



<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 Médecine et de Maïeutique Lyon Sud – Charles  
Mérieux  
*Site de formation Maïeutique de Bourg-en-Bresse*

*Le suivi gynécologique de prévention effectué par les sages-femmes  
libérales : facteurs influençant leurs pratiques*

*Présentation d'un aspect qualitatif basé sur 17 entretiens avec des sages-  
femmes libérales des départements du Rhône et de l'Ain*

Mémoire présenté et soutenu par  
Lucie COQUARD  
Née le 21 septembre 1995  
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme

**Promotion 2014-2018**

# Remerciements

J'aimerais commencer par remercier Mme Nathalie QUEROL, directrice de l'école de sages-femmes de Bourg-en-Bresse et guidante de ce mémoire. Elle a su m'accompagner tout au long de cette année avec le calme et le positivisme dont j'avais besoin pour mener à bien ce projet. Par extension, j'adresse aussi mes remerciements aux formatrices de l'école, qui ont nous ont toujours épaulé au cours de ces quatre années de formations et qui nous ont fait grandir en tant que futures professionnelles.

Je tiens aussi à remercier chaleureusement les dix-sept sages-femmes s'étant rendues disponibles et ayant donné de leur temps pour s'entretenir avec moi. La réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible sans votre enthousiasme.

Comme cette clôture de ce travail est aussi synonyme de fin de formation, je profite de ce moment pour remercier ma famille et plus particulièrement mes parents, sans qui je n'aurais pu accéder à ces études. Vous m'avez toujours soutenue dans tout ce que j'ai entrepris et je vous en serai éternellement reconnaissante.

Merci également à toutes mes amies de la promotion 14-18 de l'école de sages-femmes de Bourg-en-Bresse, surtout Pauline, Julie et Amandine. Vous avez rendu ces années d'études exceptionnelles avec vos personnalités si uniques et je pense que ces quatre ans n'auraient pas été mieux autrement. Vous êtes devenues des véritables amies et vous le resterez, j'espère, toute la vie.

A Elodie, ma meilleure amie depuis toujours. Merci seulement d'être toi. Je n'ai pas besoin d'en dire plus.

Je voudrais également faire un clin d'œil à Amaury, mon meilleur ami. Merci pour ton soutien tout personnel lors de nos journées à la BU et pour ton esprit un peu décalé, qui m'ont apporté du réconfort pendant cette année.

J'adresse encore un grand merci à M. Sébastien TRELA, sage-femme libéral à Lyon. Ce stage avec toi a été très précieux, tu m'as donné un autre regard sur le suivi gynécologique « physio mais pas trop » et le libéral en général. J'en garde un merveilleux souvenir.

Enfin, je ne peux rédiger cette page de remerciements sans penser à toi, Jules. Merci d'avoir été toujours à mes côtés pendant ces deux dernières années d'études et de constamment croire en moi.

# Sommaire

<b>I. Introduction.....</b>	<b>6</b>
1. Généralités sur le suivi gynécologique de prévention.....	6
2. Les inégalités de suivi gynécologique de prévention, un problème de santé publique ? .....	7
3. Vers une position légitime de la sage-femme dans le monde gynécologique.....	8
4. Un nouveau statut globalement bien accepté.....	9
5. Problématique .....	10
<b>II. Matériel et méthode .....</b>	<b>11</b>
1. Objectif principal et sous-objectifs .....	11
2. Hypothèses.....	11
3. Protocole de recherche .....	11
4. Matériel.....	11
5. Méthode .....	12
6. Choix du recrutement des sages-femmes .....	12
a. Critères d'inclusion :.....	12
b. Critères d'exclusion :.....	12
7. Analyse.....	13
<b>III. Analyse et interprétation des résultats.....</b>	<b>14</b>
1. Comment les sages-femmes pratiquent-elles le suivi gynécologique ?.....	14
a. Prescription de la contraception d'urgence et conduite à tenir en cas d'oubli de pilule :.....	14
b. Pratique de l'IVG médicamenteuse :.....	15
c. Organisation du temps en consultation de gynécologie :.....	15
d. Première consultation pour les jeunes femmes :.....	16
e. Respect des femmes :.....	17
2. Principaux facteurs déterminant la pratique du suivi gynécologique par les sages-femmes .....	18
a. Intérêt pour la gynécologie :.....	18
b. Demande des patientes : .....	19
c. Suivi global des patientes :.....	21

3. Autres facteurs influençant la pratique des sages-femmes en termes de gynécologie.....	22
a. Les études ; la formation ; l'expérience :.....	22
b. Le réseau professionnel :.....	24
c. Valorisation du métier de sage-femme :.....	26
d. Connaissance des limites des compétences :.....	28
e. Technicité des actes en gynécologie :.....	30
f. La situation géographique :.....	31
g. Les « plus » :.....	33
h. L'aspect financier :.....	37
4. Remises en question des sages-femmes.....	38
a. Plusieurs conceptions du suivi gynécologique de prévention :.....	38
b. Le contact avec les gynécologues :.....	39
c. Le contact avec les patientes :.....	40
d. La question des violences obstétricales et gynécologiques :.....	41
e. Méthode de travail des sages-femmes :.....	41
f. La question de la place de la sage-femme dans la santé génésique des femmes :.....	42
5. Ce qu'il manque aux sages-femmes .....	43
6. Lorsque nous leur laissons la parole.....	44
<b>IV. Discussion.....</b>	<b>46</b>
1. Forces et limites de l'étude.....	46
a. Points forts :.....	46
b. Points faibles :.....	46
2. Présentation d'un aspect qualitatif de la pratique des sages-femmes dans le cadre du suivi gynécologique de prévention .....	47
3. Quelles répercussions de certains facteurs sur l'exercice du suivi gynécologique de prévention par les sages-femmes ? .....	49
a. La question de l'intérêt pour la gynécologie :.....	49
b. L'influence de la localisation géographique du cabinet :.....	50
c. Démocratisation et enthousiasme du suivi par une sage-femme :.....	50
d. Hausse des suivis globaux :.....	51
e. Les sages-femmes, une solution au défaut de couverture vaccinale du Papillomavirus Humain ? .....	52
f. Être utile aux femmes dans une autre mesure :.....	53
g. Perception du métier de sage-femme par le grand public et par les médecins acteurs de la santé des femmes :.....	53

h.	L'importance du réseau professionnel :.....	55
i.	L'impératif de connaissance des limites des compétences :.....	56
j.	Quel est l'impact de la formation sur l'exercice au quotidien du suivi gynécologique de prévention par les sages-femmes ?.....	57
4.	Perspectives de réflexion .....	58
a.	La formation : .....	59
b.	La revalorisation financière : .....	59
c.	L'établissement d'un cadre législatif logique et transparent : .....	60
d.	La collaboration sages-femmes/médecins : .....	60
<b>V.</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>62</b>

## I. Introduction

Le suivi gynécologique de prévention, une affaire de sage-femme ? Depuis la loi Hôpital Patients Santé Territoires du 21 juillet 2009, la sage-femme est habilitée à réaliser le suivi gynécologique de prévention chez toute femme en âge de procréer et en bonne santé (1). Avec cette loi, elle est propulsée dans un monde gynécologique, jusque-là peu courant voire inexploré dans sa pratique, qui va lui ouvrir de nombreuses portes.

### 1. Généralités sur le suivi gynécologique de prévention

Le suivi gynécologique de prévention a pour objet la surveillance de la santé génitale et gynécologique des femmes, maintenant désignées par le terme de santé génésique par l'OMS (2). Il permet aussi la mise en place d'une contraception adaptée à chacune, en fonction des contre-indications qu'elle présente, de ses particularités physiques et de ses habitudes de vie mais surtout de ce qu'elle désire.

La consultation gynécologique se déroule donc en deux temps : l'anamnèse et l'examen clinique. L'anamnèse est réalisée pour déterminer le ou les motif(s) de la consultation, répertorier les antécédents personnels et familiaux de la patiente et lui faire décrire sa symptomatologie fonctionnelle (3). Si elle possède déjà un moyen de contraception, il est important de l'interroger sur sa satisfaction à propos de celui-ci et de son mode d'utilisation. La recherche d'éventuels effets indésirables est primordiale pour évaluer la facilité d'observance, ainsi que la connaissance de la conduite à tenir en cas d'oubli ou d'échec de la contraception, cela afin de sensibiliser la femme sur la prévention des grossesses non désirées. Il est également important de se servir de ce temps de parole pour rechercher l'éventuelle exposition de la femme à des infections sexuellement transmissibles et de l'en informer des risques.

L'examen clinique est général et gynécologique. Il sert à apprécier la tolérance générale du contraceptif choisi si c'est déjà le cas, ainsi que ses effets secondaires, mais aussi la présence d'une éventuelle anomalie qui nécessiterait un traitement. C'est également le temps de réalisation des différents examens de dépistage comme l'examen sénologique ou le frottis cervico-utérin.

En effet, les chiffres de prévalence des cancers génitaux publiés par l'Institut de Veille Sanitaire sont inquiétants. Même si le taux de mortalité est en baisse depuis 1995, le cancer du sein est le plus fréquent chez la femme en France (4). Le cancer du col de l'utérus, lui, occasionne 3000 nouveaux cas et 1 100 décès par an, faisant de lui la 12<sup>ème</sup> cause de mortalité par cancer chez la femme en France (5).

Jusqu'à maintenant, l'utilité d'un suivi gynécologique régulier pour les femmes a donc fait ses preuves, tant pour la prescription ou la pose d'une contraception que pour le dépistage des cancers féminins. La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande d'ailleurs encore actuellement un suivi gynécologique

annuel et de réaliser un frottis cervical tous les 3 ans chez les femmes de 25 à 65 ans, après deux frottis consécutifs normaux faits à un an d'intervalle (6). Ce rythme des consultations gynécologiques est à adapter en fonction des prescriptions. Si certaines études laissent à penser que l'examen gynécologique n'est plus aussi indispensable, en l'absence de facteurs de risque, ces recommandations de l'HAS sont pour l'instant toujours en vigueur.

Suite à la prescription d'une contraception hormonale, il est recommandé de programmer une nouvelle consultation à trois mois de distance afin d'apprécier la tolérance générale de la femme pour son moyen de contraception. Après la pose d'un Dispositif Intra-Utérin (DIU), il est important de revoir la patiente trois mois après également, dans le but de vérifier s'il est bien toléré, s'il n'a pas été expulsé et que sa pose n'a pas provoqué d'inflammation pelvienne, puis une fois par an.

Une surveillance biologique est également réalisée lorsqu'une contraception hormonale est mise en place, afin d'évaluer la variation des taux de cholestérol total, des triglycérides et la glycémie à jeun. Ce bilan sanguin est réalisé dans les 3 à 6 mois après que la femme ait débuté sa contraception et sera renouvelé tous les 5 ans.

## **2. Les inégalités de suivi gynécologique de prévention, un problème de santé publique ?**

Les chiffres montrent que 19% des femmes entre 16 et 60 ans ne bénéficient d'aucun suivi gynécologique régulier et 6% d'entre elles n'en ont jamais eu. Près d'une femme sur cinq n'a pas réalisé de frottis cervico-utérin depuis plus de 5 ans ou n'en a jamais fait (7).

Une autre problématique de santé publique, qui rejoint celle du suivi gynécologique de prévention, est celle qui montre que le nombre d'Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) en France ne diminue pas, malgré la forte diffusion des méthodes contraceptives. En 2015, 218 000 IVG ont été réalisées en France (8). Pourtant, l'utilisation de la contraception dans notre pays est l'une des plus importantes du monde car 92,3% des femmes âgées entre 15 et 49 ans sexuellement actives utilisaient un moyen de contraception en 2010 et, parmi les femmes susceptibles de devenir enceintes et ne le souhaitant pas, moins de 5% sont sans couverture contraceptive (9).

De façon plus concise, beaucoup de femmes faisant l'objet de grossesse non désirée possèdent un moyen de contraception. Cela fait émerger le problème d'une mauvaise utilisation de cette contraception ou d'une contraception non adéquat pour chaque femme, plus qu'un défaut d'accès à celle-ci. En résumé, les femmes ne rencontrent pas de problème majeur à obtenir une contraception mais ont des difficultés à l'utiliser convenablement au quotidien, ce qui se traduit par des échecs de contraception, notamment en ce qui concerne la contraception orale, la plus prescrite en France. Ces échecs sont très probablement dus à une mauvaise éducation contraceptive des patientes, qui n'ont pas bénéficié d'une information claire et complète, à la fois sur la méthode d'utilisation de la contraception orale

mais aussi sur les autres moyens de contraception qui s'offrent à elles et qui, parfois, pourraient être plus adaptés.

Le déficit d'une information claire et complète peut lui-même probablement s'expliquer par le manque de temps de la part des professionnels acteurs de la santé des femmes devant une patientèle si importante qu'elle se voit dans l'obligation d'attendre plusieurs mois pour bénéficier d'une consultation gynécologique, par des habitudes de prescription qui tendent à s'ancrer dans les pratiques, par la contraception qui a trop tendance à se prescrire rapidement à la fin de l'examen, sans bénéficier de consultation réellement consacrée à elle et à la prévention...

Le suivi gynécologique de prévention, et avec lui la prescription de contraception, doit donc être repensé, faire l'objet de nouvelles pratiques et être réalisé consciencieusement, avec rigueur et attention. Il faut pour cela augmenter le nombre de professionnels de santé qualifiés pour s'occuper des femmes dans leur globalité.

C'est ainsi que, depuis 2009, le champ de compétences des sages-femmes a été élargi, afin de réduire les écarts de suivi entre les femmes. A ce titre, les sages-femmes peuvent effectuer des dépistages comme l'examen sénologique, le frottis cervico-vaginal, prescrire une contraception et également tous les examens complémentaires utiles au bon suivi de leurs patientes (1).

Pour résumer ces nouvelles compétences, le Collège National des Gynéco-Obstétriciens de France (CNGOF) précise que pour la pratique du suivi gynécologique, la sage-femme s'inscrit dans une logique de dépistage, et pas dans une démarche diagnostique, avec des patientes qui ne présentent pas de pathologie gynécologique mais qui viennent pour un examen systématique (3).

### [3. Vers une position légitime de la sage-femme dans le monde gynécologique](#)

Si pour l'instant cette compétence des sages-femmes est encore assez peu connue, plusieurs éléments nous permettent de penser que cela va tendre à se modifier et que les sages-femmes seront bientôt en première ligne pour réaliser ce suivi. Premièrement, selon les prévisions démographiques médicales (10), le nombre de médecins va diminuer jusqu'en 2020 et ils vont se concentrer dans les CHU. Les gynécologues médicaux installés en ville vont être en nombre réduit et bientôt ne plus pouvoir répondre à la demande. L'étude DREES de 2012 nous informe également que, en 2013, une sage-femme sur trois a exercé en secteur libéral, ce qui équivaut à une augmentation de 5,6%. En parallèle, une diminution de 6% des gynécologues-obstétriciens devrait survenir entre 2011 et 2020 (11). Grâce à ce constat et à la loi HPST, les sages-femmes pourront mettre à profit leurs nouvelles compétences et répondre au mieux aux attentes du couple.

Comme nous l'avons vu et comme le montrent certaines études, la France est en retard sur la prévention des cancers génitaux féminins et sur la prévention

des IVG (8). Ces études font émerger la nécessité d'un praticien de premier recours disponible. La sage-femme semble tout à fait adaptée pour ce rôle, ce qui conduit à une augmentation significative de ses responsabilités. Les sages-femmes elles-mêmes mettent en place des actions de santé publique pour informer la population de leurs rôles, comme les projets du Collectif des sages-femmes (12). Ils proposent d'informer les jeunes femmes dès 16 ans au moment de l'envoi des premières cartes vitales de l'offre de soin sage-femme pour le suivi gynécologique et la contraception en adressant un flyer récapitulatif de l'accès possible à une sage-femme tout au long de la vie génitale. Il soumet également l'idée d'intégrer clairement les sages-femmes dans l'information du Pass contraception-prévention mis en place par certaines régions pour les lycéens (12).

Pour ajouter à cela, nous pouvons voir au quotidien que de plus en plus d'information sur les compétences des sages-femmes et le suivi gynécologique de prévention est faite de plusieurs façons sur différents supports à l'attention des patientes, ce qui contribue à démocratiser le fait que la sage-femme a des compétences dans ce domaine (12,13).

#### **4. Un nouveau statut globalement bien accepté**

Face à ce constat, certains avis divergent en ce qui concerne l'élargissement des compétences des sages-femmes en matière de gynécologie.

Par exemple, certains gynécologues médicaux accueillent très mal cette nouvelle et considèrent que les sages-femmes sont dangereuses à l'égard des femmes, du fait principalement d'un manque de formation. Certains sont plus engagés que d'autres dans ce désaccord et créent des pétitions pour l'augmentation du nombre de postes de gynécologues médicaux par l'intermédiaire d'organisations en association avec des femmes, comme celle qu'a publiée le Comité de Défense de la Gynécologie Médicale en janvier 2017 (14). En revanche, les gynécologues médicaux qui travaillent en étroite collaboration avec des sages-femmes sont plutôt favorables à cet élargissement des compétences, puisque pour beaucoup d'entre eux, le taux insuffisant de couverture du frottis cervico-utérin pour les femmes n'est pas acceptable et la vision des sages-femmes comme alternative pour pallier le faible nombre de postes en gynécologie médicale proposés chaque année à l'internat est une bonne solution (15).

Les médecins généralistes, eux, ne s'opposent pas à cela d'une manière générale, même si certains ressentent un sentiment de concurrence avec la crainte de perdre une partie de leur activité gynécologique (15). Ils sont en outre majoritairement d'accord sur le fait que la sage-femme doit rapidement passer la main à un médecin en cas de doute sur une pathologie (15).

En ce qui concerne les femmes, même si certaines défendent la création de postes de gynécologie médicale, la majorité d'entre elles se dit prête à se faire suivre par une sage-femme et pense que celle-ci est compétente en gynécologie de prévention. Beaucoup demandent par contre plus d'informations sur les

compétences des sages-femmes car les renseignements auprès du grand public sont jugés encore insuffisants malgré les actions mises en place (16).

Les sages-femmes, de leur côté, ont bénéficié de nouveautés dans leur formation. Les études de sage-femme s'adaptent constamment à l'élargissement des compétences. Avec la réforme de 2001, le programme contenait davantage de gynécologie et d'information sur la contraception avec 120 heures de stage clinique en gynécologie. La réforme de 2011 a été mise en place pour s'adapter encore mieux à la loi HPST : une nouvelle unité d'enseignement s'intéressant principalement à la gynécologie est mise en place avec des objectifs précis et les heures de stage clinique sont étendues de 240 à 420 (17). Pour l'instant, une grande partie des heures de stage est effectuée en consultations gynécologiques hospitalières ou en planning familial car les consultations de suivi gynécologique de prévention chez les sages-femmes sont trop peu nombreuses pour couvrir toutes les heures de stage de tous les étudiants. Grâce à toutes ces modifications, d'après un mémoire de sage-femme, les étudiants et les sages-femmes se sentent globalement prêts après l'obtention de leur diplôme d'Etat à exercer le suivi gynécologique de prévention (18).

## **5. Problématique**

Les nouvelles compétences qui sont attribuées aux sages-femmes sont donc globalement bien acceptées par les autres professionnels de santé. Les sages-femmes, toujours à l'écoute des femmes et perçues comme un interlocuteur de choix par celles-ci pour se confier sur les aléas du quotidien en ce qui concerne leur vie féminine, se doivent de répondre à une problématique de santé publique, qui est de faire du suivi gynécologique de prévention une pratique courante et adaptée à toutes les femmes. Avec cette réflexion, nous pouvons donc dire que les sages-femmes semblent posséder toutes les armes pour être acteurs de première ligne de la santé génésique des femmes, d'autant plus que la majorité d'entre-elles acceptent avec bienveillance le fait d'être suivie par une sage-femme. Cependant, certaines difficultés peuvent émerger face à cette pratique. Par exemple, pour les sages-femmes diplômées avant les remaniements de programme, qui n'ont pas de formation complémentaire en gynécologie, nous pouvons supposer que cet élargissement des compétences représente une difficulté source de stress face à la demande des patientes. D'autres facteurs peuvent également intervenir.

Ces raisons, émergeant d'un constat général et de la littérature, ne sont certainement pas les seules qui influencent la pratique gynécologique des sages-femmes. Dans ce mémoire, nous allons donc aborder la problématique suivante :

**« Les sages-femmes sont-elles à l'aise avec la pratique du suivi gynécologique de prévention ? De quoi cela dépend-il ? »**

## II. Matériel et méthode

### 1. Objectif principal et sous-objectifs

Les objectifs de l'étude sont :

- Identifier les facteurs, positifs ou restrictifs, qui poussent les sages-femmes à faire du suivi gynécologique de prévention ;
- Présenter un aspect qualitatif de la pratique des sages-femmes dans le cadre du suivi gynécologique de prévention ;
- Mettre en évidence des points critiques qui pourraient être améliorés.

### 2. Hypothèses

Les hypothèses de l'étude sont les suivantes :

- Le suivi gynécologique de prévention est une activité qui intéresse de plus en plus de sages-femmes libérales mais qui fluctue selon de nombreux facteurs ;
- Il existe des disparités dans l'exercice du suivi gynécologique de prévention selon les sages-femmes ;
- Le devoir d'adresser la patiente à un médecin en cas de pathologie contribue à donner un sentiment d'étayement aux sages-femmes. Cependant, la limite parfois difficile à discerner entre physiologie et pathologie peut représenter une difficulté.

### 3. Protocole de recherche

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive réalisée dans les départements du Rhône et de l'Ain.

### 4. Matériel

L'étude est basée sur l'analyse qualitative des réponses obtenues lors d'entretiens semi-directifs avec des sages-femmes libérales. Cette méthode est la plus adaptée pour laisser s'exprimer le sujet et ainsi obtenir des réponses plus riches et précises qu'avec un questionnaire. Les professionnelles peuvent ainsi développer leur pensée et offrir des données personnelles.

La trame de l'entretien, disponible en annexe, a été étudiée afin de répondre au mieux aux objectifs et d'explorer de manière globale les grands thèmes du suivi gynécologique qui paraissent importants pour les sages-femmes, en quelques

dizaines de minutes. Elles s'expriment sur tous ces thèmes, indiqués dans la trame, dans un ordre aléatoire selon le déroulement de la discussion.

Dix-sept entretiens ont été réalisés, avec des durées variables : de 16 à 65 minutes. Le temps total des entretiens s'élève à 612 minutes d'enregistrement.

## **5. Méthode**

Les demandes de participation à l'entretien ont essentiellement été adressées aux sages-femmes par envois d'e-mails et appels téléphoniques. Sur trente-cinq sages-femmes contactées et un e-mail diffusé à tous les membres de l'Association des Sages-Femmes Libérales de l'Ain (ASFLA), dix-sept ont répondu par la positive. Les autres n'ont pas répondu mais aucune n'a donné de réponse négative.

Avant de commencer, les sages-femmes ont été informées des modalités de l'entretien : celui-ci est enregistré mais strictement anonyme. Pour cela, les enregistrements ont été numérotés de 1 à 17.

Le panel d'interrogés est constitué d'un homme et de seize femmes. Cependant, pour préserver l'anonymat, et parce que des éléments de réponses précis sont parfois cités, l'échantillon sera à chaque fois désigné au féminin. De même, lorsque nous citerons un ou une sage-femme en particulier, le féminin sera toujours employé, quel que soit le sexe de l'interrogé(e).

## **6. Choix du recrutement des sages-femmes**

Des sages-femmes libérales des départements du Rhône et de l'Ain ont été choisies afin de réaliser une étude dans un secteur assez restreint tout en permettant une vision sur l'impact de la situation géographique. En outre, pour pouvoir mettre en évidence le rôle de plusieurs facteurs, un panel de sages-femmes a été sélectionné avec des âges, des années d'obtention du Diplôme d'Etat, des formations et des réseaux professionnels différents. Cependant, la seule condition indispensable pour le recrutement des sages-femmes est de faire du suivi gynécologique de prévention en libéral dans le Rhône ou dans l'Ain.

### **a. Critères d'inclusion :**

- Les sages-femmes libérales du Rhône et de l'Ain effectuant le suivi gynécologique de prévention.

### **b. Critères d'exclusion :**

- Les sages-femmes uniquement hospitalières, formatrices, de PMI, travaillant en clinique ;
- Les sages-femmes n'effectuant pas de suivi gynécologique de prévention ;

- Les sages-femmes exerçant ailleurs que dans le Rhône ou dans l'Ain.

## **7. Analyse**

L'effectif de l'échantillon de population (17) ne permet évidemment pas de considérer les résultats de cette étude comme statistiques et représentatifs mais il s'agit de décrire, d'observer et d'analyser les discours des sages-femmes.

L'analyse des résultats se fait par méthode qualitative où l'angle d'attaque des données est le « langage » par « analyse du discours ». L'apport généreux de citations des sages-femmes dans l'analyse des résultats va dans ce sens, afin de tirer des conclusions fidèles et personnalisées de leurs propos.

### III. Analyse et interprétation des résultats

#### 1. Comment les sages-femmes pratiquent-elles le suivi gynécologique ?

L'activité gynécologique des sages-femmes est très variable de l'une à l'autre. Chez les interrogées, la part des consultations gynécologiques sur leur activité globale oscille de 5% à 50%. De multiples facteurs expliquent cela, dont l'analyse est présentée après.

Globalement, les sages-femmes interrogées pratiquent le suivi gynécologique sans restriction, c'est-à-dire qu'elles utilisent toutes les compétences qui leur sont attribuées : elles proposent la pose et le retrait de DIU, la pose et le retrait de l'implant, la prescription initiale et le renouvellement de la pilule, la prescription de patchs, anneaux vaginaux, diaphragmes et capes. Elles proposent également des consultations dédiées à la contraception et des consultations pré-conceptionnelles. Une sage-femme dans l'échantillon ne réalise pas la pose et le retrait de l'implant car elle ne se sent pas à l'aise avec cela mais dans les cas où elle rencontre une demande, elle oriente la patiente vers une collègue sage-femme du même département.

##### **a. Prescription de la contraception d'urgence et conduite à tenir en cas d'oubli de pilule :**

Lorsque nous abordons la question de la prescription de la contraception d'urgence, les sages-femmes mettent en évidence des différences de pratiques : beaucoup prescrivent la contraception d'urgence sur la même ordonnance que la pilule contraceptive mais certaines le font seulement lors d'une prescription initiale. D'autres ne le font que lorsqu'il s'agit d'une patiente jeune. Plusieurs la prescrivent dans le cas d'une patiente en post-partum, car elles considèrent que les risques d'oublis sont plus importants à ces moments de la vie. Des sages-femmes conseillent aux patientes de récupérer la contraception d'urgence en même temps que la pilule contraceptive. Elles l'ont ainsi toujours avec elles et évitent de risquer de retarder la prise en charge en cas d'oubli. D'autres ne le conseillent pas et demandent aux patientes d'aller retirer la contraception d'urgence à la pharmacie seulement en cas de risque. Elles précisent que dans ce cas, l'avantage est qu'elles n'ont pas besoin d'expliquer une nouvelle fois le motif de la prise de la contraception d'urgence. Les patientes ont simplement à montrer l'ordonnance à la pharmacie, ce qui, selon des sages-femmes, est moins anxiogène.

Des professionnelles prescrivent Norlevo® mais c'est Ellaone® qui montre une tendance à être plus prescrite, en raison de son efficacité à plus long terme. Une sage-femme mentionne qu'il lui arrive parfois de voir les patientes après un rapport à risque, qui ont déjà pris la contraception d'urgence mais qui viennent pour réaliser le bilan des infections sexuellement transmissibles.

Pour s'assurer que les patientes sauront quoi faire en cas d'oubli de pilule, les sages-femmes utilisent plusieurs moyens :

Faire réciter la patiente après avoir donné les explications, à la manière d'un examen.

Donner des brochures résumées et explicatives. Certaines laissent leur numéro de téléphone et précisent qu'elles sont joignables tout le temps.

Une seule conseille le site [g-oubliepilule.com](http://g-oubliepilule.com), qu'elle trouve très ludique et adapté en fonction du type de pilule.

Une dernière met un paragraphe explicatif sur toutes ses ordonnances de pilules.

#### **b. Pratique de l'IVG médicamenteuse :**

Aucune des professionnelles interrogées ne pratique pour l'instant les IVG médicamenteuses à son cabinet. Celles qui refusent de le faire le justifient par le besoin d'une formation spécialisée en IVG comportant beaucoup de démarches et pas assez de temps pour le faire. Elles considèrent également que c'est une pratique non sécuritaire pour les patientes. Parfois, les médecins des alentours pensent que les sages-femmes ne sont pas crédibles à pratiquer des IVG médicamenteuses. Certaines disent que cela donnerait une mauvaise image des sages-femmes aux autres professionnels s'il y a apparition de complications. Enfin, des sages-femmes déclarent n'avoir pas assez de demandes et un réseau qui permet d'orienter la patiente ailleurs. Toutefois, 8 des sages-femmes interrogées sont intéressées. Parmi celles-ci, une a déjà commencé la formation avec le réseau PLERA (plateforme d'expertise IVG Rhône-Alpes) et une va la commencer dans le courant de l'année 2018. Les raisons positives évoquées sont :

Intérêt pour cette pratique ;

Suivi global ;

Réduction des délais de prise en charge pour les patientes ;

Demande de médecins généralistes associés dans le même cabinet ;

Augmentation de l'activité ;

Beaucoup de demandes, notamment de la part du personnel hospitalier qui ne veut pas aller à l'hôpital.

Deux sages-femmes veulent d'abord évaluer cette pratique avec leur réseau afin d'en déterminer la pertinence.

#### **c. Organisation du temps en consultation de gynécologie :**

Concernant le temps accordé aux consultations, toutes les sages-femmes interrogées sauf une sont d'accord pour dire que les consultations gynécologiques

prennent du temps. Des professionnelles sont plus précises, indiquant qu'elles réservent un créneau d'une demi-heure minimum pour chaque patiente. Pour un premier rendez-vous avec une patiente encore inconnue, les méthodes diffèrent : deux sages-femmes réservent dans ce cas-là quarante-cinq minutes pour réaliser l'interrogatoire et l'examen dans la même consultation. Cependant, la plupart organisent d'abord un premier contact, c'est-à-dire une première consultation d'une demi-heure. Elle est utile pour faire connaissance et faire une anamnèse riche et approfondie, afin de déterminer la catégorie de suivi de la patiente et de mettre en évidence d'éventuelles contre-indications au suivi par une sage-femme. Ce moment est aussi mis à profit pour parler de contraception, d'observance de celle-ci, de sexualité, donner des informations sur la prévention et le dépistage et répondre aux éventuelles questions de la patiente.

Certaines sages-femmes posent d'abord quelques questions personnelles pour déterminer le cadre psycho-social de la patiente. Si rien n'indique la réorientation de la patiente vers un médecin, celle-ci est reconvoquée afin de réaliser l'examen clinique, les éventuels prélèvements ou l'éventuelle pose de contraception. Les interrogées précisent néanmoins qu'elles sont toujours dans une optique d'adaptation et que ce schéma dépend évidemment du motif de consultation de la patiente, de son âge et de son état d'esprit.

Une sage-femme agit selon le « principe d'autonomie » : elle explique à ses patientes pourquoi l'examen gynécologique est réalisé, ce qui est recherché, ce à quoi elle est plus disposée selon son âge. Elle explique également à ses patientes jeunes pourquoi elles n'ont pas d'intérêt à être examinées, tout cela pour qu'elles aient des connaissances qui leur permettent d'être actrices de leur corps et de leur suivi.

#### d. Première consultation pour les jeunes femmes :

Beaucoup de sages-femmes ont mis au point un « modèle » de première consultation gynécologique, surtout pour les patientes jeunes. C'est-à-dire une trame, un schéma, qu'elles adaptent en fonction de l'émergence d'une demande particulière ou non de la part de la patiente. Quelques-unes disent avoir beaucoup travaillé dessus avant de mettre en place le suivi gynécologique pour proposer une consultation claire, méthodique et précise. D'autres qui n'ont pas réalisé cette démarche disent y avoir quand même réfléchi. Pour presque toutes, le respect de l'intimité est primordial. Une précise même à la patiente au téléphone, lors de la prise de rendez-vous, qu'elle ne sera pas examinée, afin que celle-ci arrive à la consultation le plus détendue possible.

Parmi les professionnelles interrogées, nombreuses sont celles qui axent cette première consultation gynécologique chez les jeunes sur la sexualité, la prévention, le dépistage et la prise correcte de la contraception. Une dit d'ailleurs : *« Oui on est vraiment dans un rôle de prévention, enfin les toutes jeunes filles que je vois, je leur parle des IST, je leur parle du risque de grossesse, je leur parle de la contraception, il n'y en a pas une qui passe sans qu'on ait fait le topo là-dessus, qu'on soit sûres que tout soit bien briefé. Pas une. Même si elle vient pour autre*

chose. ». Cette même sage-femme explique que lors de la première consultation, elle montre à la jeune où sera fait l'examen, dans quel ordre elle procède, comment elle sera installée, à quoi ressemble un spéculum, afin qu'elle n'arrive pas dans l'inconnu lors de la prochaine visite.

Toutes les professionnelles s'accordent sur le fait que l'examen clinique d'une patiente jeune qui ne présente aucun signe clinique se résume à une pesée, une prise de tension et une prise de pouls. L'examen sous spéculum et/ou le toucher vaginal ne sera réalisé que s'il y a une réelle nécessité ou si la patiente en fait la demande. Certaines sages-femmes indiquent que les patientes « jeunes » sont celles qui ont moins de 25 ans. Pour d'autres ce sont les mineures. Ce peut également être les patientes n'ayant pas eu de rapports sexuels et plusieurs sages-femmes ne précisent pas. Des professionnelles réalisent parfois aussi l'examen sénologique chez les patientes jeunes lorsqu'elles sont d'accord, d'autres attendent de réaliser l'examen gynécologique complet.

#### e. Respect des femmes :

Lorsque les sages-femmes parlent de leurs consultations et examens gynécologiques, il en ressort qu'elles accordent une particulière attention à la pudeur et au confort des patientes. Elles regorgent de ressources pour rendre l'examen le moins désagréable possible. Premièrement, comme mentionné plus haut, elles disent prendre leur temps. Concernant la pudeur, elles examinent d'abord les seins, puis laissent les patientes se recouvrir avant d'examiner le col de l'utérus. Certaines disposent de plaids et de couvertures pour que les femmes puissent se couvrir à leur guise. Deux sages-femmes précisent même n'examiner qu'un seul sein à la fois, tout en laissant l'autre recouvert. Une de celles-ci confie aussi laisser parfois la culotte lors de l'examen sous spéculum car il suffit simplement de l'écartier sur le côté pour avoir accès au vagin. La plupart des professionnelles ne reste pas à côté de la patiente lorsqu'elle se déshabille et une sage-femme a installé des paravents pour créer une cabine où la patiente garde son intimité.

A propos du confort, lors des visites dans les cabinets, il est très fréquent de voir sur les tables d'auscultation des sages-femmes un ou plusieurs coussin(s) afin que les patientes soient bien installées et ainsi que les douleurs ne soient pas majorées inutilement. En effet, la pose de spéculum est un des moments redouté par les patientes. Avant de le poser, les sages-femmes disent attendre que la patiente soit installée correctement. Ensuite, elles demandent l'autorisation de poser le spéculum. Deux interrogées précisent que lorsque la patiente est trop crispée, elles prennent quelques minutes pour faire de la sophrologie ou des exercices de respiration afin que celle-ci se détende. Une indique qu'il y a encore quelque temps, elle proposait même aux patientes de poser elles-mêmes leur spéculum mais que cela les désarçonnait trop car ce n'est pas dans la culture française. Une sage-femme dit qu'elle a envie de se former à l'examen vaginal sur le côté, « à l'anglaise ».

## 2. Principaux facteurs déterminant la pratique du suivi gynécologique par les sages-femmes

Grâce aux entretiens avec les sages-femmes, nous pouvons dégager trois principaux arguments qui ont motivé la mise en place du suivi gynécologique à leur cabinet.

### a. Intérêt pour la gynécologie :

Toutes les sages-femmes sauf une disent aimer cette discipline et cet aspect de leur métier, à des degrés différents.

Trois professionnelles, qui ont obtenu leur diplôme avant l'année 2000 et qui ont commencé à travailler à l'hôpital, nous disent avoir fait au début de leur carrière des gardes en service de gynécologie, en effectuant des soins infirmiers. Leurs activités étaient variées, allant de l'administration de chimiothérapies pour les patientes hospitalisées à l'accueil des urgences gynécologiques la nuit. Une sage-femme confie même que lors de l'accueil de ces patientes, elle réalisait l'anamnèse complète et une partie de l'examen clinique avant d'appeler l'interne car elle aimait ça et estimait qu'elle n'était pas là pour « *garder les murs* ». Elles précisent bien qu'aujourd'hui, dans la région, les sages-femmes n'exercent plus dans les services hospitaliers de gynécologie ou alors ont des activités bien plus encadrées. Elles utilisent en effet le lexique de l'ancienneté avec des mots comme « *autrefois* » ou « *à l'époque* ». Ces compétences acquises en service de gynécologie ont contribué au fait que, lorsque ces sages-femmes se sont installées en libéral, elles ont voulu proposer de la gynécologie. Une des trois spécifie même que cela a été une aide pour la mise en place du suivi de prévention car ce début de carrière en gynécologie hospitalière constituait une base solide de connaissances qui contrebalançait légèrement sa formation ancienne.

Actuellement, certains hôpitaux et cliniques ont mis en place récemment des consultations gynécologiques orchestrées par des sages-femmes afin de drainer les suivis gynécologiques physiologiques. Cela permet de libérer du temps aux médecins pour mieux prendre en charge les patientes qui nécessitent un suivi spécialisé. Cependant, les postes sont très peu nombreux, ce qui nous amène à constater que les sages-femmes font peu de gynécologie à l'hôpital. Pour cette raison, trois professionnelles que nous avons interrogées précisent s'être installées en libéral pour pouvoir faire de la gynécologie : « *Moi j'aime beaucoup le suivi gynéco, c'est pour ça que je suis en libéral...* »

Une sage-femme nous dit vouloir en faire son activité principale.

Deux précisent que si elles ne pouvaient pas faire de suivi gynécologique, cela leur manquerait. Nous pouvons noter aussi que dans la plupart des entretiens, la question de l'intérêt pour la gynécologie est abordée au début, indépendamment des questions posées.

Ce que les sages-femmes aiment dans cette discipline varie. Certaines trouvent que le suivi gynécologique implique un aspect technique et réflexif, plus « médicalisé » que la préparation à l'accouchement ou la rééducation du périnée par exemple. Une sage-femme explique qu'en gynécologie, les patientes viennent rarement sans aucun motif, sans aucun problème à résoudre. Souvent, au détour de l'anamnèse, nous pouvons déceler une demande à satisfaire, formulée sous l'aspect d'une douleur pelvienne, de cycles irréguliers, de dysparéunies... Nous pouvons voir ici que les sages-femmes, globalement, aiment investiguer et suivre une démarche clinique pour poser un diagnostic, sans toutefois sortir de leurs compétences car elles savent à quel moment orienter la patiente vers un médecin, comme nous le verrons ci-après.

Une sage-femme a une autre vision du suivi gynécologique. Elle a beaucoup étudié la physiologie de l'accouchement et l'impact du psychisme sur le corps. Elle dit s'être formée seule sur le sujet car les études manquent, elle a beaucoup lu et surtout observé ses patientes. Elle a ainsi remarqué que ce principe s'appliquait également à la gynécologie et elle accorde beaucoup d'importance à respecter le corps dans ses deux dimensions, physique et psychique, pour savoir comment il fonctionne. Cette sage-femme dit que c'est ce savoir qu'elle aime dans la gynécologie : « *Moi ce qui me passionne dans le suivi gynéco, c'est finalement la physiologie que l'on acquiert pendant nos études sur l'accouchement, c'est une physiologie aussi qui est adaptée à la gynécologie, c'est-à-dire de savoir comment fonctionne le corps sur le plan physique, sur le plan hormonal, l'impact du psychisme sur la gynéco.* »

Nous pouvons ainsi voir, avec cette analyse, que les motivations à proposer le suivi de prévention diffèrent selon les sages-femmes mais qu'elles sont toutes, ou presque, rassemblées dans un grand groupe qui est l'intérêt pour la gynécologie.

Une interrogée dit qu'elle ne voulait pas faire de suivi gynécologique lors de son installation en libéral mais qu'elle l'a finalement proposé, pour répondre à la demande des patientes. Ce qui nous amène au deuxième argument.

#### **b. Demande des patientes :**

La demande des patientes concernant le suivi gynécologique est observée par toutes les sages-femmes interrogées. Pour beaucoup d'entre elles, associée à la volonté de faire de la gynécologie, elle constitue un argument fort à la mise en place de ce suivi dans leur cabinet.

Certaines interrogées précisent toutefois que ce n'est pas la raison principale pour laquelle elles font du suivi gynécologique mais que la demande est tout de même importante et non négligeable.

Les professionnelles citent plusieurs raisons à cette augmentation de la demande de la part des patientes. Beaucoup nous précisent qu'elles sont installées dans un endroit où il n'y a pas de gynécologues aux alentours. C'est l'explication principale. Une sage-femme qui fait 50% de gynécologie dans son activité globale nous signifie qu'il n'y a pas de gynécologue dans toute la ville. Une autre indique

que la demande en suivi gynécologique a augmenté dans son cabinet lorsque la gynécologue installée dans le même quartier est partie à la retraite : « *Il y a une gynéco qui était proche de mon cabinet qui est partie à la retraite donc en plus de tout ça, de fil en aiguille, ça a fini de m'amener la plupart des patientes.* ».

Une sage-femme qui est installée dans l'Ain estime faire de la « proximité de soins » et ainsi rendre service aux patientes car les gynécologues les plus proches sont à Lyon. Ses patientes lui rapportent qu'elles trouvent trop compliqué de prendre un rendez-vous avec un gynécologue à Lyon en raison du délai pour avoir une date et de la difficulté d'accès. Similairement, une est installée en montagne, à côté de la frontière Suisse et les gynécologues les plus proches se trouvent dans la vallée ou en Suisse. Les patientes préfèrent donc aller voir la sage-femme, qui est installée à côté de chez elles ou presque. Celle-ci précise que la demande est dans ce cas « *colossale* » et qu'il est parfois difficile de prendre en charge tout le monde : « *il n'y a pas de médecins [...] et on se retrouve avec beaucoup beaucoup de patientes.* ».

Parfois, des gynécologues sont présents aux alentours mais ils ont tellement de demandes eux-mêmes qu'ils n'entament plus de nouveaux suivis.

Une autre explication citée est l'installation dans un cabinet qui pratiquait déjà le suivi gynécologique. Par exemple, une professionnelle s'est installée en collaboration avec une consœur déjà présente et faisant beaucoup de gynécologie depuis longtemps. C'était l'un des précurseurs de la mise en place du suivi de prévention par les sages-femmes dans ce département. Celle que nous avons interrogée a donc vu directement sa part d'activité gynécologique devenir importante.

Deux professionnelles interrogées disent avoir repris le cabinet d'une sage-femme qui faisait beaucoup de suivi gynécologique lorsque celle-ci est partie à la retraite. Les patientes sont donc naturellement venues prendre rendez-vous avec sa successeur.

Une des interrogées accorde de l'importance au fonctionnement du corps physique et psychique, reconnaît avoir une pratique féministe et très axée sur la physiologie, dans le cadre de la gynécologie comme dans le cadre de l'obstétrique. Elle pense que cette pratique attire une certaine patientèle qui recherche ce type de prise en charge. Ses patientes lui rédigent des avis sur Internet et parlent d'elle sur des forums, ce qui, associé au bouche à oreille, lui apporte encore plus de patientes intéressées par cette pratique féministe.

Une sage-femme pense que l'augmentation de la demande en termes de gynécologie est due au fait que c'est la seule à posséder un DU de gynécologie dans la ville.

Enfin, une autre a initialement proposé le suivi gynécologique dans son cabinet de façon restreinte, c'est-à-dire qu'elle ne l'ouvrait pas à de nouvelles patientes mais seulement à celles qu'elle avait suivies pour leur grossesse, dans une optique de continuité de soins et de suivi global : « *Le suivi gynéco, j'ai commencé à le faire tout doucement, quand il a été possible pour les sages-femmes, de façon un peu confidentielle, mes patientes, voilà.* ». Devant

l'augmentation de la demande, elle l'a finalement étendu à des nouvelles patientes. Cela nous montre cependant que le suivi global des patientes est un argument ayant un rôle important dans la mise en place du suivi gynécologique par les sages-femmes.

### c. Suivi global des patientes :

Demande des patientes et désir de faire du suivi global sont finalement deux arguments qui peuvent être entremêlés. Dans beaucoup de cas rapportés par les sages-femmes, ce sont les patientes qui, au détour d'une séance de rééducation périnéale ou d'une visite post-natale, demandent à la sage-femme une contraception, comme la prescription de leur pilule, la pose de stérilet ou pose d'implant. Les patientes disent souvent vouloir « continuer » avec la même professionnelle. Elles associent celle-ci à toute leur vie génitale et apprécient le fait qu'une seule et même personne les prenne en charge sur ce plan. C'est ainsi pour assurer cette continuité que plusieurs sages-femmes se sont mises à proposer le suivi gynécologique, alors que cette pratique, qui n'était pas obligatoirement dans leurs priorités, a souvent nécessité la réalisation de formations chronophages, comme nous le verrons après : « *C'était pour assurer la continuité des soins auprès de mes patientes déjà parce que c'est vrai que je n'en faisais pas donc chaque fois qu'elles voulaient de la gynéco je les renvoyais vers quelqu'un d'autre.* ».

Nous rejoignons ce que nous remarquons plus haut en disant que les sages-femmes ne pratiquent pas beaucoup de gynécologie à l'hôpital et que, pour certaines, cela constitue la raison précise de leur installation en libéral. Beaucoup de postes de consultations à l'hôpital ne concernent que les consultations obstétricales et une sage-femme nous confie avoir trouvé cela très frustrant quand les patientes demandaient à revenir après la grossesse pour la pose de stérilet par exemple, et que la sage-femme devait leur refuser. Cela montre que le suivi global est autant une préoccupation des femmes que des sages-femmes.

Effectivement, dans certains cas, ce sont surtout les sages-femmes qui tiennent à faire du suivi global et qui ont proposé le suivi gynécologique à leur patientes indépendamment de leurs demandes. Une nous dit que la volonté de continuer à suivre ses patientes entre les grossesses est la principale raison de sa reformation en gynécologie afin de pouvoir proposer le suivi de prévention. Pour illustrer l'importance de ce désir de suivre la femme dans sa globalité, tout au long de sa vie génésique, prenons l'exemple d'une professionnelle qui aimerait pouvoir faire les accouchements de ses patientes en plateau technique. Elle ne le fait pas car les centres hospitaliers autour d'elle n'y sont pas adaptés.

Les sages-femmes aiment suivre les femmes pendant des années. Des liens se créent, les femmes donnent des nouvelles des enfants plus grands et une relation privilégiée s'installe. C'est souvent ce lien que les professionnelles recherchent en s'installant en libéral : « *J'aimerais bien réussir à développer, avoir un suivi vraiment global, faire le plus de suivis personnalisés, bien connaître les patientes et c'est ce qui me plaît dans le suivi gynéco aussi.* ».

Le suivi global à long terme permet aussi aux sages-femmes de connaître leurs patientes, ainsi elles peuvent se confier sur des sujets intimes, notamment la sexualité, ce qui est parfois utile au diagnostic lorsque la patiente vient avec une plainte particulière. Connaître leurs patientes permet aussi de s'adapter à ce dont elles ont besoin : « *Puis on les connaît bien, enfin moi je sais que telle patiente va avoir peur pour telle chose, que ça elle va moins aimer, enfin...* » ; « *Ce que j'avais envie de faire dans mon métier, c'était d'avoir vraiment un suivi longitudinal [...] ce qui m'intéresse dans l'accompagnement global c'est cette aventure humaine, d'apprendre à connaître les couples d'un bout à l'autre, tout au long de la grossesse, avant l'accouchement et même après pour le suivi gynéco.* ».

L'intérêt pour la gynécologie, la demande des patientes et la volonté de faire du suivi global sont les 3 arguments qui apparaissent dans les entretiens comme les facteurs principaux motivant la mise en place du suivi gynécologique. Nous pouvons cependant repérer d'autres facteurs qui influencent la manière de travailler des sages-femmes dans le cadre de la gynécologie de prévention.

### **3. Autres facteurs influençant la pratique des sages-femmes en termes de gynécologie**

#### **a. Les études ; la formation ; l'expérience :**

Grâce aux entretiens avec les sages-femmes, nous remarquons que la formation est un facteur jouant un grand rôle sur la sérénité dans leur pratique quotidienne.

Après la mise en place de la loi HPST en 2009, les études de sage-femme se sont adaptées à l'obtention de nouvelles compétences, notamment en gynécologie, avec un remaniement du programme en 2011. Les professionnelles diplômées en 2015 et après bénéficient donc d'une formation mise à jour, en adéquation avec ces nouvelles attributions au métier de maïeuticienne. Nous avons interrogé plusieurs sages-femmes entrant dans ces critères et globalement, celles-ci se sentaient prêtes à faire du suivi gynécologique dès l'obtention de leur diplôme. En d'autres termes, elles trouvent que la formation initiale est très complète d'un point de vue théorique et elles ne ressentent pas le besoin d'avoir plus de connaissances sur le sujet.

Cependant, parmi elles, nombreuses sont celles qui précisent que la formation initiale manque de pratique. La théorie est assurée, les bases en gynécologie sont solides mais l'écart entre la théorie et la pratique est considérable. Certaines sages-femmes se sentent ainsi démunies lorsqu'en pratique elles se trouvent face à des situations sortant du cadre habituel et regrettent de ne pas avoir fait plus de stages en gynécologie pendant leur formation. Une explique que pendant ses études, elle a eu la chance de réaliser un stage avec un gynécologue médical qui lui a appris beaucoup plus de choses que toute sa formation théorique, selon elle. Devant ces constats, les « jeunes » sages-femmes avouent ne pas être

toujours très à l'aise en consultation gynécologique et en arrivent à la conclusion que, plus que de formation pratique, c'est d'expérience dont elles manquent.

Nous avons aussi interrogé l'autre partie, c'est-à-dire les sages-femmes avec un diplôme ancien, où la gynécologie représentait une minime part de la formation. Celles-ci, pour la plupart, ont l'impression d'avoir des grosses lacunes en gynécologie, en théorie comme en pratique. Elles n'ont pas appris pendant leurs études à pratiquer le suivi gynécologique de prévention avec toutes les recommandations et les connaissances qu'il incombe. Toutes les sages-femmes diplômées avant 2015 sauf une ont refait une formation en gynécologie avant de proposer le suivi de prévention. Elles disent, notamment celles ayant obtenu leur diplôme avant l'année 2000, que la mise en place de ce suivi a été difficile et qu'elles rencontrent beaucoup de difficultés techniques. Par exemple, la pose d'implants et de stérilets n'a jamais fait partie de leurs acquisitions. Une professionnelle trouve « qu'on » leur a donné des compétences sans la formation accompagnante et elle a eu peur de se lancer dans cette pratique au début. Une autre explique que lorsqu'elle s'est formée en gynécologie, notamment en pratique, elle s'est sentie à nouveau comme une étudiante car elle n'avait pas le toucher gynécologique qui consiste à palper des ovaires, à palper un utérus non gravide. Elle a eu l'impression de repartir de zéro.

Par contre, une sage-femme qui a obtenu son diplôme avant 2000 a mis en place le suivi gynécologique dans son cabinet sans formation complémentaire, seulement en demandant une formation « privée » avec un gynécologue de l'hôpital où elle avait travaillé 20 ans, sur l'examen des seins. Lorsque nous regardons son parcours, nous notons qu'elle a travaillé en service de gynécologie hospitalière au début de sa carrière et qu'elle a travaillé quelque temps dans une petite maternité où les dépassements d'attributions étaient courants. Nous pouvons donc imaginer que la gynécologie était inhérente à sa pratique quotidienne et que c'est ce qui a contribué à la rendre plus à l'aise pour le suivi gynécologique lors de son installation en libéral.

Cela étant, nous remarquons aussi que la plupart des sages-femmes nouvellement diplômées ont tout de même fait une formation complémentaire ou ont prévu de le faire, notamment dans un domaine bien précis. Beaucoup citent la contraception, qu'elles décrivent comme compliquée et pleine de subtilités. En effet, la contraception semble être un domaine très vaste, pour les patientes comme pour les sages-femmes, qui est traité de façon trop restreinte lors de la formation initiale, selon les professionnelles. Certaines confient aussi avoir des lacunes dans la prise en charge des patientes plus âgées, notamment les femmes de plus de 40 ans, en raison des pathologies générales qui peuvent être ajoutées et du changement hormonal qui impacte le suivi gynécologique.

Un autre point de vue est également mis en évidence dans les entretiens. Deux sages-femmes, qui ont fait une formation en gynécologie complémentaire à leur diplôme, estiment avoir suffisamment d'outils pour pratiquer le suivi gynécologique de prévention et ne prévoient pas de se former davantage car selon elles, avoir trop de connaissances peut entraîner des dépassements de compétences. Elles pensent par exemple qu'avoir un DU de gynécologie conduirait

à trop en savoir sur le sujet et ainsi à réorienter les patientes vers un médecin trop tardivement.

Parmi les sages-femmes que nous avons interrogées, diverses formations sont mises en évidence. Les formations en gynécologie d'organismes divers se réalisant sur trois jours sont les plus prisées. 3 professionnelles possèdent un DU de gynécologie. Des formations seulement théoriques, des formations pratiques « privées » sous forme de journées de consultation avec un gynécologue et les formations dispensées par l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales sont également citées dans les parcours des sages-femmes.

Certaines se forment et se documentent seules en utilisant d'autres moyens comme la consultation du site internet Formagyn, de livres médicaux en gynécologie/obstétrique, de thèses, de mémoire et de cours universitaires. Les professionnelles utilisent beaucoup ces outils secondaires sources d'informations fiables. Ils ne nécessitent pas la sollicitation d'une consœur ou d'un collègue et ils permettent souvent d'apporter un appui pour déterminer si la patiente relève des compétences d'une sage-femme ou non.

La possession d'un DU en gynécologie par les professionnelles est justifiée par les raisons suivantes : reconnaissance légale et augmentation des consultations.

Les sages-femmes ne possédant pas de DU l'expliquent par le fait que ce soit chronophage, onéreux et nécessitant de se déplacer.

Une nous dit que les formations sur la gynécologie physiologique, thème sur lequel elle veut apprendre, sont quasiment inexistantes, en formation initiale comme en formation complémentaire. Cette matière est occultée par les formateurs des écoles de sages-femmes et par la société, selon elle. Elle trouve que les connaissances et les études sur la physiologie manquent. Médicaliser l'accouchement et le suivi gynécologique des femmes, dans un but de performance, de rentabilité et de rapidité, est la facilité. Cependant, ceci est rentré dans les mœurs et, selon l'avis de cette sage-femme, les professionnels n'ont pas envie de s'en défaire. La physiologie en matière de gynécologie n'intéresse pas encore assez de praticiens pour faire naître des formations à ce sujet. Cette interrogée s'est donc formée en autodidacte, en s'inspirant des livres de Martin Winckler et surtout en étant en interaction avec ses patientes.

## **b. Le réseau professionnel :**

Avoir un réseau professionnel riche et fiable est un facteur favorisant clairement la pratique du suivi gynécologique selon les sages-femmes interrogées.

Qui constitue ce réseau professionnel ? La pratique du suivi gynécologique de prévention nécessite l'intervention de multiples acteurs de la santé des femmes. Les professionnels cités sont évidemment les médecins, gynécologues médicaux et obstétricaux comme médecins généralistes, mais aussi les consœurs sages-femmes, les échographistes, les pharmaciens, le personnel des laboratoires

d'analyses médicales, les sages-femmes de PMI, les associations de sages-femmes libérales (du Rhône et de l'Ain pour ce mémoire). Enfin, les réunions du réseau ville-hôpital qui sont mises en place dans certains centres hospitaliers sont citées par certaines interrogées qui les trouvent utiles.

Plusieurs sages-femmes ont travaillé dans un hôpital proche de leur cabinet avant de s'installer ou ont gardé un contrat à mi-temps dans un centre hospitalier accessible depuis leur lieu de travail. Elles considèrent cela comme un atout car la création du réseau professionnel est ainsi facilitée et même déjà réalisée lors de l'installation en libéral. La professionnelle oriente ses patientes ou demande des avis à des médecins de l'hôpital dont elle dépend.

Dans le même ordre d'idée, quelques-unes de nos interrogées sont installées dans un cabinet avec des médecins généralistes pratiquant la gynécologie et/ou des gynécologues. Pour une question de simplicité et de confort pour la patiente, si celle-ci a besoin d'un avis spécialisé, elle va aller consulter chez les médecins du même cabinet, ce qui facilite en général les démarches de la sage-femme.

En revanche, quelques professionnelles sont installées dans la région depuis peu, moins d'un an, et n'ont pas de médecins dans leur cabinet. Celles-ci trouvent que cette situation représente une difficulté dans la construction d'un réseau professionnel mais les points de vue diffèrent. Une de ces sages-femmes est plutôt optimiste : *« Moi je trouve que ça va, mais c'est vrai que ça ne fait que 6 mois que je suis dans la région donc je n'ai pas encore de contact privilégié avec un gynécologue. »*, elle trouve que ce n'est pas un obstacle insurmontable, elle a envoyé des courriers à tous les médecins autour d'elle avec qui elle était susceptible de travailler et elle pense que son réseau va se créer au fil du temps. Une autre est moins enthousiaste et avoue que cette situation est délicate : *« Moi je trouve qu'en n'étant pas de la région, je n'ai pas un réseau, je n'ai pas fait mes stages ici donc ce n'est pas évident. »*.

Ainsi, même si la situation est appréhendée différemment selon les personnalités des sages-femmes, nous pouvons constater qu'une installation récente dans une région ou diplôme obtenu de fraîche date rime souvent avec un réseau professionnel pauvre. Pour pallier ce manque, des interrogées se sont installées dans un cabinet avec une consœur pour leur première expérience en libéral, afin de ne pas être seule et de pouvoir demander un avis à une professionnelle plus expérimentée en cas de doute.

Les sages-femmes disposent tout de même de solutions pour réorienter leurs patientes, peu importe la richesse de leur réseau, mais cela rend les démarches plus difficiles. Le centre hospitalier le plus proche est en effet toujours un recours que les interrogées utilisent si elles n'ont pas d'autres ressources. Même s'il est complexe de guider une patiente vers un professionnel que l'on ne connaît pas, quelques sages-femmes ont eu de bonnes surprises en sollicitant l'hôpital puisqu'elles ont reçu plusieurs retours sous forme de courriers de la part de gynécologues y travaillant. C'est ainsi de cette façon que le réseau se crée. Une interrogée confie que son réseau se limite à un seul contact privilégié avec un médecin généraliste disposant d'un DU de gynécologie mais que cela lui suffit car

dans les cas où la patiente ne relève pas des compétences de ce médecin (besoin d'une chirurgie, dépistage d'un cancer avancé du col de l'utérus...), elle l'oriente vers l'hôpital.

L'outil myhcl.com est un site internet mis en place par les Hospices Civils de Lyon. Il permet de demander un avis en ligne à un spécialiste. Il est très pratique lorsqu'il y a besoin de l'avis d'un professionnel spécialisé.

Les sages-femmes qui ont un bon réseau professionnel semblent conscientes de l'importance de celui-ci : « *Cela permet de travailler avec un filet et il faut avoir des gens qui nous conseillent autour, avoir un bon relai.* ». Dans certains entretiens, nous pouvons même voir que la présence de ce réseau est un facteur déterminant dans la pratique du suivi gynécologique de prévention : « *C'est vrai que si je n'avais pas ça, je ne suis pas sûre que je continuerais.* ».

L'association des sages-femmes libérales de l'Ain se réunit tous les trois mois et propose régulièrement des formations. Une interrogée y est active et trouve que ce réseau est une véritable aide pour les sages-femmes libérales. Il y règne un climat de déontologie et d'entraide entre les membres.

Toutefois, il ne suffit pas d'avoir un réseau riche et d'avoir des contacts avec de nombreux professionnels. Il est également important que ce réseau fonctionne bien, c'est-à-dire surtout que la communication avec ces autres acteurs de la santé de la femme soit efficace. Sur ce fait, nous avons plusieurs points de vue. Quelques sages-femmes installées en ville disent que les rapports sont excellents avec les médecins généralistes et les gynécologues, notamment en raison de la proximité. En effet, certains sont installés dans le même cabinet. Concernant l'installation en campagne, une professionnelle confie que son réseau fonctionne bien et est agréable car tous ces acteurs sont conscients que sans elle, le suivi des femmes dans cet endroit serait difficile. Une autre interrogée en campagne avoue qu'elle n'a aucun contact avec les gynécologues, en raison de leur surcharge de travail. En revanche, elle entretient d'assez bons rapports avec les médecins généralistes. Une autre encore, ayant travaillé vingt ans à l'hôpital, possède un réseau très efficace. Le bon fonctionnement du réseau professionnel dépend ainsi moins de la situation géographique que de l'établissement de relations initiales solides.

### c. Valorisation du métier de sage-femme :

Les sages-femmes sont globalement d'accord sur le fait que faire du suivi gynécologique de prévention permet d'être plus visibles et plus reconnues. Par quel public ? Cela diffère selon les avis.

Par les patientes, toutes les professionnelles sauf trois le remarquent. Elles disent que proposer du suivi gynécologique permet aux femmes d'avoir davantage confiance en la sage-femme : « *Ca nous rend un peu plus crédibles je trouve, parce que ça médicalise un peu plus notre profession. On est encore trop paramédicales dans la tête des médecins et des patientes.* ». Elles disent aussi que les patientes aiment avoir la sage-femme pour référente de leur suivi gynécologique et qu'elles sont en général contentes de venir aux consultations. Le mode de transmission de

l'information se fait communément par le bouche à oreille, par des amies ou sœurs qui sont venues voir la sage-femme, ou par la sage-femme elle-même au décours d'une consultation pour un autre motif, par exemple la rééducation du périnée.

Trois professionnelles pensent que le fait de faire du suivi gynécologique ne met pas les sages-femmes plus en avant dans la prise en charge de la santé des femmes. Elles considèrent que les patientes ne sont toujours pas au courant de la possibilité pour la sage-femme de devenir un praticien de premier recours pour leur vie gynécologique : « *Les patientes ne savent déjà pas ce que les sages-femmes faisaient à la base... Pour le côté gynéco, il faut à nouveau donner l'information.* ».

Concernant les médecins généralistes, si nous nous fions aux dires des professionnelles dans les entretiens, nous pouvons dire qu'ils ont globalement accepté la pratique du suivi gynécologique par les sages-femmes et même, qu'ils s'en servent au quotidien. Ils renvoient souvent leurs patientes auprès des sages-femmes, elles sont presque unanimes sur ce point : « *De la part des généralistes ça fonctionne très très bien, il y en a quand même de plus en plus qui nous envoient les femmes pour le suivi gynéco.* ». Certaines analysent toutefois que cette réorientation est un avantage pour eux. Ils ont pour la plupart une patientèle importante et parfois peu de temps à consacrer au suivi gynécologique. Cette façon de collaborer est donc profitable aux deux partis et montre que les médecins généralistes font confiance aux sages-femmes.

Il existe des exceptions, comme nous le voyons depuis le début du mémoire, et une professionnelle nous confie qu'un médecin généraliste voit l'élargissement des compétences des sages-femmes d'un mauvais œil : « *Est-ce que l'on se sent valorisées par les médecins ? Bof... j'ai eu une discussion il n'y a pas longtemps avec un [médecin généraliste] qui pensait effectivement qu'on leur volait leur travail.* ». Cette optique fait absolument partie d'une minorité.

Les gynécologues ont un point de vue plus mitigé. Certaines sages-femmes que nous avons interrogées ont de bons contacts avec eux. Lorsque nous regardons leur profil, ce sont des professionnelles qui sont installées en cabinet avec eux ou bien qui ont travaillé avec eux à l'hôpital pendant de nombreuses années ou y travaillent encore. Pour les sages-femmes n'ayant pas de réseau professionnel déjà établi avant leur installation en libéral, la communication avec les gynécologues est plus difficile. Une interrogée confie qu'elle n'arrive parfois pas du tout à les joindre car leurs secrétaires filtrent les appels et refusent de passer la communication. D'autres disent avoir l'impression de ne pas être acceptées ni reconnues par eux et qu'ils semblent ne pas avoir envie de travailler en collaboration avec elles : « *Il m'est arrivé plusieurs fois d'essayer d'appeler un gynéco pour avoir un avis et je n'ai pas toujours eu des réponses très aimables et très favorables. Par contre, j'ai déjà orienté une patiente vers un médecin généraliste et elle me renvoie du monde, elle m'a renvoyé un courrier, c'était plus facile, c'était plus cordial.* ».

Une sage-femme estime qu'il reste beaucoup de chemin à parcourir avant que la collaboration avec les médecins soit totale et pacifiste : « *Je pense que les pour les sages-femmes, il y a encore une grosse bataille à faire sur la connaissance de notre métier. Et avec les médecins, nous n'y sommes pas encore.* ».

Cependant, une professionnelle remarque que certains gynécologues n'ont pas le même état d'esprit et sont plutôt en faveur de l'intégration des sages-femmes dans le suivi gynécologique des femmes : « *Il y a certains gynécos de l'hôpital, que je ne connaissais pas, et qui font un courrier retour lorsqu'on leur envoie une patiente... En fait, on se rend compte que l'on a bien fait. On se dit que quelque part, ils reconnaissent ce que l'on fait.* ».

Enfin, pour deux des sages-femmes interrogées, le fait de faire du suivi gynécologique est avant tout une valorisation personnelle. Quelques professionnelles vont plus loin dans cette idée en précisant que la reconnaissance et la visibilité de la part des autres corps de métier ou de la population ne sont pas leurs principales préoccupations. Elles ont initié le suivi gynécologique de prévention dans leur cabinet avant tout parce qu'elles en avaient envie, et non pas pour se sentir valorisées par les médecins ou les patientes.

#### d. Connaissance des limites des compétences :

Un facteur interférant beaucoup dans la bonne pratique du suivi gynécologique par les sages-femmes est le cadre des compétences et sa juste connaissance.

La loi de l'HAS définit un cadre législatif selon lequel les sages-femmes ne doivent suivre que les femmes en bonne santé. Le terme « bonne santé » pouvant être interprété de différentes façons, nous remarquons qu'il n'y a pas de précisions concernant les antécédents ou bien les pathologies générales, n'ayant aucun lien avec la gynécologie. La limite entre suivi gynécologique physiologique et pathologique peut donc vite devenir floue.

De ce fait, dans dix entretiens, les sages-femmes avouent avoir des difficultés à savoir quand réorienter leurs patientes : « *...Soupire... Ce n'est pas toujours très net la limite entre la physio, la prévention, ce qui doit vraiment être pris en charge par un médecin...* ».

Certaines réorientent très facilement, à la moindre situation particulière car elles considèrent que si elles ont un doute, cela signifie que le cas ne relève pas de leur domaine d'action : « *Ah oui moi je réoriente tout de suite, très vite, ah non je ne dépasse jamais mes compétences.* ». D'autres, plus tardivement, parfois en se demandant si elles restent dans le cadre autorisé : « *Je ne sais pas si je peux faire ça mais moi je le fais.* ». Comme il n'existe pas de texte triant le suivi des patientes selon leurs pathologies et antécédents, comme en obstétrique, les sages-femmes ont parfois l'impression de soigner « à l'aveugle ». Plusieurs regrettent que cette compétence, savoir décider si une patiente nécessite un suivi gynécologique par un médecin, ne soit pas enseignée à l'école : « *Là où on n'est pas du tout assez formées et pas dans nos clous, c'est : quand est-ce que s'arrête le suivi gynéco physiologique ?* ».

Pour quelques interrogées, la limite du suivi se situe quand elles ne peuvent plus prescrire. Pour d'autres, il faut réorienter quand « *on ne sait plus quoi faire* ». Pour résumer, chacune définit elle-même ses propres limites, de la façon la plus

déontologique possible, selon elle. Une sage-femme l'explique bien : « *Il faut vraiment être à même de se poser des limites puisque personne ne viendra vous les poser vu que vous êtes toute seule \*rire nerveux\**. ».

Les difficultés reposent surtout sur l'évaluation des antécédents et leurs interférences sur la santé actuelle, notamment pour la contraception hormonale. La prescription d'une telle contraception doit être faite de manière prudente car elle influence beaucoup sur le reste du corps. Les contre-indications sont nombreuses et vagues, selon les sages-femmes : « *Au niveau des contraceptifs, tout ce qui concerne les antécédents cardiovasculaires etc., je trouve que ça reste quand même assez borderline.* ».

Il existe tout de même des professionnelles qui ne rencontrent pas de difficultés à ce sujet et qui travaillent avec, selon elles, des limites très précises : « *En fait, on a l'habitude de faire ça pendant l'accouchement, savoir où sont nos limites. On apprend ça pendant nos études. En gynéco, c'est pareil.* ». Des sages-femmes précisent que, si la limite entre physiologie et pathologie est floue lors de l'entrée dans la vie active, elle devient nette avec l'expérience.

Ceci étant, pour aller plus loin dans cette idée, certaines professionnelles avouent suivre des patientes qui ne relèvent pas de leurs compétences, en connaissance de cause. Elles le justifient par le fait que si nous suivons la loi de l'HAS à la lettre, il y aurait trop de restrictions et les patientes s'inscriraient toutes dans un suivi pathologique : « *Effectivement, moi je suis assez de cet avis de me dire qu'elle peut être en mauvaise santé de tous les points de vue mais elle peut être en bonne santé du point de vue gynéco.* ». Une autre raison pouvant intervenir est celle expliquant les dépassements de compétences « forcés » comme le manque de gynécologues dans un secteur, la campagne trop éloignée d'un pôle médical... Plusieurs sages-femmes pensent effectivement qu'il vaut mieux que les patientes soient suivies par elles plutôt que pas du tout : « *Parfois, les rendez-vous sont tellement longs qu'elles ne sont pas du tout suivies. Il arrive donc qu'on soit un petit peu hors compétences mais au moins elles ont un suivi régulier.* ».

Pour pallier ces dérives, les interrogées disent globalement s'appuyer sur les recommandations du CNGOF, de l'HAS... qui sont souvent citées dans les entretiens, même si cela peut parfois s'avérer délicat car difficilement réalisable en pratique.

Enfin, au vu des entretiens, nous pouvons dire que d'une manière générale, les sages-femmes réorientent leurs patientes vers un médecin en cas de doute. Même pour celles n'ayant pas un réseau très professionnel très riche, elles ne sont jamais seules et ont toujours un recours lorsqu'une situation soulève des interrogations. Le cadre de leurs compétences n'est pas bien délimité par les sociétés savantes, ce qui implique que les limites de suivi ne se situent pas au même endroit pour chacune mais toutes ont un cadre de sécurité imposé par leur propre déontologie, leur permettant de ne pas être dangereuses et de prendre en charge les patientes dans les meilleures conditions : « *Moi je sais que ça s'arrête là et que je ne vais pas prendre le risque d'aller traiter quelque chose que je ne sais pas faire.* ».

#### e. Technicité des actes en gynécologie :

Nous venons de voir que la connaissance des limites de leurs compétences et savoir repérer le moment adéquat pour orienter une patiente vers un médecin peut représenter des difficultés pour les sages-femmes. Ce sujet primordial est toujours abordé dans les entretiens et les professionnelles le considèrent comme quotidien dans leur pratique. Cependant, il existe d'autres entraves inhérentes à leur métier.

Le thème de la réalisation des gestes techniques est également souvent cité. Bien que moins nombreux en libéral qu'à l'hôpital, ils reviennent tout de même fréquemment, surtout en gynécologie : pose de DIU, pose d'implant... et ne sont pas aisés pour tous. Une interrogée, diplômée avant les années 2000, confie ne pas proposer à ses patientes la pose d'implant car n'y est pas formée et le geste lui paraît trop compliqué.

La pose de stérilet est aussi souvent délicate lorsque son apprentissage n'a pas été intégré à la formation initiale. Il existe des modules pratiques dans les formations complémentaires proposées après l'obtention du diplôme mais ils sont souvent décrits comme trop courts ou peu réalistes. Les sages-femmes ayant obtenu leur diplôme avant la réforme de la formation initiale apprennent donc, pour reprendre une expression qu'elles utilisent beaucoup, « *sur le tas* ».

Globalement, dans les entretiens, les professionnelles diplômées après 2015 sont à l'aise avec la pose de contraception car elle est intégrée dans leurs études : « *Ce qui est pose de stérilets, implants, je suis assez à l'aise donc ça va.* ». Cependant, les contre-exemples existent. Une sage-femme diplômée en 1996 dit être très à l'aise et n'a jamais refait de formation lors de son installation en libéral. Elle associe cela à son expérience hospitalière riche, lui ayant permis de réaliser ces gestes. A l'inverse, une interrogée diplômée en 2017 avoue ses angoisses à propos de cela : « *Je ne me sens pas assez à l'aise pour la pose de stérilet. Je stresse à chaque fois.* ».

Les sages-femmes sont conscientes que c'est cette expérience, et surtout la fréquence de pose de contraception, qui permet d'être à l'aise dans cette discipline : « *Sur la pose de DIU on est formées mais si on n'en fait pas tous les jours, on n'a jamais vraiment le vrai coup de main. A chaque fois qu'on en a un à poser, si on n'en pose qu'un toutes les 2 semaines, bon, on a toujours l'impression de manquer d'expérience.* ».

Outre la pose de contraceptifs locaux, la gynécologie impose aussi la réalisation d'un examen clinique, différent de celui mené en obstétrique. L'utérus n'est pas gravide, les ovaires sont palpables, les seins sont moins denses. Dans un entretien, une sage-femme aborde ce sujet spontanément et dit beaucoup regretter de ne pas avoir suivi de stage avec un gynécologue qui l'aurait corrigée sur ses gestes. Elle considère avoir des lacunes dans ce domaine car elle n'a pas ce toucher gynécologique, qui est singulier, alors qu'elle a son diplôme depuis plus de dix ans. Pour pallier cela, elle explique qu'elle réalise son examen avec minutie et vérifie plusieurs fois que rien n'a été oublié.

Certaines interrogées considèrent cependant que, si les difficultés liées aux gestes techniques existent, ce n'est pas un obstacle pour autant. Elles reconvoquent la patiente plus tard pour réessayer ou la renvoient vers un autre professionnel. Une sage-femme raconte qu'elle travaille dans le même cabinet qu'un gynécologue. Un jour où elle a rencontré un échec de pose de DIU, elle a traversé le couloir avec sa patiente pour que ce gynécologue lui pose. Les écueils de ces gestes techniques ne sont donc pas perçus comme les plus gênants : « *Les difficultés ne sont pas tellement techniques, l'implant, le stérilet, nous avons appris sur le tas et puis après il faut se lancer.* ».

A l'inverse, certaines sages-femmes sont très sereines. Une dit ne jamais avoir eu de problème à la pose de DIU car elle instaure avant tout un climat de confiance avec sa patiente. Si celle-ci est tendue, la pose sera difficile. Le problème vient plus de la façon dont les choses sont abordées plutôt que de la dextérité de la professionnelle : « *Je n'ai jamais de difficulté à poser un stérilet chez une nullipare, alors que les taux d'échec sont importants. \*Moue affirmative\* Si tu crées ce lien de confiance-là et que tu prends en compte la dualité psychique et émotionnelle...* ».

En résumé, la date d'obtention du diplôme influe assez peu sur le fait d'être à l'aise pour la pose de contraception. L'expérience joue un rôle plus important car même si une obtention récente du diplôme met les sages-femmes dans de meilleures conditions pour ces gestes, le manque de confiance en soi qui est presque inévitable en début de carrière, est source d'angoisses : « *C'est vrai que ce n'est pas évident, quand on n'a pas vraiment d'expérience... Entre la théorie et la pratique... \*rire nerveux\** ». Le cas de figure le plus délicat à incarner combine l'ancienneté du diplôme à l'absence d'expérience en gynécologie au cours de la carrière. Dans ce cas, tout est à recommencer et l'anxiété est prépondérante : « *Moi je ne savais rien faire, quoi. Donc au début... On transpire, hein.* ».

#### f. La situation géographique :

Outre les difficultés liées à la gynécologie elle-même, la localisation du cabinet d'exercice de la sage-femme peut être un avantage comme un inconvénient dans sa pratique.

En général, s'il n'y a pas de gynécologue installé dans le quartier, ou même dans la ville ou le village, les professionnelles estiment en tirer un avantage : « *Elle me permet de faire beaucoup de choses en gynéco [ma situation géographique] parce que je n'ai pas de gynéco déjà dans mon bâtiment, il n'y a pas de gynéco dans la ville.* ». S'il n'y a pas de gynécologue, les patientes vont donc voir la sage-femme, ce qui lui apporte beaucoup d'activité.

Parfois pourtant, ce manque de population médicale peut être perçu comme une incommodité. C'est le cas dans un entretien, où la professionnelle dit se sentir seule : « *\*légère hésitation\* Moi je préférerais avoir des gynécos à côté, enfin j'aimerais bien avoir des gynécos avec qui on peut bien travailler.* ».

Les interrogées considèrent globalement qu'une installation en ville est un atout, pour plusieurs raisons. Les gynécologues sont souvent complets et ne

prennent plus de nouvelles patientes, ce qui revient au même que lorsqu'ils sont absents, à la différence qu'ils sont tout de même présents pour donner un avis. La patientèle qui ne peut plus aller chez eux revient vers les sages-femmes : « *Clairement, pour les grandes villes comme ça où les rendez-vous avec les gynécologues ne sont plus possibles, là on a clairement notre place, oui.* ». La population en ville présente également plus de besoins en termes de suivi gynécologique : « *Parce qu'il y a plus de jeunes, il y a moins de femmes enceintes. Donc les jeunes de 20 ans, elles viennent plus facilement.* ». Enfin, la configuration démographique permet une plus nette et plus rapide augmentation des consultations en gynécologie : « *En ville c'est plus facile finalement parce qu'il y a beaucoup de bouche à oreille et je pense que mon activité en gynéco va monter beaucoup mieux en ville qu'en campagne.* ». Selon les sages-femmes, être installée en ville est plus confortable, le réseau professionnel n'est pas loin si le besoin apparaît et les cabinets mêlant sages-femmes et médecins sont nombreux.

Deux professionnelles, installées dans le même cabinet, sont situées dans un quartier populaire et trouvent que cela leur apporte beaucoup de patientes car toutes les classes sociales peuvent venir consulter.

La campagne est également source d'avantages car selon les interrogées dans ce cas, elle permet l'arrivée de plus de patientes. Cette situation prend une allure de proximité de soins car les gynécologues sont loin : « *La raison pour laquelle les femmes viennent beaucoup me voir pour le suivi gynécologique, elles le disent, c'est parce qu'actuellement c'est très compliqué d'avoir un rendez-vous avec un gynéco, il faut aller sur Lyon.* ». De plus, le secteur d'intervention des sages-femmes est généralement étendu. Une fait du PRADO dans plusieurs petits villages autour de son cabinet. Cela lui constitue une patientèle en rééducation périnéale car c'est la préoccupation de beaucoup de femmes en post-partum et elles en parlent donc à la sage-femme qui vient les voir chez elles. Ces consultations en rééducation périnéale conduisent ensuite à un élargissement de l'activité gynécologique car les femmes, à ce moment-là, commencent à se soucier de leur contraception. Ce schéma est donc pourvoyeur d'une augmentation de patientes en gynécologie et fonctionne mieux en campagne qu'en ville car les femmes sont touchées dans un périmètre plus large.

Par contre, l'installation en campagne facilite aussi les dérives. Deux interrogées expliquent qu'elles rencontrent de nombreuses situations n'entrant pas dans leurs compétences et qu'elles doivent tout de même prendre en charge : « *\*hésitation\* En campagne, je prends ma situation, je ne suis pas toujours très à l'aise, dans le sens où je me retrouve très vite à traiter des choses que je n'ai pas vraiment le droit de traiter.* ». Ceci s'explique par le manque de gynécologues dans la région. Les femmes ont ainsi tendance à mélanger les deux professions et à prendre les sages-femmes pour des médecins. Aussi, les médecins généralistes envoient parfois leurs patientes avec un problème gynécologique vers elles, même les cas qui ne relèvent pas de leurs attributions. Il est donc très important dans ces situations de savoir où s'arrêtent les limites de la profession pour ne pas sortir de ses compétences et du cadre de sécurité pour les patientes.

### g. Les « plus » :

Certains autres arguments participant à l'agrément de la pratique gynécologique sont évoqués dans les entretiens. Ils ne déterminent pas à eux tout seuls l'envie de faire du suivi gynécologique de prévention mais nous les percevons comme des « plus » qui améliorent les conditions de travail des sages-femmes.

Parmi eux, nous pouvons citer le contact avec les patientes, différent de l'obstétrique. Toutes les professionnelles ne s'en rendent pas compte mais plusieurs citent l'amointrissement des attentes en gynécologie, de la part des patientes. Une interrogée nous confie quelque chose d'intéressant : *« Il y a plus d'oublis de rendez-vous côté gynéco que côté obstétrique, moi je ne m'attendais pas à cela, je pensais qu'il n'y avait que les femmes enceintes pour oublier leurs rendez-vous ! \*rires\* »*. Ce détail peut paraître anodin mais il montre que les femmes ne se préoccupent pas toujours de leur suivi gynécologique. En obstétrique, les rendez-vous sont importants, ils touchent à la périnatalité, les femmes les attendent pour savoir si leur bébé est en bonne santé. En gynécologie, les patientes arrivent en consultation sans idées précises et elles sont souvent agréablement surprises car, selon les sages-femmes, elles ne s'attendent pas à ce type de prise en charge : *« Oui, le contact est différent, parce qu'elles sont surprises que je prenne le temps de parler et de leur expliquer et elles ont moins d'attentes préconçues. Elles viennent initialement seulement pour avoir le geste technique. »*. Les professionnelles soulignent que, souvent, elles ont des retours de la part des patientes, qui disent que dans un cabinet de sage-femme, les consultations sont longues, différents aspects de la vie intime sont pris en compte comme la sexualité, le comportement du conjoint... Et surtout, l'écoute est primordiale.

En gynécologie, le lien relationnel est globalement différent car il a trait à l'intimité. Il concerne un autre moment de la vie qu'en obstétrique, les préoccupations des femmes ne sont pas les mêmes : *« Elles [les femmes] sont très ouvertes, enfin en gynéco nous parlons beaucoup de leur sexualité... »* ; *« Je trouve que parfois, je crée même plus de lien en gynéco qu'avec certaines femmes en obstétrique. Mais parce que ça touche à l'intimité. »*.

Pour une sage-femme, le contact est différent mais l'obstétrique et la gynécologie sont liées : *« C'est vraiment super intéressant ce suivi gynéco parce que je trouve que ça part de la prise de conscience du corps et de la liberté des femmes en leur expliquant comment elles fonctionnent, elles acquièrent une certaine autonomie qui, selon moi, se révèle aussi dans l'accouchement. »*.

Parfois cependant, les liens n'arrivent pas à s'établir en gynécologie, surtout lorsque l'écart de temps entre les consultations est important : *« Déjà, tu les vois qu'une fois, maximum deux fois, et puis une fois par an. Donc pour créer un lien c'est quand même beaucoup plus restreint que si tu les vois dix à vingt fois en rééducation périnéale. »*.

Une professionnelle soulève une autre piste de réflexion en amenant le sujet de l'annonce d'une mauvaise nouvelle. D'après son expérience, en obstétrique, la mauvaise nouvelle est crainte et nous pourrions même dire attendue. Il est courant d'avoir dans son entourage une personne qui a déjà vécu une fausse couche, une

mort fœtale, une anomalie de développement ou un handicap. En gynécologie, les patientes viennent pour une auscultation de « routine », elles n'imaginent souvent pas, ou préfèrent ignorer, que les examens qu'elles réalisent, comme le frottis cervico-utérin par exemple, peuvent déboucher sur des diagnostics pathologiques.

Les sages-femmes aiment donc le fait que le contact avec les patientes en gynécologie soit différent du contact en obstétrique. Cela participe à la variété de leur activité quotidienne. Elles aiment en général la diversité et exploitent toutes les possibilités de pratiques données par le métier et les compétences : « *Vraiment, c'est le top d'avoir des journées variées et pas que des journées de rééducation ou que de préparation à l'accouchement.* ».

La gynécologie offre aussi l'occasion d'être vraiment perçue par les patientes comme un professionnel médical, comme nous le disions plus haut. Les interrogées aiment cette perspective plus technique et médicalisée du métier : « *Cela rend le travail un peu différent, ça fait bien travailler ses neurones aussi. Je pense que c'est un aspect du métier qui est très intellectuel et c'est vraiment pas mal.* ».

Une professionnelle a une vision des choses bien à elle concernant le suivi gynécologique et le fait de vouloir varier son activité : « *Quand nous arrêterons de penser que l'autre n'est qu'un corps physique à qui nous posons un spéculum, c'est là où le lien se créera vraiment. Parce que si nous faisons de la gynécologie juste pour poser des spéculums et faire des frottis \*légère hésitation\*, nous n'allons pas en faire longtemps. Enfin il est où le plaisir dans notre métier ?* ». Pour elle, la diversité de la pratique réside dans le fait de prendre les patientes dans leur globalité pour voir que chacune est vraiment différente et unique. Chaque geste et interaction avec une patiente apportera des nouveautés dans la pratique quotidienne du métier de sage-femme.

Le rôle d'information de la sage-femme est également un aspect indissociable du métier, retrouvé à chaque consultation, dans tous les domaines, mais les interrogées le trouvent surtout présent en gynécologie. Globalement, elles aiment cet abord de la pratique.

Il ressort des entretiens que, même si des professionnelles sont d'accord pour dire qu'en obstétrique, les primipares, par exemple, ont de multiples questions, énormément d'informations sont données en gynécologie : « *Beaucoup plus d'infos que pour une grossesse, où en fait... Elles se laissent guider.* ». Il faut parfois tout reprendre, donner toutes les explications sur le suivi de prévention en général car un grand nombre de femmes ne sont pas informées : « *Dès qu'on leur explique, elles disent "Mais on ne m'a jamais expliqué", que ce soit pour un frottis, un stérilet...* ».

En général, la contraception est le sujet phare sur lequel les sages-femmes doivent éclairer leurs patientes, comme l'illustre avec humour ce verbatim : « *Le stérilet, j'ai l'impression de l'expliquer en long, en large, en travers, pourquoi les hormones, pourquoi le cuivre ? \*rires\** ». Elles connaissent l'importance du consentement éclairé et insistent sur le fait que la contraception doit être choisie par la patiente, après avoir reçu toutes les informations nécessaires mais sans être influencée par le professionnel de santé. C'est pourquoi, à chaque consultation de

contraception, elles donnent sans discrimination les mêmes informations à toutes les femmes. Ceci parce qu'elles rencontrent des patientes non informées mais aussi certaines mal informées, avec des idées reçues sur leur moyen de contraception ou sur un autre qu'elles auraient pu convoiter : « *Elles sont informées mais elles n'ont pas toujours une contraception adaptée.* ». Les responsables de cette situation sont en général les médias, les informations sur internet de source peu fiable ou le professionnel s'étant antérieurement vu confier le suivi gynécologique de ces femmes. Chez les jeunes, les interrogées disent faire beaucoup d'éducation sexuelle.

La prévention et l'information sont deux principes liés, qui se complètent et n'existent pas l'un sans l'autre, c'est pourquoi les professionnelles insistent beaucoup dessus. La prévention est leur responsabilité principale dans le suivi gynécologique : « *Je pense que les sages-femmes ont un énorme rôle dans tout ce qui est prévention et dans la gynéco, je pense qu'il y a beaucoup à faire.* ».

Aussi, le rôle d'information fait partie de la volonté des sages-femmes d'être accessibles et elles sont conscientes qu'il est important à prendre en compte : « *Oui, oui. Je pense que l'accès est plus facile chez une sage-femme. Par exemple, elles savent que si elles m'envoient un message, certes je vais mettre du temps à répondre mais je vais répondre à un moment donné.* ». Grâce à cette disponibilité, les femmes sont mises en confiance et osent ainsi poser leurs questions, même les plus gênantes. Certaines interrogées considèrent cette mission d'information comme leur devoir et ne font parfois pas payer les consultations lorsqu'aucun examen n'est réalisé : « *Je lui ai dit : "Enfin, nous avons juste parlé, je ne vais pas vous faire payer."* ».

Une interrogée est pleinement dans ce rôle d'information et explique que le savoir permet l'autonomie et, grâce à celle-ci, la femme peut être actrice de son suivi et de sa santé gynécologique. Elle aura besoin des professionnels de santé pour réaliser les consultations mais elle n'est ainsi pas soumise à eux. En ayant les connaissances, elle se place plutôt dans une position d'échange avec son professionnel et, dans ce cas, la sage-femme. Pour parvenir à ce résultat, cette interrogée a coutume d'expliquer aux patientes pourquoi elle réalise un examen gynécologique, un examen des seins, à quoi sert le frottis cervico-utérin, ce qui est recherché, comment il est réalisé... Elle donne aussi des informations sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule, sur les effets secondaires des hormones. Cet entretien est le plus riche de tous concernant le champ lexical de l'information et de l'explication.

Les professionnelles aiment globalement cette tournure du métier qui consiste à transmettre le savoir aux femmes sur un sujet qui touche à l'intimité. Cependant, une interrogée trouve cette démarche chronophage et plus importante en termes de responsabilités que le reste du métier.

Pour une sage-femme, la gynécologie est avant tout de la réflexion, du diagnostic et la réponse à un problème. Cette vision des choses implique donc moins le besoin de donner des informations aux patientes.

Enfin, le sentiment d'utilité pour les femmes et/ou pour la santé publique, parfois ressenti par les professionnelles, appuie l'envie de continuer à faire de la gynécologie.

Une interrogée dit qu'elle aime que les femmes se sentent éclairées en sortant du cabinet. Ainsi, elle les informe, leur explique la contraception, leur dit ce qu'elles doivent savoir sur la pilule qu'elles prennent. Souvent, elle se rend compte qu'elles n'avaient pas reçu les explications auparavant. Ses patientes le disent, elles sont contentes qu'on leur donne des informations : « *A la fin d'une consultation, c'est "Merci, vous m'avez apporté plein de choses, puis vous avez pris le temps."* ».

Les sages-femmes libérales ont fréquemment un lien privilégié avec leurs patientes, c'est-à-dire qu'elles sont disponibles et joignables très souvent. Par l'intermédiaire de l'adresse e-mail ou du numéro de téléphone, ce n'est pas rare qu'elles répondent à une question urgente, donnent des conseils et parfois rassurent les femmes en cas de problème : « *L'avantage aussi d'être en libéral, c'est qu'il y a la proximité. Avec les téléphones portables, elles savent qu'elles peuvent me joindre.* ». Le lien qu'elles ont avec leurs patientes dépassent la consultation en cabinet et c'est ce que les femmes apprécient.

Plusieurs professionnelles expliquent dans les entretiens qu'elles mettent tout en œuvre pour rendre l'examen gynécologique le moins désagréable possible et les patientes les en remercient : « *Je trouve que c'est un moment important et que si elles l'ont plutôt bien vécu, je me dis que moi j'ai fait mon boulot, je suis contente d'avoir fait passer ça à ce moment-là.* ». Il est très important pour les sages-femmes de prendre en compte le confort et la pudeur, comme nous l'avons déjà dit, et de réaliser l'examen clinique de façon non traumatisante. Elles sont en générales récompensées de leurs efforts puisque, quand une patiente dit « je n'ai pas du tout eu mal » ou « je suis soulagée », toutes trouvent cela très valorisant.

Les sages-femmes ont également souvent l'impression d'apporter une utilité pour la santé publique, de par leur rôle de praticiens de premier recours pour la santé génésique des femmes. Comme nous le disions en introduction, elles sont en première ligne pour dépister les pathologies et cancers féminins. Une interrogée souligne ce rôle médical valorisé : « *Le fait d'être utile tout simplement et pouvoir dépister des choses, d'avoir un rôle médical, en fait.* ».

Les sages-femmes peuvent aussi jouer ce rôle en réalisant de la proximité de soins et en s'installant à des endroits où le manque de gynécologues est important. Ceci permet de prendre en charge des patientes qui n'auraient pas fait la démarche de se déplacer pour réaliser un suivi de prévention. Ces professionnelles favorisent le suivi régulier des femmes. Une interrogée raconte comment la plupart de ses patientes a initié un suivi depuis la loi HPST : « *Le suivi gynécologique, c'était plutôt quelque chose qu'elles découvraient. Et puis moi, je n'oublie jamais de le leur rappeler.* ». Utilité pour la santé publique et utilité pour les femmes sont finalement deux principes imbriqués puisqu'en suivant correctement les femmes, celles-ci reviennent et ainsi la population féminine est mieux dépistée.

Idéalement, l'objectif serait d'atteindre un taux de dépistage des cancers gynécologiques très performant en France.

#### h. L'aspect financier :

Il est volontaire de placer l'argument économique en dernier dans cette analyse des arguments offerts par les entretiens. En effet, rares sont les sages-femmes qui l'ont abordé spontanément. Le plus souvent, la question a dû être posée clairement. Parfois, les interrogées ne l'ont pas du tout cité. Peut-être est-ce à cause d'une gêne occasionnée par ce sujet pouvant être tabou mais nous pouvons aussi en conclure que l'aspect financier n'est pas une des préoccupations principales des sages-femmes. Cependant, lorsqu'elles en ont parlé, elles ont eu des choses à dire à ce sujet.

Huit professionnelles sur dix-sept ont évoqué ce thème. La moitié est en faveur d'un important bénéfice financier du suivi gynécologique de prévention. L'autre moitié trouve que ce n'est pas rentable.

Les interrogées qui pensent que le suivi de prévention est profitable citent plusieurs raisons. D'abord, la cotation des actes en gynécologie est intéressante. Le changement d'implant ne prend normalement pas plus de temps qu'une consultation prénatales à 23€ et est coté 41,80€. La pose de DIU, plus courante, est cotée à 38,40€. Nous pouvons facilement voir le bénéfice.

Les sages-femmes trouvent aussi les consultations gynécologiques rapides : « *La gynéco rapporte, on ne va pas se mentir. Les femmes ont moins de questions, ça va plus vite et c'est mieux payé.* ». Lorsqu'elles voient que la femme a besoin de beaucoup d'informations, certaines scindent la consultation en une partie examen et une partie constitution de dossier ou une partie information, en reconvoquant la patiente plus tard. Cela permet de ne pas prendre de retard sur la journée et de ne pas faire attendre les autres patientes, tout en ne lésant pas la femme sur sa prise en charge.

Une interrogée confie même qu'elle a en partie proposé le suivi gynécologique à ses patientes pour continuer à avoir une activité satisfaisante.

En revanche, quatre professionnelles rapportent que la cotation des actes n'est pas assez valorisée par rapport aux médecins généralistes, qui bénéficient depuis peu d'une consultation spécialisée en contraception à 46€ : « *Les médecins passent à une consultation spécialisée pour la contraception, ils n'en ont pas encore parlé pour les sages-femmes. Alors qu'on est en PLEIN dedans, nous.* ». Elles ressentent un sentiment d'injustice à propos de cette nouvelle loi.

Une interrogée avoue que, si nous prenons du temps et ne divisons pas les consultations, la gynécologie ne fait pas beaucoup de profit : « *\*moue de désapprobation\* Pour moi ce n'est pas du tout rentable parce que franchement, je prends le temps, j'aime bien prendre le temps.* ».

Pour résumer, que ce soit rentable ou non, les sages-femmes font de la gynécologie. Comme nous l'avons vu au début de cette partie, l'intérêt pour cette

discipline est un des premiers arguments qui motivent les professionnelles à proposer le suivi de prévention : « *Non ce n'est pas très rentable mais bon, moi je m'en fiche parce que j'aime bien.* ». Elles organisent donc leur activité en fonction de ce qu'elles aiment, et non pas de ce qui rapporte de l'argent.

#### **4. Remises en question des sages-femmes**

Au fil des entretiens, nous pouvons relever des points qui sont soulevés par les professionnelles de façon assez récurrente. Ce sont des faits qui leur posent question et nous pouvons voir que les sages-femmes s'interrogent sans cesse sur leurs conduites et leurs pratiques, sans pour autant douter continuellement d'elles-mêmes. Ces éléments ne répondent pas directement à notre problématique mais sont un reflet de la pratique gynécologique quotidienne des sages-femmes libérales.

##### **a. Plusieurs conceptions du suivi gynécologique de prévention :**

Dans douze entretiens, l'interrogée fait, au détour de ses réponses, un résumé de sa propre définition du suivi de prévention. Pour montrer la diversité des visions des sages-femmes, nous avons construit un florilège de leurs idées.

Pour trois interrogées, le premier principe du suivi gynécologique est la prise en charge de la femme dans sa globalité. Lorsque nous avons demandé ce qui leur plaisait dans ce suivi, elles nous ont répondu : « *C'est vraiment le côté connaissance des femmes jusqu'au bout, les suivre de 7 à 77 ans, du début jusqu'à la fin... Le suivi global et médical.* » ; « *Sage-femme c'est la sagesse de la femme, avoir une connaissance complète de la femme pendant la grossesse, en-dehors de la grossesse, finalement c'est logique.* ».

Deux professionnelles voient le suivi de prévention comme une discipline où le rôle médical est prépondérant. La gynécologie est selon elles la recherche, le dépistage de pathologies, l'élaboration de diagnostic. Pour l'une d'elles : « *Il faut que tu examines, il faut que tu cherches, il faut que tu réfléchisses. Ce qui est intéressant c'est que les femmes viennent pour un problème, elles ne viennent pas juste pour un frottis. Elles viennent parce qu'elles ont des saignements entre leurs règles, elles viennent parce qu'elles ont deux mois de retard de règles, elles viennent parce qu'elles ont des douleurs à l'ovaire gauche, parce qu'elles ont mal aux seins souvent, parce qu'elles ont des douleurs lors des rapports...* ».

Pour plusieurs sages-femmes, les compétences ont été élargies en 2009 dans un but premier de prévention. Leur rôle est donc l'information, l'explication, la pédagogie, ne rien oublier pour ne pas passer à côté d'une pathologie ou d'une prise de risque. Cela passe aussi par la proximité de la patiente avec sa praticienne qui permet d'aborder des questions intimes sans que la femme ne se sente abandonnée. L'écoute est également primordiale pour réussir à établir ce lien de confiance si important.

Une autre vision des choses consiste à décrire le suivi gynécologique de prévention par les sages-femmes comme un moyen de respecter les femmes. Non pas qu'elles n'étaient pas respectées avant mais, comme il est de savoir courant, les sages-femmes accordent beaucoup de temps à leurs patientes. Quelques minutes lors de la consultation servent à préserver la pudeur de la femme ou bien à lever son appréhension. Ce temps est également mis à profit pour les écouter afin de les comprendre et de répondre au mieux à leurs besoins.

Une interrogée a une perception de ce suivi comme un grand enjeu de santé publique. Les actes techniques doivent être réalisés convenablement avec dextérité mais la consultation n'est pas basée seulement sur ces gestes. La patiente doit bénéficier du temps nécessaire pour être satisfaite et prise en charge de la meilleure façon. Ceci permet de l'inciter à un suivi régulier et bien mené, afin de participer aux efforts pour les que les femmes n'étant pas suivies soient de moins en moins nombreuses.

La dernière représentation des arguments développés dans les entretiens est le suivi de prévention sous un éclairage très féministe. En soit, toutes les professionnelles ont une pratique féministe mais l'une d'elles prône vraiment l'usage de la physiologie gynécologique. Ce qui est important pour elle, c'est mettre la patiente en autonomie, lui apprendre comment son corps fonctionne pour qu'elle soit active dans son suivi et pas soumise au professionnel de santé. Il sera ainsi instauré un climat de confiance.

Nous pouvons voir que les sages-femmes ont de multiples conceptions du suivi gynécologique de prévention, ce qui signifie une manière différente de l'exercer pour chacune d'entre elles. Pourtant, elles se rejoignent sur les grands principes du libéral et de la gynécologie, que nous avons évoqués tout au long de ce mémoire, et le pratiquent toutes dans les règles imposées par la déontologie.

#### **b. Le contact avec les gynécologues :**

Les sages-femmes sont attachées à entretenir de bons rapports avec les autres professionnels impliqués dans la santé génésique des femmes et particulièrement avec les gynécologues.

Beaucoup d'interrogées mettent un point d'honneur à ne pas empiéter sur leur travail. Lorsqu'une patiente prend rendez-vous avec elles, elles lui demandent systématiquement si elle est déjà suivie par un professionnel. Si c'est le cas, elles ne reprennent pas le suivi, à moins d'avoir un courrier de la part du gynécologue.

En général, le cas de figure qui se présente est le suivant : la patiente prend rendez-vous chez la sage-femme car elle a une demande, un problème particulier de type mycose, et le délai de rendez-vous avec un gynécologue est trop long. La sage-femme répond alors au besoin de la femme mais n'en fait pas plus, à moins que la patiente dise clairement vouloir changer de professionnel. Soit le suivi est repris entièrement, soit il est laissé au gynécologue, sauf contrordre explicite clairement par lui.

Cette nécessite une bonne communication entre ces différents praticiens. Les interrogées insistent souvent sur le fait qu'elles ont peur de mal agir lorsqu'elles communiquent avec les gynécologues. Elles renvoient la patiente avec un courrier, parfois essaient de joindre le médecin au téléphone avant pour des explications de vive voix.

Pendant, les relations ne sont pas toujours optimales dans un réseau professionnel. Les sages-femmes ont souvent peur d'être jugées, elles le disent dans les entretiens. Elles ont peur d'être mises en cause si elles réorientent une patiente trop facilement et que le fait qu'elles fassent de la gynécologie soit critiqué. Elles craignent également d'être désapprouvées après un échec de pose de stérilet. En résumé, elles attachent beaucoup d'importance au regard extérieur porté sur leur pratique gynécologique. Par exemple, lorsqu'une sage-femme réfléchit à l'IVG médicamenteuse, elle dit : « *Après, comment est-ce que l'on va nous voir, aussi ? Si jamais ça ne se passe bien l'IVG et tout ça, est-ce qu'on ne va pas dire "Oh la sage-femme, elle a mal fait..." ? C'est toujours le regard extérieur.* ».

Les professionnelles notent toutefois que dans beaucoup de cas, les échanges avec les gynécologues sont cordiaux et elles mettent en place des actions pour que cela continue.

### c. Le contact avec les patientes :

Les sages-femmes réfléchissent également beaucoup à leur manière de communiquer avec leurs patientes. Une interrogée l'explique d'ailleurs parfaitement : « *Je crois que nous les sages-femmes, nous sommes quand même assez attentives à comment nous communiquons avec nos patientes, ce que nous leur disons...* ».

Elles aiment avoir des retours des femmes sur le déroulement des consultations. En général, c'est le cas, et lorsque la professionnelle est installée depuis assez longtemps en libéral, elle peut souvent bénéficier de retours de la part des patientes. Les patientes qui reviennent et les nouvelles demandes de rendez-vous sont un bon indicateur. Souvent, elles disent entendre de leurs patientes que celles-ci apprécient beaucoup le côté respectueux et très à l'écoute des sages-femmes.

Dans les entretiens, les questions de confiance, de rapport à l'autre, de tact et de manière d'aborder certains sujets sont énormément mentionnées. La patiente est vue comme un être humain qui pense, qui a des craintes et des gênes et la manière de lui parler est primordiale pour faire émerger et verbaliser ces sentiments.

Les interrogées sont conscientes de cette délicatesse à avoir et y sont très attentives. Nous le voyons aux phrases que nous relevons, au détour d'une explication sur leur travail quotidien : « *Elles sont contentes, elles me le disent, elles reviennent, donc cela doit leur convenir.* ». La réaction et la satisfaction des femmes sont l'essence même de la pratique des sages-femmes.

#### d. La question des violences obstétricales et gynécologiques :

Les violences obstétricales sont un thème d'actualité et font naître beaucoup de questionnements dans l'esprit des professionnelles, concernant leur pratique obstétricale comme leur pratique gynécologique. Dans les deux cas, le fond est le même et c'est l'intimité de la femme qui est examinée.

Les sages-femmes sont directement concernées par ce sujet. Ce sont elles qui réalisent les accouchements en obstétrique, elles qui examinent les patientes et posent des spéculums en gynécologie. Les façons de réagir face à ce débat diffèrent mais globalement, lorsque les attaques sont dirigées contre elles, elles sont offensées. Nous l'avons vu, la manière dont elles sont perçues par le public, les patientes, les autres professionnels, leur importe beaucoup. Le fait d'être immédiatement dans la ligne de mire de ces blâmes les fait donc se remettre en question : « *Nous parlons de violences gynécos, de violences obstétricales, il y en a certaines que ça offusquent mais c'est une réalité. Cela concerne notre rapport à l'autre, est-ce que je considère l'autre comme une personne ?* ».

Un des objectifs principaux de ces professionnelles, elles le mentionnent, est de s'appliquer à contredire cette polémique. Cela passe par expliquer aux patientes pourquoi certains gestes ont été réalisés dans le passé, une épisiotomie dans un contexte d'urgence par exemple, alors que la patiente avait dit être contre. L'objectif est de rétablir la vérité et de traquer les représentations erronées de certaines situations. Cela les oblige chaque jour à réfléchir à leur façon de se comporter avec leurs patientes. Cette prise de recul permet d'en avoir une vision lucide et de changer ce qui est éventuellement modifiable. Enfin, les habitudes comme demander l'autorisation à la patiente avant de l'examiner, respecter son confort et sa pudeur, ont toute leur importance.

#### e. Méthode de travail des sages-femmes :

Les sages-femmes s'accordent à dire qu'elles sont minutieuses dans la réalisation de leur examen clinique, surtout celles n'ayant pas bénéficié de cet apprentissage dans leur formation initiale. Elles travaillent de manière méthodique, de façon à acquérir un automatisme et passer en revue tout ce qui doit être examiné. Elles sont également sans cesse à la recherche de perfectionnement en allant assister à des consultations de consœurs ou de médecins, ou en réalisant de nouvelles formations pratiques.

Certaines professionnelles voulaient faire du suivi gynécologique dès leur installation en libéral mais ont attendu d'être complètement organisées en obstétrique avant de le proposer. Le libéral étant déjà un remaniement de la méthode de travail, elles ne voulaient pas tout faire en même temps : « *Le but, ce n'est pas de tout faire mais de le faire bien.* ».

Ceci et les démarches présentées au cours des entretiens montrent que les sages-femmes sont plutôt consciencieuses : la réalisation de leur propres statistiques pour certaines, concernant la pose de DIU sur des nullipares, notamment, le fait d'avoir réfléchi à un plan de base pour les premières

consultations gynécologiques : « *Ca aussi j'ai pas mal potassé là-dessus, pour faire quelque chose de bien, de correct, de bien précis.* »...

Enfin, les interrogées nous disent beaucoup s'appuyer sur les recommandations de l'HAS et des sociétés savantes pour proposer un suivi en bonne et due forme. Cette question est souvent revenue dans les entretiens. Cependant, toutes les situations ne rentrent pas dans des cases prédéfinies : « *La mammographie par exemple, selon les recommandations il faut la réaliser à partir de 50 ans mais quasiment tous les gynécos d'ici le font à partir de 40 ans. C'est hors recommandations. Dans ces cas-là, que faire ? Couper la poire en deux parfois et se dire qu'à 45 ans on la prescrit...* ». Il faut dans ce cas, choisir entre suivre les recommandations et suivre les gynécologues avec qui cette sage-femme travaille quotidiennement, ce qui n'est pas chose aisée. Les interrogations qu'elle formule montrent qu'elle est en perpétuel questionnement dans sa pratique quotidienne.

#### f. La question de la place de la sage-femme dans la santé génésique des femmes :

Les professionnelles s'interrogent également beaucoup sur la place de la sage-femme dans le suivi gynécologique des femmes en France. Elles trouvent que c'est un élément à prendre en compte et dont il faut se souvenir pour éviter de sortir du cadre alloué au métier. Au regard des compétences qui leur sont attribuées, les sages-femmes concluent qu'elles ont avant tout un rôle préventif en gynécologie.

C'est pourquoi, l'une considère que la formation initiale, même ancienne, pourrait suffire pour exercer ce suivi. En pratique, comme nous l'avons vu, les professionnelles se forment car les connaissances sont primordiales en gynécologie. Elles sont utiles au dépistage, à l'information, à la réponse aux questionnements des patientes et à la réorientation correcte vers le bon praticien en cas de problème.

Une interrogée pense que les sages-femmes ont toute leur place dans ce suivi préventif mais qu'elles ne doivent pas remplacer les gynécologues. Ce sont deux professions distinctes qui n'ont pas les mêmes objectifs, où l'approche et le contact sont différents et la patiente doit avoir la possibilité de choisir ce qu'il lui convient.

En résumé, le rôle de la sage-femme est d'expliquer aux femmes tout ce qu'elles sont en droit de savoir et de les écouter. La dispensation de gestes techniques comme l'examen clinique ou la pose de contraception est bien sûr comprise dans cette mission mais n'est pas suffisante. C'est ce dont les professionnelles prennent continuellement conscience : « *Est-ce que je souhaite juste être un technicien ? Ou est-ce que je souhaite aussi être un accompagnant sur le plan humain ?* ».

## 5. Ce qu'il manque aux sages-femmes

A la fin de chaque entretien, nous posons la question « Que vous manque-t-il dans votre pratique gynécologique quotidienne ? ». Une seule interrogée a répondu qu'il ne lui manquait rien. Pour les autres, de multiples besoins ont émergé, qui se sont souvent recoupés pour créer plusieurs grands groupes.

Le point mentionné le plus souvent est l'imagerie, pour vérifier la bonne mise en place d'un DIU après une pose ou pour déterminer la nature d'un kyste, sans avoir à orienter la patiente ailleurs. Certaines souhaiteraient la présence d'un échographiste dans leur cabinet, d'autres aimeraient passer leur DU d'échographie elles-mêmes. En pratique, elles ne le font pas car un appareil d'échographie est très onéreux et engage beaucoup de responsabilités. Une seule interrogée a prévu de passer ce DU.

Le droit de prescription d'antibiotiques pour les infections vaginales à Chlamydiae, Gonocoque et urinaires est également très souvent cité. Les professionnelles trouvent dommage de devoir confier une patiente à un médecin pour une prescription, alors que, grâce à leur formation, elles savent quoi prescrire. C'est également une perte de confort pour la patiente qui subit un retard au traitement. Une sage-femme, installée en cabinet avec des médecins généralistes, nous dit pouvoir envoyer directement et rapidement sa patiente chez ceux-ci, qui la reçoivent entre deux consultations. Cependant, c'est très loin d'être la majorité des cas et ce procédé entraîne tout de même deux consultations, donc deux cotations pour la sécurité sociale.

Dans le domaine des prescriptions encore, une interrogée voudrait pouvoir prescrire la crème à base de corticoïdes pour traiter le lichen scléro-atopique. Cette même interrogée voudrait également avoir le droit de prescription sur la lidocaïne et une autre sage-femme, sur l'ibuprofène, car leur dispensation est autorisée pour dans le cadre de l'obstétrique (post-partum immédiat pour l'ibuprofène) mais pas dans le domaine de la gynécologie. A une heure où la vente libre de l'ibuprofène en pharmacie est discutée, ces professionnelles aimeraient seulement que le droit de prescription des sages-femmes soit revu de manière logique.

Trois interrogées reparlent ici de l'aspect économique. Elles insistent sur le fait que ce qu'il manque dans le suivi gynécologique de prévention, c'est une revalorisation des cotations des sages-femmes, un alignement du prix de la consultation sur les médecins généralistes et le droit à la consultation spécialisée en contraception à 46€.

Quelques professionnelles abordent la question de l'information et de la communication. Elles aimeraient être intégrées dans la gynécologie médicale, c'est-à-dire être invitées aux Congrès de gynécologues afin d'être informées en temps et en heure des dernières recommandations et d'avoir une vision globale du suivi de prévention. Elles souhaiteraient également bénéficier de plus de communication avec les gynécologues, de manière à ce que les connaissances soient réactualisées pour tous les professionnels et que tous profitent du même référentiel.

Ce qu'il manque beaucoup aux sages-femmes, selon elles, c'est aussi de formations. Pour plusieurs, sur le thème de la contraception et des effets secondaires des hormones. Nous remarquons que, dans les entretiens, les interrogées insistent sur le fait que la contraception est un sujet compliqué qui demande énormément de connaissances. Des formations sur la palpation des seins et ses conséquences et le dépistage des cancers gynécologiques suscitent également l'intérêt.

Plus que de formations théoriques, les entretiens soulèvent le besoin d'apprentissages pratiques, continuellement.

Une professionnelle évoque ses lacunes en facilité de réorientation. Nous pouvons en déduire, après ce que nous avons expliqué plus haut, que cela est directement lié à son réseau professionnel trop peu complet.

Enfin, une sage-femme déclare avec humour que ce dont elle manque le plus, c'est de temps. Et en effet, tout ce dont nous avons mentionné plus haut, le DU d'échographie, les formations, l'actualisation des connaissances, s'informer des nouvelles recommandations... Implique d'y consacrer du temps. La gynécologie est une discipline rigoureuse qui nécessite beaucoup de temps et d'investissement pour être exercée sérieusement.

Au vu de tous ces éléments, il est quand même important de préciser que les sages-femmes sont globalement satisfaites de leurs compétences : « *C'est cela qui me manque* [les prescriptions pour les infections vaginales]. *Pour ce qui est du reste, je suis bien où je suis. Je n'ai pas envie de faire de pathologie, ça c'est pour les autres.* ». Elles se sentent à leur place et ne convoitent pas le statut de gynécologue ou un autre élargissement de leurs attributions.

## **6. Lorsque nous leur laissons la parole...**

La fin des entretiens laissait libre cours aux remarques non encore abordées, mais peu y ont eu recours.

Un des entretiens a beaucoup tourné autour de l'importance du dépistage, de la réponse aux problèmes des patientes, du rôle médical de la sage-femme. Aussi, à cette dernière question, l'interrogée a voulu souligner l'importance du thème de la contraception, dont nous avons peu parlé, pourtant prépondérant dans le suivi de prévention. Elle a elle-même obtenu son diplôme récemment, en 2015, mais elle espère qu'à l'avenir, il y a aura encore plus de stages pratiques pour intégrer la pose de DIU et d'implant car elle a l'impression de manquer d'expérience.

Une professionnelle a eu envie de nous parler de son projet d'ouvrir son cabinet le samedi matin. Ceci, toujours dans une optique de disponibilité pour ses patientes. Elle pense également que le suivi gynécologique physiologique par les sages-femmes est rentré dans les mœurs pour beaucoup de gynécologues. Elle le constate à son échelle car elle reçoit de plus en plus d'appels de la clinique pour prendre en charge des patientes physiologiques. Les gynécologues sont débordés et dans certains endroits, ne se consacrent plus qu'à la pathologie.

Dans un entretien, cette question a suscité le désir de faire un résumé de tout ce qui avait été dit. Nous l'associons au fait que cette professionnelle avait ouvert de nouvelles perspectives sur la gynécologie de prévention avec certaines idées novatrices et qu'elle tenait à ce que le message qu'elle voulait faire passer soit bien saisi.

Cette analyse des entretiens a fait émerger de nombreux faits concernant la pratique quotidienne des sages-femmes. Certains résultats étaient attendus, d'autres ont apporté des éléments nouveaux. Les plus probants mis en lumière dans ce mémoire sont le besoin de formation et de pratique des sages-femmes et l'importance d'être entourée par un réseau professionnel bien construit. Les raisons pour lesquelles ces professionnelles font du suivi gynécologique sont aussi explicitées et ne sont pas forcément celles auxquelles nous pensions. Enfin, des points critiques, des difficultés, ont été révélés, avec parfois le surgissement de perspectives d'amélioration.

## IV. Discussion

### 1. Forces et limites de l'étude

#### a. Points forts :

Dans ce mémoire, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative, c'est-à-dire qui se base sur l'analyse d'entretiens réalisés avec des sages-femmes libérales. Ce système permet aux professionnelles de s'exprimer comme bon leur semble, en utilisant des mots parfois maladroits mais justes. Elles ne se sentent ainsi pas restreintes par les questions et elles peuvent aborder des points auxquels nous n'avions pas pensé et ainsi apporter un éclairage nouveau. C'est selon nous la principale force de cette étude.

Le contact a été très facile avec les sages-femmes. Nous associons cela au fait que, puisqu'elles ont accepté de s'entretenir avec nous, elles étaient enthousiastes à participer à cette étude. Nous sentions qu'il n'y avait pas de tabou, toutes les questions ont ainsi pu être posées. Les professionnelles étaient toujours très exhaustives dans leurs réponses.

L'étude traite d'un sujet d'actualité et de perspective d'ouverture pour la profession de sage-femme, dans laquelle elles ont envie de s'investir. Nous n'avons donc pas rencontré de difficultés à trouver des professionnelles volontaires pour participer aux entretiens malgré les plannings souvent chargés des sages-femmes libérales.

Volontairement, nous avons aussi contacté plusieurs profils de sages-femmes. Ainsi, celles qui ont répondu présentes avaient des âges différents et donc une formation initiale différente ainsi qu'un parcours, un réseau, un lieu d'exercice, ville ou campagne, différents. Ceci nous a permis de déterminer en quoi ces facteurs étaient importants dans l'exercice du suivi gynécologique de prévention.

Un autre point fort est le fait que l'enquête ait été réalisée 9 ans après l'adoption de la loi HPST. Les professionnelles ont ainsi eu le temps de s'approprier ces nouvelles compétences en termes de gynécologie et d'analyser ce qui les freine et ce qui les épanouit. L'enquête reprend également des études qui ont été réalisées tôt après l'adoption de cette loi et les complète avec le recul en confirmant certains points et en apportant de nouveaux éléments.

Enfin, le sujet sur lequel nous avons interrogé les sages-femmes a peut-être fait naître des questionnements dans leur esprit les conduisant à réactualiser leurs connaissances.

#### b. Points faibles :

Le principal point faible de ce mémoire est le petit effectif de sages-femmes interrogées. Avec 17 entretiens, nous sommes dans l'impossibilité de tirer des

conclusions pour la population générale. Ce n'était nullement l'objectif de cette étude mais il a aussi parfois été difficile de tirer des conclusions de l'échantillon, lorsque les sages-femmes étaient partagées sur une question.

Notre étude s'intéresse seulement aux sages-femmes libérales alors que ce ne sont pas les seules à proposer des consultations gynécologiques de prévention.

Les entretiens étaient également chronophages pour les praticiennes, qui ont dû nous accorder un minimum de 30 minutes. Cela est plus long que remplir un questionnaire et empiétait sur leur temps de travail. Parfois, l'entretien a dû être écourté, alors que tout n'avait pas été abordé.

Nous avons relevé beaucoup de contradictions, au sein des entretiens eux-mêmes et entre professionnelles, ce qui a compliqué le traitement des données.

Pour finir, seules les sages-femmes volontaires ont répondu. Nous pouvons supposer que celles qui sont moins à l'aise avec le suivi gynécologique n'ont pas souhaité s'exprimer, alors qu'elles auraient pu faire émerger d'autres difficultés.

## **2. Présentation d'un aspect qualitatif de la pratique des sages-femmes dans le cadre du suivi gynécologique de prévention**

L'étude a eu pour objectif de présenter l'angle qualitatif de la pratique de ces professionnelles, c'est-à-dire comment elles mettent en place ce suivi au quotidien. Ceci a été réalisé dans le but d'étudier leur façon de travailler afin d'avoir un éclairage en plus sur les facteurs qui influencent leur pratique. L'hypothèse que nous avons formulée était qu'il existait des disparités entre les sages-femmes dans l'exercice du suivi gynécologique de prévention.

Le premier élément mis en évidence est que le temps de l'activité des sages-femmes accordé au suivi de prévention est très variable d'une professionnelle à l'autre. Il va de 5% de l'exercice libéral global pour les unes, à la moitié pour les autres. Ceci contribue à affirmer notre hypothèse selon laquelle les interrogées pratiquent le suivi gynécologique différemment.

Cependant, nous avons vu qu'il y avait beaucoup de principes sur lesquels les sages-femmes se rejoignent. Parmi eux : le respect des femmes, de leur pudeur, de leur confort, de leur intimité et de leurs appréhensions. Mais aussi le fait de s'adapter à chaque patiente, de la prendre en charge différemment selon son âge, son état d'esprit, son passé gynécologique. Et à l'opposé, d'établir des règles de consultation universelles pour chaque femme qui vient dans le cabinet, c'est-à-dire l'écouter, respecter son temps de parole et lui accorder toute la durée de conversation dont elle a besoin. Les moyens d'y parvenir diffèrent selon les professionnelles mais sont mis en place dans le but d'atteindre le même résultat. Ainsi, nous pouvons dire que les disparités dans l'exercice du suivi gynécologique par les sages-femmes ne sont pas si creusées que nous avons pu l'imaginer.

Comme nous l'avons vu en introduction, selon l'étude DREES de juin 2016, le taux d'IVG en France reste stable depuis plusieurs années (8). Or, selon la revue *Vocation Sage-femme* et les instances médicales, la sage-femme devient un professionnel de premier recours dans le champ de la périnatalité et plus largement, un véritable acteur de la santé publique (19). Avec le suivi gynécologique et les consultations de contraception, il leur revient ainsi, avec les médias, l'information publique et le gouvernement, d'intervenir dans la régulation des grossesses non désirées. Ceci a pu être retrouvé dans les entretiens. Nous avons remarqué que les interrogées constatent que beaucoup de femmes ont un moyen de contraception qui ne leur convient pas. Elles accordent ainsi beaucoup d'importance à inverser cette tendance en faisant que chaque femme ait une contraception adaptée, librement choisie après avoir reçu des informations claires et non orientées vers un moyen contraceptif ou un autre.

Les sages-femmes prennent en compte leur rôle dans le taux d'IVG avec la conduction de ces consultations de contraception. Elles mettent aussi en place des moyens diversifiés pour contrôler les oublis de pilule et prescrivent la contraception d'urgence presque en systématique. Elles parlent également beaucoup de sexualité et de prévention avec leurs patientes.

Cependant, un point est mis en évidence dans les entretiens, qui n'intéresse pas encore beaucoup d'articles de la littérature. Les sages-femmes libérales sont maintenant habilitées à réaliser les IVG médicamenteuses dans leur cabinet, depuis le décret du 2 juin 2016 (20). Cela les propulse directement en première ligne sur la problématique des grossesses non désirées. Nous constatons avec leurs dires qu'elles sont partagées sur l'exercice de cette nouvelle compétence. Certaines sont intéressées mais réticentes pour plusieurs raisons, que nous avons déjà évoquées. De plus, la polémique concernant le retrait du Cytotec® du marché complique le débat en soulevant beaucoup d'interrogations. Globalement, cet acte leur semble être une pratique risquée et même dangereuse à réaliser en cabinet libéral. Peu de formations sont encore dispensées à ce sujet. Il serait donc intéressant de compléter cet élargissement nouveau des compétences des sages-femmes en mettant en place des mesures pour que cela soit réalisé dans les meilleures conditions. Ces mesures pourraient être des formations mais aussi des informations générales à toutes les sages-femmes sur les médicaments utilisés et leur actualité.

D'une manière plus générale, dans les propositions de parcours de santé des femmes, élaborées par le Collectif des sages-femmes (12), le rôle de cette professionnelle est énoncé clairement et l'importance de la prévention globale, outre les grossesses non désirées, est soulignée. Nous nous attendions à ce que cela soit confirmé par les entretiens car il est de monnaie courante que les sages-femmes soient concentrées sur la prévention. Nous pouvons l'observer lors des stages ou en cours en école de sages-femmes, souvent portés sur cette thématique. Le « comité des sages », présidé par Alain Cordier, chargé d'élaborer les axes de la future stratégie nationale de santé, a affirmé dans son rapport que les sages-femmes sont peu prescriptrices car leur temps de consultation est long et axé sur le conseil et la prévention (21). En effet, les interrogées insistent beaucoup sur ce point. La prévention est le moteur de leurs consultations, en donnant des

informations sur les IST et les conduites à risque, sur les oublis de pilule, sur la sexualité, sur les cancers féminins et leur dépistage... Le cadre de leurs rendez-vous avec les patientes est bien établi et ceux-ci se déroulent avec minutie pour que rien ne soit oublié et que tous les thèmes qui intéressent les femmes soient abordés.

D'après le mémoire d'E. Mousnier réalisé en 2014, les femmes, bien qu'elles manquent d'informations sur les compétences des sages-femmes, seraient majoritairement prêtes à être suivies par une de ces professionnelles (22). La qualité d'écoute et la disponibilité seraient principalement recherchées en allant consulter chez elles. Dans les entretiens, les interrogées voient leur ancienne patientèle revenir et une nouvelle émerger au fil des années. Les patientes leur donnent souvent leurs avis positifs. Ceci est un bon indicateur du désir des femmes de se faire suivre par une sage-femme au niveau gynécologique. Les interrogées ont la volonté de faire de la réponse aux attentes des patientes une priorité. Elles le montrent par de multiples détails relevés au détour des entretiens, dont nous avons parlé dans l'analyse des résultats.

La présentation de la façon de travailler des sages-femmes nous a ainsi permis d'affirmer l'hypothèse selon laquelle il existe des disparités entre professionnelles dans l'exercice du suivi gynécologique de prévention, c'est-à-dire que chacune a une méthode de travail qui lui est propre. Pourtant, lorsque nous regardons ces résultats d'une manière plus globale, nous nous rendons compte de l'homogénéité de leur pratique sur plusieurs grands principes qui intéressent les femmes et le grand public.

### 3. Quelles répercussions de certains facteurs sur l'exercice du suivi gynécologique de prévention par les sages-femmes ?

#### a. La question de l'intérêt pour la gynécologie :

Nous avons fait le constat grâce aux entretiens que la gynécologie en tant que discipline suscite beaucoup d'intérêt chez les interrogées. Elles aiment le côté réflexif, clinique, pour le moins différent de leur pratique quotidienne, ainsi que tout l'aspect concernant la contraception et la sexualité.

C'est un constat que nous attendions car nous l'avions remarqué en stage, notamment lors des visites post-natales où la question de la reprise des rapports sexuels et de la contraception est largement abordée. Ce résultat est en accord avec ceux du mémoire d'Eva Ruini, en 2015, qui concluait que plus de la moitié des sages-femmes se disent prêtes à faire du suivi gynécologique de prévention (23).

Nous avons appris grâce à notre étude que l'intérêt pour la gynécologie est un des facteurs que les sages-femmes placent en priorité dans leurs motivations à faire de suivi de prévention. Nous remarquons dans les entretiens qu'elles abordent

ce sujet en général dans les premières minutes, sans que nous leur posions la question directement. Elles insistent beaucoup dessus et, pour certaines, veulent en faire leur activité principale.

Cette fraction de réponse à notre objectif premier, qui consiste à identifier les facteurs qui poussent les professionnelles à faire du suivi gynécologique, nous permet de confirmer une partie de notre hypothèse première. Le suivi de prévention est effectivement une activité qui intéresse de plus en plus de sages-femmes. Activité qui est tempérée par tous les éléments que nous avons exposés dans les résultats, et qui peuvent prêter à discussion.

#### **b. L'influence de la localisation géographique du cabinet :**

Grâce à notre panel d'interrogées, nous avons pu mettre en évidence le résultat suivant : être installée en ville est confortable et permet de travailler avec un cadre rigoureux. Les gynécologues ne sont pas loin et cela permet d'être bien entourée. Exercer à la campagne est un avantage pour multiplier les patientes et avoir de la rentabilité mais la professionnelle peut rapidement se retrouver seule.

En campagne, les gynécologues ont souvent déserté les lieux, ceux qui partent à la retraite ne sont pas remplacés et ceux qui maintiennent leur cabinet n'ont plus de place pour de nouvelles patientes. Il n'est donc pas rare que les sages-femmes se trouvent face à des situations délicates qu'elles n'ont pas le droit de prendre en charge. Selon nos interrogées, en pratique, les clivages sont moins strictes et il faut parfois tout de même répondre au besoin de ces patientes car la sage-femme est leur seul recours. Nous précisons que lorsque les sages-femmes agissent de la sorte, c'est que le problème est à leur portée.

Or, comme nous l'avons mentionné en introduction, le CNGOF précise que pour la pratique du suivi gynécologique, la sage-femme s'inscrit dans une logique de dépistage, et pas dans une démarche diagnostique, avec des patientes qui ne présentent pas de pathologie gynécologique mais qui viennent pour un examen systématique (3).

Dans ces cas-là, que faire ? Faut-il refuser catégoriquement de prendre en charge les patientes qui sortent du cadre de la physiologie imposé par l'HAS tout en sachant pertinemment que la patiente ne fera pas la démarche d'aller voir un autre professionnel ? Ou faut-il dépasser ses compétences et s'exposer à un risque judiciaire en toute connaissance de cause ?

Selon la localisation du cabinet de la sage-femme, ces situations sont plus ou moins fréquentes et ainsi, la géographie peut devenir un facteur ayant des répercussions sur la façon d'exercer le suivi gynécologique de prévention.

#### **c. Démocratisation et enthousiasme du suivi par une sage-femme :**

Selon nos interrogées, la demande des patientes est un élément omniprésent en matière de suivi gynécologique de prévention et évolue de façon croissante. Les

professionnelles associent beaucoup cela au bouche à oreille, qui contribue à démocratiser le fait qu'une femme en bonne santé peut être suivie par une sage-femme au niveau gynécologique.

Les interrogées insistent sur le fait que cette demande n'a pas été pour elles le facteur déclenchant de l'initialisation du suivi de prévention. Cependant, elles sont d'accord pour dire que cela a été un « coup de pouce » et certaines, qui voulaient le pratiquer de façon privée, ont même décidé de l'étendre à davantage de patientes devant l'augmentation grandissante de la demande.

Ces résultats ne s'accordent pas avec les conclusions de Maud Pleurmeau, qui statuait dans son mémoire de sage-femme en 2012 que la demande des patientes était faible, selon les professionnelles (18). Cependant, cette détermination n'était pas l'objectif de son étude et surtout, celle-ci a été réalisée seulement deux ans après l'adoption de la loi HPST. Nous pouvons donc supposer que les choses ont évolué depuis et que les femmes sont globalement plus informées qu'elles peuvent se tourner vers une sage-femme. Mieux, nous pouvons penser aussi, et notre étude va dans ce sens, que se faire suivre par une sage-femme convient aux femmes.

Cette conclusion vient ajouter un facteur de plus modulant l'exercice quotidien des sages-femmes et confirme encore notre hypothèse selon laquelle la pratique du suivi gynécologique fluctue selon une multitude d'éléments.

#### d. Hausse des suivis globaux :

Au cours de cette étude, nous nous sommes rendu compte que la demande des patientes ne concernait pas seulement le suivi gynécologique en lui-même. Souvent, les femmes demandent à continuer le suivi de prévention avec la même sage-femme qui a suivi leur grossesse.

Ceci était exactement l'objectif en étendant les compétences des sages-femmes : faire d'elles des praticiennes de premier recours pour les femmes dans leur globalité. Le mémoire de Sophie Dos Santos en 2012 mettait en lumière ce point. Il arrivait au résultat que l'un des enjeux du suivi gynécologique par les sages-femmes était de permettre le suivi global des patientes (24). De ne faire intervenir qu'une seule professionnelle pour toute la santé génésique des femmes, dans des conditions physiologiques. Ainsi, les femmes utiliseraient la formulation « ma sage-femme » comme elles le font déjà avec « mon gynécologue ».

Notre mémoire nous a permis de confirmer partiellement cette étude. Les sages-femmes font de plus en plus de suivi global, pourtant, elles pensent encore que les femmes ont une méconnaissance de leur profession et de leurs compétences. Ceci tend cependant à s'améliorer.

Nous mettons en évidence un élément nouveau, que nous n'avons pas retrouvé dans la littérature : les sages-femmes aiment mettre en place ce suivi global. Si elles le proposent, ce n'est pas seulement pour répondre à une demande

mais avant tout parce qu'elles sont désireuses de créer des liens sur le long terme avec leurs patientes.

La volonté de faire du suivi global par l'intermédiaire du suivi gynécologique de prévention est donc aussi un facteur qui influence l'initialisation de ce suivi par les sages-femmes.

#### e. Les sages-femmes, une solution au défaut de couverture vaccinale du Papillomavirus Humain ?

Les sages-femmes sont donc attachées à suivre les femmes tout au long de leur vie et à bien les suivre. Nous le voyons au fait qu'elles accompagnent les femmes et les entourent, en leur proposant toujours de la prévention et de l'information.

En 2012, l'Institut de Veille Sanitaire a analysé l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) sur le thème de la couverture vaccinale en France. Il ressort de cette étude que la vaccination contre les infections à papillomavirus humain (HPV) est très insuffisante chez la jeune fille en France, avec un taux avoisinant seulement les 30% (25). Il est également relevé que les jeunes filles non vaccinées appartiennent plutôt aux catégories sociales les plus modestes et risquent de ne pas non plus bénéficier du dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis cervico-utérin (FCU).

Nous avons vu qu'une des raisons pour lesquelles les sages-femmes ont la volonté de pratiquer le suivi gynécologique de prévention est le désir d'être utile aux femmes et plus généralement de participer aux actions de santé publique. Les professionnelles illustrent cette envie grâce à l'information qu'elles délivrent aux patientes sur la prévention, principes dont nous n'avons plus à démontrer l'inhérence à la profession.

La sage-femme pourrait donc, toujours par l'intermédiaire de sa position en première ligne dans la santé des femmes, avoir un rôle prépondérant dans la couverture vaccinale de l'HPV en France. Si cette position se démocratise, que les femmes ont connaissance de ses compétences et la choisissent comme praticienne unique pour leur santé génésique, la sage-femme pourrait avoir plus de pouvoir encore dans la prévention. Elle pourrait informer, et vacciner, les jeunes patientes d'une telle vaccination et même les patientes ayant une fille en âge d'être vaccinée, afin de couvrir une population plus large. Dans les cas où la patiente n'aurait pas bénéficié de la prévention et ne serait pas vaccinée, elle pourrait « rattraper » la situation en réalisant un FCU tous les 3 ans selon les recommandations de l'HAS (6). Bien sûr, la sage-femme proposera ce dépistage à toutes ses patientes, vaccinées ou non.

La mise en position de la sage-femme comme professionnelle de premier recours pour les femmes et la volonté de celle-ci d'avoir une participation active dans leur santé promettent de belles perspectives d'amélioration de la prévention des cancers féminins en France.

#### f. Être utile aux femmes dans une autre mesure :

Le fait d'être active dans la prévention et le dépistage des cancers est bien sûr un bénéfice non discutable pour les femmes. Les sages-femmes peuvent aussi être une aide dans une autre mesure.

L'activité principale d'une interrogée est la pose de DIU au cuivre chez les nullipares. Certains gynécologues et vieux praticiens refusent encore de les poser en raison d'anciennes recommandations selon lesquelles le DIU n'est pas un moyen de contraception avant une première grossesse. Devant ce refus, certaines femmes préfèrent chercher un praticien enclin à satisfaire leur requête plutôt que de devoir s'accommoder elles-mêmes d'une autre contraception. Ce n'est malheureusement pas le cas de toutes, et cela pourrait participer au taux élevé de moyens contraceptifs non adaptés.

Selon les entretiens, la philosophie des sages-femmes est de voir les patientes dans leur globalité. Elles prennent en compte les différentes dimensions de la femme, c'est-à-dire son corps physique mais aussi son vécu antérieur, ses émotions, ses craintes et ses désirs. Cela permet de voir les singularités de la femme. Ainsi, chaque consultation est spécifique et la femme n'est pas considérée comme une patiente lambda à qui il faut faire un examen systématique. Cette précaution a pour but de ne pas tomber dans l'automatisme de poser des spéculums à la chaîne sans prendre en compte ce qui gravite autour, c'est-à-dire la pudeur, l'appréhension, et faire en sorte que la patiente soit satisfaite de sa consultation.

Pour les sages-femmes, être utile aux femmes signifie aussi rendre le suivi plus agréable et donc participer à améliorer la prise en charge régulière de la population féminine. Cela conduit à améliorer le taux de dépistage des cancers et pathologies gynécologiques mais aussi à diminuer le nombre de grossesses non désirées. Cette morale plaît aux sages-femmes et est un des facteurs positifs qui les confortent dans leur volonté de pratiquer le suivi gynécologique de prévention.

#### g. Perception du métier de sage-femme par le grand public et par les médecins acteurs de la santé des femmes :

Selon la revue *Vocation Sage-femme*, cette professionnelle est devenue en France un praticien de premier recours concernant la santé génésique des femmes (19). Or, ce que nous dégageons des entretiens est différent. Cela est pensé et pris en compte par les sages-femmes elles-mêmes, certes, mais pour les instances en gynécologie-obstétrique et pour la population générale, la vision de la situation est différente.

Pour les interrogées, la profession n'est pas encore assez visible. Les femmes, et plus largement le grand public, ne sont pas assez informés des possibilités de recours à une sage-femme. Celle-ci est encore trop associée au « bébé », à la maternité, et n'est pas perçue comme un professionnel médical vrai, capable de prendre en charge toute leur santé génésique, sous réserve qu'elle soit physiologique. Les patientes ont des difficultés à définir les limites et les ouvertures

des compétences des sages-femmes. Ainsi, elles n'ont pas toutes l'automatisme de penser à ces professionnelles pour être le praticien de leur suivi gynécologique de prévention.

Du point de vue des médecins, l'association de la sage-femme au suivi gynécologique de prévention est encore plus difficile. D'après les interrogées, la communication avec eux est globalement délicate et ils manquent de connaissances concernant les attributions de la profession. Les professionnelles qui bénéficient de bons rapports avec les médecins sont souvent celles qui partagent leur cabinet avec eux ou qui sont installées dans une maison de santé pluridisciplinaire.

Ces résultats concordent avec certains écrits de la littérature. Un article produit par le SYNGOF (Syndicat National des Gynécologues et Obstétriciens de France) est particulièrement hostile envers les sages-femmes et utilise des propos véritablement acerbes. Le message est qu'attribuer le suivi gynécologique de prévention aux sages-femmes est dangereux pour les patientes (26). En revanche, l'étude de Fanny Trossat, médecin généraliste, traitant des relations entre sages-femmes et médecins, est plus modérée (15). Cette thèse conclut que les médecins généralistes ne s'opposent pas à voir les sages-femmes pratiquer la gynécologie, si tant est qu'elles fassent appel à un médecin dès qu'une situation les dépasse. Elle déclare aussi que les seuls gynécologues favorables à cet élargissement des compétences sont ceux qui ont travaillé ou travaillent de manière étroite avec les sages-femmes. Cela concorde exactement avec les résultats exprimés par nos interrogées.

Pour aller plus loin, Fanny Trossat mentionne que cette discorde entre professionnels est due à un manque de connaissance des médecins concernant la formation et les compétences des sages-femmes (15). Ceux qui travaillent avec ces dernières connaissent leurs limites et leurs ressources pour confier une patiente à un professionnel relai. Il y aurait donc peut être un travail d'information à faire pour que le suivi gynécologique de prévention ressemble davantage à une collaboration cordiale entre professionnels acteurs de la santé des femmes plutôt qu'à une atmosphère de concurrence et de hiérarchisation des professions.

Le collectif des sages-femmes propose des solutions pour remédier à cela. Un article proposant des modèles de parcours de santé des femmes pourrait permettre à chaque profession de savoir précisément quel est son rôle à jouer dans la santé génésique des femmes, tout en reconnaissant la sage-femme comme praticien de premier recours (12). Nous pouvons par contre remarquer que cet article et la revue *Vocation Sage-femme* (19), qui revendiquent tous les deux le même résultat, sont édités par des sages-femmes elles-mêmes. Ceci n'est donc pas une avancée car nous savons depuis longtemps que ces professionnelles ont accepté leur mission d'acteur de la santé publique. Pour conclure à un vrai progrès dans cette voie-là, cela nécessiterait des textes et de la littérature produits par des sages-femmes ou des médecins mais édités dans des revues professionnelles de médecins. Si ceux-ci existent, ils n'ont pas encore assez de poids pour convaincre l'opinion publique.

Ainsi, la première partie des objectifs des autorités selon lesquels la sage-femme sera une solution à la carence des postes en gynécologie médicale, est atteinte. Les sages-femmes ne remplacent pas les gynécologues médicaux mais renforcent les actions de prévention qu'ils ne peuvent mener. A terme, cela serait une collaboration pour l'atteinte d'un même objectif avec les moyens de chacun. Les sages-femmes elles-mêmes ont intégré ce rôle à leur pratique quotidienne. Il reste maintenant à se faire accepter par les autres professionnels acteurs de la santé des femmes. En attendant, les praticiennes voient tout de même cette avancée comme une valorisation personnelle. Elles trouvent qu'à leur échelle, pratiquer le suivi gynécologique de prévention participe à les rendre plus visibles.

#### h. L'importance du réseau professionnel :

Il ne suffit pas d'avoir une reconnaissance du métier de la part des médecins généralistes et des gynécologues pour que le suivi gynécologique fonctionne bien pour les sages-femmes. Cela nécessite aussi d'être capable d'avoir une bonne communication pour travailler avec eux de façon étroite. Les sages-femmes étant limitées à la physiologie, elles sont dans l'incapacité de travailler sans médecins et en sont bien conscientes. L'importance du réseau professionnel est un des points soulevés par nos interrogées, qui n'était pas apparu dans notre analyse de la littérature à l'initialisation de ce mémoire.

Nous avons tout de même supposé que ce réseau était primordial pour exercer dans de bonnes conditions. Nous avons pour cela émis l'hypothèse que le devoir d'adresser la patiente à un médecin en cas de pathologie contribue à donner un sentiment d'étayement aux sages-femmes. Cette hypothèse était basée sur notre propre représentation du suivi gynécologique de prévention.

Chaque sage-femme doit se constituer son réseau professionnel lors de son installation en libéral. Lors de la mise en place du suivi gynécologique, ce réseau peut parfois être à compléter avec l'intégration d'un gynécologue médical par exemple, qui deviendra le recours lorsque la situation dépassera les compétences de la sage-femme.

Effectivement, les professionnelles confirment qu'un tel réseau est un facteur déterminant de leur pratique. Sans lui, c'est-à-dire sans collaboration avec des professionnels, le suivi gynécologique par les sages-femmes ne fonctionne pas. Les interrogées le définissent au sens large en incluant aussi les pharmaciens et les biologistes, ce que nous n'avions pas envisagé. Ces professionnels-là ont un rôle de conseil auprès des patientes. Ils permettent parfois de les orienter dans le bon parcours de santé et permettent ainsi leur bon suivi.

La constitution d'un réseau professionnel complet est cependant difficile. Elle ne dépend pas de l'expérience ou de l'ancienneté dans la profession. Les interrogées qui ont travaillé à l'hôpital avec des médecins ou en cabinet n'ont pas seulement des bonnes relations avec eux, elles font d'eux leurs véritables contacts référents en cas de situation délicate. Lorsque, au contraire, l'interrogée vient d'une autre région et ne connaît pas de médecin sur place, il est très difficile que ceux-ci

acceptent de recevoir ses patientes. Du point de vue du médecin, cela peut être compréhensible car être le professionnel relai d'une sage-femme nécessite de la disponibilité, dont il dispose rarement, et signifie endosser plus de responsabilités. Cela suppose également d'avoir confiance en la sage-femme. La constitution du réseau est donc plutôt liée à l'existence d'un lien antérieur entre la sage-femme et le médecin et donc à une connaissance de la sage-femme de la part de celui-ci.

Sans contact privilégié avec un médecin, la sage-femme peut toujours en appeler un « au hasard » ou réorienter à l'hôpital ou à la clinique. Les interrogées qui sont dans ce cas mentionnent tout de même qu'elles aimeraient que ce soit plus facile.

Le réseau professionnel est donc un facteur conditionnant la façon d'exercer des sages-femmes au quotidien. Notre hypothèse selon laquelle avoir un professionnel relai est étayant pour nos praticiennes est vérifiée. Cependant, comment faire pour enrichir son réseau de tels professionnels ? Les réunions du réseau ville/hôpital qui sont déjà mises en place dans certains centres concernant l'obstétrique auraient-elles leur place en gynécologie ? Cela permettrait-il aux différents corps de métier de mieux se connaître ? Ou faudrait-il rapprocher les médecins et les sages-femmes plus tôt, c'est-à-dire au temps de la formation initiale ?

#### **i. L'impératif de connaissance des limites des compétences :**

Passée l'étape difficile de la constitution du réseau professionnel, il est également important de savoir quand y faire appel.

Notre étude met en évidence qu'il existe des disparités entre les sages-femmes sur ce point-là. Globalement, les interrogées savent où se situe la limite de la dangerosité et elle n'a été franchie par aucune. Elles n'ont en effet pas mentionné de situation délicate telle qu'un procès engagé par une patiente, une faute commise par une sage-femme ou une plainte de la part d'un médecin. Cependant, certaines tâtonnent, se posent des limites elles-mêmes, en fonction de ce qui leur paraît risqué ou non.

En analysant les réponses, nous pouvons tout de même dégager une tendance. Les interrogées présentant des difficultés à savoir où se situe la limite entre physiologie et pathologie sont plutôt celles ayant obtenu leur diplôme récemment. Les professionnelles avec plus d'expérience caractérisent cette limite comme très nette. Nous pouvons faire le parallèle avec l'obstétrique : pendant la formation et les quelques années qui suivent l'obtention du diplôme, il est parfois difficile de distinguer dans quels cas faire appel à un médecin en salle d'accouchement, par exemple. Après plusieurs années d'expérience, les sages-femmes n'ont plus besoin de tergiverser.

Notre hypothèse selon laquelle la limite floue entre physiologie et pathologie constituerait une difficulté est donc affirmée. Nous savons que depuis 2007, la HAS préconise que les sages-femmes, médecins généralistes et gynécologues médicaux suivent les mêmes niveaux de risque pour la grossesse. Ils orientent les

patientes ne rentrant pas dans les niveaux de risque qu'ils peuvent prendre en charge vers d'autres médecins spécialistes comme les gynécologues obstétriciens (27). Pour que toutes les sages-femmes de tous les âges et toutes expériences confondues puissent agir dans l'homogénéité, il serait intéressant d'élargir ce plan de suivi de la femme enceinte à la gynécologie, afin de définir un cadre facile à respecter.

En obstétrique, en adéquation avec cette catégorisation des niveaux de risque, les sages-femmes peuvent prendre en charge les grossesses à risque sur prescription du gynécologue obstétricien. En gynécologie, cette organisation pourrait être imitée car la sage-femme est habilitée à réaliser un suivi gynécologique d'une patiente non physiologique, du moment que la demande est formulée par un médecin. Par exemple, réaliser des FCU tous les 6 mois pour une patiente présentant une dysplasie du col.

#### **j. Quel est l'impact de la formation sur l'exercice au quotidien du suivi gynécologique de prévention par les sages-femmes ?**

Le mémoire de sage-femme d'Anaëlle Corne, réalisé en 2014, qui fait le point sur la formation initiale et continue des sages-femmes concernant le suivi gynécologique et la contraception, a mis en évidence certaines données. Ces professionnelles sont satisfaites de leur formation initiale mais expriment un besoin d'approfondissement en contraception, examen clinique gynécologique et dépistage des cancers féminins. Il en ressort également un manque de pratique général (9).

Ce mémoire est organisé en deux études, une concernant la formation initiale et l'autre à propos de la formation continue. Le questionnaire ayant pour but d'analyser la formation initiale est adressé à des sages-femmes diplômées en 2013. Il existe donc un biais de sélection car ces professionnelles ont bénéficié d'une formation mise à jour en termes de gynécologie, adaptée à la loi HPST de 2009. Le questionnaire ne prend pas en compte les sages-femmes ayant une formation initiale plus ancienne.

Cette conclusion concorde néanmoins partiellement avec les résultats exprimés par nos interrogées. Celles ayant obtenu leur diplôme récemment, après la réforme de 2011, sont toutes satisfaites par leur formation initiale. Elles insistent sur le fait que la théorie est complète et adaptée à la pratique de la gynécologie pour le suivi de prévention. En revanche, les sages-femmes ayant bénéficié d'une formation plus ancienne, avant 2011 généralement et encore plus pour celles diplômées avant 2001 regrettent le manque de bases théoriques solides sur ce sujet.

Notre étude rejoint par contre celle d'Anaëlle Corne quant au besoin d'approfondissement concernant la contraception, l'examen clinique et gynécologique et le dépistage des cancers féminins. Ces demandes sont exprimées par nos interrogées. Elles revendiquent également énormément le manque de pratique, toutes dates d'obtention de diplôme confondues.

Les sages-femmes se forment donc via le développement professionnel continu, même pour celles satisfaites par leur formation initiale. L'étude d'Anaëlle Corne montrait que la majorité des praticiennes formées obtenaient un DU en gynécologie car c'est la seule formation reconnue par les professionnels de santé et les patientes (9). Notre étude montre le contraire. Peu d'interrogées possèdent un DU, par contre les formations dispensées par des organismes proposant des modules pratiques sont les plus réalisées.

Nous ne pouvons tirer aucune conclusion quant à la population générale car notre étude est qualitative, avec un effectif de 17. Elle a surtout servi à démontrer que la formation, initiale et continue, est une donnée que les sages-femmes prennent en compte dans la pratique quotidienne du suivi gynécologique de prévention. Elles ne sont pas toutes formées de la même façon, ce qui continue de confirmer notre hypothèse selon laquelle il existe des disparités entre professionnelles dans l'exercice de la gynécologie. Une formation ancienne induit des difficultés au quotidien. Elle peut cependant être compensée par la réalisation de formations complémentaires. Une formation récente ne dispense pas l'approfondissement mais est tout de même plutôt synonyme de sérénité. L'expérience est également à prendre en compte et peut nuancer ces données.

Nous continuons à répondre à notre objectif premier en affirmant que la formation, tout comme le réseau professionnel et bien d'autres éléments, est un facteur qui conditionne la pratique des sages-femmes.

#### **4. Perspectives de réflexion**

Depuis l'adoption de la loi HPST il y a maintenant 9 ans, les sages-femmes ont vu s'effectuer beaucoup de remaniements dans leur profession. Ces changements ont eu pour but de rendre confortable l'exercice du suivi gynécologique par elles, en affinant des points qui présentaient en pratique un décalage avec les attributions de cette loi. Si la profession s'est de plus en plus adaptée aux nouvelles compétences par la promulgation d'actes et de décrets au fil des ans, certaines difficultés résident encore et demandent à être réfléchies.

Grâce à l'analyse des entretiens, nous pouvons proposer plusieurs axes de réflexion et d'action sur les grands thèmes mis en évidence par les interrogées. Parmi eux :

La formation ;

La revalorisation financière des actes en gynécologie ;

L'établissement d'un cadre législatif d'exercice logique et clair ;

La collaboration cordiale entre médecins et sages-femmes, incluant la communication dans la pratique quotidienne mais aussi l'information générale.

### a. La formation :

Le manque de formation, initiale comme continue, est le leitmotiv de plusieurs mémoires de sages-femmes réalisés sur le même sujet depuis l'adoption de la loi HPST. Nous n'avons donc pas été surpris de le retrouver dans le nôtre. Cet élément, non novateur, met pourtant en évidence le fait que cette carence en formation reste inchangée, alors que de nombreux écrits de la littérature l'ont montrée du doigt.

Notre étude est cependant nuancée et conclue globalement que c'est de formation pratique dont les sages-femmes ont le plus besoin. Cette formation pratique plus enrichie pourrait permettre de combler le manque d'expérience, inévitable pour toutes les sages-femmes en gynécologie, au vu de l'adoption assez récente de la loi HPST.

Or, les formations que les interrogées ont réalisées avant de se lancer dans le suivi gynécologique en libéral sont des formations plutôt théoriques. Elles comprennent des modules pratiques sous la forme d'ateliers pour s'entraîner à la pose de contraception sur des mannequins, mais jugés insuffisamment concrets. Les sages-femmes ont certes besoin de se former à la pose de DIU et d'implant mais en conditions plus réelles, sur des patientes. Elles nécessitent également d'assister à de vraies consultations de gynécologie, menées par un professionnel expérimenté, afin de se constituer un réservoir mental de situations et de conduites à tenir dans lequel elles peuvent piocher lorsqu'elle exercent seules dans leur cabinet. Car les interrogées sont nombreuses à le dire, la différence entre la théorie et la pratique est largement notable.

Comme nous pouvons facilement l'imaginer, le seul contexte qui permet de se retrouver en conditions réelles est le stage pratique. La formation phare à proposer ce type de stages est le DU, que peu de sages-femmes décident de passer en raison des nombreux inconvénients qu'il engendre. Il serait donc intéressant pour les sages-femmes d'avoir la possibilité de réaliser des journées de formation dans le cabinet de consœurs plus expérimentées ou avec des gynécologues médicaux.

Les sages-femmes seraient donc ainsi affectées une journée ou demi-journée dans un cabinet ou hôpital en fonction de leur lieu d'exercice, à une fréquence qu'il reste à déterminer, et ceci serait inclus dans le développement professionnel continu. En pratique, compte tenu du nombre décroissant de gynécologues médicaux et de leurs réticences face à l'élargissement des compétences des sages-femmes, cela serait-il réalisable ?

### b. La revalorisation financière :

Les professionnelles de la maïeutique sont nombreuses à revendiquer une meilleure cotation des actes en gynécologie. Nous pensons que cela permettrait au suivi gynécologique de toucher un nombre encore plus important de sages-femmes. Lorsque nous comparons les grilles de cotations actuelles à celles d'il y a plusieurs années, nous pouvons remarquer qu'un long chemin a été parcouru et qu'il y a donc de quoi être optimiste quant à la revalorisation des actes. Pourtant, des distinctions appartenant encore aux médecins ne sont pour l'instant pas en pour-parler

concernant les sages-femmes, ce qui révolte celles-ci compte tenu de leur place centrale dans la santé des femmes. Parmi ces subtilités, nous pouvons citer l'émergence d'une consultation spécialisée en contraception cotée à 46€, quand les sages-femmes exercent encore au rythme de la consultation à 23€.

Comment être logique avec toutes les actions mises en place pour que la sage-femme soit un acteur de santé publique et donc un praticien de premier recours pour assurer le suivi régulier des femmes si les actes que ces professionnelles réalisent ne sont pas rémunérés à leur juste valeur ?

Mais, comme nous l'avons dit, si les sages-femmes sont révoltées par ces différences, elles n'exercent pas en fonction de ce qui est rentable mais en fonction de ce qui leur plaît. Les autorités semblent compter sur ce principe et ne parlent pour l'instant pas d'actions prévues pour répondre à leurs souhaits.

### c. L'établissement d'un cadre législatif logique et transparent :

Nous l'avons vu dans les entretiens, les interrogées n'ont pas toutes la même définition d'un suivi gynécologique physiologique et leurs limites de compétences ne se situent pas au même niveau pour toutes.

Comment expliquer cela, pour une profession qui a toujours eu l'habitude de travailler conjointement avec des médecins en obstétrique et de repérer les situations où l'implication d'un obstétricien s'impose ?

L'établissement d'un plan de suivi et d'orientation en gynécologie en fonction des situations à risque identifiées calqué sur les recommandations de l'HAS en obstétrique (27) serait-il un bon moyen d'homogénéiser les pratiques des sages-femmes ?

De plus, certains élargissements de droits de prescription, comme les antibiotiques pour les infections urinaires et vaginales, possible maintenant en obstétrique, en adéquation avec ce qui est enseigné dans les écoles de sages-femmes, permettrait-il de réduire les prescriptions clandestines ou bien les doublons de consultation sage-femme puis médecin pour récupérer une ordonnance ?

### d. La collaboration sages-femmes/médecins :

Un des gros écueils de l'élargissement des compétences des sages-femmes grâce à la loi HPST de 2009 est l'acceptation encore fragile de cette nouveauté de la part des médecins. Or, la bonne entente et la bonne communication avec ceux-ci est primordiale pour assurer un suivi dans des conditions optimales pour chaque femme.

Même si nous notons de nettes améliorations depuis ces dernières années, les sages-femmes aimeraient que la communication avec eux soit plus facile et qu'ils reconnaissent la place de ces professionnelles au sein de la santé génésique des femmes.

Nous avons vu grâce à la thèse de Fanny Trossat que ces réticences sont principalement expliquées par une mauvaise connaissance de la part des médecins des études et des compétences des sages-femmes (15).

Nous voulons également analyser ce résultat à l'envers et supposer sur nos propres observations que les sages-femmes ont également une méconnaissance des études de médecine. Elles ont une représentation vague de ce qui y est enseigné et de quelle façon, ce qui favorise leur jugement rapide sur le comportement des médecins à leur égard, et donc creuse la rivalité.

Des unités d'enseignement sont déjà actuellement mutualisées pour les étudiants sages-femmes et les étudiants en médecine de premier cycle, à la faculté de médecine et de maïeutique Lyon Sud, par exemple. Charline Boissy propose, dans sa thèse d'exercice de médecine générale, de mettre en place un enseignement commun entre étudiants sages-femmes et internes en médecine générale (28). Ceci aurait pour but de pallier le manque de connaissance des deux professions entre elles et donc d'adopter une cohérence de discours et de pratique.

Attendre que les étudiants en médecine arrivent à l'internat n'est-il pas trop tardif pour proposer cet enseignement commun ? Et qu'en sera-t-il ainsi des gynécologues, qui seront exclus de cette mutualisation puisqu'emprunteront un parcours différent ?

## V. Conclusion

Ces dernières années, des inégalités de suivi des femmes concernant leur santé gynécologique ont été constatées en France. Ces inégalités ont une action indirecte sur le taux d'IVG, qui ne fléchit pas, mais aussi sur l'incidence des cancers féminins en France. Elles posent donc un problème de santé publique. Devant la diminution du nombre de postes en gynécologie médicale et la nécessité d'accorder du temps à ces femmes, les autorités ont réfléchi à un moyen d'augmenter l'offre en consultations de gynécologie de prévention. C'est ainsi que depuis 2009, les sages-femmes sont habilitées à réaliser ce suivi, les plaçant comme professionnels de premier recours concernant la santé des femmes. Cependant, ce suivi a évolué à une plus grande vitesse que les actions mises en place pour qu'il se déroule dans des conditions optimales. Nous avons donc voulu évaluer dans ce mémoire dans quelles mesures les sages-femmes sont à l'aise avec l'exercice de ce suivi gynécologique de prévention et de quels facteurs cela dépend.

Nous avons d'abord pu remarquer que les sages-femmes pratiquent chacune ce suivi d'une manière qui lui est propre mais qu'elles répondent à une homogénéité d'exercice sur plusieurs grands principes qui intéressent les femmes et, plus largement, la population générale. Les femmes, revendicatrices d'un suivi gynécologique respectueux de leur pudeur, de leurs souhaits et d'écoute de leur temps de parole, en sont globalement satisfaites.

Du côté des professionnelles, nous avons pu dégager trois grands arguments régissant leur pratique quotidienne et pourvoyeurs de leur envie de réaliser ce suivi : l'intérêt pour la gynécologie en tant que discipline, la demande des patientes et le désir de mettre en place un suivi global.

D'autres facteurs entrent également en compte, tenant un rôle plus ou moins important. Parmi eux : l'agrément de certains aspects du métier comme le contact avec les patientes, le sentiment d'utilité pour les femmes et la santé publique en réalisant ce suivi, le rôle d'information prépondérant en gynécologie, la diversité de la pratique quotidienne... Mais aussi l'apparition de difficultés techniques qui peuvent parfois entraver les habitudes ou la localisation géographique du cabinet, alimentant commodités ou embarras.

Enfin, certains éléments soulevés par les sages-femmes interrogées nous ont permis de mettre en évidence des pistes de réflexion quant à la bonne pratique du suivi gynécologique. D'abord, nous avons vu que la formation est indispensable à l'exercice de ce suivi de prévention. Les dates d'obtention du Diplôme d'Etat font bien entendu varier ces besoins en formation mais les sages-femmes s'unissent pour faire émerger la nécessité de plus de formation pratique. Il serait donc intéressant d'évaluer l'intérêt de la mise en place de journées de formation avec des confrères ou collègues médecins et entrant dans le cadre du développement professionnel continu.

La revalorisation des actes en gynécologie pour les sages-femmes est aussi un point qui mérite assidûment d'être réfléchi, afin d'être en accord logique avec leur propulsion en première ligne pour la santé des femmes.

Les sages-femmes dénoncent également le manque criant de l'établissement d'un cadre rigoureux de suivi et d'orientation des patientes en gynécologie. En effet, en pratique, les situations délicates à considérer comme physiologiques ou pathologiques sont fréquentes. Elles aimeraient également pouvoir disposer des mêmes droits de prescription qu'en obstétrique, au minimum.

Pour finir, nous avons pu voir que la collaboration entre les médecins et les sages-femmes, bien qu'elle soit en voie d'amélioration, nécessite encore du temps et des actions pour être renforcée. Ce mémoire fait émerger, conjointement à des études plus anciennes, le fait que la bonne connaissance du métier et des compétences de chacun est prise en défaut. C'est donc sur ce point qu'il faut insister pour optimiser cette collaboration et ainsi permettre aux sages-femmes de réaliser le suivi gynécologique de façon plus sereine ; car l'émergence de position de la sage-femme comme professionnelle de premier recours pour la santé des femmes offre de belles perspectives d'amélioration de leur suivi régulier. La mise en place d'un enseignement commun entre étudiants sages-femmes et étudiants en médecine serait-elle suffisante pour compenser cette méconnaissance ? A quel stade de la formation faudrait-elle l'insérer ? Le service sanitaire, intégré récemment dans les études de santé, serait-il un bon moyen d'apprendre à collaborer dans les différents corps de métier de la santé ? Il serait intéressant de s'employer à évaluer la manière dont ce service pourrait être exploité de façon optimale.

## Bibliographie :

1. Gouvernement français. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. 2009-879 juill 21, 2009. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
2. OMS. Santé reproductive [Internet]. WHO. [cité 9 mars 2018]. Disponible sur: [http://www.who.int/topics/reproductive\\_health/fr/](http://www.who.int/topics/reproductive_health/fr/)
3. CNGOF. Examen gynécologique [Internet]. UMVF - Campus de Gynécologie et Obstétrique; 2011 [cité 5 mars 2018]. Disponible sur: <https://doccismef.chu-rouen.fr/dc/#env=basic&q=examen%20gynecologique&p=1>
4. Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, Benbrahim-Tallaa L, Bouvard V, Bianchini F, et al. Breast-Cancer Screening — Viewpoint of the IARC Working Group. *N Engl J Med*. 11 juin 2015;372:2353-8.
5. InVS. Cancer du col de l'utérus. 1 févr 2017 [cité 11 mars 2018]; Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Donnees-par-localisation/Cancer-du-col-de-l-uterus>
6. HAS. « Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus » : Quelles recommandations pour quelle efficacité, tour d'horizon des pays européens et/ou anglo-saxons. Paris; 2010 p. 6. (Recommandations pour la pratique clinique).
7. Auzanneau N. Les femmes et l'accès à la santé [Internet]. 2011 [cité 5 mars 2018] p. 55. (OpinionWay). Disponible sur: [http://opinionlab.opinion-way.com/dokumenty/opinionway\\_mgen\\_lmde\\_acces\\_sante\\_femmes\\_2011.pdf](http://opinionlab.opinion-way.com/dokumenty/opinionway_mgen_lmde_acces_sante_femmes_2011.pdf)
8. Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015 [Internet]. Paris: DREES; 2016 [cité 11 nov 2017] p. 6. (Etudes et résultats). Report No.: 968. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er968.pdf>
9. Corne A. Suivi gynécologique et contraception : point sur la formation initiale et continue des sages-femmes [Mémoire de sage-femme]. [Ecole de sages-femmes Albert Fruhinsholz]: Lorraine; 2014.
10. Ketty Attal-Toubert, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales [Internet]. Paris: DREES; 2009 [cité 12 sept 2017] p. 8. (Dossiers solidarité et santé). Report No.: 679. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article200912t1.pdf>

11. Cavillon M. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs [Internet]. DREES; 2012 mars [cité 11 sept 2017] p. 8. (Etudes et résultats). Report No.: 791. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er791.pdf>
12. CNSF. Propositions de parcours de santé des femmes - Sage-femme praticien de premier recours [Internet]. cnsf.asso.fr. 2014 [cité 11 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.cnsf.asso.fr/doc/ACED4B15-5056-9C00-41A55BD35BD4740D.pdf>
13. Consultation gynécologique de la femme en bonne santé [Internet]. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. 2016 [cité 28 mars 2017]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/sages-femmes/article/consultation-gynecologique-de-la-femme-en-bonne-sante>
14. CDGM. Pétition « URGENCE ! Nous voulons DES GYNÉCOLOGUES MÉDICAUX en nombre suffisant pour toutes les femmes ! » [Internet]. 2017 [cité 12 sept 2017]. Disponible sur: [http://www.cdgm.org/article.php3?id\\_article=158](http://www.cdgm.org/article.php3?id_article=158)
15. Trossat F. Partage de compétences dans la pratique gynécologique: opinions des médecins généralistes et gynécologues concernant l'élargissement des compétences des sages-femmes dans le domaine du suivi gynécologique [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Claude Bernard; 2017.
16. Delepau C. Suivi gynécologique de prévention par les sages-femmes: étude des représentations et des connaissances des femmes [Mémoire de sage-femme]. 2016.
17. Gouvernement français. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme [Internet]. mars 11, 2013. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027231825>
18. Pleurmeau M. L'impact de la loi HPST sur la mission des sages-femmes vis-à-vis de la contraception et du suivi gynécologique [Internet] [Mémoire de sage-femme]. [Ecole de sages-femmes René Rouchy, Angers]: Angers; 2012 [cité 11 sept 2017]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers//2012494/fichier/494F.pdf>
19. Moreil-Sicart B. La sage-femme, acteur de santé publique : état des lieux et perspectives. *Vocat Sage-Femme*. 8 mai 2015;14(114):31-4.
20. Gouvernement français. 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 [Internet]. juin 2, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/6/2/AFSP1608429D/jo/texte>
21. Cordier A. Un projet global pour la stratégie nationale de santé - 19 recommandations du comité des « sages » [Internet]. Paris; 2013 [cité 5 mars 2018] p. 147. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-cordier-SNS-sages.pdf>
22. Mousnier E. Le suivi gynécologique par une sage-femme: connaissances et facteurs influençant un choix futur des patientes : étude sur une cohorte de 258 patientes

de la région marseillaise [Mémoire de sage-femme]. [Ecole de sages-femmes Marseille Méditerranée]: Aix Marseille; 2014.

23. 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 [Internet] [Mémoire de sage-femme]. [Ecole de sages-femmes Marseille Méditerranée]: Aix Marseille; 2015 [cité 29 mars 2017]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01218587/document>

24. Dos Santos S. Evaluation des connaissances et des pratiques professionnelles des sages-femmes sur le frottis cervico-utérin et le suivi gynécologique [Internet] [Mémoire de sage-femme]. [Ecole de sages-femmes Baudelocque]: Paris Descartes; 2012 [cité 11 sept 2017]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00724770/document>

25. Guthmann J, Pelat C, Célant N, Parent du Chatelet I, Duport N. Déterminants socio-économiques de vaccination et de dépistage du cancer du col par frottis cervico-utérin (FCU), analyse de l'enquête ESPS de 2012 [Internet]. 2016 [cité 12 sept 2017]. 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>

26. SYNGOF. Les instances professionnelles en gynécologie et obstétrique dénoncent des mesures gouvernementales qui nuisent à la surveillance médicale des femmes [Internet]. Syndicat National des Gynécologues et Obstétriciens de France. [cité 12 sept 2017]. Disponible sur: <http://syngof.fr/communiqués-presse/communiqué-commun/>

27. HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. Paris; 2016 [cité 5 mars 2018] p. 42. (Recommandations pour la pratique clinique). Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi\\_des\\_femmes\\_enceintes\\_-\\_recommandations\\_23-04-2008.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf)

28. 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]: Claude Bernard; 2013.

## Annexe 1 : Grille d'entretien

1. Effectuez-vous du suivi gynécologique de prévention ?

2. Cette pratique vous convient-elle ?

- *Vous sentez-vous à l'aise ?*
- *Est-ce un choix ou motivé par une contrainte ? Obligation de répondre à la demande ? Dans le but de multiplier les patientes ?*
- *Le cadre législatif vous convient-il ?*
- *Cette pratique représente-t-elle des problèmes économiques ? Ou au contraire présente-t-elle une rémunération suffisante ?*
- *Pensez-vous qu'elle est utile à votre pratique courante en général ? Le fait de pratiquer le suivi gynécologique de prévention apporte-t-il un plus à votre pratique obstétricale ?*
- *Pensez-vous que cette pratique vous permet d'être plus reconnue dans votre métier ? (bonne rémunération, connaissance des nouvelles compétences de la part des femmes, meilleure reconnaissance de la part des médecins...) Vous sentez-vous valorisée depuis la loi HPST ?*

3. Comment le pratiquez-vous ? Que faites-vous ? Pourquoi ainsi ?

- *Quelle part de votre activité consacrez-vous au suivi gynécologique ? Quel pourcentage de vos consultations ?*
- *Pose de DIU ? Pose d'implant ? Prescription de patchs/anneaux/spermicides ? Pourquoi ? Avez-vous eu besoin d'une formation complémentaire ?*
- *Avez-vous l'impression de donner assez d'informations aux patientes ? Conduite à tenir en cas d'oubli de pilule ?*
- *Premier examen gynécologique ?*
- *Prescription initiale de pilule ou seulement renouvellement ?*
- *Quelle est votre conception de ce que doit être une consultation de suivi gynécologique ? Examen sous spéculum obligatoire ?*
- *Prescrivez-vous la contraception d'urgence ? Pratiquez-vous les IVG médicamenteuses ? Pourquoi ?*

4. Qu'aimez-vous ?

- *Le contact avec les patientes vous semble-t-il différent qu'en obstétrique ?*
- *Parvenez-vous à avoir un suivi global de vos patientes grâce au suivi gynéco ? (suivi de la patiente entre ses grossesses)*

5. Qu'est-ce qu'il vous manque ?

- *Êtes-vous assez entourée professionnellement ? Avez-vous un réseau ?*
- *Pensez-vous avoir une formation adéquate ? Quel est votre parcours ? Y a-t-il des choses qui vous ont manqué dans votre formation initiale et que vous avez dû apprendre ailleurs (formations complémentaires) ? Quelles formations (stages, DU, formation purement théorique, congrès, lecture d'articles...) ? Souhaiteriez-vous suivre une autre formation pour vous perfectionner ?*
- *Votre situation géographique vous permet-elle de faire ce que vous voulez ?*
- *Avez-vous eu des difficultés à mettre en place ce suivi gynécologique ?*
- *Vers qui orientez-vous vos patientes en cas de difficulté ?*
- *Quand considérez-vous qu'une patiente dépasse vos compétences ?*

6. Y a-t-il d'autres points que vous souhaitez aborder ?

## Annexe II : Glossaire

**ASFLA** : Association des Sages-Femmes Libérales de l'Ain

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CNGOF** : Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France

**DIU** : Dispositif Intra-Utérin

**DU** : Diplôme Universitaire

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

**FCU** : Frottis Cervico-Utérin

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**HPST (loi)** : Hôpital Patients Santé Territoires

**HPV** : Human Papilloma Virus

**IVG** : Interruption Volontaire de Grossesse

**IST** : Infection Sexuellement Transmissible

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PLERA** : Plateforme d'Expertise IVG Rhône-Alpes

**PMI** : Protection Maternelle et Infantile

**PRADO** : Programme d'accompagnement du retour à domicile

**SYNGOF** : Syndicat National des Gynécologues et Obstétriciens de France

## Annexe III : Résumé

### RÉSUMÉ :

La Haute Autorité de Santé recommande un suivi gynécologique annuel et de réaliser un frottis cervical tous les 3 ans chez les femmes de 25 à 65 ans, après deux frottis consécutifs normaux faits à un an d'intervalle (HAS, 2010). Or, 19% des femmes entre 16 et 60 ans ne bénéficient d'aucun suivi gynécologique régulier. C'est ainsi que, depuis 2009, la loi HPST a permis d'élargir le champ de compétences des sages-femmes afin de répondre au mieux aux besoins des femmes et de réduire les écarts de fréquence du suivi gynécologique entre elles.

Ce champ de compétences ayant été élargi sans adapter immédiatement les études de maïeutique et les moyens nécessaires pour le réaliser, les sages-femmes doivent parfois faire face à des difficultés d'ordre multiple. Ce mémoire a eu pour but de déterminer dans quelles conditions les sages-femmes se sentent à l'aise pour la pratique du suivi gynécologique de prévention.

Il en ressort que de nombreux facteurs viennent moduler cette pratique, tels que le taux d'intérêt pour la gynécologie, la demande des patientes, l'envie de faire du suivi global, le sentiment d'utilité pour la santé publique et pour les femmes, la situation géographique où la sage-femme exerce...

D'autres éléments offrent des pistes de réflexion prometteuses pour que les sages-femmes pratiquent ce suivi de prévention avec sérénité : axer le développement professionnel continu sur la formation pratique, revaloriser la rémunération des actes en gynécologie, redéfinir un cadre d'exercice précis et enfin, permettre une meilleure collaboration entre les différents acteurs de la santé des femmes en donnant à chacun la connaissance sur les compétences de l'autre.

### TITRE :

Le suivi gynécologie de prévention effectué par les sages-femmes libérales : facteurs influençant leurs pratiques.

### MOTS-CLÉS :

sage-femme – suivi gynécologique de prévention – santé génésique des femmes – praticien de premier recours

### ADRESSE DE L'AUTEUR :

Coquard Lucie  
49 rue Gabriel Sarrazin  
69008 LYON, FRANCE