la physiologie, qu'est-ce que c'est que la physiologie ? Pour moi, en médecine faire une lettre pour dire « l'examen est normal » c'est la lettre la plus difficile à faire. C'est la compétence médicale qu'on acquiert le plus tard. Avoir d'autorité de dire : « madame votre examen gynécologique est normal ». Et ça la sage-femme l'a de droit divin, puisque la ministre lui a donné ces compétences pour dire « c'est normal ». Moi j'ai mis 20 ans de pratique pour dire, cette fois j'ai l'autorité pour dire à cette femme « madame c'est pas gynécologique, votre examen est normal ». Par contre diagnostiquer la pathologie de premier ordre ou de deuxième ordre, quand on l'a appris, quand on a la base, c'est facile et c'est en ayant cette expérience là que finalement par recoupement on peut dire, « c'est normal ». Et au début pendant très longtemps ça peut être normal, c'est peut-être normal ». Et quand on a fait un travail sur toute la pathologie on peut dire « madame, c'est normal, ce n'est pas gynéco ».

FT : Il est vrai qu'une part de décision de leur donner cet élargissement de compétences est dû au fait que les gynécologues médicaux sont de moins en moins nombreux.

GO2 : Après, puisque je parle à un médecin généraliste, pourquoi le médecin généraliste ne peut pas être le référent gynécologique ?

FT : Mais il peut l'être.

GO2 : Alors que tous les textes montrent que la prise en charge gynécologique de premier niveau relève du médecin généraliste.

FT : Il peut le faire, mais tous ne le font pas.

GO2 : Pourquoi ?

FT : Pour avoir lu des thèses d'internes en médecine, tous ne le font pas parce qu'ils ne sont pas passés en gynécologie, ou parce qu'ils n'ont pas un attrait particulier pour cette spécialité, parce bien qu'il y a de plus en plus de femmes médecins, le sexe du médecin peut aussi limiter la prise en charge. Il y a de plus en plus de femmes médecins qui font de la gynécologie, on adresse à une consœur. C'est multi factoriel.

GO2 : Moi je pense qu'il y a une régression sociétale majeure. Parce que aujourd'hui le médecin femme ou la femme qui s'adresse à un médecin, a le raisonnement de dire « je suis une femme, je vais chez une femme ». Je vais à l'école mais je vais à l'école des filles, je suis un garçon donc je vais à l'école des garçons. C'est cette régression-là. C'est comme s'il fallait être cancéreux pour soigner les cancéreux, comme s'il fallait être un bébé pour soigner un bébé. C'est dans le paradigme même du suivi de la femme, qui a pour moi une pudibonderie régressive de genre complètement dévoyée. Et ça, ça me choque.

FT : Mais ce n'est pas le seul élément qui fait qu'une femme ne va pas faire son suivi chez un homme. Même les médecins hommes ressentent une certaine pudeur, ou bien cela ne les intéresse pas. De base tous les médecins généralistes ne veulent pas faire du suivi gynécologique.

GO2 : Pourquoi, pourtant tous sont formés aujourd'hui.

FT : Mis à part quelques facultés où on ne propose qu'un stage de gynécologie de 6 mois ou de pédiatrie, ce qui était mon cas j'ai fait 6 mois de gynécologie, mais sinon c'est trois mois/trois mois. Mais certains se sont rendus compte que ce n'était pas forcément quelque chose qui leur plaisait. En étant médecin, ils ont le choix et le droit de dire « je veux ou pas faire du suivi gynécologique à mon cabinet ».

GO2 : Bien sûr. Donc ils peuvent adresser.

FT : Mais il y a des médecins généralistes qui m'ont dit qu'ils avaient déjà adressé une patiente à une sage-femme parce que le délai pour un rendez-vous avec un gynécologue était trop long, parce qu'il y en a de moins en moins. Du coup, la sage-femme commence à mailler de plus en plus le territoire, et en terme de délai de consultation c'est intéressant.

GO2 : Moi je suis curieux qu'il n'y ait pas de mouvement féministe qui se soit emparé de cette supercherie.

FT : Vous dans votre service, il y a des sages-femmes qui ont demandé à mettre en place des consultations de gynécologie dans le service ?

GO2 : On a organisé la consultation de grossesse comme je vous l'ai dit. Mais pour moi il n'était pas question qu'à l'hôpital les gens soient « grugés ».

FT : Elles ne sont venues vous voir pour vous le demander ?

GO2 : Il y a eu une demande mais on n'a pas donné suite. C'est à dire il y a de temps en temps en suivi de grossesse un frottis qui est fait. Elles ne savent pas interpréter un frottis. Je leur ai expliqué et ça elles sont tombées des nues, qu'un frottis normal peut cacher un cancer, et on peut voir sur une interprétation de frottis normal que ça peut être un cancer. Il faut avoir la formation pour, il faut avoir la culture du doute et pas se contenter de regarder les normes et se dire c'est normal, frottis normal, et puis derrière, on reconvoque pas la patiente. Ou on reconvoque pour rien parce qu'on ne sait pas interpréter, parce qu'on a jamais regardé dans un microscope des cellules anormales comme cette longue formation pénible pour devenir docteur.

FT : J'ai fait un entretien avec une gynécologue d'origine Allemande qui était en association avec une sage-femme dans son cabinet. Elle disait qu'en Allemagne les sages-femmes étaient un partenaire médical, à compétences médicales limitées, mais un partenaire. Et elle ne se voyait pas travailler sans une sage-femme à ses côtés, qui pouvait prendre le relais pour des suivis gynécologiques.

GO2 : L'Allemagne c'est un peu particulier quand même.

FT : Vous vous ne verriez pas ce genre de chose se mettre en place ? Ou uniquement pour le suivi de grossesse... ?

GO2 : Moi ça ne viendrai pas à l'idée d'aller voir l'opticien pour avoir un diagnostic sur ma vision. Alors il y a le problème de la contraception, mais c'est un faux problème, il suffit de distribuer la pilule gratuitement. Ça le professeur Nizan à Strasbourg a montré qu'on réduisait de plus de 30% les IVG en faisant ça. Les distributeurs de pilules.

FT : Vous avez vu pour les sages-femmes que le décret était passé pour les IVG médicamenteuse ?

GO2 : Ca c'est pas un problème.

FT : Pourquoi ce n'est pas un problème ?

GO2 : Je veux dire c'est dans la même veine démagogique.

FT : Elles participent ici les sages-femmes aux IVG ?

GO2 : Non. On a quelque chose qui est organisé et qui fonctionne.

FT : D'accord c'est uniquement les médecins et les internes ?

GO2 : Après on avait le choix. Il y avait une volonté des sages-femmes de chapeauter toute l'IVG. Et je me suis dit, si on fait ça, et bien toute la formation des internes de médecine générale serait squeezée car elles vont prendre des élèves sages-femmes avec elles sur les IVG et sur les contraceptions. Tu vois des trucs qui sont absolument ahurissants dans les prescriptions. Parce qu'il manque à mon sens une formation de base qu'elles n'ont pas en médecine, et on ne pourra plus former les médecins généralistes. Ici tout le versant contraception est assuré par les médecins généralistes en stage. Chez moi ici dans le service je ne fais pas de différence entre les spécialistes et les généralistes. Ils sont en formation gynécologues de base, pour apprendre la gynécologie de base qu'ils peuvent faire en cabinet. Et au moins quand j'ai un interlocuteur, c'est pas du bidouillage pour essayer de jouer à la sorcière etc. Parce qu'on ne connaît pas les arcades de la médecine.

FT : Très bien je pense qu'on a fait le tour.

GO2 : Autre question ?

FT : Qu'est-ce que ça pourrait apporter cet élargissement de compétences ?

GO2 : Alors, vous avez entendu parler des maisons de naissance ? Ici j'avais mis un programme, projet de service, maison de naissance 2002, on avait fait une lettre d'information. On s'est dit on peut faire une mat' ici « maison de naissance ». J'étais à un congrès à Colmar, 100 médecins 200 sages-femmes. J'expose que c'est tout à fait faisable et je demande des candidates sages-femmes. Combien j'ai eu de réponse positive pour faire le métier de sage-femme ? LE vrai métier, celui pour lequel elles ont formées ? De volontaires pour monter ce service ? Zéro ! Zéro ! Alors dire « je suis comme un docteur » et je ne fais pas mon métier... Je propose aux sages-femmes libérales installées de venir sur le plateau technique faire le boulot de sage-femme avec les suivis de grossesses. Y'en a aucune qui vient. « Ah non ça ne nous arrange pas les horaires et puis ça fait longtemps que j'ai pas fait d'accouchement » Quand on sait que les Canadiens ont fait une étude sur l'accouchement par les sages-femmes, où on a pris des sages-femmes qui sont affiliées à un service, qui font du haut risque, sous couvert médical et qui après font de la physiologie à la maison, et puis avec les spécialistes de la physiologie comme le ministre les a décrétés. Comme ça, et on a regardé les résultats. Et bien mortalité/morbidité multipliées par deux pour les spécialistes de la physiologie, pour les accouchements normaux à domicile par rapport à celles qui sont en contact avec le médical. C'est à dire que si tu fais que du normal, tu ne sais pas quand c'est anormal. Si tu n'es pas formé pour.

FT : Et il n'y a pas de sage-femme libérale qui a souhaité mettre en place un suivi gynécologique dans son cabinet et qui vous a demandé de venir suivre quelques consultations ici dans le service ?

GO2 : Si ça a été fait. J'ai parmi mes collègues, des collègues qui ont accepté que les sages-femmes viennent voir une pose de stérilet ou autre. Par contre j'ai contacté toutes les sages-femmes pour faire leur boulot, c'est à dire ce pour quoi on les entend fanfaronner dans les manifestations nationales, une m'a répondu. Et qui peut assumer une fois sur trois. Et les premières pas d'accord avec l'intégration des sages-femmes dans un établissement ce sont les sages-femmes en place, titulaires. Donc c'est pas aussi simple. Il y a un corporatisme mais qui est scindé. Il y a le libéral et puis les autres. Le libéral elles sont jetées je trouve c'est vraiment de la supercherie de la part du ministère.

FT : Il y en a de plus en plus car il n'y a plus de poste hospitalier.

GO2 : Il n'y a plus de poste hospitalier, il faut fermer encore les maternités... c'est un problème.

FT : Combien d'accouchement ici par an ?

GO2 : On est passé de 1500 en 2000 à 1000. 30% de perte parce que les sociétés rurales, il n'y a plus de travail, les jeunes partent, il n'y a plus d'enfant.

FT : La maternité n'est pas en danger ?

GO2 : Ce n'est pas envisageable.

FT : Est ce qu'il y a des choses que vous aimeriez ajouter ?

GO2 : Donc on a une évaluation de ces pratiques bas/risque haut risque aux pays bas. Pourcentage de césarienne sur les bas risques ici sur suivi sage-femme exclusif ? Elles ont des vraies compétences ici elles font leur métier ici : 3%. Et donc on se rend compte du bénéfice du métier de sage-femme. Le métier de sage-femme tel qu'il est c'est un métier noble et difficile, mais faire semblant d'être toubib c'est une supercherie. Le métier de médecin c'est un des métiers les plus difficile à acquérir. Moi j'ai trouvé que je devenais bon quand j'avais 50 ans. Donc ça ne fait pas longtemps. C'est long l'acquisition. Alors faire faire des frottis, on peut les faire au laboratoire. Mon patron ne faisait jamais de frottis, il trouvait ça inutile de faire des frottis, débile. Le frottis c'est fait au laboratoire, c'est interprété direct. Donc si on ne met pas la double lecture en place, et bien il y a aura des pépins sur le cancer du col. Moi je relis tous les frottis des internes, de tous les gens non compétents pour lire un frottis, je les relis et je reconvoque les patientes, je fais des lettres, parce que les compétences ne sont pas là. Mais ça c'est un programme qui est prévu de faire, une double lecture.

FT : Merci de votre participation.

Entretien n°12

FT : Je vous remercie de participer à mon étude de thèse qui s'intéresse à l'opinion des médecins concernant l'élargissement des compétences des sages-femmes. La première question est pour faire votre portrait, savoir ce que vous faites au niveau de votre pratique gynécologique, pas le suivi de grossesse.

GM2 : Alors gynécologie je fais tout ce qui est suivi de pilule, après c'est tout ce qui est colposcopie, biopsie, les échos vaginales, le suivi des fécondations in vitro avec Besançon et Lyon. Tout ce qui est pose de stérilet. Les implants je ne les mets pas, parce que je ne suis pas équipée pour. Une table gynéco quand vous avez les jambes en l'air, parce que moi j'ai une chaise gynécologique, j'ai rien pour rabattre les jambes, donc c'est vrai que je ne sais pas où mettre le bras. Je faisais ça au tout début mais je me suis rendue compte que c'était pas possible ici donc je laisse ça aux médecins généralistes, ils sont équipés pour les sutures s'il faut aller les chercher. J'ai galéré avec des retraits donc maintenant je ne m'en occupe pas.

FT : L'IVG médicamenteuse vous faites ?

GM2 : Non parce qu'il faudrait que je sois conventionnée avec l'hôpital. Je suis pas contre, et comme ça ne fait pas longtemps que je suis là, ça va se mettre en place progressivement.

FT : C'est une envie que vous avez ?

GM2 : Pour l'instant pas, j'ai pas forcément une envie, je ne suis pas contre. Parce que j'ai fait avant qu'il y ait cette convention avec l'hôpital, ça se faisait avec Besançon pour éviter aux patientes d'y aller, c'est moi qui faisait les échos pour surveiller le suivi. Je ne suis pas contre mais simplement il faut mettre les choses en place.

FT : Et vous avez une activité en dehors du cabinet ?

GM2 : Non, exclusivement au cabinet.

FT : Alors ma deuxième question, c'est votre vision de la sage-femme. Pour vous le métier de sage-femme, a quoi correspond-il ?

GM2 : Pour moi une sage-femme c'est celle qui s'occupe des suivis de grossesse, elles sont là pour après pour les rééducations du périnée, et ça sert à ça une sage-femme, tout ce qui concerne la maternité. Avant-après-pendant.

FT : Qu'elle soit en libéral ou à l'hôpital ?

GM2 : Absolument. C'est le rôle initial de la sage-femme.

FT : Etes-vous au courant de l'élargissement des compétences de la sage-femme en 2009 ?

GM2 : Bien sûr ! Ca je le sais.

FT : Comment vous l'avez appris ?

GM2 : Ca je sais plus comment je l'ai appris... Peut-être par la presse médicale. Ou quand on se retrouve entre nous, réunions entre collègues, je pense que j'ai dû le savoir un peu comme ça.

FT : Les sages-femmes ont donc accès au suivi gynécologique.

GM2 : Oui.

FT : Qu'est-ce que vous en pensez de ça ?

GM2 : Qu'est-ce qu'on appelle suivi gynécologique ? C'est quoi un suivi gynécologique ? Qu'est-ce qu'un contrôle gynécologique quand une femme vient voir son médecin, son gynécologue une fois par an. Qu'est-ce qu'on entend par contrôle gynécologique ? Je vous pose la question à vous ?

FT : La surveillance annuelle, avec examen gynécologique, toucher vaginal, l'examen sénologique, frottis tous les trois ans...

GM2 : Voilà. Avec un examen il nous arrive nous au cours d'un toucher de nous apercevoir qu'il y a autre chose. Il peut y avoir une pathologie. Des fois j'ai des femmes qui viennent me voir elles ont mal au ventre, pelvi algie. On les examine et on s'aperçoit que c'est un colon, c'est pas du tout les ovaires. A la limite une écho derrière pour les rassurer, c'est votre colon. Une sage-femme elle est pas médecin. Alors les femmes elles pensent qu'en faisant un frottis c'est bon. Un frottis c'est pas un contrôle gynécologique. C'est un examen de dépistage du col. C'est pour ça que je pense que c'est un leurre.

FT : Pourquoi un leurre ?

GM2 : Parce qu'elles s'imaginent qu'elles ont fait le contrôle. Parce qu'elles vont faire un frottis elles pensent que ça suffit. On leur laisse croire que ça suffit.

FT : Mais il n'y a pas que le frottis ?

GM2 : Oui mais attendez, le médecin généraliste, moi je vois le Dr X. à la maison médicale de Y., il ne fait pas les frottis, il ne fait pas les touchers vaginaux, il ne fait pas l'examen gynéco. Il envoie à la sage-femme de la maison. Mais une femme qui allait faire son frottis imaginait qu'elle allait faire son contrôle gynécologique. Quelqu'un qui n'est pas médecin, s'il y a une pathologie, est-ce qu'elle peut la deviner ? Une pathologie digestive est-ce qu'elle peut deviner ? S'il y a un truc à côté ? Elle ne peut pas savoir !

FT : Maintenant il est inclu dans leur formation la formation gynécologique.

GM2 : Et c'est tout, exclusivement gynécologique. Et que nous avant d'être gynéco on est quand même médecin généraliste. C'est la grosse différence. Et un médecin est capable de détecter autre chose, se dire là c'est bizarre il y a peut-être autre chose. Ou d'orienter après la patiente vers son médecin traitant.

FT : C'est ce qui m'a été rapporté, qu'elles ont des compétences médicales limitées...

GM2 : Absolument. C'est pour ça que je vous dis que c'est un leurre. Parce qu'on fait croire à des femmes qu'en allant voir une sage-femme, en faisant un frottis elles auront fait un contrôle gynécologique. C'est ça qui me dérange. Il y a tromperie sur la marchandise.

FT : Et le fait que la sage-femme puisse faire ce suivi mais du moment qu'il reste physiologique ? Quand elle estime que ça devient pathologique, elle a l'obligation de l'adresser à un médecin. Qu'est-ce que vous en pensez ?

GM2 : Alors ça... c'est facile après...c'est facile.

FT : Vous avez eu des patientes suivies par des sages-femmes ?

GM2 : Oui, alors moi j'en ai depuis que je me suis réinstallée. J'ai eu deux stérilets que j'ai dû enlever, j'ai des colposcopies, forcément avec des CIN2 et des CIN3 parce qu'elles ne savent pas quoi faire après. Elles m'ont adressé des patientes avec des problèmes.

FT : Mais parce que c'est dans leur obligation.

GM2 : Après c'est embêtant parce que, moi ça m'ennuie. Ce qui m'ennuie c'est beaucoup les stérilets, elles en mettent à gogo chez les jeunes filles sans leur expliquer les risques infectieux, ça me dérange. On a un devoir d'information pour expliquer les risques d'infection, d'expulsion, de perforation, ça elles n'expliquent pas ou très peu.

FT : Il y aurait un manque d'information ?

GM2 : Oui, on a un devoir d'information là-dessus.

FT : Donc vous avez un retour de patientes ici...

GM2 : Moi je veux pas accabler les sages-femmes, c'est vrai que moi je ne dis rien, j'enlève le stérilet, etc. Et après les patientes je sais bien que certaines se rendent compte qu'objectivement, c'est pas tout à fait pareil.

FT : Et vous avez déjà des sages-femmes qui sont rentrées en contact avec vous, soit pour un avis ou autre ? Mettre en place un réseau ?

GM2 : Oui, il y a une. Alors pas mettre en place un réseau parce que je sais que celle de X (NB : nom d'un village) m'avait contactée un coup, mais j'ai été assez sèche, on aurait pu faire une collaboration sur place, alors la faire maintenant, ça je n'accepte pas ! (NB : elle a voulu s'installer dans une maison médicale, mais les sages-femmes en place n'ont pas voulu) Après vous pensez aux patientes, on va pas les laisser dans la panade, s'il faut faire une colposcopie, on fait une colposcopie bien sûr. On doit faire avec.

FT : L'argumentaire pour que les sages-femmes aient cet élargissement de compétences.

GM2 : Soit disant parce qu'il n'y avait pas assez de gynéco. Bien sûr qu'il n'y a plus de gynéco med'. Ils font la même chose avec les pharmaciens, leur faire faire les vaccins. S'arranger pour le diabète que les pharmaciens coachent un peu les patients.

FT : Tous les médecins généralistes ne font pas du suivi gynécologique aussi, c'est pas une obligation.

GM2 : Non. Mais pas qu'ils envoient aux sages-femmes en faisant croire que ça va être un contrôle gynécologique. Le contrôle gynéco c'est pas un simple frottis, voilà. C'est quand même voir s'il n'y a pas d'autre problème, c'est s'assurer de ne pas être passé à côté d'une pathologie.

FT : Et s'il y avait une chose pour laquelle vous devriez travailler avec une sage-femme ou adresser une patiente à une sage-femme, ça serait pour quoi ?

GM2 : Moi j'adresse les patientes pour les rééducations du périnée, les suivis de grossesses. Chacun son truc, chacun sa formation.

FT : Est-ce que le fait d'avoir eu ce souci avec les sages-femmes de X, est-ce que vous aviez déjà cette opinion avant ?

GM2 : Mais bien sûr. Vous savez il y a quelque chose je trouve... c'est des poses de stérilets. Alors les poses de stérilet je trouve que c'est vraiment une bombe à retardement parce qu'elles ne font pas d'écho.

FT : Elles vous adressent la patiente pour une écho de contrôle ?

GM2 : Non elles ne vont pas me l'adresser elles vont l'adresser à un radiologue. Je sais qu'il m'est arrivé de mettre des stérilets, il n'y a pas longtemps d'ailleurs. La sage-femme n'avait pas réussi à le mettre donc elle me l'envoie. Utérus très retro versé. Je mets mon stérilet, j'étais pas sûre, je fais une écho, j'étais dans le myomètre. J'ai dit à la patiente qu'on allait attendre son retour de couche, « vous avez un utérus retro versé, on ne va pas risquer une fausse route on va attendre ». Et là j'en ai eu une aujourd'hui, un stérilet mis par la sage-femme en octobre, elle vient me voir parce que depuis deux mois elle avait des douleurs, un stérilet Mirena®. « Vous ne saignez pas ? Si. Des petites règles ? Non, des vraies règles », avec Mirena® ! Je l'examine, le Mirena® était partiellement expulsé. Elle n'a jamais eu d'écho après. Je ne sais pas s'il avait été bien ou mal mis je n'en sais rien. Bien coincé dans le col, j'ai eu du mal à lui enlever. C'est pour ça que je dis que c'est une bombe à retardement. On a tous eu un ennui avec un stérilet, maintenant on a des échographies donc ça nous permet de voir, mais des risques d'expulsion. J'ai une patiente qui a expulsé son stérilet 3 mois après la pose. Heureusement j'avais fait mon écho après la pose six semaines après, impeccable. Et puis perforation utérine 3

mois après. Mais quand vous avez des preuves qu'à la pose et six semaines après il était toujours en place, vous êtes tranquille.

FT : Elles ont la possibilité de faire le DU d'écho

GM2 : Est ce qu'elles vont le faire ? C'est cher aussi de s'équiper...

FT : On a comme vous dites, pas assez de recul parce que c'est quelque chose qui est récent.

GM2 : Elles ne sont pas médecin, elles sont limitées. Il fut juste qu'on accepte qu'elles soient limitées et qu'elles ne dépassent pas leurs compétences.

FT : On leur a confié des compétences médicales.

GM2 : C'est terrible. J'ai rencontré l'autre jour une sage-femme avec laquelle je travaillais. Elle m'a dit « je suis peut-être de la vieille école, mais je suis sage-femme, chacun son travail. C'est juste bon pour que j'ai des ennuis ».

FT : J'ai épluché des mémoires de sages-femmes, il n'y en a pas beaucoup qui mettent en place ce suivi. Déjà la formation a été intégrée dans leur cursus si je ne me trompe pas, en 2013. Il n'y a que les sages-femmes formées depuis qui ont cette formation, ça fait pas beaucoup de recul. Et celles qui étaient déjà diplômées peuvent faire des DU, des formations complémentaires. Mais elles n'ont pas forcément un attrait pour la gynécologie.

GM2 : Surtout il ne faut pas qu'elles se prennent pour un médecin. C'est ça le risque. Pas qu'il n'y ait de dérive. On vous dit ça aussi ?

FT : Oui, par exemple un bilan lancé sans pouvoir faire le suivi derrière. Des jeunes médecins généralistes femmes m'ont dit « moi ça ne gêne pas, je trouve ça bien pour la santé de la femme ».

GM2 : Oui on est d'accord mais il faut juste leur dire qu'un frottis c'est pas un contrôle. C'est juste un prélèvement comme on le ferait au labo.

FT : Et il y avait aussi cette notion de concurrence : « elles peuvent le faire, du moment que ça n'empiète pas sur ma patientèle ». Vous avez ressenti ça ?

GM2 : Moi pas parce qu'en étant gynéco les patientes elles viennent me voir. Elles se rendent bien compte que le service n'est pas le même.

FT : D'ailleurs à votre cabinet, quelle est la proportion des femmes qui viennent en premier recours et celles adressée par un médecin traitant ?

GM2 : Alors à 90% des patientes qui viennent chez moi comme ça. J'en ai très peu qui sont adressées avec un courrier pour un avis.

FT : Et votre pourcentage suivi gynéco/suivi de grossesse ?

GM2 : Le suivi gynéco c'est 90%. Les suivis de grossesses, je m'attendais à ce que la mat' les prennent en charge et j'ai été surprise parce que les maternités avant assuraient les suivis de grossesse. AH non, ils les prennent pas, parce qu'ils ne sont pas organisés pour ça. Non les patientes je les prends pour leur suivi de grossesse, pas les échos par contre je les fais pas. Moi je fais mes échos jusqu'à 11 semaines. Mon diplôme je l'ai passé il y a trop longtemps. Si je dois faire des échos morpho il faut que je me reforme.

FT : Vous connaissez bien vos limites.

GM2 : D'ailleurs c'est ce que j'avais dit à Besançon. J'avais rencontré le chef de service. Pour revoir les protocoles de PMA etc. On m'a demandé si je voulais faire de l'écho morpho, je leur ai dit qu'il fallait que je me

reformé. Ils n'étaient pas contre le faire. Pour le moment je ré-ouvre mon cabinet, on y pensera pour plus tard, ça demande de la pratique, reprendre tout. Et c'est des grosses responsabilités. J'ai déjà bien de quoi m'occuper.

FT : Est ce qu'il y a des choses que vous aimeriez me dire, que nous n'avons pas abordées ?

GM2 : Ca reste limité le problème des sages-femmes. D'un autre côté c'est difficile de faire autrement, ça rend service au patient. Mais je me dis si elles vont au labo faire un frottis c'est pareil...

FT : Alors comment on pourrait envisager un travail avec elles ? Pour trouver un piste d'ouverture.

GM2 : C'est compliqué, je ne vois pas nous gynéco comment on peut faire pour travailler avec elles. Un médecin généraliste, surtout les hommes qui ne font pas les examens gynécologiques, mais sous la responsabilité d'un gynécologue, ou d'un médecin généraliste qui après avec un frottis pathologique envoie à un autre médecin.

FT : Donc que ce soit le médecin généraliste qui fasse la lecture du frottis ? Et qu'il adresse ?

GM2 : Oui ou qu'elle fasse ça sous la responsabilité d'un médecin généraliste. Parce qu'elles ne sont pas médecin. Quel ressenti vous avez de mes confrères quand les sages-femmes envoient des patientes ?

FT : Les médecins généralistes dans l'ensemble ne sont pas contre cet élargissement, selon leurs dires elles ne sont pas forcément capable de faire une prise en charge globale, n'ayant pas une formation de médecin. Donc elles ont du mal à connaître les limites médicales.

GM2 : C'est sûr qu'en contraception, traitement hormonal elles ont limitées. Parce qu'elles ne sont pas médecin. Une pilule c'est pas si simple à prescrire, c'est complexe, elles ne maîtrisent pas. Quand j'entends « moi j'avais des saignements sous une pilule monophasique, j'ai essayé ça et ça », on a essayé une monophasique, pas une bi ou tri-phasique. Alors des fois c'est absurde les pilules, c'est les mêmes, il n'y a que le nom qui change. Voilà.

Moi je suis contre dans le fait, ce qui me dérange c'est ce leurre qu'on fait croire aux femmes, hop ça y'est j'ai fait un frottis de contrôle je suis tranquille, c'est bon je n'ai rien. Un médecin il est en alerte, même si vous êtes spécialiste, vous êtes d'abord généraliste, on leur demande les ATCD, les médicaments, on a toujours ça en arrière-plan. Il n'y a pas que le problème gynécologique. Comment travailler comme ça avec une sage-femme ? Avec la sage-femme de X, je lui avais dit écoutez on peut travailler en partenariat toutes les deux, parce que moi j'ai un échographe, les après-midi où je ne peux pas travailler, je lui avais proposé de lui mettre l'échographe à disposition. Elle n'a pas voulu. Elle ne voulait pas forcément parce que du coup, c'est moi qui allait être prioritaire, elle allait peut-être être en dessous de moi. Peut-être que là maintenant c'est plus valorisant pour elle, pour son égo parce qu'elle est toute seule à la maison médicale, elle fait les frottis du Dr X. Voilà c'est ça.

FT : Il faut rappeler que vous avez essayé de vous installer dans une maison médicale d'un village où il y avait déjà des sages-femmes libérales installées.

GM2 : Exactement. Et il y en a une qui n'a pas voulu que je m'installe à la maison médicale parce que j'allais lui faire de l'ombre. Là je lui ai proposé de travailler ensemble, on aurait pu.

FT : Et travailler ensemble ça aurait été plus dans le domaine de la grossesse ?

GM2 : Non même en gynéco ! Mais en me disant par exemple « vous faites le frottis, s'il y a un souci je les prends en main ».

FT : Qu'il y ait une relation de confiance ?

GM2 : Voilà, en travaillant en collaboration, lui apprendre même certaines choses, et puis un problème avec un frottis, je la prends. Une patiente avec une mycose, je ne peux pas la prendre je lui dis d'aller voir la sage-femme, elle regarde elle m'en parle...

FT : J'ai interrogé un médecin d'origine Allemande, là-bas il y a une forte collaboration médecins gynécologues/sage-femme. Quand elle s'est installée, elle a pris une sage-femme avec elle dans son cabinet. Quand elle n'est pas là, elle était sûre de ce que faisait la patiente, elle lui confiait ses patientes. C'est quelque chose qui fonctionnait très bien.

GM2 : Voilà, c'est quelque chose que j'ai proposé à cette sage-femme, et j'ai pas réussi à la convaincre. Mais il fallait qu'elle accepte qu'effectivement que j'étais médecin, et qu'elle ne le serait jamais. Et que pour les patientes un gynécologue reste un gynécologue et qu'une sage-femme reste une sage-femme. Et ça elles ont du mal à l'accepter, donc pour une collaboration c'est difficile.

FT : J'ai entendu que des médecins avaient dit que pour une maison médicale, il fallait mieux salarier la sage-femme. Elle travaillerait pour cette structure...

GM2 : Mais parce qu'elle est limitée.

FT : C'est une piste d'ouverture, travailler avec elles, mais avoir confiance dans leur pratique, dans leurs gestes ?

GM2 : Oui. Et après c'est ce que je m'étais dit « je vais m'installer avec une sage-femme ». Et puis je me suis dit non ça risque d'être compliqué il faut qu'une sage-femme accepte ses limites, je vais me débrouiller autrement. Mais ça aurait été bien. Elle aurait appris à mon avis forcément parce que j'allais lui montrer des choses, lui expliquer les échos avec les stérilets.

Je l'ai vue deux fois, on s'est rencontré deux fois quand même. Et là-bas il suffisait d'une seule personne qui refuse pour que je ne puisse pas passer. C'est dommage.

FT : Je suis certaine qu'il y aurait des choses bien à faire.

GM2 : Mais oui, mais en connaissant les limites de tout le monde que chacun se positionne bien dès le départ.

FT : Un médecin généraliste m'a parlé d'une prise en charge protocolée.

GM2 : Exactement. Mais voilà c'est accepter qu'un médecin prenne la suite s'il y a un problème.

FT : Après c'est inscrit dans la loi.

GM2 : Pour leur égo c'est peut-être pas facile, c'est les sages-femmes c'est spécial !

FT : Anciennement les matrones ? (rires)

GM2 : Oui c'est ça, on est tous passé en salle d'accouchement on s'en est tous rendu compte !

FT : Merci en tout cas.

GM2 : Mais je vous en prie, c'était un plaisir, c'était bien !

Entretien N°13

FT : Merci de participer à mon étude de thèse. Pouvez-vous m'expliquer votre pratique gynéco au cabinet, qu'est-ce que vous faites ? Au niveau du suivi gynécologique.

GM3 : Toute la gynécologie médicale, la surveillance obstétricale des grossesses, du post-partum, et pas mal de cancérologie.

FT : C'est une activité uniquement au cabinet ou mixte ?

GM3 : J'ai eu une activité mixte hospitalière il y a 10 ans.

FT : Pour la partie gynéco, c'est du premier recours, des femmes qui viennent vous voir ou bien il y a des avis, des femmes adressées par d'autres médecins ?

GM3 : Les deux.

FT : C'est plus l'un ou l'autre ?

GM3 : Statistiquement je n'en sais rien, j'avais quand même ma patientèle qui était constituée au bout de trente ans, et puis j'avais quand même des avis qui m'étaient demandés régulièrement, plusieurs fois par semaine quand même.

FT : Au niveau du suivi gynéco vous faites quoi ? frottis, stérilets, implants, vous posez ?

GM3 : Bien sûr !

FT : Est-ce que vous faites des échographies ?

GM3 : Non je n'en ai pas fait au cabinet, j'en ai fait à l'hosto. Je les fais faire par des confrères.

FT : Alors pour cette deuxième question, je vais vous demander votre vision de la sage-femme, pour vous en quoi correspond son métier ?

GM3 : C'est un métier qui pour moi est intéressant parce qu'il est multi-facettes. Alors moi j'ai donné des cours aux sages-femmes pendant 25 ans, c'est moi qui étais chargée de tout l'enseignement de la gynécologie et de la contraception. Et des problèmes psychosomatiques et de la sexologie. C'est moi qui donnais les cours aux étudiants sages-femmes, et aux infirmières.

Pour moi le métier de sage-femme il est pluridisciplinaire, surtout maintenant, ça peut être un métier de salle d'accouchement de salle de naissance, ça peut être un métier de suites de couche, il y en a qui ne font plus que ça, ça peut être une profession libérale à part entière en cabinet avec des rééducations périnéales, des consultations de contraception, maintenant elles peuvent poser des stérilets. Et ça peut être aussi des consultations dans des établissements comme des centres de post-naissance. Elles peuvent intervenir dans des crèches.

FT : Oui donc vous êtes bien au courant de cet élargissement de compétences au suivi gynécologique.

GM3 : Bien sûr, elle peut aussi être professeur à l'école de sage-femme. Il y en a qui font quinze ans d'exercice et qui après deviennent prof.

FT : Et comment vous avez appris cela ?

GM3 : Parce que moi j'étais à la mat' pendant 25 ans et que c'est moi qui faisais les cours à l'école de sage-femme. J'étais dans le bain complètement. J'ai dans l'équipe du CHU.

FT : Les sages-femmes peuvent donc faire le suivi de contraception, le dépistage, les vaccinations aussi.

GM3 : Et puis les IVG médicamenteuses, ça c'est nouveau oui.

FT : Le décret est passé, on n'a pas encore celui concernant l'utilisation des médicaments mais je pense que ça ne devrait pas tarder. Alors, que pensez-vous de cet élargissement de compétences ? Du fait que les sages-femmes aient accès au suivi gynécologique ?

GM3 : La nature ayant horreur du vide, ça vient du déficit des médecins gynécologues. Il y a un déficit cruel, donc on donne aux sages-femmes les prérogatives qu'étaient celles des médecins. Ça ne fait pas plaisir à tout le monde mais c'est comme ça.

FT : Et vous, quel est votre avis là-dessus, qu'est-ce que vous en pensez ?

GM3 : Mon avis, je n'ai pas d'avis là-dessus. C'est comme les problèmes d'immigrations ou les gens qui sont chassés de leurs pays, y'a pas de médecin pour faire la gynécologie, personne ne s'engage dans cette profession qui est difficile, qui est mal reconnue donc, y'a un déficit de médecin donc on donne des prérogatives aux sages-femmes, qui sont en France très bien formées. La formation des sages-femmes en France est unique, dans les autres pays d'Europe elle n'est pas comme ça. C'est les infirmières qui font une spécialisation de sage-femme nous on a une spécificité en France, c'est une carrière qu'on débute sur un concours, sur 5 ans et c'est une spécificité française, et ça pose un problème d'ailleurs avec l'Europe parce que l'harmonisation on ne sait pas comment elle va se faire. Est ce qu'elle va se faire par le haut ou par le bas ? Mais une sage-femme française c'est pas du tout la même chose qu'une sage-femme Allemande ou Suisse. Dans les autres pays européens se sont des assistantes des médecins, type infirmière. Tandis qu'en France c'est un métier particulier qui est appris en 5 ans.

FT : Elles ont des compétences médicales en fait.

GM3 : Elles ont des compétences médicales, du fait de leur formation oui.

FT : Et elles ont des compétences médicales dites limitées, leurs compétences sont très bien décrites par la loi de 2009 qui a vu élargir leurs compétences. En fait elles peuvent faire le suivi s'il est physiologique. A partir du moment où il devient pathologique, elles ont l'obligation d'adresser la patiente à un médecin, qu'est-ce que vous en pensez ?

GM3 : C'est là que réside tout le problème. Moi j'étais bien avec les sages-femmes parce qu'elles m'avaient toutes eues comme élève donc elles m'aimaient beaucoup, je les aimais aussi beaucoup. Quand elles posaient un stérilet dans leur cabinet et que ça n'allait pas elles m'adressaient tout de suite leurs patientes. Leur problème c'est ça : lorsqu'il y a une complication, elles ne sont pas capables d'assumer la complication, c'est ça que leur reproche les gynécologues.

FT : J'ai eu des retours de médecins généralistes, sans parler de complication, qui expliquaient qu'elles avaient parfois pu dépasser leurs compétences, par exemple avec des bilans biologiques qui avaient été lancés, sur des problèmes de thyroïde, des choses comme ça...

GM3 : Ah mais bien sûr ! Mais ça va être la tendance puisque maintenant on leur donne des compétences médicales donc elles vont en profiter et elles vont surfer sur la vague. Bien entendu, parce qu'il y a quand même une compétition entre les professions, faut quand même le dire.

FT : Vous au cabinet vous avez un réseau ? Vous travaillez avec des sages-femmes ?

GM3 : Moi j'ai mon réseau, pour les rééducations périnéales. Et c'est surtout la collaboration que j'ai de manière étroite, c'est avec les sages-femmes du Haut-Doubs. Pour les suivis de grossesse par exemple, quand les femmes sont éloignées de plus de 100km de Besançon, les sages-femmes font un travail remarquable de suivi avec des enregistrements à domicile, ou des suivis quand les grossesses sont pathologiques, ça évite aux femmes de descendre à Besançon trop souvent quand les cols sont modifiés par exemple et là il faut une étroite collaboration avec la sage-femme. La sage-femme doit aller voir la patiente, fait son enregistrement, et

puis souvent elle me téléphone en me disant c'est comme ci, c'est comme ça, qu'est-ce qu'on fait ? Moi j'ai un excellent contact avec elles, et je suis très contente de les avoir. Mais il faut une bonne collaboration, il faut que la sage-femme ait confiance en vous, il faut que vous ayez confiance en la sage-femme et il ne faut pas qu'elle dépasse ses prérogatives. Pour les poses de stérilets quand ça « merdait », je les recevais tout de suite les patientes, ça faisait partie du « deal ».

FT : C'était votre rôle de les recevoir ?

GM3 : Oui, il faut bien récupérer ça. Donc il ne faut pas être en opposition et en situation d'hostilité vis à vis d'elles.

FT : Vous avez déjà eu une sage-femme qui a souhaité venir au cabinet, pas forcément une que vous aviez formé mais une jeune sage-femme qui s'installait et qui voulait apprendre à poser les stérilets ou les implants par exemple ?

GM3 : J'en ai eu plein, j'en ai eu tout le temps ! Tout le long de l'année j'en avais.

FT : Ah oui ? C'est bien vous avez accueilli des sages-femmes ?

GM3 : Mais bien sûr ! Et des généralistes qui veulent apprendre à poser des stérilets. Parce que dans leur formation, les stérilets je crois qu'elles n'ont pas une bonne formation, elles n'ont pas fait assez de consultation de gynéco dans leur cursus.

FT : Non, et puis elles ont très peu accès aux stages de gynécologie.

GM3 : Oui donc elles venaient au cabinet, et puis quand je jugeais qu'elles avaient suffisamment posé, alors là je prends un petit risque légal, parce que si jamais il y avait un problème avec le stérilet je ne sais pas trop comment je suis assurée, mais bon moi je l'ai fait...

J'ai même fait consulter des élèves, ce qui était très bien parce que l'école assurait d'un point de vue médical, mais quand c'était des sages-femmes installées, bon...

FT : Il n'y avait pas de convention.

GM3 : Il n'y avait pas de convention, quand c'était des généralistes qui venaient apprendre à poser des stérilets il n'y avait pas de convention, bon écoutez, moi je l'ai fait, j'ai pris le risque.

FT : Est-ce que vous avez des patientes suivies par une sage-femme, je ne parle pas du suivi de grossesse. Ça vous est arrivé ?

GM3 : Bien sûr.

FT : Elles sont venues vous voir pourquoi ?

GM3 : Parce qu'il y avait eu un souci.

FT : Donc elles avaient changé de praticien pour leur suivi gynéco ?

GM3 : Je faisais le passage orageux et ensuite elles repartaient vers leur sage-femme. Mais c'était souvent une question d'éloignement. Parce que je pense que les sages-femmes qui font le plus de choses sont celles qui sont éloignées des centres.

FT : Et il y a de moins en moins de postes hospitaliers donc les sages-femmes sont amenées de plus en plus à aller s'installer en libéral.

GM3 : Bien sûr. A exercer leur profession en libéral bien sûr.

FT : Vous parliez de démographie médicale tout à l'heure. Tous les médecins généralistes ne font pas du suivi gynécologique, parce que pas formés, parce qu'ils n'en ont pas forcément l'envie, il y a plusieurs facteurs. Et plusieurs médecins généralistes, surtout les hommes, m'ont dit qu'ils pouvaient adresser aux sages-femmes pour le suivi gynéco.

GM3 : Là ils font une grave erreur parce que ça signifie que dans quelques années les médecins généralistes ne feront plus de gynéco.

FT : Mais il y a d'autres médecins, femmes surtout, qui font de la gynéco alors est-ce que ça peut se rétablir comme ça ?

GM3 : Je ne sais pas. Je ne sais pas comment va tourner la médecine, j'en sais rien. En tout cas, il faut bien soigner les gens ça c'est sûr !

FT : Quelle piste d'ouverture pour mieux travailler ensemble avec cette profession ? Est-ce qu'on peut faire une collaboration ? Mettre en place des protocoles ?

GM3 : Au CHU il y a énormément de colloques, où les gynécos sont conviés avec les médecins généralistes et les sages-femmes. Et au cours de ces dernières années, il y avait de moins en moins de sages-femmes qui venaient, et même moins de gynécologues. Ces colloques étaient très intéressants et étaient très importants parce qu'on se connaissait on se parlait, il y avait des contacts. Mais les gens sont de moins en moins venus, ils étaient moins intéressés.

FT : Mais pourquoi ?

GM3 : Je n'en sais rien...

FT : Pourtant c'était l'occasion de se rencontrer, d'échanger, de créer un réseau.

GM3 : Mais bien sûr, bien sûr, et puis de manger ensemble, de se parler... Nous « les vieux » on y allait tout le temps, c'est les jeunes qui n'y allaient pas. C'est la même chose pour le conseil de l'ordre et c'est la même chose pour le syndicat. Personne ne voulait plus venir aux réunions, personne ne veut plus être conseillé ordinal et se taper les réunions et le travail sur les dossiers. Il y a un désengagement citoyen des médecins. Il y a un individualisme installé qui est forcené, mais qui ne doit pas les rendre toujours heureux parce que quand on se voit on rigole bien, il y a toujours une bonne ambiance, alors d'être toujours dans son coin tout seul, je ne vois pas vraiment ce qu'ils y gagnent.

FT : Je suis d'accord avec vous, on a besoin d'échanger, de connaître les gens, leur profession. Si on a une question, un avis ça va quand même plus vite quand on se connaît les uns les autres...

GM3 : Bien sûr.

FT : Donc ça peut être une piste, essayer de d'organiser des rencontres, pour mieux se connaître, des colloques sur un thème...

GM3 : Oui, alors le Pr M. (chef de service) avait quand même essayé de faire intervenir les sages-femmes dans les colloques de gynéco. Il y avait quand même des sages-femmes qui faisaient des publications. Il a toujours essayé de faire ça, maintenant qu'est-ce que ça va devenir ?

FT : Le médecin que je remplace a reçu un dépliant pour ce colloque.

GM3 : C'est les réunions Bourgogne Franche-Comté. C'est ouvert à tout le monde. Je pense que toutes ces années dernières, ce qui a beaucoup manqué c'est la communication entre les gens. Il y a un esprit qui a complètement changé, les gens ne se connaissent plus, ne se parlent plus.

FT : Les gens travaillent dans leur coin ?

GM3 : Je ne sais même pas comment ils font pour tenir le coup.

FT : Je vois rien que pour ma thèse, pouvoir rencontrer des médecins généralistes et gynécologues, ça me permet de faire connaissance et de me présenter, d'échanger, c'est très intéressant. En tout cas j'entends parler de vous lors de mes remplacements « ma gynéco va bientôt partir à la retraite je ne sais pas chez qui aller » (rires)

GM3 : (rires). Et bien bossez les filles, bossez et remplacez-moi !

FT : Vous avez encore des choses à me dire sur le sujet ?

GM3 : Non c'est tout bon !

FT : Merci pour tout.

Entretien n°14

FT : Bonjour, la première question permet de mieux vous connaître. Quelle est votre activité au cabinet ? Quels gestes pratiquez-vous ?

GO3 : Le suivi gynécologique. Echographie gynécologique et obstétricale. Gestes diagnostiques, colposcopie, petit gestes endo-utérins.

FT : Tout ce qui est stérilet, implant, IVG médicamenteuse ?

GO3 : Oui je fais.

FT : Ce sont des patientes que vous voyez en premiers recours avec des examens de « routine », ou vous voyez également des patientes adressées par des médecins généralistes pour un avis ?

GO3 : Oui, essentiellement ma patientèle. J'ai quelques patientes adressées, je ne prends que sur des avis très ponctuels, et puis pour des IVG je prends en direct. Et les grossesses, c'est en entrée directe. Et du coup, quelques entrées directes pour des échographies chez des patientes qui sont suivies par des sages-femmes, j'ai beaucoup d'accès direct.

FT : Et entre le suivi gynéco et le suivi de grossesse, si on peut évaluer...

GO3 : En proportion ? kif kif, ou un peu plus grossesse.

FT : Pour la deuxième question, on rentre un peu plus au cœur du sujet, on parle donc de la sage-femme. Pour vous, quel est le rôle, le métier d'une sage-femme ?

GO3 : Suivi physiologique de la grossesse et extension récente au suivi gynécologique, suivi échographique pour celles qui sont diplômées.

FT : Donc vous être bien au courant que les sages-femmes ont cet élargissement de compétences ?

GO3 : Et oui !

FT : C'était en 2009, avec la loi HPST

GO3 : Et encore récemment avec les IVG médicamenteuses !

FT : Et comment vous avez appris cela ?

GO3 : Au travail. Jusqu'en 2014 je travaillais avec les sages-femmes et puis j'ai lu un petit peu. C'est un corps professionnel que je fréquente de manière régulière.

FT : Qu'est-ce que vous en pensez de cet élargissement de compétence dans le domaine du suivi gynécologique ?

GO3 : L'idée que je m'en fais est forcément une représentation très personnelle, au travers des expériences que j'ai pu voir en relation avec elles. Et après dans une réflexion d'ordre général dans une politique de santé publique.

Je trouve ça complètement aberrant que l'on ne forme pas de médecin gynécologue et que du coup ça coûte moins cher à l'état de former des sages-femmes et qui ont des compétences réduites même si elles le revendiquent et que c'est une profession médicale, et ça revient moins cher à la sécurité en terme de soin. Je trouve que c'est une dégradation, je suis désolée, je suis très basique, c'est un dévoiement de l'exercice du suivi gynécologique. Alors après, c'est très compliqué. Parce qu'elles ont revendiqué obtenu et elles le revendiquent haut et fort le statut de profession médicale. Dans leur esprit et quand on discute avec elles pour

certaines, elles ont la compétence des gynécologues médicales à tel point qu'elles demandaient d'être payées comme des PH de l'hôpital, ça va quand même très loin. Pour certaines encore elles ont l'impression que cette extension, de ce que j'ai compris elle reste dans le domaine physiologique, elles ont autant de compétences qu'un gynécologue. Après quand j'ai discuté avec une copine qui est gynécologue. Elles font le physiologique et quand c'est trop compliqué elles envoient chez le gynéco, bah voyons ! A la fois sur le papier l'idée est bonne et en même temps, c'est une aberration. J'ai changé de position, j'ai été longtemps hospitalière, j'ai fait longtemps de la clinique et maintenant je suis en médical libéral pur, donc j'ai balayé tous les exercices, hormis médecin institutionnel. Mais je pense que nous on n'est pas là que pour voir de la pathologie, on est là aussi pour voir de la physiologie, parce que notamment dans le suivi gynécologique médical, il y a des dimensions qui vont bien au-delà du suivi physiologique et de la gynécologie. On ne peut pas faire de la patho parce qu'on est complètement épuisé. Vous êtes médecin généraliste ? Ça fait quand même du bien de ne pas voir que des diabétiques et des hypertendus, et de prendre en charge des rhinos de temps en temps ! Bien souvent ça me permet d'aller au-delà de la question gynécologique, j'ai des consultations qui sont plus du soutien psychologique ou essayer de cerner avec la femme des troubles du désir etc. On n'est pas là que pour la pathologie. Moi en ce qui me concerne je ne serai pas satisfaite si je n'étais là que pour le pathos. Est-ce que c'est parce que j'ai envie d'alléger ma profession médicale ? Mais je pense qu'on a besoin du physio pour connaître le pathologique.

Après je pense qu'il y a un certain nombre de fois où elles outrepassent et font des bêtises et nous on est en rattrapage. Elles dépassent leurs compétences ou elles ne savent pas.

Je vais tenter d'illustrer ça avec des exemples, alors c'est un peu bête de se limiter à l'anecdote parce qu'on est tenté, et qu'il y a un problème de santé publique.

FT : L'élargissement a été mis en place depuis plusieurs années maintenant, on a un peu plus de recul maintenant.

GO3 : Oui. Ce qui est sûr c'est qu'on manque de gynéco méd., et que les médecins généralistes sont peut-être plus formés, surtout les femmes médecins sont plus formées pour faire le suivi gynécologique donc par exemple la question du dépistage, elles peuvent contribuer au dépistage, savoir faire des frottis c'est une compétence qui s'acquiert. La question de la couverture du dépistage pour que les femmes soient mieux couvertes c'est une bonne chose mais est ce qu'il faut que ce soit dévolu aux sages-femmes ? Alors après on peut se dire il y a des médecins généralistes qui sont bien demandés par ailleurs, et des gynécologues méd. qui sont empêtrés, à la fois c'est bien et c'est pas bien. C'est bien pour le dépistage, par exemple la question de contraception pourquoi pas mais je suis désolée elles ne sont pas ; comment dire, alors peut être qu'elles vont l'acquérir avec le temps, mais moi j'ai quand même la perception qu'elles avaient quand même une connaissance assez réduite de la connaissance gynécologie et du coup elles ouvrent avec les moyens qu'elles ont acquis. Alors peut être que moi quand j'ai débuté et que j'étais interne, là les compétences c'est depuis 2009 donc on a quand même 7 ans de recul, j'étais déjà mieux après 7 ans d'exercice, j'étais plus mature, plus souple dans mes possibilités de prescriptions vis à vis de mes patientes. Des fois il y a des situations très complexes ou ça ne va pas du tout. Elles n'ont pas l'expérience, je suis désolée, elles n'ont pas la richesse de la connaissance médicale qu'on apprend, et qui vient alimenter notre réflexion. Pour prescrire une pilule de première intention à quelqu'un qui n'a pas d'antécédents et qui n'a jamais eu de soucis pourquoi pas, mais dès que ça se complexifie un peu, il me semble qu'elles n'ont pas toujours les compétences.

FT : Dès que ça dépasse le cadre gynécologique ?

GO3 : Oui. Je pense qu'il faut qu'on améliore la couverture du dépistage qui n'est pas bonne en France. Entre les femmes qui pleurent parce qu'on leur a pas fait de frottis depuis un an qui sont super anxieuses, ou celles qui pensent qu'on ne fait plus rien après 65 ans, donc qu'on puisse améliorer le dépistage, ça me semble une nécessité en France. Mais est ce qu'on doit s'appuyer sur l'outil sage-femme ? C'est vraiment une réflexion de santé publique au niveau national. Pourquoi est-ce qu'on ne forme pas mieux les médecins généralistes ? Pourquoi est-ce qu'on ne forme pas plus de gynécologues médicales ? Parce que vous voyez il y a les DES elles sont en train de s'éteindre. Je suis une des premières générations du nouvel internat. Je suis de 86. C'est la fin des DES médicaux. Les gynécologues médicales ont cessé d'être formées en 2004, donc les toutes dernières ont forcément plus de 58 ans. Vous connaissez la situation sur Besançon, je vais vous la résumer : depuis 2009 que je suis arrivée, il y a un gynéco qui a disparu par an. (Elle fait la liste des médecins partis en retraite). J'ai toujours été dans cette tendance, où on pensait qu'il n'y avait que les gynécologues méd. qui faisaient de la bonne gynéco méd., les gynécologues obstétriciens ne connaissaient rien (rires), et maintenant il y en a de moins en moins,

mais elles faisaient du job ! Moi j'ai toujours été hospitalo-universitaire, donc j'ai toujours été en concurrence dans ma formation avec des élèves sages-femmes, qui avaient le droit de faire des accouchements, et nous on nous appelait pour mettre les forceps, on ne faisait pas des accouchements normaux, donc vous voyez il y a quand même une longue antériorité.

Et donc cette longue montée en puissance parce que je pense qu'elles ont un corps de sage-femme qui est très bien placé en politique qui font avancer leurs pions progressivement, moi je vois très bien comment ça a été, alors vu comme ça vous devez penser que je crois qu'il y a un complot (rires), mais je pense qu'elles ont vraiment su très habilement et avec beaucoup de ténacité et avec des arguments au niveau politique faire avancer leurs revendications. Ça va un peu à l'extrême avec les sages-femmes hospitalières qui veulent être payées comme des PH. Là c'est absurde, quand vous avez fait 6 ans de formation médicale, 3 ans de formation en médecine générale, on n'est pas dans le même niveau de connaissances.

Alors que le dépistage soit adressé aux sages-femmes, oui c'est un outil de plus, elles ont été formées en très grande quantité à tel point que les sages-femmes ici se tirent la bourre. Il n'y a plus de poste hospitalier, elles sont en libéral et n'arrivent pas à bosser, elles se tirent les patientes, dans leurs compétences, et elles ont des compétences, elles ont retiré de leurs plaquettes leurs spécialité : sophro, haptonomie, etc. Parce qu'entre elles, elles se font tellement la guerre qu'elles se sont dit si on le fait apparaître ça va faire une concurrence pour les autres. Entre elles-mêmes elles se guerroient parce qu'elles ont été formées en grande quantité. Moi je trouve que cette revendication d'élargir leurs compétences c'est une façon à elles de survivre et en occupant le trou laissé béant par les autorités sanitaires qui se sont complètement plantées dans leur programmation pour former des gynécologues médicales. Ca c'est l'analyse que j'ai de ma profession, parce que ça fait finalement trente ans que je travaille.

FT : La formation de gynécologue médicale a été mise en place puis retirée puis remise en place.

GO3 : Les filles qui ont fait gynéco méd. c'était un calvaire. Et ça continue d'être un calvaire, de rivalité. Moi quand je me suis installée on m'a dit « gynéco tu vas être au chômage », il y a eu un problème au niveau du numerus clausus où ils se sont complètement plantés coté médecin, mais par contre sage-femme hardi-petit on bosse à tout va et maintenant il faut qu'elles bossent.

FT : Elles ont dans leur formation depuis 2013 la formation en gynécologie théorique comme nous on a à la fac : contraception, physiologie, etc... C'est inclus dans leur formation, depuis 2013. Les jeunes sages-femmes auront cet apport de connaissance concernant la gynécologie, mais après elles ont peu de terrain de stage pour mettre en pratique.

GO3 : Alors si une sage-femme m'entend elle va être horrifiée de mes propos, elle va dire que je suis une sale espèce de gynéco qui nous méprise qui ne reconnaît pas nos compétences, en plus elles peuvent être très virulentes. Alors c'est peut-être dû au mépris des gynécos sur les sages-femmes, peut-être que c'est le souci d'une tradition mais il y a des tas d'autres pays où le travail se repartit différemment et où elles n'ont pas cette envergure de profession médicale qui vient je trouve un peu véroler le fruit. Encore une fois je peux être critiquée pour condescendance, pour mépris mais il y a encore un statut de super infirmier avec des compétences élargies...

FT : Des infirmiers cliniciens ?

GO2 : Oui, et qui pourraient être amenés à faire du dépistage et ça irait tout aussi bien ! Y'a pas besoin de compétences médicales élargies. J'ai une femme qui est venue me voir pour une pose de stérilet dite difficile en me disant ma sage-femme a essayé trois fois, en vain. Alors après ça dépend de certaines sages-femmes, y'en a que j'ai gentiment remis à leur place, les sages-femmes qui interviennent dans le cadre de la préparation à l'accouchement que je suis dans le suivi médical et qui profitent de la séance de préparation pour faire un TV, pour faire une prescription, les patiente me disent ça, je leur dit mais pourquoi elle vous a examiné ? Pourquoi elle vous a prescrit ça ? Elle m'a mis du fer parce que je faisais de l'anémie. Je vois sa numération, alors qu'elle avait déjà une supplémentation en fer et vitamine B9, et là elle avait une macrocytose à 107 et une ferritinémie à 60. Et « la sage-femme elle a dit que » c'est anecdotique...

FT : Tout à l'heure on parlait du dépistage, un médecin m'a dit « c'est bien qu'elles sachent les faire, mais faut-il encore qu'elles sachent les interpréter ».

GO2 : Les lire, les interpréter. Des femmes qui arrivent complètement paniquées parce que la sage-femme a trouvé un ASCUS, il faut que je les prenne dans la minute parce que c'est une catastrophe. Ça va être : elle a trente-cinq ans, des jambes comme des poteaux elle fait 95 kg et puis elle dit qu'elle a un peu la migraine, c'est pas grave on va reconduire ADEPAL si c'est pas DIANE 35.

FT : Vous avez des patientes qui sont suivies par des sages-femmes ou bien vous collaborez avec des sages-femmes ?

GO3 : Si je collabore, parce qu'elles existent, je les fais intervenir sur prescription médicale, par exemple dans les suivis médicaux, pour dépister une tension un peu limite. C'est pareil, je trouve une tension un peu limite à une femme, une protéinurie un peu limite, je lui ai dit de voir avec sa sage-femme pour qu'elle la suive dans l'intervalle, elle m'appelle s'il y a un problème. Elle m'appelle le lundi, en me disant j'ai les pieds un peu gonflés, j'ai fait la protéinurie : 0,61 et j'en ai parlé à ma sage-femme qui m'a dit de voir avec vous après le weekend. Je l'ai envoyée aux urgences, elle était en pré-éclampsie. En même temps je me suis appuyée sur elle, peut-être par déontologie, il n'empêche : elle a des poteaux, une tension un peu élevée et une protéinurie, on n'attend pas le weekend pour s'en occuper.

L'autre fois, je vois une dame, je lui explique bien au téléphone que je ne peux pas la prendre pour son suivi médical : « je suis saturée, prenez rendez-vous avec une sage-femme parce que il y a des sérologies, des prescriptions d'acide folique, mettre en place le dossier », je lui fais une écho à 6 semaines, et quand je la revois la sage-femme lui a dit « tant que vous êtes pas à trois mois j'ai pas besoin de vous voir » Les bras m'en sont tombés. Alors est ce que la dame n'a pas su m'expliquer ? J'ai appelé la sage-femme, je me suis accordée avec elles en disant « comme je ne peux pas les suivre sur le plan médical je vous les envoie ». Je suis désolée elle a zappé le dépistage, la prescription d'acide folique, l'interrogatoire sur les antécédents... Alors est ce qu'on fait de l'ultra compétence alors qu'elles font de la compétence ? Ou est-ce que c'est moi qui suis acharnée et que j'en fais trop ? Pourtant la prescription d'acide folique c'est basique.

FT : Vous dites que vous êtes saturée au niveau du suivi de grossesse, et au niveau du suivi gynécologique ?

GO3 : C'est pareil, j'ai tellement absorbé les patientes des gynécologues parties en retraite que je n'arrive plus à avoir de la disponibilité.

FT : A qui vous adressez alors pour le suivi gynécologique ?

GO3 : Le médecin traitant s'il fait le suivi gynécologique, éventuellement si vous n'avez pas de problème particulier vous pouvez aller voir une sage-femme.

FT : Comment on pourrait, sur quoi on pourrait réfléchir pour essayer que les choses se mettent mieux en place par rapport au suivi gynéco par les sages-femmes ? Une collaboration ? On m'a parlé de ça : une sage-femme qui fait le suivi mais un peu supervisé par un médecin, qu'il ait confiance en elle.

GO3 : En l'état actuel du fonctionnement de mon cabinet j'aurais du mal à accepter une élève en formation.

FT : Vous parlez d'une sage-femme qui viendrait ?

GO3 : J'ai accepté un médecin généraliste qui validait son DU de gynéco parce que c'est quelqu'un avec qui ça s'est très bien passé. C'est très compliqué les gestes, le rythme des consultations, le rendement des consultations cadencées, oui pourquoi pas, mais ça veut dire que les médecins vont faire de la formation gratuite pour les sages-femmes. Mais enfin, je suis chef d'entreprise maintenant, vous verrez quand vous aurez votre boîte, vous allez comprendre que travailler gratuitement on peut pas le faire à outrance...Donc mettre en place une collaboration, je vais vraiment passer pour une horrible amère désabusée et obnubilée par mon fric, mais encore une fois, c'est les médecins qui vont donner de leur bonne volonté sur une conviction qu'il ont gardé de contribuer à l'amélioration du service public, du service rendu à la population, mais former quelqu'un ça prend du temps ! Pendant ce temps-là vous voyez moins de patient, vous gagnez moins d'argent, ou alors vous finissez épuisée. Donc il y a un coût humain financier temporel à former quelqu'un. Vous allez répondre que ça va me permettre d'avoir une correspondante avec qui ça passe mieux. Et ce sera mieux pour vous, vous allez gagner du temps (rires). Mais est-ce que ça va être ponctuellement ? Oui il y en a une que j'ai accepté de former, une médecin que je connaissais parce que je savais que c'était quelqu'un de valeur, c'était

ma petite contribution, après même si je forme une sage-femme, par rapport à l'armada des sages-femmes qui sont formées tous les ans et qui vont avoir besoin d'une formation d'un suivi, j'ai du mal à voir comment cette petite contribution très ponctuelle, oui pourquoi pas... Mais est-ce que c'est aux médecins de faire ça ? Et quels médecins ? Est-ce que c'est les médecins généralistes formés en gynéco ou les gynécos ? Et pourquoi pas à ce moment-là les gynécos hospitaliers, tout le monde a du travail et n'a pas forcément de disponibilité à les former. Mais vous savez, je ne sais pas si vous êtes passées en stage chez le médecin généraliste, mais c'est pas tous les médecins qui accueillent, c'est compliqué d'accueillir un jeune en formation. Certains généralistes sont engagés dans cette démarche de formation, je ne sais pas si c'est indemnisé ou reconnu comme tel.

FT : Si, ils ont une indemnisation

GO3 : Voilà, encore une fois je ne connais pas tellement le modèle, mais c'est pour former nos confrères, nos futurs remplaçants, notre relève ! Former une sage-femme, si vous voulez ce n'est pas un futur gynéco...

FT : Et protocoliser une prise en charge, partager les taches ?

GO3 : Là c'est sûr que pour la sage-femme qui a dit à la patiente de revenir à trois mois de grossesse, j'ai contacté la sage-femme et je lui ai dit ce que moi j'aurais fait à mon cabinet.

FT : Mais là on est dans le suivi de grossesse.

GO3 : Ah oui pardon !

FT : Et alors dans le suivi gynéco est-ce que c'est faisable ? (Blanc de plusieurs secondes) Par exemple la sage-femme qui fait le frottis et le médecin la lecture.

GO3 : Mais on n'est pas des techniciens de lecture ! On est des docteurs ! Qu'on me demande un avis ponctuellement oui okay, mais je ne suis pas un super lecteur de frottis, elles n'ont qu'à apprendre où elles s'adressent au cyto-pathologiste.

FT : On se retrouve limité ? On leur donne la possibilité de faire quelque chose, mais derrière si elles ne peuvent pas prendre en charge ?

GO3 : Ou alors ça veut dire qu'effectivement on met en place : tout ce qui est normal elles le font, ce qui est « patho » elles envoient en consultation.

FT : C'est ce qu'elles sont censées faire, elles travaillent dans le domaine pathologique, et dès qu'on passe dans le domaine pathologique elles ont l'obligation d'adresser la patiente à un médecin.

GO3 : Le problème c'est que quand la dame arrive en consultation, vous allez l'installer, contrôler ses antécédents, mettre le speculum, contrôler son col, et puis faire le frottis, et elle va dire qu'elle a les seins qui gonflent, etc... C'est tellement vaste en gynéco que parfois vous êtes repartie pour tout. Donc intervenir ponctuellement pour une question de frottis, après il faut que nous, nous ayons une disponibilité aussi. Actuellement je ne prends plus de nouvelle patiente parce que je suis saturée ! Mes rendez-vous de gynéco pour mes patientes j'ouvre le planning à 6 mois et au troisième jour c'est rempli pour les trois prochains mois. Je suis en asphyxie c'est pour ça que je vous dis que j'aurai du mal à absorber plus. Je pense qu'il faudrait que ça soit plus organisé, de façon cohérente. Mais qui détermine ? Les sages-femmes de façon unilatérale et nous on se débrouille derrière ?

FT : D'où l'importance de se rencontrer, de protocoliser ou autre ? Est ce qu'il y a un manque de communication ?

GO3 : C'est évident, elles font leur truc dans leur coin, nous les médecins on n'a pas été trop informé de la modification de leur extension de compétences. Encore une fois, est ce que, je vais être horrible, mais c'est peut-être ça que veulent les pouvoirs publics ? En donnant plus de pouvoir aux sages-femmes c'est de la médecine au rabais qu'ils font et puis ça leur coûte moins cher ! Et En formation et en actes de soins. Donc

peut-être que, ils ont qu'à former plus de gynéco médicales, ou de gynéco obst. qui après peuvent s'installer en gynéco médicale.

FT : Et les médecins qui se forment avec le DU de gynéco vous pensez que c'est bien ?

GO3 : Mais évidemment ! Je pense que des médecins soient formés au suivi gynécologique mais alors pour le coup oui, et encore oui ! On a une médecine plus féminine, des femmes qui se tournent plus facilement vers la gynécologie, et des hommes moins portés vers ça. Mais encore une fois, elles ont la compétence médicale, si elles me disent « j'ai un souci, je voudrais ton avis là-dessus » ça ne me gêne absolument pas. Je ne suis pas du tout en porte à faux avec mes collègues généralistes qui ont validé ou non la compétence gynécologique, j'ai aucun problème.

FT : Parce derrière il y a tout un cursus médical général ?

GO3 : Mes collègues médecins ne font pas n'importe quoi. Je suis désolée, mais j'ai quand même l'impression que si les sages-femmes font n'importe quoi, un jour ou l'autre ça va leur tomber sur le nez, il va y avoir des procès, et elles vont commencer à comprendre que, quand je vois passer des aberrations en cabinet, c'est n'importe quoi et en toute impunité. Alors pour l'instant elles n'ont pas encore capté qu'il fallait être aussi rigoureuse et compétente en gynéco qu'en suivi de grossesse. Je suis affreuse de dire tout ça...

FT : Je pense qu'on aura un peu plus de recul d'ici quelques années, avec des chiffres démographiques et épidémiologiques, on pourra voir les suivis, les dépistages, le taux des cancers, etc ...

GO3 : Mais encore une fois pourquoi les pouvoirs publics ont décidé d'élargir ce champ de compétence des sages-femmes, qu'ils ont formé en quantité massive. Tellement, qu'elles débordaient de leur exercice et qu'il fallait bien leur donner de quoi bosser, plutôt que de former plus de médecins, pourquoi on a gardé un numérus clausus aussi serré, pourquoi on a arrêté la formation des gynécos med., pourquoi on embête ceux qui veulent le faire, pourquoi on n'a pas anticipé le départ à la retraite des DES ? Il y a quand même une volonté, ils se sont voilés la face, en se disant c'est bien cool on n'a plus à former de médecins et les sages-femmes vont faire leur job. Les gynécos sont derrière pour ramasser et traiter les pathologies. Et ça moi je suis en colère contre les décisions politiques, depuis le début, et maintenant je suis au bout, ils pouvaient bien prévoir, ils pouvaient anticiper donc il y a vraiment eu soit une négligence soit finalement « ça nous arrange bien ». Oui je suis très remontée...

FT : Je regardais l'atlas de la démographie des médecins...(coupée)

GO3 : Mais en plus c'est complètement faux ce qu'ils racontent sur le Doubs ! J'y suis allée !

FT : Ce qui est bizarre c'est qu'ils séparent la gynécologie en trois parties : gynécologie médicale, gynécologie médicale et obstétricale et la gynécologie obstétricale.

GO3 : Moi je ne sais pas où je suis. Et vu la somme qu'ils font c'est faux. Si déjà dans votre thèse vous pouvez répertorier objectivement le nombre de médecins et leur catégorie.

FT : A mon avis vous êtes en gynécologie médicale et obstétricale.

GO3 : Oui je pense aussi. Ne serait-ce que si dans votre thèse, vous dites : « j'ai fait le compte des gynécos, et ce qu'on nous annonce dans l'atlas est faux » peut-être que tout simplement les pouvoirs publics résonnent avec des chiffres qui sont faux. Le réel existant et ce qu'ils donnent avec un énorme décalage pour montrer le cruel manque de gynécologues dans le Doubs. On a trop de travail, les patientes ne sont pas contentes parce qu'il y a du délai, on ne répond pas à leurs attentes, il y a plusieurs motifs dans une même consultation, c'est source de mécontentement, mais parce que c'est le système qui est défaillant. Il faut voir le retour de revers qu'on se prend qui est en fait plutôt dû à un problème d'organisation.

FT : Et ça peut être une source d'épuisement ?

GO3 : Ca ça va encore je me préserve encore !

FT : Je suis allée sur l'application AMELI, qui recense les professionnels de santé, le Dr B. que j'ai rencontré a été mise dans les gynécologues médicales alors qu'elle est gynécologue obstétricienne à la base.

GO3 : Je crois que je suis recensée en gynécologue médicale ce qui correspond à mon activité aujourd'hui mais pas à mon diplôme spécialisé en obstétrique.

FT : Non vous étiez recensée en tant que gynécologue obstétricale. D'ailleurs le Dr B. travaillait avant avec une sage-femme. Elle est d'origine allemande, il y a un gros travail de collaboration entre les deux corps de métier et elle ne se voyait pas travailler sans une sage-femme. Elle en recherche activement une.

GO3 : Alors moi effectivement une collaboration de proximité je serai tout à fait d'accord ! Parce que là on a un vrai partenariat, une répartition des choses, des tâches qui se déterminent au fur et à mesure. Je serai tout à fait d'accord.

FT : Elle m'expliquait qu'elle avait confiance, quand elle partait en congés elle confiait ses patientes à la sage-femme pour les suivis, les contraceptions etc. Si elle a un souci, elle est à côté et prend la main, c'est vraiment un travail de collaboration.

GO3 : Ca c'est quelque chose que je pourrai envisager. Je ne suis pas opposée à ça. A ce moment-là c'est une auxiliaire médicale, hors ce sont des professions médicales, vous voyez ce que je veux dire. Et en plus moi j'ai été très étonnée qu'elle puisse s'installer avec une sage-femme dans le même lieu, parce que je croyais qu'il était interdit qu'un gynéco ne pouvait pas s'installer avec une sage-femme.

FT : Ah bon ? Je ne sais pas ça, je vais me renseigner.

GO3 : Oui, je crois, quelqu'un me l'avait dit.

FT : Elle l'a fait pendant plusieurs années et ça lui convenait bien. En Allemagne c'est comme ça que ça fonctionne.

GO3 : Oui mais en Allemagne elles ne sont pas profession médicale c'est ça la grosse différence. Et là effectivement chacun est à sa place, la délimitation du champ d'intervention est clairement définie. Il faudrait lui demander mais elles n'ont pas le statut de profession médicale ?

FT : Il y a-t-il des choses non abordées que vous aimeriez me dire ?

GO3 : Non je crois que c'est bon.

FT : Merci pour votre aide.

Entretien N°15

FT : Bonjour, pouvez-vous me décrire votre activité gynécologique au cabinet, quels sont les actes que vous pratiquez ?

GM4 : Au niveau des actes ou des motifs de consultations ? On fait de la contraception, suivi de pilule, stérilets, etc.

FT : Quelle votre proportion de consultations entre suivi gynécologique et suivi de grossesse ?

GM4 : C'est toujours compliqué de dire. Bon on fait plus de gynéco que de grossesse. J'avais regardé, il me semble que je suis une centaine de grossesses à peu près par an.

FT : Et la proportion de patientes qui viennent en consultation libre pour un suivi habituel, et celles adressées par un autre médecin pour un avis spécialisé ?

GM4 : C'est plus nos patientes à nous, les médecins généralistes ont peut-être plus l'habitude d'envoyer les patientes à l'hôpital. Mais oui effectivement on reçoit les patientes, parfois peut-être un petit peu plus rapidement qu'à l'hôpital. Mais c'est plutôt de l'accès direct, on est encore en accès direct. On a les frottis anormaux pour les colposcopies, oui il y a des patientes adressées.

FT : C'est un suivi que vous faites tous les ans ?

GM4 : Oui normalement tous les ans.

FT : Deuxième question : pour vous, le rôle d'une sage-femme, son métier, en quoi correspond-il ?

GM4 : C'est une question épineuse ! Vous avez interrogé les sages-femmes ?

FT : Non, j'ai laissé les sages-femmes interroger les sages-femmes, dans les différents mémoires que j'ai lus.

GM4 : Pour moi le rôle de la sage-femme c'est quand même avant tout le suivi de la grossesse normale. C'est leur formation. Parce qu'après je pense que, bien sûr elles peuvent faire des frottis, mais si c'est anormal qu'est-ce qu'elles en font ? Je pense que c'est un peu plus compliqué au niveau du suivi gynécologique.

FT : Donc vous êtes informée que la sage-femme peut faire le suivi gynécologique

GM4 : Oui bien sûr je sais, je sais.

FT : Comment vous avez su cela ? Comment cette information est arrivée jusqu'à vous ?

GM4 : Parce que c'est officiel !

FT : C'est internet, les revues médicales, le bouche à oreille, les congrès ?

GM4 : Alors en congrès oui probablement, je ne sais pas comment c'est venu jusque-là effectivement. Mais bon, le problème, pourquoi pas, parce que je pense qu'on va avoir un déficit en gynéco dans les années à venir, le problème c'est qu'il faudrait les former. On commence à avoir quelques gags.

FT : En fait elles ont eu l'élargissement de leurs compétences depuis 2009, et la formation en gynécologie est incluse dans leur cursus désormais. La formation théorique et pratique.

GM4 : Théorique. J'ai quand même eu, bon alors c'est peut-être une histoire de chasse, une patiente qui avait une vulvite qui est allée voir par facilité la sage-femme qui était à côté de chez elle. Prélèvement vaginal automatique, c'est cher quand même. On s'imagine qu'on fait de la médecine low-cost, on va vers une

médecine low-cost (rires) Donc prélèvement vaginal qui n'a rien montré. La sage-femme ne sachant pas quoi faire a quand même donné une cure d'ovules à la patiente, qui 15 jours plus tard n'allait toujours pas mieux. Est retournée voir la sage-femme qui n'a pas compris ce qui se passait. Re-prélèvement vaginal, pour lui dire qu'il n'y avait toujours rien. La patiente qui était une de mes patientes est revenue, j'ai fait le diagnostic en 5 minutes : c'était un lichen. La sage-femme ne savait pas ce que c'est un lichen. Bon voilà alors j'imagine que ça coûte moins cher, parce qu'une consultation sage-femme coûte moins cher sauf que là il y a eu deux prélèvements, un traitement, et j'ai fait le diagnostic pour une consultation de 28€ !

FT : Vous avez des patientes suivies par des sages-femmes, en dehors du suivi de grossesse ?

GM4 : A oui ! Elles arrivent ici « je viens vous voir parce que la sage-femme n'a pas réussi à mettre le stérilet, ou elle a pas réussi à le retirer ».

FT : Vous travaillez avec les sages-femmes, sur le plan gynécologique ?

GM4 : Ah, on ne peut pas dire qu'il y ait d'échange...

FT : Pas d'échanges ? Pas de communication, pas de réseau ?

GM4 : Non, on ne peut pas dire qu'elles soient demandeuses aussi !

FT : Et vous vous aimeriez ou pas ?

GM4 : Heuuuu...

FT : Je dis ça parce que j'ai interrogé cette gynécologue d'origine Allemande qui travaillait avec une sage-femme.

GM4 : Oui elle travaillait avec elle. Alors elle n'a peut-être pas forcément les mêmes habitudes de travail que nous. Mais bon, nous on n'a pas forcément besoin... enfin si, j'ai besoin des sages-femmes pour le suivi des grossesses à domicile.

FT : C'est là où vous iriez plus facilement demander un coup de main ?

GM4 : Evidemment !

FT : Les sages-femmes peuvent faire le suivi gynécologique du moment qu'il reste physiologique, qu'est-ce que vous en pensez ?

GM4 : J'en pense tout simplement qu'avant de faire le suivi on ne peut jamais vraiment savoir si c'est physiologique ou pas, quelle histoire ! C'est délicat. Bon après, on va avoir un déficit en gynécologie, je pense que c'est aussi une volonté délibérée, je ne suis pas sûre que les spécialistes en ville en libéral soient encore désirés. Sur une politique de santé qui s'établit depuis plusieurs années. On voit les chiffres démographiques c'est évident.

FT : Vous parlez des autres spécialités également ?

GM4 : Oui, je pense, essayez de trouver un gynéco ou un ORL... Vous m'en donnerez des nouvelles.

FT : On m'a fait ce parallèle entre l'opticien et l'ophtalmo.

GM4 : J'ai une copine ophtalmo qui me disait voilà... C'est pareil les orthoptistes ont le droit de faire certains trucs. Et c'est comme ça qu'une orthoptiste a suivi un gamin pendant je ne sais pas combien de temps, alors que c'était une tumeur cérébrale, c'est normal qu'il ne regarde pas droit l'enfant.

FT : Est ce qu'il y a une sage-femme qui est rentrée en contact avec vous en vous disant, « je m'installe, je veux faire du suivi de grossesse, mais également du suivi gynécologique, est ce que je peux venir quelques jours avec vous pour faire de la pratique » ?

GM4 : Non jamais. Je n'ai jamais eu de demande.

FT : Vous auriez été ouverte à ça ?

GM4 : Eventuellement, parce que je pense qu'elles ont vraiment un problème de formation. Après ça n'engage que moi.

FT : Je l'ai constaté dans les mémoires des sages-femmes que j'ai lu : celles qui veulent faire de la gynécologie ont maintenant la formation théorique mais ont une carence au niveau pratique.

GM4 : On a l'impression qu'elles prescrivent toujours les mêmes pilules. Même sur le plan théorique j'ai pas l'impression que ce soit tout à fait acquis.

FT : Comment on pourrait faire pour essayer de mieux travailler ensemble ? Trouver des pistes d'ouverture ? On va avoir ce déficit en gynécologues et...

GM4 : Des gynéco on en forme ! Il va y en avoir quand même, parce que je vous dis effectivement il va y avoir de moins en moins de libéraux en ville, ce qui va se passer à terme, il n'y aura bientôt plus de poste salarié hospitalier, et à partir de là, il va y avoir des installations. On sait que dans 5 ans il va y avoir de nouveau des installations en libéral parce qu'il n'y aura plus de poste salarié.

FT : Il y a 60 internes de gynécologie médicale formés chaque année.

GM4 : Voilà, je pense que ça va revenir, là on est dans le trou.

FT : Les sages-femmes ont de moins en moins de postes hospitaliers.

GM4 : Elles vont avoir du mal à trouver leur place. D'autant je crois qu'on en forme pas mal. Je pense qu'on a un problème démographique. Une sage-femme était venue me voir à l'époque en me disant « je ne tourne pas, est ce que tu pourrais m'envoyer du monde, des préparations à l'accouchement, parce que j'arrive pas à tourner ». Elle avait le sentiment qu'elles étaient beaucoup trop de libérales. Elle voulait que je lui envoie du monde.

FT : Par rapport à la grossesse ? Pas par rapport au suivi gynéco ?

GM4 : Ces anciennes sages-femmes n'étaient pas forcément partantes pour faire du suivi gynécologique en disant moi j'ai pas été formée à ça, c'est pas mon truc. Je veux bien faire un frottis de temps en temps pour dépanner, mais ne comptez pas sur moi pour faire de la gynéco, parce que c'est pas mon truc. On peut poser des stérilets, mais quand il y a des malaises vagues un peu sévères, je ne suis pas sûre qu'elles vont en mener très large...

FT : Et le fait que les médecins généralistes fassent le suivi gynécologique ?

GM4 : Je trouve ça beaucoup plus logique. C'est pas pareil !

FT : Les sages-femmes ont des compétences médicales dites limitées.

GM4 : C'est ça. Quand vous faites un frottis, vous faites un frottis mais vous savez quand même ce que c'est un cancer du col.

FT : On m'a dit souvent qu'elles avaient des compétences limitées, mais qu'il était difficile parfois pour certaines de faire la part des choses.

GM4 : Ah oui !

FT : Par rapport au fait que les sages-femmes puissent faire le suivi physiologique, les médecins généralistes ont beaucoup dit que le suivi pathologique ne relevait pas de leurs compétences.

GM4 : C'est vrai que ça pose beaucoup moins de problème. Surtout que vous en tant que médecin généraliste vous avez une vision globale des patients, qu'une sage-femme n'a pas non plus. Je pense qu'il y a aussi, je vais me faire mal voir, un problème au niveau de la formation et des critères de sélection actuels des sages-femmes.

Fut un temps où la sage-femme avait décidé d'être sage-femme. Elle voulait être sage-femme, elle faisait l'école de sage-femme. A l'heure actuelle, il faut savoir qu'il y a des sages-femmes par défaut.

Après à voir fait deux années de médecine, et pas avoir été pris en médecine, et qui se retrouve en sage-femme. Je pense qu'effectivement on se retrouve avec des sages-femmes qui ont peut-être envie de faire de la médecine. Mais je pense qu'il y a un déficit de formation. Mais et puis c'est normal, une formation de sage-femme, c'est pas que ce n'est pas une formation de médicale, parce qu'elles ont toujours été considérées comme ayant une formation médicale, mais c'est pas une formation de médecin.

FT : Un médecin généraliste m'a dit « ça ne me déplairait pas de travailler avec une sage-femme, je ne peux pas tout faire, est-ce qu'on ne pourrait pas protocoliser » les prises en charge. Elle fait quelque chose, et moi...

GM4 : On est déjà noyé dans les protocoles ! Alors au niveau des grossesses oui, parce que je pense que les médecins généralistes sont pas toujours à l'aise dans le suivi des grossesses. Je pense que les sages-femmes peuvent leur rendre service. Mais la sage-femme elle est pas médecin, ni médecin généraliste, ni gynéco. Il faudrait revoir la démographie des sages-femmes. Il y a quand même des sages-femmes qui sortent de leur formation, je vois avec mes patientes qui ont fait l'école de sage-femme, et bien fut un temps, elles trouvaient du boulot hyper facilement, ensuite elles sont parties en suisse, et puis maintenant moins donc c'est terminé, et puis maintenant en gros, y'en a certaines qui ne trouvent plus de travail. Donc elles veulent s'installer en libéral, sauf que le libéral il est saturé aussi.

FT : Et en libéral vous savez si elles font plus du suivi de grossesse ou gynéco ?

GM4 : Ca je ne sais pas, il faudrait voir avec elles, faut leur demander à elles.

FT : Est ce qu'il y a des choses qu'on n'a pas abordées ou que vous souhaiteriez aborder ?

GM4 : Alors nous on s'est battu pour qu'il y ait de nouveau des formations médicales en gynéco. Je pense que de toute façon déjà là en gynéco médicale ça va redémarrer parce que il y a un créneau, les patientes sont demandeuses. Et je dirai dans un cadre un peu différent du médecin généraliste. J'ai une sœur médecin généraliste, elle me dit qu'elle suit bien ses patientes parce qu'elle connaît tout le monde, le mari les enfants. Et moi justement il y a des choses qu'on me dit parce que je ne connais ni les maris, ni les enfants. C'est une consultation qui est plus individuelle. C'est différent, il faut que la femme puisse trouver le suivi qui lui convient. Par contre, je pense qu'il va y avoir deux choses à faire en gynéco méd. Déjà il faudrait qu'on arrive à former des gynécos médicales, et puis parallèlement il y a aussi des filles qui ont fait gynéco obstétrique, qui avait le temps et quand elles ont eu des enfants, se disent finalement qu'elles ont pas forcément envie d'être de garde, et qui vont s'installer en gynéco médicale de ville. Je pense qu'il y en a qui auront ce parcours-là.

FT : Je pense qu'on a tout abordé.

GM4 : Si vous avez des questions complémentaires n'hésitez pas.

FT : Merci pour votre aide Docteur.

RESUME

Contexte : La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » de 2009 a élargi les compétences des sages-femmes au suivi gynécologique physiologique. En 2016, la loi de modernisation du système de santé leur a autorisé la pratique de l'IVG médicamenteuse.

Objectif : Connaître les perceptions et ressentis des médecins acteurs du suivi (généralistes et gynécologues) vis à vis de cet élargissement de compétences et mettre en évidence les éléments qui déterminent ces opinions.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 8 médecins généralistes, 4 gynécologues médicaux et 3 gynécologues obstétriciens exerçant en Franche-Comté.

Résultats : Les sages-femmes sont perçues comme un professionnel de la grossesse : la représentation professionnelle de leur métier est donc incomplète. Les médecins les mieux informés sont ceux ayant travaillé de manière étroite avec elles. Formées en nombre, elles sont pourtant une solution de santé publique à la carence démographique en gynécologues et un « outil » supplémentaire de dépistage. A l'inverse des gynécologues, les médecins généralistes ne s'opposent pas à cet élargissement et ne remettent pas en cause leurs compétences, plaçant ainsi la sage-femme comme un professionnel du premier recours. La concurrence et la crainte d'un élargissement à d'autres professions ont été évoquées. Les limites du physiologique sont encore floues et source de dépassement de compétence, elles doivent être respectées pour un travail de confiance en collaboration. Les propositions faites pour améliorer cette connaissance de la profession passent par l'information aux professionnels et la communication interprofessionnelle. La formation théorique et pratique commune peut être un levier supplémentaire, tout comme développer un esprit de concertation en participant à des activités interdisciplinaires au sein d'un réseau ou d'une équipe.

Conclusions : A chaque professionnel de se positionner dans le parcours de soins et faire l'objet de règles professionnelles élaborées conjointement. Il est nécessaire de travailler ensemble à définir les limites de chacun et favoriser le travail interdisciplinaire permettant que chaque discipline garde sa spécificité tout en convergeant vers un projet commun : la santé de la femme.

MOTS CLES : compétence, sage-femme, médecin généraliste, gynécologue, suivi gynécologique, opinion.

JURY Président : Madame le Professeur Marie FLORI
 Membres : Monsieur le Professeur Gil DUBERNARD
 Monsieur le Professeur Xavier LAINE
 Madame le Docteur Charline BOISSY

DATE DE SOUTENANCE : 24 Janvier 2017

ADRESSE POSTALE DE L'AUTEUR

6 rue JBV Proudhon 25000 BESANCON
fannytrossat@gmail.com
