

Université d'Angers

Ecole de Sages-Femmes René ROUCHY

**DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME**

***L'IMPACT DE LA LOI HPST SUR LA MISSION  
DES SAGES-FEMMES VIS-A-VIS DE LA  
CONTRACEPTION ET DU SUIVI  
GYNECOLOGIQUE***

Etude prospective réalisée auprès de 129 sages-femmes de Maine et Loire

Mémoire présenté par : PLEURMEAU Maud

Sous la direction de : Dr FOUGAS Jean-Léonard

Année universitaire 2011/2012

Université d'Angers

Ecole de Sages-Femmes René ROUCHY

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

***L'IMPACT DE LA LOI HPST SUR LA MISSION  
DES SAGES-FEMMES VIS-A-VIS DE LA  
CONTRACEPTION ET DU SUIVI  
GYNECOLOGIQUE :***

Etude prospective réalisée auprès de 129 sages-femmes de Maine et Loire

Mémoire présenté par : PLEURMEAU Maud

Sous la direction de : Dr FOUGAS Jean-Léonard

Année universitaire 2011/2012

Engagement de non plagiat

Je remercie,

Mr le docteur Jean-Léonard FOUGAS, directeur de mémoire, pour ses encouragements, son extrême disponibilité et ses orientations avisées qui ont été indispensables à la réalisation de ce travail. Acceptez l'expression de toute ma reconnaissance et de mon profond respect ;

Mme Brigitte GOICHON, sage-femme enseignante à l'école René Rouchy, pour son aide dans la réalisation de ce mémoire ;

L'équipe enseignante de l'école René Rouchy et tout particulièrement Mme Catherine Gaudin pour la relecture consciencieuse de mon mémoire ;

Mes parents et mes frères et sœur, pour leur aide précieuse et leur soutien inconditionnel et réconfortant tout au long de ces années d'études ;

Toi, Julien, pour ton amour.

« Pour que la loi du progrès existât, il faudrait que chacun voulût la créer ; c'est-à-dire que, quand tous les individus s'appliquent à progresser, alors, l'humanité sera en progrès. »

Charles Baudelaire

Extrait de Journaux Intimes

# SOMMAIRE

<b>GLOSSAIRE.....</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>9</b>
<b>GENERALITES</b>	
<b>1 L'IVG.....</b>	<b>11</b>
1.1 La situation actuelle en France .....	11
1.2 Les difficultés rencontrées par les femmes.....	11
1.3 Les stratégies d'action en matière de contraception .....	12
<b>2 Législation sur la prescription de contraception par la sage-femme .....</b>	<b>13</b>
2.1 Le contexte législatif et réglementaire avant la loi HPST .....	13
2.2 Les nouvelles dispositions législatives de la loi HPST .....	14
2.3 Les enjeux de ces nouvelles compétences .....	15
2.3.1 <i>Augmentation du nombre de professionnels habilités.....</i>	<i>15</i>
2.3.2 <i>Prévention élargie auprès des mineures .....</i>	<i>16</i>
2.3.3 <i>Economies auprès de l'Assurance maladie.....</i>	<i>16</i>
2.3.4 <i>Nécessité de former les sages-femmes .....</i>	<i>16</i>
<b>3 La contraception .....</b>	<b>17</b>
3.1 La consultation de contraception .....	17
3.2 Les différents modes contraceptifs .....	18
<b>4 Le suivi gynécologique de prévention .....</b>	<b>18</b>
4.1 La surveillance à mettre en place.....	18
4.2 L'interrogatoire.....	19
4.3 L'examen clinique .....	19
4.4 La surveillance gynécologique .....	20

4.5	La surveillance biologique.....	20
-----	---------------------------------	----

## **ETUDE**

<b>1</b>	<b>Les hypothèses et les objectifs.....</b>	<b>22</b>
1.1	La problématique.....	22
1.2	Les hypothèses.....	22
1.3	Les objectifs.....	22
<b>2</b>	<b>La méthodologie.....</b>	<b>23</b>
2.1	Le type d'étude.....	23
2.2	La description de l'étude et la population étudiée.....	23
2.3	Les démarches.....	23
<b>3</b>	<b>La méthode.....</b>	<b>24</b>
3.1	Les données du questionnaire.....	24
3.2	Le recueil de données.....	25

## **RESULTATS**

<b>1</b>	<b>Le profil des sages-femmes.....</b>	<b>27</b>
<b>2</b>	<b>L'information sur la contraception.....</b>	<b>29</b>
<b>3</b>	<b>La prescription de la contraception.....</b>	<b>30</b>
<b>4</b>	<b>Le suivi gynécologique de prévention.....</b>	<b>34</b>
<b>5</b>	<b>La formation des sages-femmes.....</b>	<b>38</b>
<b>6</b>	<b>L'impact de ces nouvelles compétences selon les sages-femmes.....</b>	<b>44</b>

## **DISCUSSION**

<b>1</b>	<b>Intérêts et limites de l'étude.....</b>	<b>48</b>
1.1	Les intérêts de l'étude.....	48

1.2	Les limites de l'étude.....	48
1.3	La qualité des résultats obtenus .....	48
1.4	La présentation d'une autre étude.....	49
<b>2</b>	<b>Analyse des résultats obtenus .....</b>	<b>49</b>
2.1	Le profil des sages-femmes .....	49
2.2	L'information sur la contraception .....	51
2.3	La prescription de la contraception dans la pratique des sages-femmes .....	51
2.4	Les professionnels relais.....	55
2.5	Le suivi gynécologique de prévention.....	57
2.6	La formation des professionnelles .....	59
2.7	L'impact de ces nouvelles compétences.....	62
<b>3</b>	<b>Les perspectives.....</b>	<b>63</b>
3.1	La formation .....	63
3.2	L'information du grand public .....	64
3.3	La rémunération des actes .....	64
3.4	Promouvoir une évolution des structures d'exercice.....	64
	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>66</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>67</b>
	<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>71</b>

## GLOSSAIRE

IVG :	Interruption Volontaire de Grossesse
Loi HPST :	Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires
AFSSAPS :	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
DIU :	Dispositif Intra-Utérins
SIU :	Système Intra-Utérin
AMM :	Autorisation de Mise sur le Marché
CPEF :	Centre de Planification et d'Education Familiale
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
CCAM :	Classification Commune des Actes Médicaux
INPES :	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
OMS :	Organisation Mondiale pour la Santé
HAS :	Haute Autorité de Santé
IMC :	Indice de Masse Corporelle
FCU :	Frottis Cervico-Utérin
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CH :	Centre Hospitalier
SF :	Sage-femme
TP :	Travaux Pratiques
FMC :	Formation Médicale Continue
CIR 2 :	Conseil Interrégional du secteur 2
DREES :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation, et des Statistiques
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
DU :	Diplôme Universitaire

## INTRODUCTION

Face à un taux d'interruptions volontaires de grossesse restant quasi-constant depuis 20 ans et face à un lourd problème de démographie médicale, les sages-femmes voient, le 21 juillet 2009, leurs compétences s'étendre de manière considérable grâce à la loi Hôpital, Patients, Santé, et Territoires (HPST).

Elles sont désormais autorisées à prescrire une contraception tout au long de la vie génitale de la femme et à assurer le suivi gynécologique de prévention dans le cadre de la physiologie.

Face à l'extension de ces compétences, nous nous sommes interrogées : les sages-femmes sont-elles désireuses d'investir ces nouvelles fonctions qui s'offrent à elles ? Ont-elles les moyens, les opportunités et les compétences nécessaires pour les mettre en pratique ? Y a-t-il des demandes de consultation de contraception ou de suivi gynécologique de la part des patientes auprès de ces professionnelles ?

Afin de mettre en avant ces nouvelles attributions des sages-femmes, nous commencerons par exposer quelques généralités. Nous nous sommes tout d'abord intéressés à l'interruption volontaire de grossesse. Puis nous avons décrit la législation sur la prescription de contraception par la sage-femme en insistant sur les toutes nouvelles évolutions. Ensuite, nous avons détaillé la manière de mener à bien un suivi de contraception et un suivi gynécologique de prévention.

Enfin, nous présenterons l'étude que nous avons menée auprès des sages-femmes hospitalières, libérales et de Protection Maternelle et Infantile du département de Maine et Loire. Nous souhaitons apprécier l'impact de cette loi sur l'information et la prescription de la contraception, mais aussi sur le suivi gynécologique de prévention effectué par les sages-femmes. Nous voulions effectuer un état des lieux des compétences de ces professionnelles dans ce domaine, et étudier l'impact de celles-ci. Nous présenterons donc notre méthodologie puis nos résultats.

Enfin, à la lumière de ces deux parties, nous discuterons nos différents résultats obtenus et réfléchirons sur les moyens nécessaires à la mise en place de suivi gynécologique de prévention et de suivi de contraception de qualité par les sages-femmes.

*Première partie :*

*Généralités*

# GENERALITES

## 1 L'IVG (Interruption Volontaire de Grossesse)

### 1.1 La situation actuelle en France

Lorsque la loi Veil autorisant le recours à l'IVG fut votée, en 1975, le législateur espérait que ces dispositions ne seraient utilisées que comme ultime recours en cas de grossesse non désirée. Cette situation aurait dû se raréfier au fil du temps grâce à la loi Neuwirth et au remboursement de la pilule.

Cependant, malgré la forte diffusion des méthodes contraceptives, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse, en France, ne diminue pas.

En effet, l'utilisation de la contraception, en France, est l'une des plus importantes du monde (92,3% des femmes âgées de 15 à 49 ans sexuellement actives utilisaient un moyen contraceptif en 2010) [1]. Chiffre plus significatif encore, moins de 5% des femmes sont sans couverture contraceptive, parmi celles susceptibles de devenir enceintes et ne le souhaitant pas [2]. De plus, l'accès à la contraception d'urgence est de plus en plus facilité [3]. Pourtant, le taux de recours à l'IVG annuel des femmes métropolitaines françaises ne cesse de progresser et atteint 222 100 IVG en 2009 soit 14,9 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans [4]. Dans la région des Pays de la Loire, le taux d'IVG était de 10,6 avortements pour 1000 femmes en âge de procréer. Ce taux est le plus faible des régions françaises [5].

### 1.2 Les difficultés rencontrées par les femmes [6]

Autre paradoxe : en 2004, parmi les femmes ayant eu recours à l'IVG, 28 % n'utilisaient pas de moyen de contraception [7]. Cette absence de contraception explique donc une part importante des IVG mais n'y suffit pas. En effet, près de deux grossesses non prévues sur trois sont quand même réalisées sur des femmes qui déclarent être sous contraception au moment de la survenue de cette grossesse [8].

Le problème est, parfois, moins une difficulté d'accès à la contraception qu'une utilisation non adéquate d'une méthode qui ne convient pas. Cette situation traduit les difficultés que rencontrent les femmes à gérer leur contraception au quotidien, et sur le long terme (notamment leur contraception orale). Ces échecs de contraception révèlent également un manque d'éducation contraceptive des patientes qui provient surtout d'un déficit d'accès à une information claire. D'autres difficultés peuvent intervenir : le coût des méthodes

contraceptives, la non-reconnaissance sociale de la sexualité notamment chez les jeunes, l'ambivalence des femmes vis-à-vis du désir de grossesse...

Au total, la survenue de grossesses non prévues correspond à des situations individuelles très hétérogènes.

### **1.3 Les stratégies d'action en matière de contraception [6]**

De nombreuses solutions permettraient d'améliorer ce problème important de santé publique :

- en agissant sur la pratique des prescripteurs : faire de la consultation de contraception une véritable consultation de prévention.
- en améliorant les connaissances de la population en matière de contraception : communiquer auprès du grand public par des campagnes de prévention et d'information sur la contraception par exemple. S'intéresser à un public cible : les jeunes, les femmes pendant le post-partum...en leur donnant des informations accessibles, claires, validées et actualisées.

Effectivement, pendant les périodes de transitions contraceptives, les femmes sont particulièrement exposées au risque d'échec de la contraception, et notamment pendant le post-partum [9].

Il convient donc pour les professionnels d'anticiper ces situations : en apportant une information spécifique et en accompagnant la femme et le couple, dans les suites d'un accouchement ou d'une interruption volontaire de grossesse, afin qu'ils puissent décider d'une méthode contraceptive et ainsi réduire la survenue d'une grossesse non désirée.

Une autre stratégie d'action est d'améliorer l'accessibilité à la contraception...

De par leur présence constante auprès des femmes enceintes, les sages-femmes ont un rôle déterminant dans la prévention des grossesses accidentelles. Naturellement associées à la grossesse et à l'accouchement, les sages-femmes apparaissent comme un interlocuteur de confiance pour les questions liées à la fécondation, à la reproduction et donc, à la contraception. Grâce à la place privilégiée qu'elles occupent aux yeux des femmes, en raison de leur niveau de qualification et de leur connaissance de la contraception, les sages-femmes se sont vues octroyées de nouvelles compétences.

## 2 Législation sur la prescription de contraception par la sage-femme

### 2.1 Le contexte législatif et réglementaire avant la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires)

Les sages-femmes exercent une profession médicale à compétence définie. Le code de la santé publique a donc déterminé leur champ d'intervention dans l'article R.4127-313 : « *dans l'exercice de sa profession, la sage-femme ne doit pas, sauf circonstance exceptionnelle, effectuer des actes ou donner des soins, ni formuler des prescriptions dans les domaines qui débordent sa compétence professionnelle ou dépassent ses possibilités* ».

Avant la loi de 2004, les sages-femmes jouaient déjà un rôle actif en matière de contraception mais uniquement en suites de couches. Les sages-femmes avaient « *un rôle d'information et de prescription dans le domaine de la contraception locale* ». Elles étaient habilitées à prescrire des contraceptifs locaux ainsi qu'à prescrire et à effectuer la première pose des diaphragmes et des capes [10].

L'article L4151-1 précise aussi que « *l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la participation aux consultations de planification familiale* ».

Le 9 août 2004, la loi relative à la politique de santé publique, a permis d'élargir leurs compétences en leur permettant d'effectuer l'examen postnatal de la femme si la grossesse a été normale et l'accouchement eutocique. Cela suppose alors qu'elles puissent être en mesure de prescrire une contraception hormonale lors de ces consultations : « *les sages-femmes sont habilitées à prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen postnatal et après une interruption volontaire de grossesse* » [11].

Selon l'article L 4151-4 du code de la santé publique, les sages-femmes peuvent prescrire les médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé après avis de l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé).

L'arrêté du 12 octobre 2005 pris en application de cet article L 4151-4, modifiant l'arrêté du 23 février 2004 fixe la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes. Il précise dans son annexe I les types de contraceptifs susceptibles d'être prescrits par les sages-femmes : « *spermicides ; contraceptifs d'urgence : lévonorgestrel seul ou associé à*

*l'éthinylestradiol ; contraceptifs hormonaux : oestroprogestatifs par voie orale, transdermique ou anneau vaginal ; progestatifs par voie orale, injectable ou implant » [12].*

## **2.2 Les nouvelles dispositions législatives de la loi HPST [13, 14]**

L'article 86 de la loi HPST du 21 juillet 2009 a élargi de façon considérable les compétences contraceptives des sages-femmes. Cette loi représente un moment historique pour les sages-femmes : c'est la première fois que le cadre de leurs compétences dépasse la grossesse.

Dorénavant, elles sont habilitées à prescrire une contraception pour les femmes en bonne santé : *«L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique ».*

Il est prévu également par la loi que les sages-femmes assurent la pose de DIU (dispositif intra-utérin) : *« L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin ou une sage-femme » [15,16].*

Elles pourront, alors, proposer un FCU (frottis cervico-utérin) de dépistage et prescrire tous les examens complémentaires utiles au bon suivi de leur patiente. Elles pourront également leur proposer, lors de la consultation, différentes méthodes contraceptives.

Effectivement, cette même loi de juillet 2009 a modifié l'article L.5134-1 du code de santé publique qui précise : *« Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux »* : soit les diaphragmes, les capes mais aussi les pilules, les anneaux, les implants, les patchs, et les dispositifs intra-utérins.

Elles sont également habilitées à effectuer l'insertion, la surveillance et le retrait du diaphragme ou de la cape, et des contraceptifs intra-utérins (art. R.4127-318 du code de la santé publique) ainsi que l'implant contraceptif.

Cependant, en ce qui concerne ce dernier cas, au regard de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) de l'Implanon®, seuls les médecins peuvent procéder à l'insertion de cet implant.

Le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes est actuellement en relation étroite avec l'AFSSAPS et les services du ministère de la santé afin de pouvoir modifier cette AMM. En effet, elle fut initialement rédigée en anglais (dans le cadre de la procédure de reconnaissance mutuelle européenne), et réservait la possibilité d'insérer l'implant contraceptif aux «practitioners» (signifiant littéralement« praticiens ») et non au seul médecin. Or, lors de sa

traduction française, validée par l'AFSSAPS, le terme «practitioners» a été traduit par «médecin». [17]

Aussi, lors de l'examen de cette loi HPST du 21 juillet 2009, une phrase avait été introduite à l'alinéa III de l'article L.5134-1 du code de la santé publique ayant trait à la contraception hormonale prescrite par une sage-femme, stipulant que « *la surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant* » [15].

Face à cette incohérence, deux tentatives de suppression de cette phrase ont été effectuées par le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Il avait, effectivement, déposé deux amendements successifs, au moment de l'examen de la loi (dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, puis dans le cadre de la loi dite Fourcade). Le Parlement adoptant, par deux fois, la suppression de cette phrase mais le Conseil Constitutionnel avait, à chaque fois, censuré cette disposition [18].

Ce n'est que très récemment, le 29 décembre 2011, que la loi n°2011-2012 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé a été promulguée. Elle précise, dans son article 44, que la phrase «la surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant » est supprimée.

Cela fait enfin disparaître l'ambiguïté autour des compétences des sages-femmes.

Au vu de l'enjeu que représente l'amélioration des pratiques contraceptives en France, il paraît important que les sages-femmes aient la possibilité de proposer à leurs patientes toutes les méthodes contraceptives et d'en maîtriser toutes les étapes : prescription, pose, surveillance, et retrait.

## **2.3 Les enjeux de ces nouvelles compétences [13]**

Le taux d'IVG, restant quasi-constant depuis 20 ans, pose un réel problème de santé publique. L'extension des compétences des sages-femmes devrait permettre de baisser ce taux [4].

### **2.3.1 Augmentation du nombre de professionnels habilités**

Cette extension des compétences des sages-femmes doit répondre à la nécessité de pallier à un problème de démographie médicale non homogène. Donner la possibilité aux sages-femmes, profession médicale comptant 20 000 membres, de prescrire des contraceptifs hormonaux tout au long de la vie génitale de la femme offre effectivement une possibilité supplémentaire pour celles-ci d'avoir accès à la contraception plus aisément, et de pouvoir ainsi avoir une meilleure maîtrise de leur fécondité. La présence plus élargie des sages-femmes libérales que

celle des gynécologues (notamment dans les milieux ruraux) facilite l'accès au suivi gynécologique. C'est également, selon la sensibilité des patientes, une offre professionnelle de proximité, alternative ou complémentaire au médecin traitant.

### **2.3.2 Prévention élargie auprès des mineures**

Dans le cadre de la prévention des grossesses non désirées chez les adolescentes, ce dispositif donne aussi la possibilité aux sages-femmes de prescrire une contraception orale aux mineures qui fréquentent les CPEF (Centres de Planification et d'Education Familiale) ou de PMI (Protection Maternelle et Infantile).

### **2.3.3 Economies auprès de l'Assurance maladie**

Le bénéfice de cette loi est triple : améliorer les conditions de prise en charge de la contraception dans notre pays (donc éviter certaines IVG), faciliter l'accès à la prévention dans le domaine gynécologique (donc dépister de manière plus efficiente des cancers chez les femmes), et ainsi permettre à l'Assurance maladie de faire des économies. En effet, le prix d'une consultation pour une simple prescription de contraception est de 17 euros si elle est réalisée par une sage-femme, 23 euros par un médecin traitant et 28 euros par un gynécologue. Nous nous sommes basés sur la tarification d'une consultation de grossesse selon la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux), la mise en place d'une cotation adaptée aux nouvelles compétences accordées aux sages-femmes n'étant pas encore d'actualité.

### **2.3.4 Nécessité de former les sages-femmes**

A présent, les sages-femmes ont donc, au vu de la loi, les compétences nécessaires pour assurer ces consultations. Cependant, le code de déontologie exige des sages-femmes qu'elles donnent des soins «conformes aux données scientifiques » ; d'où la nécessité de suivre des formations régulières en vue de réaliser des actes ou des prescriptions entrant dans leurs nouvelles compétences.

Ayant une place privilégiée aux yeux des patientes et apparaissant très accessibles aux femmes, notamment dans le domaine de la prévention primaire, les sages-femmes sont concernées, au même titre que les médecins, par la prévention de ces grossesses accidentelles et doivent donc être conscientes de l'enjeu de santé publique que représente la prescription d'une contraception.

### **3 La contraception**

Aujourd'hui, la contraception occupe une place importante tout au long de la vie de la femme. Seulement, le simple fait de prescrire une contraception ne suffit pas à la rendre efficace, en pratique courante. En effet, pour qu'elle soit bien acceptée et suivie, la méthode contraceptive doit être adaptée à chaque femme et choisie avec elle, en fonction de sa réalité quotidienne : «la meilleure contraception est celle que l'on choisit» (INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé). D'où la nécessité de la consultation de contraception.

Le modèle BERGER de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) propose un déroulement de la consultation en six étapes : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication, Retour. L'INPES, la Haute Autorité de Santé (HAS), l'AFSSAPS et le ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Famille conseillent de le connaître [annexe n°1].

#### **3.1 La consultation de contraception [19,20]**

Celle-ci doit comprendre un interrogatoire, un examen clinique général, ainsi qu'un examen gynécologique qui permettent à la sage-femme de s'assurer de l'absence de contre-indication, tout en tenant compte de l'âge de la patiente, avant de proposer une contraception appropriée. Sinon, elle devra adresser la patiente à un médecin.

Ensuite, un temps d'information et d'explication des différents moyens contraceptifs sera nécessaire: leur efficacité, les échecs, la forme galénique, et les modes d'action de chacun.

Il est surtout important que la patiente ait une bonne compréhension des avantages et des inconvénients de chaque contraceptif car cela permet une meilleure observance et diminue le taux d'abandon de la méthode choisie.

Les sages-femmes doivent également responsabiliser la patiente sur les démarches d'observance, de suivi, de conduite à tenir en cas d'oubli, d'échec ou de problème.

Ainsi, elles doivent connaître leurs droits de prescription, les différents moyens contraceptifs possibles, les contre-indications, les indications, l'innocuité (effets secondaires), l'efficacité (indice de Pearl), l'acceptabilité, la réversibilité (absence d'altération de la fécondité à l'arrêt du traitement), et les nouveautés en matière de contraception.

Il est nécessaire que les professionnelles connaissent également le coût de ces contraceptifs (et leur remboursement éventuel par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie) car c'est une

question que posent souvent les femmes et ces dernières ne doivent pas être pénalisées par leurs moyens financiers [annexe n°3]. Le prix du contraceptif joue effectivement un rôle important dans l'adhésion à la méthode contraceptive.

Au total, les sages-femmes doivent délivrer une information personnalisée et il sera nécessaire de dépister les risques médicaux et psychosociaux afin d'accompagner, au mieux, la patiente dans sa réflexion.

Pour cela, un accueil adapté à chaque patiente est essentiel.

Cette consultation doit aussi être l'occasion d'informer, d'éduquer et de répondre aux questions sur la sexualité, la contraception et les infections sexuellement transmissibles.

Cela nécessite donc, pour ces professionnelles, de savoir, à la fois, rédiger une prescription de contraception et de suivre une formation continue pour une prise en charge globale de la patiente.

Nous disposons aujourd'hui d'un large éventail de méthodes contraceptives, notamment grâce à l'apparition de nouvelles voies d'administration, permettant ainsi de répondre plus facilement aux attentes des patientes.

### **3.2 Les différents modes contraceptifs [annexe n°4]**

Les sages-femmes sont donc amenées à prescrire divers modes contraceptifs : les pilules oestroprogestatives, les anneaux, les patchs, les implants, les dispositifs intra-utérins hormonaux ou au cuivre, ainsi que la contraception d'urgence.

## **4 Le suivi gynécologique de prévention [20, 21]**

### **4.1 La surveillance à mettre en place**

Les sages-femmes sont dorénavant en mesure d'assurer les consultations de suivi gynécologique de prévention auprès de toute femme en bonne santé. A ce titre, elles peuvent proposer un frottis cervico-vaginal de dépistage et prescrire tous les examens complémentaires utiles au bon suivi des patientes.

De plus, depuis le 29 décembre 2011, elles peuvent assurer la continuité de la prise en charge de leurs patientes grâce à la surveillance et au suivi biologique qu'elles sont, à présent, autorisées à effectuer.

Il est important de prévoir et de planifier une consultation à trois mois de la première prescription de la contraception hormonale, afin de pouvoir apprécier la tolérance générale de celle-ci.

Lorsque la pose d'un DIU est envisagée, hors problème signalé par la consultante, les consultations de suivi gynécologique sont programmées 1 à 3 mois après la pose puis 1 fois par an. L'objectif de la première consultation de suivi est de s'assurer que le DIU est bien toléré, qu'il n'a pas été expulsé et que sa pose n'a pas provoqué d'inflammation pelvienne.

## **4.2 L'interrogatoire**

L'interrogatoire a trois objectifs principaux : déterminer le ou les motifs de la consultation, répertorier les antécédents personnels ou familiaux de la patiente, et faire décrire la symptomatologie fonctionnelle de la patiente.

Il est surtout primordial de questionner la patiente pour savoir si elle est satisfaite de son choix contraceptif et si le mode d'utilisation lui convient.

L'interrogatoire devra rechercher la présence d'éventuels effets indésirables, vérifier la facilité de l'observance et de la bonne compréhension de la conduite à tenir en cas d'oubli ou d'échec lorsque cela est nécessaire, afin de sensibiliser la femme sur la prévention des grossesses non désirées.

Cette consultation doit également servir à l'information sur les infections sexuellement transmissibles. Il faut alors aborder les sujets du préservatif et du vaccin contre le papillomavirus s'il s'agit d'une jeune femme ainsi que son dépistage par le frottis cervico-vaginal.

## **4.3 L'examen clinique**

Afin de pouvoir apprécier la tolérance générale du contraceptif choisi, ainsi que ses effets secondaires, un examen clinique complet, général et gynécologique, est nécessaire.

L'examen général comprend la détermination du poids et de la taille, le calcul de l'IMC, la mesure de la pression artérielle, l'état veineux des membres inférieurs, ainsi qu'un examen sénologique.

Concernant la prescription de mammographie, les sages-femmes sont habilitées à prescrire cet examen. En effet, il rentre dans les « examens strictement nécessaires à l'exercice de leur

profession » puisque les sages-femmes assurent le suivi gynécologique de prévention pendant la vie génitale de la femme (soit jusqu'à la ménopause).

Il est recommandé de réaliser une mammographie tous les 2 ans à partir de 50 ans, en l'absence de facteur de risque [22].

#### **4.4 La surveillance gynécologique**

L'examen des seins ainsi que l'examen gynécologique (comprenant la pratique d'un frottis cervico-utérin) doivent être réalisés dès la première consultation pour les femmes ayant débuté leur activité génitale, selon les recommandations de l'HAS.

Cependant, il ne faut pas hésiter à les reporter à une consultation ultérieure, notamment lorsqu'il s'agit d'une adolescente.

Ce dépistage nécessite une implication forte des sages-femmes dans la sensibilisation des patientes à la prévention en général et au dépistage du cancer du col de l'utérus (la grossesse constituant un moment particulièrement favorable à cette sensibilisation).

Ainsi le frottis cervico-utérin devra être renouvelé à 1 an puis tous les 3 ans en l'absence de facteurs de risque ou d'antécédents cervicaux. En effet, toujours selon l'HAS, le dépistage du cancer du col de l'utérus est fondé sur la réalisation d'un FCU (frottis cervico-utérin) à un rythme triennal (après 2 FCU normaux réalisés à 1 an d'intervalle) entre 25 et 65 ans [23].

Il doit être réalisé en dehors de toutes métrorragies ou d'inflammation afin d'en optimiser la qualité. En cas de frottis ininterprétable, il faut le répéter jusqu'à ce qu'il puisse l'être.

En revanche, ce rythme triennal du FCU ne doit pas remettre en cause un examen clinique gynécologique régulier.

Pour les femmes ayant des signes gynécologiques et/ou un frottis anormal, une prise en charge par un médecin est nécessaire.

#### **4.5 La surveillance biologique**

Lorsqu'une méthode hormonale est mise en place, le premier bilan biologique peut être réalisé dans les 3 à 6 mois après le début de la contraception. Il comporte la détermination du cholestérol total, des triglycérides et de la glycémie à jeun.

Le bilan sera renouvelé tous les 5 ans. Sa non-réalisation ne doit cependant pas retarder la prescription d'une contraception oestroprogestative.

*Deuxième*  
*partie : Etude*

# ETUDE

## 1 Les hypothèses et les objectifs

### 1.1 La problématique

Face à un taux d'IVG restant quasi-constant depuis 20 ans et face à un lourd problème de démographie médicale, les sages-femmes voient leurs compétences s'étendre de manière considérable grâce à la loi HPST de juillet 2009. Ces nouvelles compétences dans le domaine de la contraception et du suivi gynécologique de prévention ont un énorme intérêt pour la santé des femmes et ont toutes leurs places dans la profession de sage-femme.

Comment les sages-femmes ont-elles intégré ces nouvelles compétences que la loi HPST leur a attribuées ?

### 1.2 Les hypothèses

Les hypothèses de travail étaient les suivantes :

- ✓ Les sages-femmes souhaitent investir ces nouvelles compétences qui s'offrent à elles
- ✓ Les sages-femmes ont les moyens et les opportunités pour mettre en pratique ces compétences
- ✓ La demande de consultation de contraception ou de suivi gynécologique de la part des patientes auprès des sages-femmes est existante
- ✓ Les sages-femmes ont les connaissances nécessaires pour mettre en pratique ces nouvelles compétences

### 1.3 Les objectifs

Cette étude se veut être un état des lieux sur ce nouveau champ de compétence des sages-femmes : explorer la réalité de l'exercice des sages-femmes en matière de contraception et de suivi gynécologique de prévention.

Un autre objectif était d'évaluer les besoins et les attentes de ces professionnelles afin qu'elles puissent exercer ces nouvelles compétences.

## **2 La méthodologie**

### **2.1 Le type d'étude**

Afin de répondre aux objectifs de ce mémoire, nous avons mené une enquête descriptive et multicentrique.

### **2.2 La description de l'étude et la population étudiée**

L'étude reposait sur un questionnaire entièrement anonyme destiné à toutes les sages-femmes du département du Maine-et-Loire : les sages-femmes hospitalières, de PMI et libérales.

Cette étude s'est déroulée sur 3 mois, du 1<sup>er</sup> septembre au 1<sup>er</sup> décembre 2011.

### **2.3 Les démarches**

Les questionnaires ont été distribués dans les 5 maternités du département : une maternité de type III, le CHU d'Angers (88 sages-femmes), trois maternités de type II (CH Cholet [30 sages-femmes], Clinique de l'Anjou à Angers [38 sages-femmes], CH Saumur [21 sages-femmes]) et une maternité de type I : Clinique Le Parc à Cholet [13 sages-femmes].

Chaque sage-femme cadre a été contactée par téléphone ou par courrier électronique au mois d'août 2011 pour l'informer de notre sujet de mémoire et de notre souhait de sonder toutes les sages-femmes de l'établissement hospitalier par le biais d'un questionnaire.

Après leur accord, les questionnaires, enfermés dans une enveloppe, ont été distribués dans les différents services, dans des pochettes prévues à cet effet, ou dans chaque casier nominatif des sages-femmes quand il y en avait.

Des passages réguliers au sein des maternités ont été effectués pour relancer la participation à l'étude et récupérer les questionnaires remplis.

Les sages-femmes du CHU d'Angers préféraient que les questionnaires leur soient donnés en main propre. J'ai donc distribué à chaque garde pendant trois semaines (du 3 au 21 octobre 2011), un questionnaire à toutes les sages-femmes présentes à la maternité. Ils étaient ensuite remis par les professionnelles elles-mêmes, dans le casier de l'Ecole de Sage-Femme, dans une enveloppe prévue à cet effet, ou en main propre.

Les sages-femmes libérales (au nombre de 52) ainsi que les sages-femmes de PMI (au nombre de 6) recensées dans les pages jaunes ont reçu le questionnaire par voie postale. Il était

accompagné d'un courrier d'explication de notre enquête ainsi que d'une enveloppe timbrée destinée au retour du questionnaire.

Au total, nous avons reçu au cours de cette période 129 questionnaires remplis et exploitables.

### **3 La méthode**

#### **3.1 Les données du questionnaire [annexe n°5]**

Le questionnaire remis aux sages-femmes comportait 41 questions, réparties en six parties.

La première partie ayant pour objectif de dresser le profil de la population étudiée, les professionnels devaient indiquer leur sexe, leur âge, leur année d'obtention de leur diplôme d'Etat de sage-femme, ainsi que leur lieu d'exercice.

La deuxième partie s'intéressait à l'information sur la contraception par les sages-femmes. Pour cela, les professionnelles devaient préciser si elles donnaient des informations sur le sujet auprès des patientes. Nous voulions savoir si elles menaient des consultations gynécologiques spécifiques, ainsi que la manière et le moment où elles ont été mises en place. Dans le cas où les sages-femmes n'exerçaient pas cette activité, on leur demandait de préciser leurs raisons, ainsi que les professionnels vers qui elles adressaient leurs patientes désireuses d'information de contraception.

Dans la troisième partie, nous avons voulu évaluer l'impact de la loi HPST sur la prescription de contraception faite par les sages-femmes. Deux questions sur ce qu'elles prescrivaient avant et après la loi HPST ont permis de comparer. Nous leur avons demandé de nous indiquer également si elles posaient les stérilets et les implants (et si elles les retiraient), si elles ont été formées pendant leurs études à cela, si elles ont bénéficié d'une formation complémentaire dans ce domaine, et par qui. Dans le cas contraire, elles devaient nous préciser vers quels professionnels elles adressaient les patientes. Nous avons aussi recherché à savoir si les sages-femmes effectuaient la surveillance de la contraception.

La quatrième partie étudiait le suivi gynécologique effectué par les sages-femmes depuis la loi HPST. Nous demandions aux sages-femmes si elles réalisaient, avant puis après la loi, un suivi gynécologique de prévention et de quelle sorte. Nous les avons ensuite interrogées sur les éventuelles difficultés de mise en place de ces suivis, depuis juillet 2009. Dans le cas où la sage-femme ne pratiquait pas de suivi gynécologique, nous avons recherché à en connaître les raisons. Afin d'appréhender l'avis des sages-femmes sur l'influence de la

loi HPST auprès des patientes, nous leur avons demandé si la demande des patientes en quête de suivi gynécologique et de contraception avait évolué depuis l'acquisition de ces nouvelles compétences.

La cinquième partie fait le point sur les connaissances des sages-femmes concernant le suivi de contraception ainsi que sur leurs besoins depuis cette loi. Nous cherchions à évaluer leurs connaissances sur la contraception. Deux questions portaient sur la conduite à tenir en cas de décalage de la prise d'une pilule et les contraceptifs qu'elles étaient autorisées à prescrire à une accouchée qui n'allait pas et qui ne présente pas de facteurs de risque, et à partir de quand. Nous voulions également savoir si les sages-femmes considéraient qu'elles avaient les compétences nécessaires pour pouvoir effectuer un suivi gynécologique, avec les ajouts qu'apporte la loi, si elles avaient recherché à compléter leur formation initiale concernant ce domaine, et de quelle manière. Dans le cas où elles n'avaient pas bénéficié de formation complémentaire dans ce domaine, elles pouvaient nous désigner les points précis qu'elles aimeraient développer dans une formation, et via quel type et quelle structure de formation elles le souhaitaient.

Les questions nous permettaient d'étudier, dans la dernière partie, l'impact de la loi d'après les professionnelles elles-mêmes : ont-elles l'impression que ces nouvelles compétences permettent un meilleur contact avec les patientes ? Ont-elles été amenées à suivre des femmes qui n'avaient pas de suivi régulier au préalable depuis cette loi ? Se sentent-elles maintenant plus reconnues dans leur métier et pourquoi ? Enfin, une dernière question permettait de percevoir si les sages-femmes sont demandeuses de formations complémentaires. Cette question nous a permis de comparer leurs souhaits et la demande réelle de formation dans le domaine de la contraception et du suivi gynécologique de prévention.

### **3.2 Le recueil de données**

Les données de l'étude ont été saisies dans un tableau Excel (version 2007).

*Troisième  
partie : Résultats*

# RESULTATS

Nous avons sollicité quasiment toutes les sages-femmes du département (soit 248 sages-femmes) afin qu'elles répondent à notre questionnaire et nous avons reçu 129 questionnaires remplis et exploitables.

Le taux de réponse de notre étude est de 52,0%, ce qui est acceptable.

## 1 Le profil des sages-femmes

### 1.1 Le genre des sages-femmes

Les femmes représentent 92,2% des sages-femmes contre 7,8% d'hommes.

### 1.2 L'âge des sages-femmes

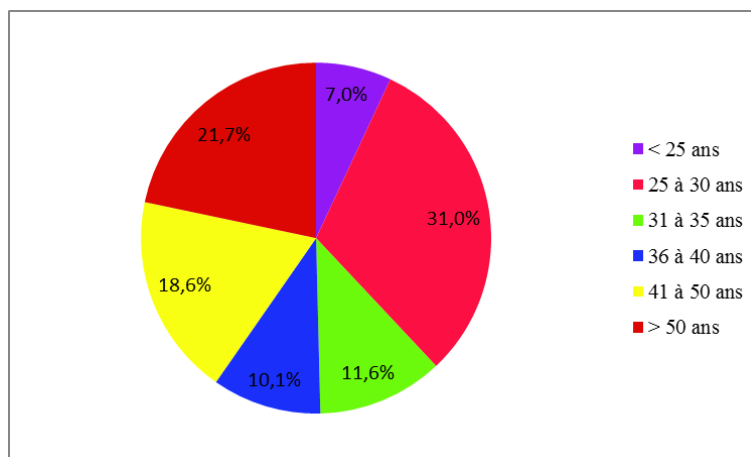


Figure 1 : Age de la population d'étude

### 1.3 La date d'obtention du Diplôme d'Etat

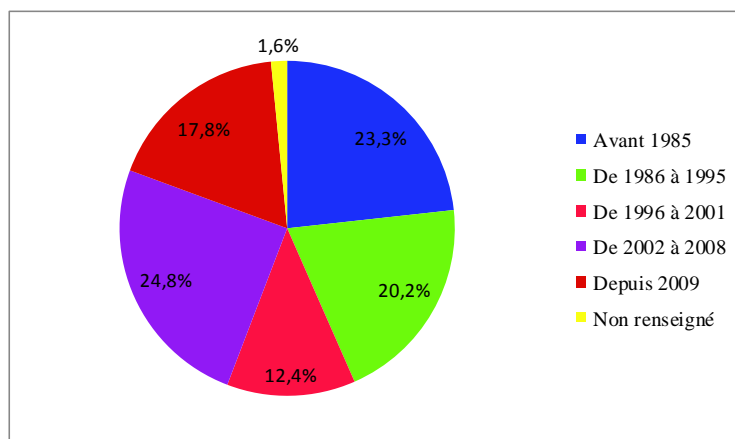
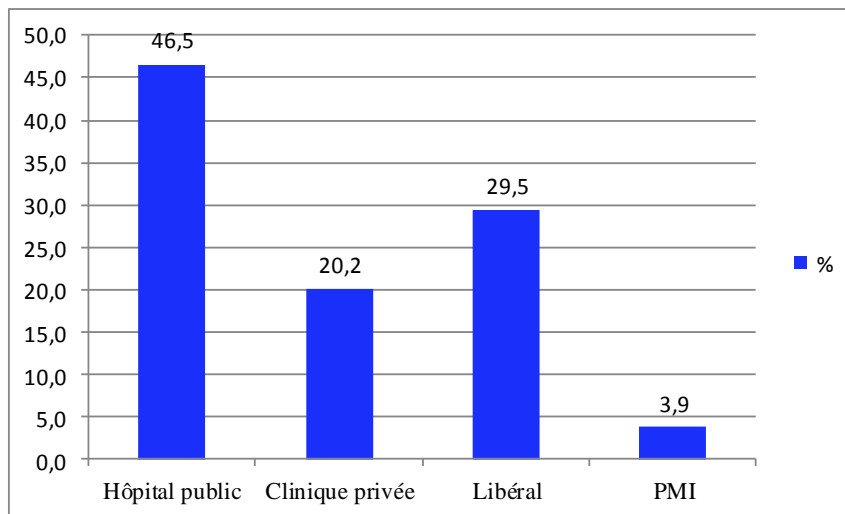


Figure 2 : Répartition des sages-femmes selon l'année d'obtention du Diplôme d'Etat

## 1.4 Les lieux d'exercice des sages-femmes

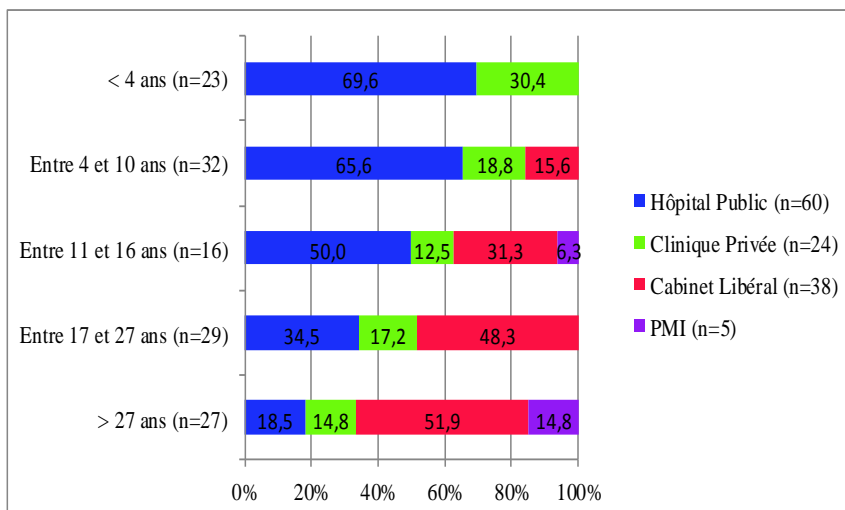


**Figure 3 : Lieux d'exercice des sages-femmes**

Sept sages-femmes (5,4%) exercent leur activité professionnelle dans 2 endroits différents :

- Quatre d'entre elles associent leur activité en clinique privée avec une activité libérale
- Les trois autres travaillent à la fois en hôpital public et en libéral.

Pour l'étude, je les ai considérées comme sages-femmes libérales.



**Figure 4 : Lieu d'exercice des sages-femmes selon l'expérience professionnelle**

Sur cet histogramme, seulement 24 sages-femmes travaillant en clinique privée, au lieu de 26, sont considérées : en effet, parmi elles, 2 sages-femmes n'ont pas renseigné leur année d'obtention de leur Diplôme d'Etat.

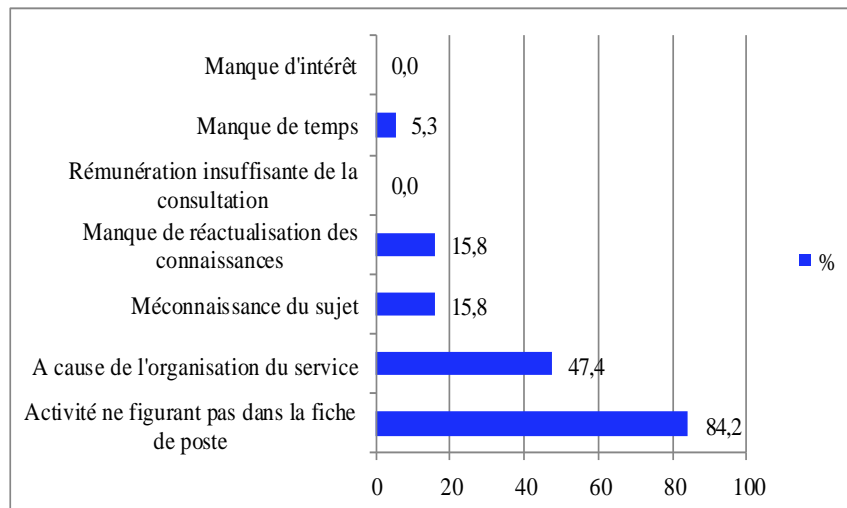
## 2 L'information sur la contraception

### 2.1 Est-ce que les sages-femmes délivrent une information à la contraception auprès des patientes ?

Cent-dix sages-femmes (soit 85,3%) délivrent aux patientes une information à la contraception.

Sur les 19 sages-femmes (soit 14,7%) ne délivrant pas cette information : 17 sont des professionnelles travaillant en clinique privée (soit 65,4% des sages-femmes de clinique privée), et les 2 autres sont des sages-femmes d'hôpital public (soit 3,3% d'entre elles).

### 2.2 Pourquoi certaines sages-femmes ne délivrent-elles pas d'information ?



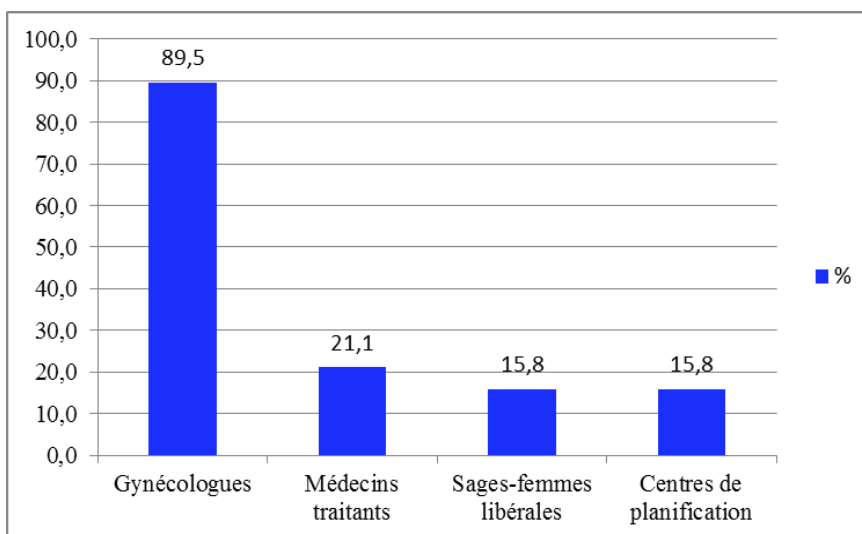
**Figure 5 : Les raisons (invoquées par les sages-femmes) qui empêchent la délivrance d'information à la contraception**

La somme des pourcentages dépasse 100%, car plusieurs réponses étaient possibles.

Les 2 sages-femmes d'hôpital public ont mis en avant le manque de temps et la méconnaissance du sujet et considéraient ces deux raisons comme des barrières pour délivrer cette information.

On perçoit que la majorité des sages-femmes qui ne délivre pas cette information et qui travaille en clinique privée explique que l'organisation du service ne le permet pas et surtout que cette activité ne figure pas dans la fiche de poste.

## 2.3 Vers quels professionnels ces sages-femmes adressent-elles les patientes désireuses d'information sur la contraception?

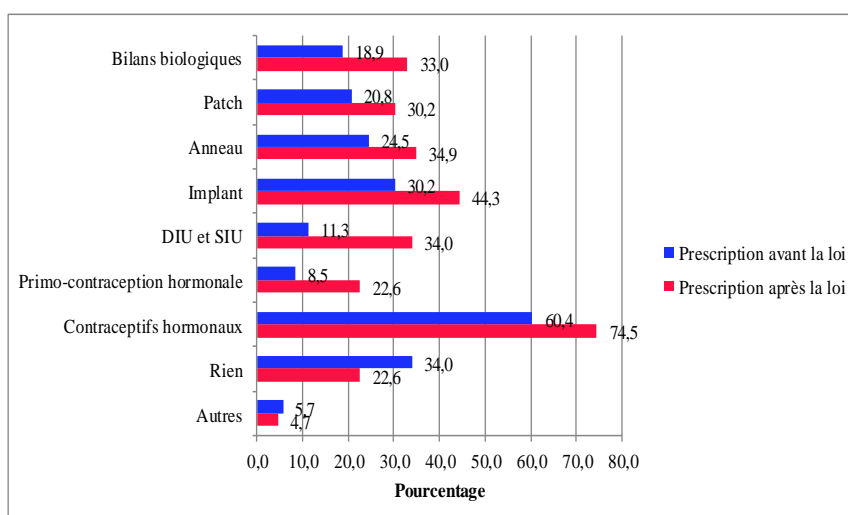


**Figure 6 : Les professionnels vers lesquels les sages-femmes adressent les patientes désireuses d'information sur la contraception**

La somme des pourcentages dépasse 100% car plusieurs réponses étaient possibles.

## 3 La prescription de la contraception

### 3.1 Les prescriptions des sages-femmes en lien avec la contraception avant et depuis la loi HPST



**Figure 7 : Les prescriptions des sages-femmes en lien avec la contraception avant et après la loi HPST**

Parmi les réponses « autres » : une sage-femme prescrivait des diaphragmes, une autre la méthode d'urgence « Norlevo », et une autre préconisait la méthode Billings. Les autres réponses ne sont pas précisées.

Encore 29 sages-femmes ne prescrivent aucun moyen contraceptif :

- 20 sages-femmes de clinique privée (soit 76,9% d'entre elles)
- 6 sages-femmes libérales (soit 15,7% d'entre elles)
- 3 sages-femmes travaillant en structure hospitalière publique (soit 5% d'entre elles)

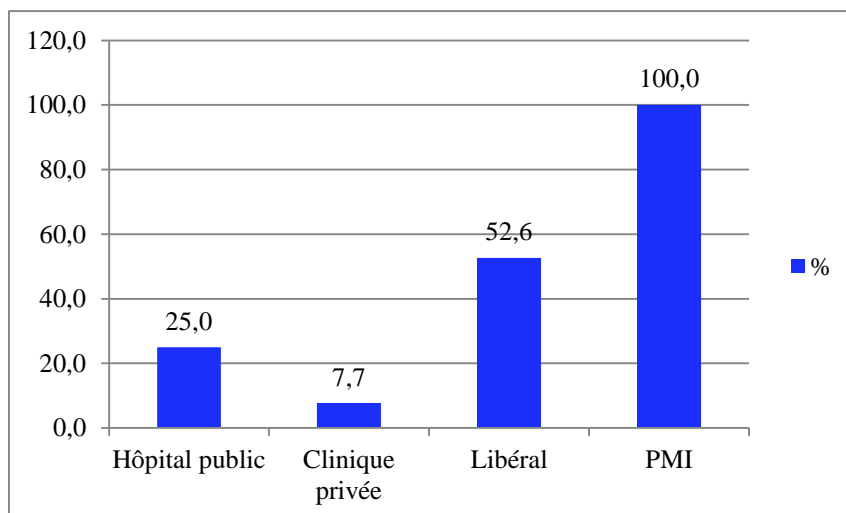
Vingt-trois sages-femmes étaient étudiantes sages-femmes avant juillet 2009. Elles ne sont donc pas concernées par cette question. L'effectif total pour cette question se monte alors à 106 sages-femmes.

Aujourd'hui, parmi ces 23 sages-femmes : 13% ne prescrivent rien, 82,6% prescrivent des contraceptifs hormonaux, 56,5% prescrivent les implants, 47,8% les anneaux, 39,1% prescrivent une primo-contraception hormonale, des DIU ainsi que des patches, et 34,8% des bilans biologiques.

### 3.2 Les sages-femmes posent-elles les stérilets ?

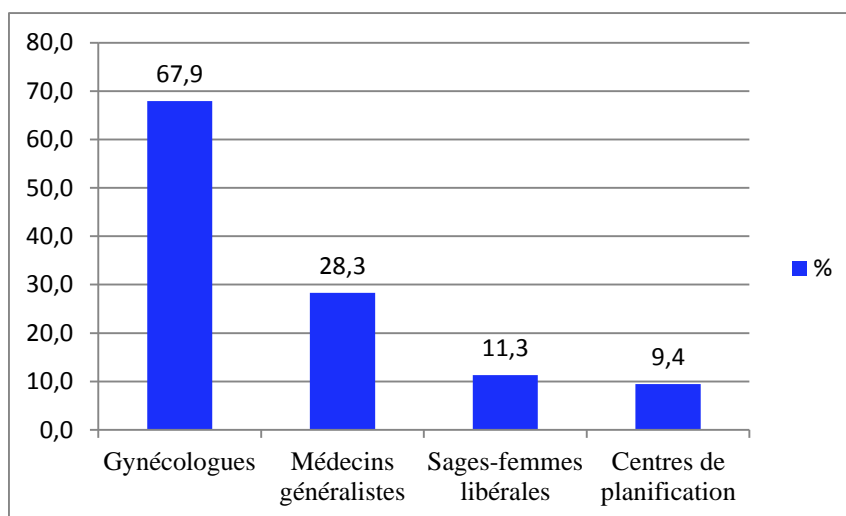
Dix-sept sages-femmes (13,2%) ont été formées à poser les stérilets pendant leurs études. Parmi elles, 13 sages-femmes ont été formées après 2009.

Quarante-deux sages-femmes (32,6%) ont bénéficié d'une formation complémentaire de pose de stérilet.



**Figure 8 : Le pourcentage de sages-femmes s'étant formées de manière complémentaire à la pose de stérilet et réparties en fonction de leur secteur professionnel**

Pour toutes ces professionnelles, cette formation de pose de stérilet a été suivie après la mise en place de loi HPST.



**Figure 9 : Les professionnels qui ont formés les sages-femmes à poser des stérilets**

La somme des pourcentages dépasse 100% car parmi les sages-femmes formées à la pose de stérilets, certaines ont participé à plusieurs formations, menées par différents professionnels.

Aujourd'hui, seulement 4 sages-femmes (soit 3,1%) posent les stérilets. Ce sont des sages-femmes libérales.

Les autres adressent leurs patientes, en grande majorité, vers les gynécologues (89,6%) ou vers leurs médecins traitants (52,0%), les centres de planification (25,6%) ou les sages-femmes libérales (dans 22,4% des cas).

Parmi les sages-femmes n'ayant jamais été formées à la pose de stérilet, 68% souhaiteraient pouvoir bénéficier d'une formation spécifique.

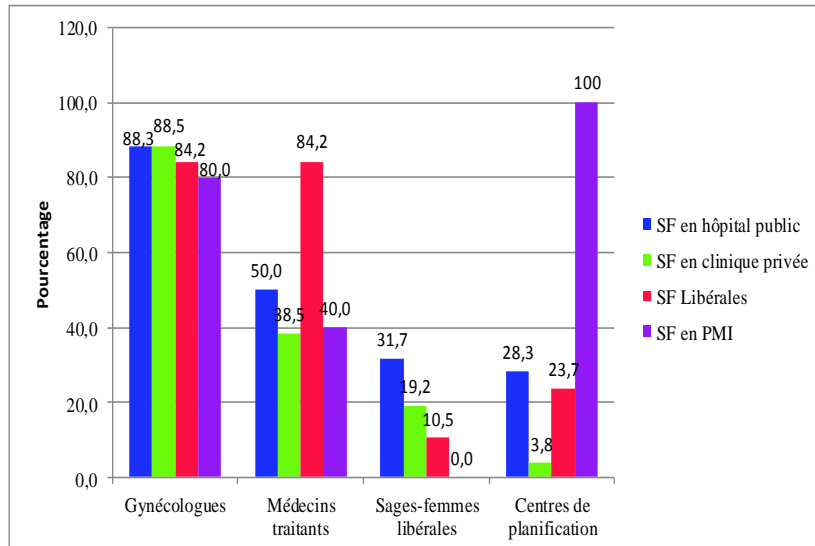
Les autres (32%) n'en éprouvent pas le besoin. Ces sages-femmes sont hospitalières (53% travaillent à l'hôpital public et 47% en clinique privée) :

- Dix-sept d'entre elles expriment un manque d'intérêt, dû à l'absence d'usage
- Trois sages-femmes expliquent que cette activité ne figure pas dans sa fiche de poste
- Quatre sages-femmes n'ont pas indiqué leurs raisons

### 3.3 Les sages-femmes posent-elles les implants ?

Sept sages-femmes (soit 5,4%) posent des implants. Six, sont des sages-femmes travaillant en hôpital public et, une, est installée en libéral. Elles ont obtenu leur Diplôme d'Etat récemment (trois en 2010, une en 2009, deux en 2005 et une en 2003).

Trois sages-femmes (2,3%) retirent les implants. Elles travaillent toutes les trois en hôpital public et ont toutes eu leur Diplôme d'Etat en 2010. Elles font partie des sages-femmes qui posent les implants.



**Figure 10 : Les professionnels vers qui les sages-femmes adressent leurs patientes désireuses d'un stérilet ou d'un implant, en fonction de leur lieu d'exercice**

La somme des pourcentages dépasse 100% car plusieurs réponses étaient possibles.

Les sages-femmes adressent leurs patientes vers les mêmes professionnels, que ce soit pour une pose de stérilet ou pour une pose d'implant. Nous avons donc regroupé les 2 questions.

On remarque que les sages-femmes de PMI n'adressent pas leurs patientes vers leurs collègues libérales mais elles privilégient, toutes, les CPEF. Ce qui est l'inverse des sages-femmes travaillant en clinique privée qui ne sont que 3,8% à adresser leurs patientes en CPEF.

A noter que les sages-femmes libérales sont 10,5% à adresser leurs patientes chez une autre collègue formée.

### 3.4 La surveillance de contraception par les sages-femmes

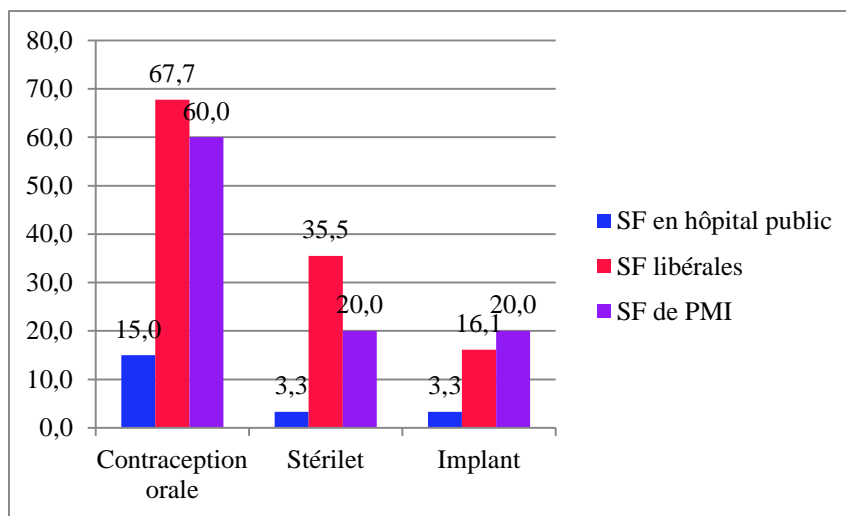


Figure 11 : Le suivi contraceptif par les sages-femmes en pourcentage

Aucune sage-femme de clinique n'effectue la surveillance de contraception.

Un quart des sages-femmes pratiquent la surveillance de contraception orale.

Onze pour cent des sages-femmes (10,9%) effectuent la surveillance de contraception par stérilet. Ce sont en grande majorité (78,5%) des sages-femmes libérales.

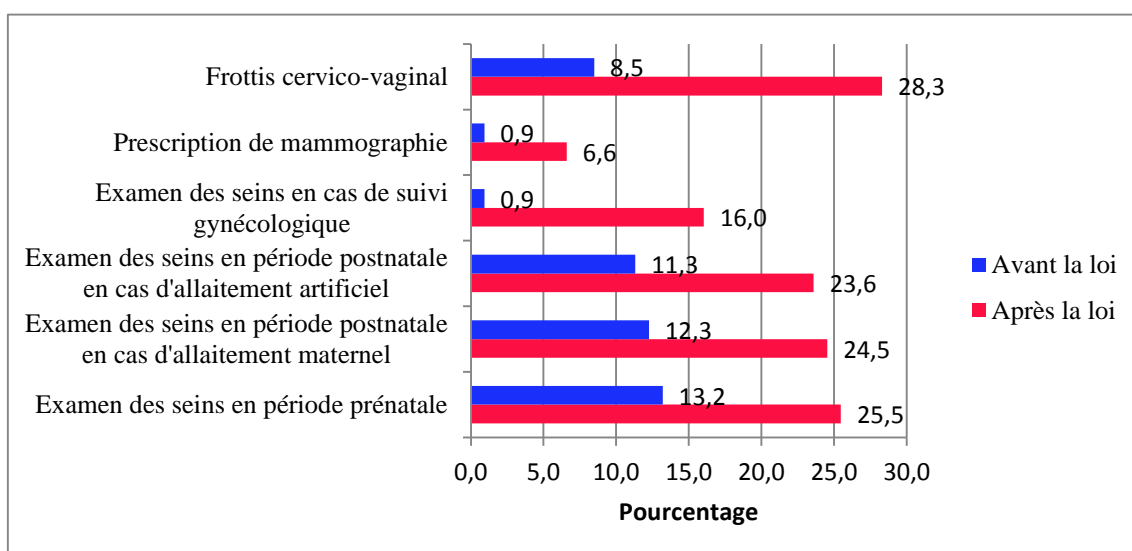
Peu de sages-femmes (6,2%) effectuent la surveillance d'implant.

## 4 Le suivi gynécologique de prévention

### 4.1 Les sages-femmes effectuent-elles le suivi gynécologique de prévention ?

Vingt-trois sages-femmes étaient étudiantes sages-femmes avant juillet 2009. Elles ne sont donc pas concernées par ces questions. L'effectif total pour ces questions se monte alors à 106 sages-femmes.

Parmi les sages-femmes diplômées avant 2009, 18 sages-femmes (soit 17%) pratiquaient un suivi gynécologique de prévention avant la loi HPST. Elles sont aujourd'hui 45,3% à l'effectuer.



**Figure 12 : Le suivi gynécologique de prévention pratiqué par les sages-femmes diplômées avant 2009(en pourcentage) avant et depuis la loi HPST**

La somme des pourcentages dépasse 100% car plusieurs réponses étaient possibles.

Parmi les sages-femmes diplômées depuis 2009, seulement 14 effectuent un suivi gynécologique de prévention (soit 60,9% d'entre elles) : 92,8% effectuent des FCV, 7,1% prescrivent des mammographies, 42,9% effectuent un examen des seins chez les patientes en cas de suivi gynécologique, 85,7% effectuent cet examen en période postnatale en cas d'allaitement artificiel, toutes le font en cas d'allaitement maternel, et 57,1% l'effectuent pendant la période prénatale. Ces 14 sages-femmes travaillent à l'hôpital public.

Au total, parmi toutes les sages-femmes ayant répondu à notre questionnaire, 48,1% effectuent aujourd'hui un suivi gynécologique : 33,3% effectuent des FCV, 31% effectuent un examen des seins en période postnatale en cas d'allaitement maternel, 28,7% l'effectuent en cas d'allaitement artificiel, 27,1% en période prénatale, 17,8% en cas de suivi gynécologique, et 6,2% des sages-femmes prescrivent aujourd'hui des mammographies.

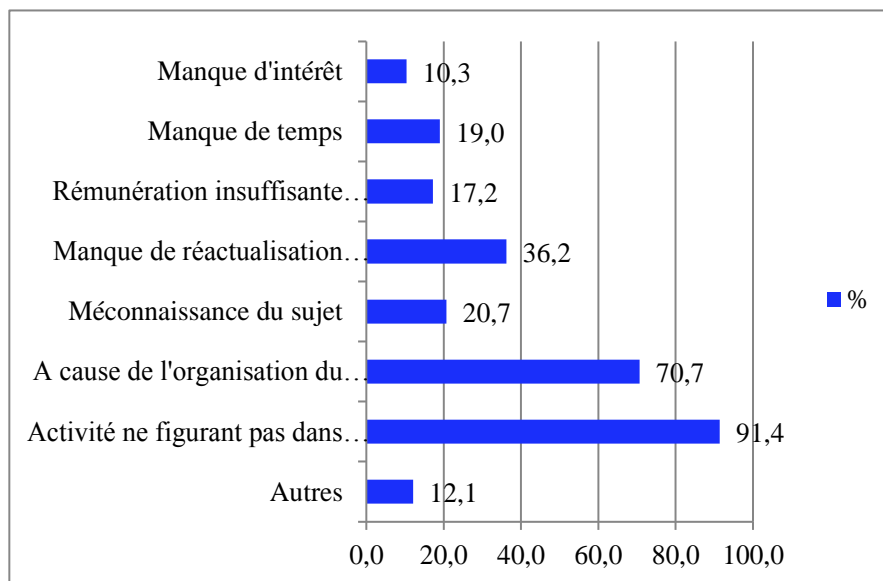
#### **4.2 Les sages-femmes libérales ont-elles mises en place des consultations spécifiques de gynécologie et de contraception ?**

Les sages-femmes libérales sont 26,3% à avoir mis en place des consultations spécifiques en gynécologie et en contraception. Ces consultations ont toutes vu le jour depuis la loi HPST. Pourtant elles sont 60% à avoir rencontré des problèmes à ces mises en place : dans la moitié des cas, par manque de formation et dans l'autre moitié, elles soulignent l'ignorance de leurs

nouvelles compétences par les patientes. Une sage-femme travaillant en maison médicale se sent mal à l'aise vis-à-vis de son collègue médecin d'assurer ce type de consultation.

### 4.3 Pourquoi plus de la moitié des sages-femmes ne pratiquent pas de suivi gynécologique de prévention ?

L'histogramme suivant met en évidence les raisons pour lesquelles 51,9% des sages-femmes ayant répondu à notre questionnaire ne pratiquent toujours pas de suivi gynécologique de prévention.

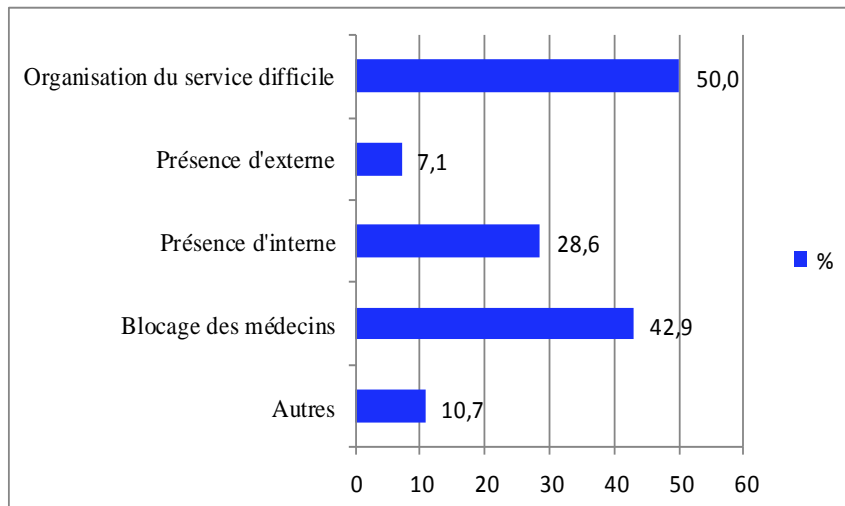


**Figure 13 : Les raisons invoquées par les sages-femmes qui ne pratiquent pas de suivi gynécologique de prévention**

Nous n'avons pas retrouvé de différences significatives entre les secteurs d'activité des sages-femmes, hormis le fait que l'item « rémunération insuffisante de la consultation » ne pouvait s'appliquer qu'aux sages-femmes libérales.

Parmi les raisons « autres » : trois sages-femmes évoquent le fait qu'elles n'ont pas de demande de la part des patientes, deux autres disent travailler en salle de naissance uniquement et qu'elle ne peuvent donc pas faire ce suivi. Une sage-femme travaillant en maison médicale exprime le fait qu'elle ne désire pas détourner les patientes des médecins travaillant avec elle.

La moitié des sages-femmes (52,8%) ont éprouvé des difficultés à mettre en place ces suivis.



**Figure 14 : Difficultés rencontrées par les sages-femmes pour mettre en place le suivi gynécologique des patientes**

Parmi les réponses « autres », une sage-femme souligne l'ignorance des compétences de sa profession par le public, une sage-femme libérale se dit mal à l'aise d'effectuer ce suivi vis-à-vis des gynécologues avec qui elle travaille en maison médicale, et une sage-femme travaillant en PMI dit recevoir des réticences de la part de ses responsables, pour l'achat de spéculum.

Plus de la moitié des sages-femmes (65,9%) considèrent que la demande de suivi de contraception ainsi que la demande de suivi gynécologique auprès des sages-femmes n'a pas augmenté depuis la loi HPST. Ce sont les mêmes professionnelles qui ont répondu négativement à ces deux questions.

Effectivement, 76,9% des sages-femmes de clinique, 70% des sages-femmes de l'hôpital public, 60% des sages-femmes de PMI, ainsi que 52,6% des sages-femmes libérales n'ont observé aucune évolution dans la demande des patientes depuis la loi HPST.

Dix sages-femmes (soit 7,75%) ne se prononcent pas.

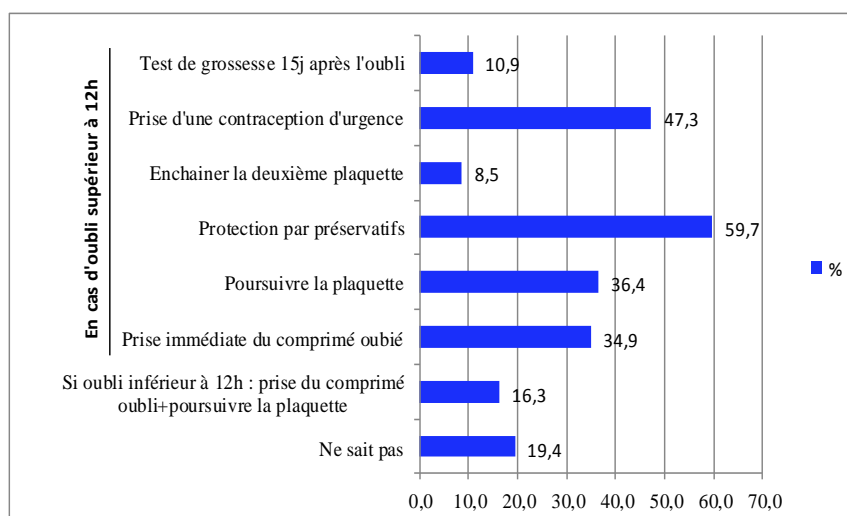
## 5 La formation des sages-femmes

### 5.1 Les contraceptifs que les sages-femmes prescrivent à une accouchée qui n'allait pas et qui ne présente pas de facteurs de risque à la sortie de la maternité

Parmi les sages-femmes ayant répondu à notre enquête :

- Cent-sept sages-femmes (82,9%) prescrivent des pilules oestroprogestatives. Parmi elles, 91,6% débutent cette contraception à « J22 », ou « à l'arrêt du Bromokin® ou du Vasobral® ». Les autres n'ont pas précisé leur réponse.
- Quatre-vingt-dix-neuf sages-femmes (76,7%) prescrivent parfois l'implant. La majorité d'entre elles (85,9%) savent qu'il peut être posé dès la sortie de la maternité.
- Quatre-vingt-treize sages-femmes (72%) prescrivent des pilules microprogestatives. Parmi elles, 52,6% les débutent à J22. Pourtant, elles sont à débiter dès J3 ou J10 (comme le précisent 32,3% d'entre elles).
- Soixante et onze sages-femmes (55%) prescrivent quelquefois l'anneau. Seulement 5 d'entre elles conseillent de débiter ce moyen contraceptif après 2 mois. La plupart (89,6%) le font débiter dès J21, et ne prennent donc pas en compte le risque infectieux.
- Il arrive à 16 sages-femmes (12,4%) de conseiller une contraception locale. Pour trois d'entre elles, « c'est l'idéal ».

## 5.2 La conduite à tenir en cas de décalage ou d'oubli de prise de pilule



**Figure 15 : La conduite à tenir selon les sages-femmes en cas d'oubli ou de décalage de la prise de pilule**

Cette question ouverte nous permettait d'appréhender les connaissances des sages-femmes concernant la conduite à tenir par la patiente en cas de décalage ou d'oubli de la prise de pilule.

Parmi les 71 sages-femmes ayant pensé à la protection locale par préservatif :

- 1/3 d'entre elles ne précisent pas la durée de cette protection
- 1/3 conseillent cette protection jusqu'à la fin du cycle
- 1/3 mentionnent le préservatif pendant 7 jours

Seulement 9% des sages-femmes qui ont mentionné la contraception d'urgence dans leur conduite à tenir, précisaient « seulement en cas de rapport sexuel non protégé dans les 5 jours précédant l'oubli ». Les autres sages-femmes ont oublié de noter cette précision, ou alors, elles prescrivent cette contraception d'urgence systématiquement.

La moitié des sages-femmes ayant indiqué que la plaquette suivante était à enchaîner, n'ont pas précisé « si l'oubli advient lors des 7 derniers comprimés de la plaquette ».

Au total, seulement 6 sages-femmes (4,6%) prodiguent les bons conseils.

### 5.3 Les sages-femmes ont-elles recherché à compléter leur formation initiale concernant la contraception et le suivi gynécologique?

Seulement 28,7% des sages-femmes considèrent avoir les compétences nécessaires pour pouvoir effectuer un suivi gynécologique de prévention avec les ajouts qu'apporte la loi : soit, 34,2% des sages-femmes libérales, 30% des sages-femmes travaillant en hôpital public, 20% des sages-femmes de PMI et 19,2% des sages-femmes travaillant en clinique privée.

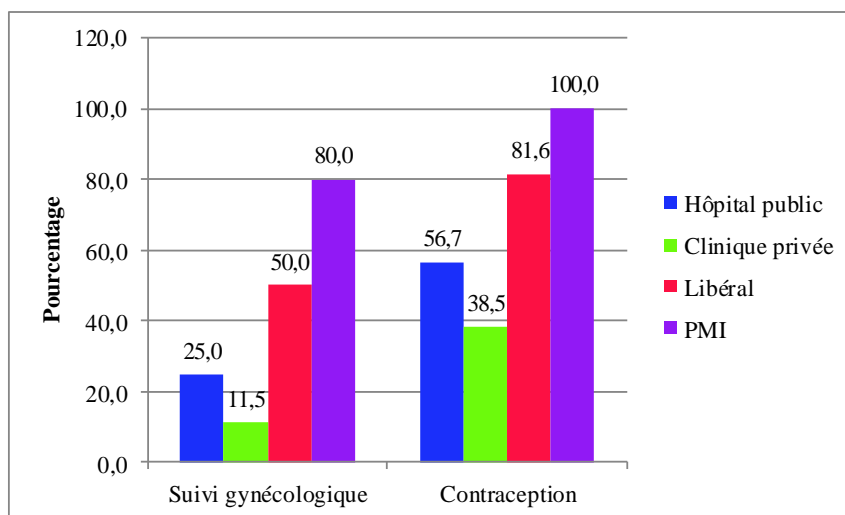
Pour les  $\frac{3}{4}$  d'entre elles (75,6%), cette formation a eu lieu après la loi HPST. Deux sages-femmes ont bénéficié d'une telle formation avant et après la loi.

Sept sages-femmes (soit 5,4%) n'ont pas répondu à ces questions.

Les sages-femmes sont 57,4% à avoir complété leur formation initiale sur la contraception (donc deux fois plus que celles qui ont bénéficié d'une formation concernant le suivi gynécologique).

Pour près de la moitié d'entre elles (46%), cette formation a eu lieu après la loi HPST. Certaines (18,9%) ont bénéficié de cette formation, avant et après la loi.

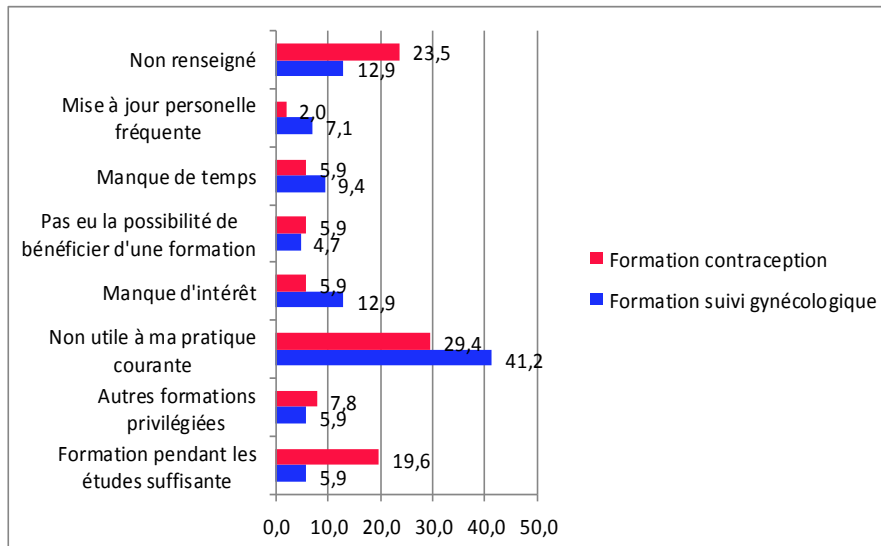
On ne trouve pas de différence significative de motivation des sages-femmes à se former en fonction de leur expérience professionnelle (sauf les professionnelles diplômées depuis 2009 qui ne souhaitent pas de formation complémentaire dans l'immédiat).



**Figure 16 : La formation complémentaire concernant le suivi gynécologique et la contraception suivie par les sages-femmes, suivant leur lieu d'exercice**

#### 5.4 Pourquoi certaines sages-femmes n'ont pas voulu se former ?

L'histogramme ci-après indique les raisons qui expliquent pourquoi 65,9% et 39,5% des sages-femmes n'ont pas recherché à compléter leur formation concernant, respectivement, le suivi gynécologique et la contraception.

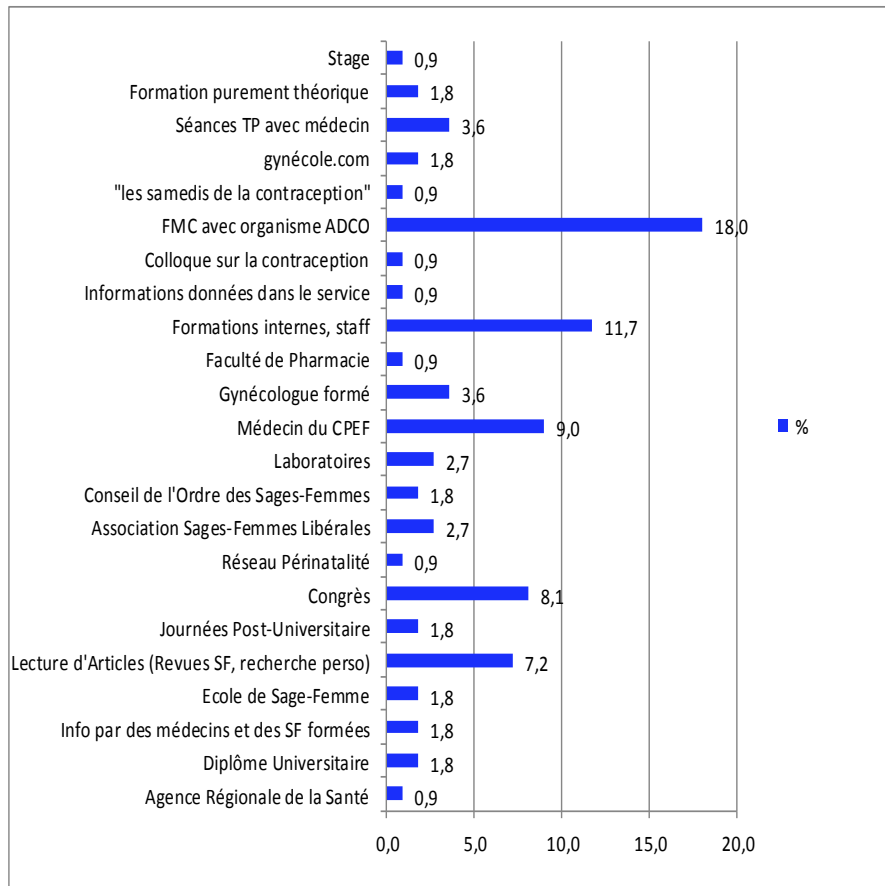


**Figure 17 : Les raisons qui ont empêché les sages-femmes à compléter leur formation initiale concernant le suivi gynécologique et la contraception**

Parmi les sages-femmes ne s'étant pas formées au suivi gynécologique de prévention, 41,2% considèrent que cela ne leur est pas utile dans leur pratique courante.

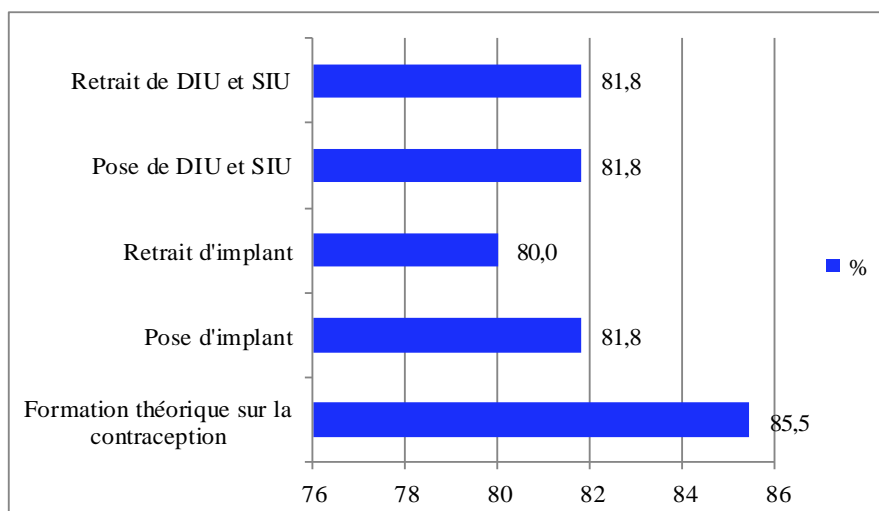
Les sages-femmes n'ayant pas bénéficié de formation complémentaire concernant la contraception n'en éprouvent pas le besoin dans leur pratique courante pour 29% d'entre elles et 20% expliquent que leur formation initiale pendant leurs études est suffisante (ce sont toutes des sages-femmes diplômées depuis 2009).

## 5.5 De quelle manière certaines sages-femmes ont-elles complété leur formation initiale ?



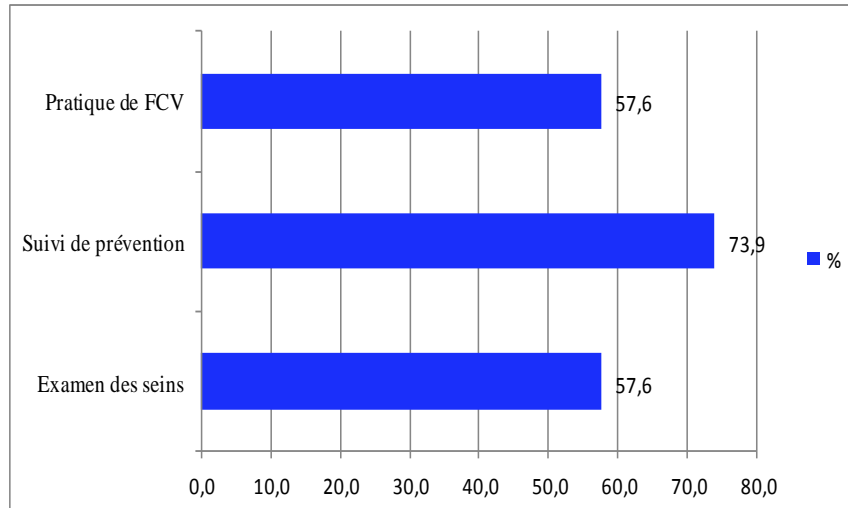
**Figure 18 : La manière dont les sages-femmes se sont formées en matière de contraception et de suivi gynécologique**

## 5.6 Quelle formation souhaiteraient les sages-femmes en matière de contraception et de suivi gynécologique ?



**Figure 19 : Les souhaits de formations des sages-femmes sur la contraception**

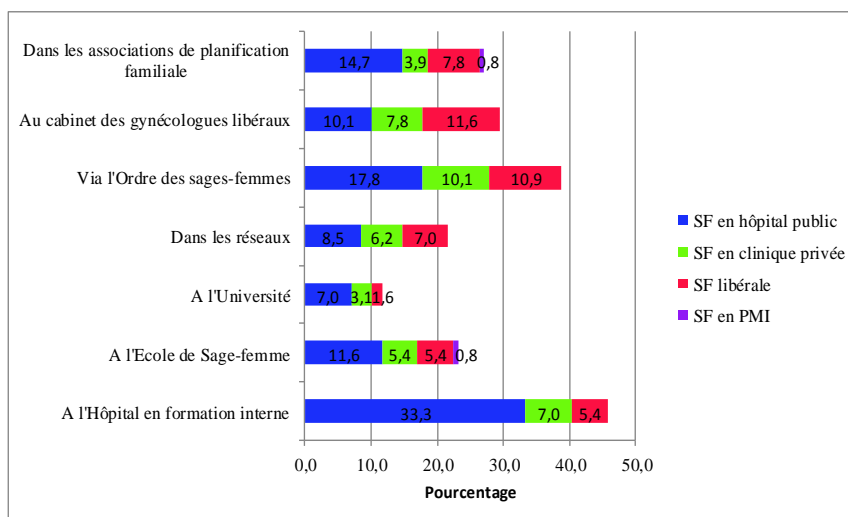
On remarque que les sages-femmes sont très demandeuses de participer à des formations concernant la contraception, puisqu'entre 80 et 85 % des sages-femmes non formées le souhaitent. Il n'y a pas de différence significative suivant leur lieu d'exercice.



**Figure 20 : Les souhaits de formations des sages-femmes sur le suivi gynécologique**

Il n'y a pas de différence significative suivant le secteur d'activité des sages-femmes.

### 5.7 Dans quel cadre souhaiteraient-elles être formées ?



**Figure 21 : Le cadre de formation souhaité par les sages-femmes suivant leur lieu d'exercice**

Les sages-femmes souhaitant une formation universitaire sont des sages-femmes diplômées depuis 2002 dans 70,4% des cas. Parmi celles qui aimeraient une formation à l'école de sage-femme, elles sont 66,6% à avoir fait 5 ans d'étude.

## **6 L'impact de ces nouvelles compétences selon les sages-femmes**

### **6.1 Ces nouvelles compétences ont-elles permis un contact amélioré avec les patientes ?**

37,2% des sages-femmes ayant répondu à notre questionnaire ont l'impression que les nouvelles compétences apportées à la loi HPST ont permis un contact amélioré avec les patientes : cela correspond à 80% des sages-femmes de PMI ayant répondues à notre enquête, 57,9% des sages-femmes libérales, 26,6% des sages-femmes travaillant en hôpital public et 16,6% des sages-femmes de clinique privée. On note que toutes les sages-femmes libérales ayant mis en place des consultations spécifiques en suivi gynécologique et en contraception ont cette même impression.

Presque la moitié des sages-femmes (48%) n'a observé aucune différence et 19 sages-femmes (soit 14,7%) n'ont pas répondu à cette question.

### **6.2 Ont-elles permis un meilleur suivi des femmes ?**

Vingt-quatre sages-femmes (soit 18,6%) ont été amenées, depuis cette loi, à suivre des patientes qui n'avaient pas de suivi régulier au préalable : soit 60% des sages-femmes de PMI, 42,1% des sages-femmes libérales et seulement 6,2% des sages-femmes hospitalières et 3,3% des sages-femmes de clinique privée.

73,6% des sages-femmes n'ont pas vu la différence, 5,4% ne savent pas et 2,3% n'ont pas répondu.

### **6.3 Ont-elles permis une meilleure reconnaissance de la profession de sage-femme ?**

Depuis l'acquisition de ces compétences, les sages-femmes, pour plus de la moitié (57,4%) ne se sentent pas plus reconnues dans leur métier :

- Onze sages-femmes soulignent que « l'organisation du service ne leur permet pas d'exercer ces compétences »
- Pour dix sages-femmes : « l'acte et la consultation ne sont pas côtés correctement »
- Sept sages-femmes disent qu' « il n'y a pas de demande de la part des patientes car les femmes ne connaissent pas les nouvelles compétences »
- Cinq sages-femmes estiment que « les médecins généralistes les voient dorénavant comme des concurrentes »

- Quatre sages-femmes trouvent absurde le fait qu'elles ne puissent « pas interpréter les résultats biologiques et donc renvoyer les femmes vers leur médecin traitant » (le questionnaire ayant été rendu avant la modification de cette loi en décembre 2011)
- Trois sages-femmes considèrent qu' « elles n'ont pas fait ce métier pour avoir ces compétences, que cela ne les concerne pas »
- Une sage-femme pense que « c'est surtout un moyen de faire des économies à la Sécurité Sociale »
- Une sage-femme précise que « sa pratique reste inchangée car, travaillant en milieu hospitalier, elle prescrivait déjà sous couvert du médecin »

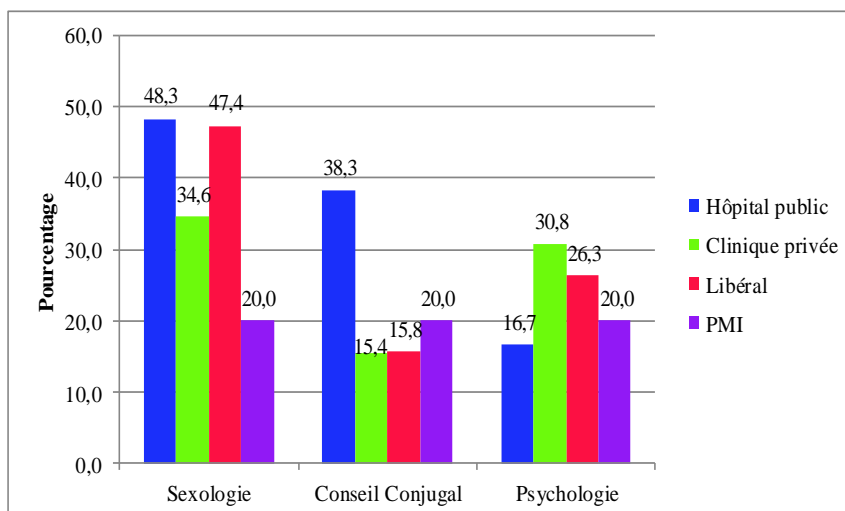
27,9% de ces professionnelles se sentent, au contraire, valorisées depuis cette loi. Cela correspond à 42,1% des sages-femmes libérales ayant répondu à notre enquête, 21,9% des sages-femmes travaillant en hôpital public, 20% des sages-femmes de PMI et à 16,6% des sages-femmes de clinique privée.

- Neuf sages-femmes se disent « plus reconnues par les patientes »
- Cinq sages-femmes considèrent que « la prise en charge des patientes étant plus globale et plus continue est meilleure »
- Trois sages-femmes se trouvent « plus reconnues auprès des médecins »
- Deux sages-femmes considèrent que c'est « la médiatisation autour de cette loi qui a permis une meilleure reconnaissance » de leur profession
- Deux sages-femmes pensent que « c'est encore trop tôt pour percevoir la différence, mais que les changements d'habitude se feront au fur et à mesure que les compétences des sages-femmes vont se faire connaître auprès du public »
- Une sage-femme récupère des patientes qui lui sont adressées par « Cap Santé 49 » pour du suivi gynécologique
- Une sage-femme s'exprime : « Après un premier étonnement au sujet des compétences des sages-femmes, les patientes apprécient de revenir nous voir. Je travaille en milieu rural et nous sommes perçues comme des professionnelles de proximité, parfois d'un abord plus facile qu'avec les médecins traitants sur ce sujet-là. »

Dix-neuf sages-femmes (soit 14,7%) n'ont pas répondu à cette question.

#### 6.4 Les sages-femmes ont-elles un désir de s'investir dans d'autres formations complémentaires ?

44,2% des sages-femmes souhaiteraient pouvoir bénéficier prochainement d'une formation complémentaire en sexologie, 26,4% en conseil conjugal et 22,5% en psychologie.



**Figure 22 : Les souhaits de formations complémentaires futures pour les sages-femmes en fonction de leur lieu d'exercice**

*Quatrième*

*partie :*

*Discussion*

# DISCUSSION

## 1 Intérêts et limites de l'étude

### 1.1 Les intérêts de l'étude

Cette enquête qui se veut être un état des lieux sur ce nouveau champ de compétences des sages-femmes vis-à-vis de la contraception et du suivi gynécologique a été réalisée un peu plus de deux ans après l'application de la loi HPST de juillet 2009.

Elle a ainsi le mérite d'explorer la réalité de l'exercice de ces professionnelles, avec du recul. A présent, on peut penser qu'elles ont eu le temps de s'approprier ces nouvelles compétences.

### 1.2 Les limites de l'étude

La limite principale de cette étude est le faible taux de réponse. Bien que traitant d'un sujet d'actualité pour la profession de sage-femme, seules 129 d'entre elles sur les 248 contactées ont répondu, soit un taux de participation de 52,0%.

Des passages réguliers au sein des maternités ont été réalisés pour améliorer ce taux de réponse. Des appels téléphoniques ont également permis de relancer les sages-femmes libérales et de PMI (à cause de l'anonymat des questionnaires et afin d'éviter les biais de sélection, deux appels ont été effectués chez chaque sage-femme grâce au numéro de téléphone indiqué dans les pages jaunes).

De plus, seules les sages-femmes volontaires ont participé à cette enquête. On peut penser que celles qui sont le moins à l'aise avec le sujet ont souhaité moins s'exprimer.

Le défaut de participation à ce questionnaire peut s'expliquer de deux manières : soit par un manque d'intérêt des sages-femmes pour le sujet, soit au contraire, la question susceptible de remettre en cause leurs pratiques et/ou leurs compétences les rend mal à l'aise.

La période d'étude, étalée sur plusieurs mois, a cependant permis de réduire le biais de sélection lié à l'absence des sages-femmes (pendant des périodes de congés, par exemple).

### 1.3 La qualité des résultats obtenus

Le remplissage des questionnaires était satisfaisant ; tous ont été exploités.

## 1.4 La présentation d'une autre étude [annexe n°6]

Une étude a également exploré la réalité de l'exercice des sages-femmes en matière de contraception et de suivi gynécologique de prévention sur une population importante de sages-femmes. Effectivement, l'enquête interrégionale menée par le Conseil InterRégional du secteur 2 (CIR 2) du 27 mai au 27 juin 2010, a été réalisée auprès des 3755 sages-femmes du secteur 2 inscrites à l'Ordre des Sages-Femmes au 1er janvier 2010, quelle que soit leur structure d'exercice. Nous allons nous appuyer sur cette étude pour comparer nos résultats respectifs.

## 2 Analyse des résultats obtenus

### 2.1 Le profil des sages-femmes

#### 2.1.1 Le genre

Notre étude ressort que 10 hommes (7,8% des sages-femmes) ont répondu à l'enquête. Ils sont surreprésentés dans notre étude, car les sages-femmes hommes ne représentent que 1,83% des effectifs nationaux de cette profession, selon la DRESS (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) [24].

Ils sont tous diplômés de moins de 5 ans. En effet, la législation autorise depuis 1982, l'entrée des hommes dans les écoles de sages-femmes en France. Cependant, la masculinisation de notre profession s'est accélérée depuis la sélection par les études de médecine en 2001. Nous n'avons pas jugé nécessaire de différencier nos résultats selon le genre des professionnels.

#### 2.1.2 L'âge

Notre histogramme met en valeur **qu'une grande proportion de sages-femmes jeunes a répondu à notre enquête**. Effectivement, 38% des sages-femmes sont âgées de moins de 30 ans. Parmi elles, 7% des sages-femmes ont moins de 25 ans.

Notre population n'est pas représentative des sages-femmes de France, car ces professionnelles n'étaient que 17,2% à avoir moins de 30 ans et seulement 2,3% moins de 25 ans en 2010 [24].

Nous pouvons soumettre l'hypothèse que les jeunes sages-femmes dont les préoccupations étudiantes sont récentes sont plus sensibles à répondre aux enquêtes. Elles sont aussi peut-être plus à l'aise concernant ce sujet...ce qui encourage plus à rendre le questionnaire.

### **2.1.3 L'expérience professionnelle**

L'expérience professionnelle (en fonction de l'année d'obtention du Diplôme d'Etat) tend aussi à confirmer cette observation. En effet, il n'est pas étonnant de constater, en comparaison avec l'âge de notre population, que 42,6% des sages-femmes sont diplômées depuis moins de 9 ans et qu'elles ont été formées par le programme des études de sages-femmes de 2001 (que nous détaillerons par la suite), dans lequel, la contraception tient une place plus importante que dans les programmes précédents. De plus, de récents contraceptifs étaient intégrés dans cette formation initiale (ex : anneaux, patch, implant, contraceptions d'urgence...), tandis que les professionnelles diplômées avant 2001 ont découvert ces contraceptifs au fur et à mesure de leur apparition, grâce à la formation médicale continue.

### **2.1.4 Le mode d'exercice**

Quasiment la moitié des sages-femmes de notre étude travaille en hôpital public (46,5%). Elles sont 29,5% en libéral, 20,2% en clinique et seulement 3,9% en PMI. Par rapport à l'échelle nationale, **les sages-femmes travaillant en hôpital public sont sous représentées**. En France, elles sont 56,9% à y exercer. En revanche, **la population libérale est surreprésentée**, car en 2010, elles n'étaient que 17,2% à travailler en libéral, au niveau national [24].

Il faut cependant mettre en parallèle du lieu d'exercice, l'expérience professionnelle de ces sages-femmes.

En effet, nous constatons que la majorité des sages-femmes qui exerce dans les établissements publics hospitaliers est jeune et avec peu d'expérience. Les sages-femmes ayant moins de 4 années d'exercice professionnel sont 69,6% à y exercer (les autres travaillant en clinique privée). Elles ne sont plus que 18,5% après 27 ans d'exercice.

Effectivement, c'est surtout après 10 ans d'exercice professionnel que les sages-femmes se tournent vers d'autres modes d'exercice. Une grande partie exerce en cabinet libéral (jusqu'à 51,9% des sages-femmes qui ont plus de 27 ans d'expérience professionnelle, alors qu'aucune n'y travaille avec moins de 4 ans d'expérience) et une minorité travaille en PMI.

Le taux de sages-femmes travaillant en clinique privée reste stable (autour de 15%) avec les années d'exercice, hormis chez les sages-femmes récemment diplômées où il est deux fois plus élevé.

## 2.2 L'information sur la contraception

**Les sages-femmes interrogées pour notre enquête délivrent, en grande majorité (85,3%), une information en matière de contraception auprès des patientes.** Si la totalité des sages-femmes libérales et de PMI de notre département et quasiment la totalité des sages-femmes d'hôpital public informent les patientes, **elles sont 65,4% des sages-femmes de clinique privée à ne pas le faire.** Elles expliquent que l'organisation du service ne le permet pas (47,4%) et surtout que cette activité ne figure pas dans leur fiche de poste (84,2%). En effet, dans ces structures hospitalières privées, il est commun que les sages-femmes ne changent pas de secteur d'activité. Beaucoup d'entre elles ont, effectivement, précisé qu'elles travaillent uniquement en salle de naissance et qu'elles ne « tournent » pas dans différents services. Considèrent-elles alors qu'en salle de naissance, le moment n'est pas opportun pour délivrer ce genre d'information ? Ou considèrent-elles que cette activité est réservée au gynécologue ?

Nos résultats sont bien plus optimistes que ceux de l'enquête interrégionale du CIR 2 qui montrent que seulement 62,3% des sages-femmes délivrent ce genre d'information. Des sages-femmes de tous les modes d'exercice sont représentées. Le motif principal exprimé est aussi que l'activité ne figure pas dans la fiche de poste (pour 77,8% des professionnelles). L'autre explication qui suit est le manque de compétence et de formation dans ce domaine (pour 65%), sachant qu'aucune corrélation avec la durée d'étude n'a pu être établie pour cette réponse. Pourtant, même avant la loi HPST, elles avaient les compétences pour informer les patientes sur la contraception et pouvaient même prescrire des contraceptifs en post-partum. Seulement 15,8% des sages-femmes ont donné cette explication dans notre étude. Ont-elles été plus nombreuses à avoir bénéficié de formation complémentaire à la contraception ?

## 2.3 La prescription de la contraception dans la pratique des sages-femmes

### 2.3.1 Les prescriptions depuis la loi

Nos résultats concernant les prescriptions de contraception sont plutôt satisfaisants. Nous observons **une réelle augmentation des prescriptions des contraceptifs par les sages-femmes depuis la loi** (les prescriptions de DIU ayant même triplé). Ces résultats sont concordants avec l'enquête du CIR 2. Mais le nombre de sages-femmes qui prescrivent des DIU est supérieur dans notre étude (16,9% des sages-femmes du CIR2 prescrivent des DIU alors que les sages-femmes du Maine-et-Loire sont 34% à en prescrire). Il en est de même pour les implants (22,8% contre 44,3% des sages-femmes du département). Ces différences peuvent s'expliquer par le fait que les deux études ont été menées, dans des régions

différentes, et surtout, à plus d'un an d'intervalle. Entre temps, les professionnelles ont pu suivre des formations complémentaires.

### **2.3.2 L'influence de la formation initiale vis-à-vis de la prescription de contraceptifs par les sages-femmes**

Nous constatons tout de même que **les sages-femmes diplômées depuis 2009 prescrivent plus de contraceptifs que leurs collègues**. Afin d'établir les causes d'un tel constat, nous nous sommes tournés vers la formation initiale en contraception que reçoivent les sages-femmes au cours de leurs études.

Le programme des études de sages-femmes est fixé par l'arrêté du 11 décembre 2001 [25].

Il précise : qu'en 1ère phase, 60 heures de cours doivent être consacrées à la gynécologie (soit 5,8% du temps d'apprentissage théorique). En 2ème phase, 78 heures sont attribuées à la gynécologie (soit 10% des apprentissages théoriques) : la contraception et l'IVG devant être développées. De plus, des plages horaires de pharmacologie sont dédiées aux contraceptifs.

La mise en pratique de ces acquis théoriques se fait lors de stages en consultations de planification familiale et en PMI (cela représente 11,8% du temps de stage en 2ème phase). Sans oublier, bien sûr, que cet apprentissage peut également se faire dans d'autres services, notamment en suites de couches.

La formation semble donc accorder une place à la contraception. Cependant, tous ces aspects peuvent être plus ou moins développés.

Mais, même si ce programme a été établi en 2001, les écoles de sages-femmes ne sont, en général, pas restées indifférentes face à l'évolution de nos compétences depuis 2009. Effectivement, six écoles des huit questionnées pour le mémoire de M.Paulin [26], ont effectuées des changements suite à la loi HPST, afin d'évoquer la contraception de manière plus approfondie.

Cela peut donc expliquer pourquoi les jeunes diplômées sont plus à l'aise à prescrire des contraceptifs que leurs collègues plus expérimentées.

Un nouveau référentiel de formation élaboré dans le cadre du processus de Bologne (Licence, Master, Doctorat) a modifié le programme de formation initiale des sages-femmes pour la rentrée 2011-2012 (ce référentiel a été validé le 4 juin 2009 par le conseil de perfectionnement).

Cet arrêté qui fixe le programme de nos études suit les évolutions de la nouvelle législation dans ce domaine afin d'approfondir et élargir les thèmes abordés dans le but que toute sage-femme diplômée soit désormais en mesure de prescrire une contraception tout au cours de la vie génitale de la femme.

### **2.3.3 La prescription de contraceptifs par les sages-femmes exerçant en clinique privée**

On note tout de même que **76,9% des sages-femmes qui travaillent en clinique privée ne prescrivent toujours pas de contraceptifs.**

Dans ces structures où le gynécologue exerce une activité libérale et donc payée à l'acte, on peut s'interroger : les sages-femmes travaillent-elles davantage comme « exécutantes » des prescriptions du médecin ? Utilisent-elles réellement leur droit de prescription propre à leurs compétences ? Effectivement, la sage-femme qui, elle, est salariée de la clinique fait donc partie du "plateau technique" mis à disposition du gynécologue qui vient y exercer. En clinique, les sages-femmes qui travaillent en suites de couches n'assurent que la surveillance des patientes. C'est le médecin qui, en général, fera l'examen de sortie et les prescriptions de «sa» patiente.

### **2.3.4 La pose d'implant et de DIU**

Aujourd'hui, 5,4% des sages-femmes ayant répondu à notre enquête posent les implants et moins de la moitié d'entre elles (2,3% de notre population) les retirent. Ce sont quasiment toutes des sages-femmes travaillant en hôpital public, récemment diplômées. Nos résultats sont plus optimistes que ceux du CIR 2 pour qui 1,6% des sages-femmes posent les implants et 0,6% en retirent. Mais rappelons tout de même que ces professionnelles n'ont pas l'autorisation de l'AMM pour effectuer ces gestes...

Notre étude met également en évidence que 13,2% des sages-femmes ont été formées à poser des DIU durant leurs études (la grande majorité, après la loi HPST). Or, elles sont seulement 4 sages-femmes (3,1%) à en poser aujourd'hui. A l'inverse de l'implant, ce sont toutes des sages-femmes libérales.

On peut expliquer cette différence car on suppose que les sages-femmes qui posent les implants l'effectuent en suites de couche immédiates, et, n'ayant pas l'autorisation de l'AMM, le font sous couvert du médecin. Ce que ne peuvent pas faire les sages-femmes libérales, qui, par contre, sont plus sujettes à revoir les patientes à plus long terme (notamment pour la rééducation périnéale) et peuvent alors leur proposer la pose d'un DIU.

L'enquête réalisée par le CIR 2 montre que 0,63% des sages-femmes posent les stérilets. Tout en corroborant les tendances de notre étude, elle affiche des chiffres plus nuancés : en effet, 1,2% des sages-femmes libérales de leur population posent les DIU, soit deux fois plus qu'en hôpital public et en PMI.

Notre population étant beaucoup moins importante, des variations de seulement quelques individus peuvent entraîner des écarts de résultats prononcés.

Ce taux si faible provient-il d'un manque d'intérêt des sages-femmes ?

### **2.3.5 Comment expliquer ce taux si faible de pose et de retrait de DIU ?**

Nos résultats montrent pourtant que **toutes les sages-femmes de PMI et la moitié des sages-femmes libérales ont bénéficié d'une formation complémentaire à la pose de ces dispositifs**. Elles ne sont que 25% en hôpital public et 7,7% en clinique. Cela montre bien qu'il y a un réel désir des professionnelles libérales ou de PMI de s'investir dans la pose de DIU. Cependant, dans la pratique libérale, aucune cotation spécifique à ces nouvelles compétences n'a été mise en place. Le coût du matériel pour la pose de DIU, le temps nécessaire à l'entretien médical et les responsabilités inhérentes à cet acte ne sont pas pris en compte dans la rémunération des sages-femmes [27]. Cela peut alors expliquer qu'une si faible proportion de sages-femmes pratique ces actes, alors que la moitié s'est formée à la pose de DIU.

Les sages-femmes qui ne souhaitent pas se former (32%) expriment surtout un manque d'intérêt du fait qu'elles n'en ont pas l'usage. Elles proviennent du milieu hospitalier.

Pourquoi les sages-femmes qui travaillent en hôpital public ou en clinique privée ne participent-elles pas à des formations de pose de DIU ? Pourquoi sont-elles 32% à exprimer un manque d'intérêt ?

Depuis la loi HPST, l'organisation des services n'a pas évolué. Effectivement, ces gestes restent toujours réservés aux médecins et aux internes. **Cela ne vient pas majoritairement d'un manque de motivation des sages-femmes puisque 68% des professionnelles non formées souhaiteraient pouvoir bénéficier d'une telle formation**. Le nombre important de professionnels travaillant dans les services peut en être une explication. Les sages-femmes sont suffisamment surchargées par leur activité obstétricale, citée comme « au cœur de leur métier ». De plus, l'hôpital n'a-t-il pas lui aussi un intérêt tout particulier à faire faire ce geste par un médecin plutôt que par une sage-femme? Nous avons vu la différence de tarification

d'une telle consultation en fonction de sa réalisation par un médecin ou par une sage-femme...

Cela donne également des explications sur le fait que **seules, en grande partie, les sages-femmes libérales et de PMI, effectuent de la surveillance de contraception**. Un quart des sages-femmes de notre étude pratiquent la surveillance de contraception orale, 10,9% la surveillance de contraception par stérilet et 6,2% la surveillance d'implant. Tous ces résultats concordent avec ceux de l'enquête interrégionale. Cela reste très peu, mais la loi du 29 décembre 2011 va peut-être améliorer ce constat.

Car on observe un réel intérêt de la part des sages-femmes concernant ce suivi de contraception: surtout **les professionnelles de PMI qui ont toutes suivi une formation complémentaire à la contraception ainsi que 81,6% des libérales. Les sages-femmes travaillant en hôpital public sont plus de la moitié à avoir suivi ce type de formation** (soit deux fois plus que pour le suivi gynécologique). Les professionnelles de clinique privée sont beaucoup moins intéressées par ces formations. Elles expliquent que cela ne leur est pas utile dans leur pratique courante.

**Notre première hypothèse est confirmée : les sages-femmes souhaitent en grande majorité investir ces nouvelles compétences qui s'offrent à elles. Les sages-femmes de clinique privée sont moins motivées, car cela ne leur est pas utile dans leur pratique.**

## 2.4 Les professionnels relais

### 2.4.1 Vers quels professionnels renvoient-elles les patientes désireuses d'information vis-à-vis de la contraception ?

Les sages-femmes de notre étude qui ne délivrent pas d'information à la contraception renvoient, en grande majorité (à 89,5%) leurs patientes vers un gynécologue, 21,1% vers les médecins traitants, et très peu (15,8%) vers leurs collègues libérales ou vers les CPEF. Ces résultats qui sont en corrélation avec l'enquête du CIR 2 montrent que les sages-femmes considèrent avant tout la contraception comme un domaine propre au gynécologue, dans une dimension médicale.

Pourquoi sont-elles si peu à adresser leurs patientes à leurs collègues libérales ?

Nous pouvons nous interroger pour savoir si ces sages-femmes (qui sont en grande majorité des professionnelles de structures hospitalières privées...dans lesquelles le gynécologue est payé à l'acte) ont vu leur rôle évoluer depuis la loi ? Car leur activité professionnelle ne s'étant pas modifiée, on peut se demander si elles ont vraiment pris connaissance de ces nouvelles compétences. Ce qui pourrait alors expliquer pourquoi elles ne renvoient presque pas leurs patientes vers leurs collègues libérales.

Comme le montre l'étude de L. Paty, si l'information que des nouvelles compétences sont attribuées à notre profession semble s'être bien diffusée, seulement 12% des sages-femmes interrogées connaissent l'ensemble du contenu de la loi [28].

Mettre à jour ses connaissances relève des devoirs de la sage-femme. Rappelons que le code de déontologie stipule que : « la sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances ». Surtout qu'elles sont censées avoir eu accès à cette information, notamment via le journal du Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes.

#### **2.4.2 Les professionnels relais concernant la pose de DIU et d'implants**

Les sages-femmes sont également 89,6% à adresser leurs patientes vers un gynécologue pour une pose d'implant ou de DIU. La moitié des professionnelles les renvoient vers un médecin traitant, un quart vers les CPEF et un peu moins vers les sages-femmes libérales (22,4%).

On peut trouver dommage que les sages-femmes hospitalières ou de PMI n'adressent pas plus les patientes vers leurs collègues libérales (d'autant que ces dernières se plaignent de l'ignorance de leurs compétences par les patientes). Cependant, seulement 4 sages-femmes libérales posent les DIU. Peut-être que si elles étaient plus nombreuses à effectuer cet acte, leurs collègues hospitalières ou de PMI adresseraient plus facilement leurs patientes vers elles. Cela aurait ainsi l'avantage de faire connaître nos compétences, et petit à petit permettre aux sages-femmes d'effectuer plus de consultations gynécologiques. Un autre avantage serait de faire faire des économies à la Sécurité Sociale.

Une explication pourrait être dû au fait que, comme nous l'avons vu, ce n'est que depuis le 29 décembre dernier que les sages-femmes ne sont plus obligées de renvoyer leur patientes vers le médecin traitant pour la surveillance et le suivi biologique. Notre étude, et celle du CIR 2 ont été faites avant la promulgation de cette loi. L'incohérence persistant depuis juillet 2009, renvoyer les patientes vers une sage-femme n'avait alors, effectivement pas d'intérêt. Peut-être que cette loi va permettre de faciliter ces relais...

Nous avons perçu que les sages-femmes adressent leurs patientes chez les mêmes professionnels que ce soit pour la pose de DIU ou la pose d'implant...certaines sages-femmes doivent ignorer qu'il existe toujours une ambiguïté concernant la pose d'implant (puisqu'elles y sont autorisées au niveau déontologique mais qu'elles n'ont pas l'autorisation de l'AMM), car certaines adressent tout de même leurs patientes chez des collègues libérales.

On remarque que les sages-femmes de PMI n'adressent pas du tout leurs patientes chez les sages-femmes libérales mais elles privilégient, toutes, les centres de planification. Dans le cadre de leur travail, les sages-femmes de PMI devant sans doute être régulièrement en relation avec les CPEF, elles relayent facilement leurs patientes vers eux. De plus, le fait que les sages-femmes libérales ne posent pas les implants et, très peu, les DIU, peut accentuer ce choix.

A noter que les sages-femmes libérales sont quand même 10,5% à adresser leurs patientes chez une autre collègue formée.

## 2.5 Le suivi gynécologique de prévention

### 2.5.1 Le suivi gynécologique depuis la loi

Avant la loi, les sages-femmes de notre étude étaient 17% à pratiquer du suivi gynécologique de prévention. Elles sont aujourd'hui 48,1% à en effectuer. Ces chiffres sont très optimistes par rapport à l'enquête interrégionale qui a montré que seulement 8,5% des sages-femmes pratiquent ce suivi. Nous expliquons cette grosse différence par le fait que nous avons considéré que l'examen des seins, même en suites de couches, ainsi que la pratique des FCV en consultations prénatales font partie du suivi gynécologique de prévention. L'enquête interrégionale n'a pas pris en compte les sages-femmes qui pratiquaient ces activités dès lors qu'elles ne l'effectuaient pas dans le cadre d'une consultation postnatale ou gynécologique.

Nos résultats prouvent cependant qu'il y a eu une **nette amélioration de ce suivi depuis juillet 2009**. Effectivement, la pratique des FCV a presque été multipliée par 4, sept fois plus de sages-femmes prescrivent aujourd'hui des mammographies, et les examens des seins sont aujourd'hui effectués par deux fois plus de sages-femmes (que ce soit en cas de suivi gynécologique, en période postnatale ou prénatale).

Cette amélioration a été permise de deux manières :

- Par la formation des jeunes diplômées qui exercent depuis 2009 : 60,9% d'entre elles pratiquent ces suivis de prévention aujourd'hui. Elles travaillent toutes en hôpital public.

Comme nous avons vu que les jeunes diplômées de notre étude exercent soit en hôpital public soit en clinique privée, on peut se demander pourquoi celles qui exercent en clinique n'effectuent pas ce suivi. Nous avons vu précédemment que beaucoup de sages-femmes travaillant en clinique ne changent pas de service. Peut-être qu'étant de jeunes diplômées, elles ont été embauchées pour travailler en salle de naissance et n'ont alors pas la possibilité de mettre en pratique ce suivi de prévention.

- Par l'investissement des sages-femmes diplômées avant 2009. Nos résultats montrent que ces professionnelles effectuent beaucoup plus ce suivi depuis la loi HPST. Elles ont donc été sensibles à l'évolution de leurs compétences : une grande majorité de sages-femmes de PMI (80%) et la moitié des sages-femmes libérales ont suivi une formation complémentaire de suivi gynécologique de prévention, surtout depuis la loi HPST. Cela montre une envie de leur part d'investir ces nouvelles compétences, contrairement aux sages-femmes hospitalières qui n'ont peut-être pas l'occasion de les mettre en pratique. Les sages-femmes libérales sont même 26,3% à avoir mis en place des consultations spécifiques de suivi gynécologique et de contraception. Ce taux reste tout de même faible quand on sait que la moitié d'entre elles s'est formée de manière complémentaire.

### **2.5.2 Pourquoi les sages-femmes libérales sont-elles si peu à avoir mis en place des consultations spécifiques de suivi gynécologique et de contraception alors que la moitié s'est formée depuis la loi ?**

Elles expliquent cela par le manque de revalorisation de leurs actes et par le fait que leurs compétences sont encore très mal connues du grand public.

Effectivement plus de la moitié des sages-femmes (65,9%) considèrent que la demande de suivi gynécologique ainsi que la demande de suivi de contraception auprès des sages-femmes n'a pas augmenté depuis la loi HPST. La moitié des sages-femmes libérales fait ce constat, l'autre moitié trouve que cette requête augmente progressivement.

L'ambiguïté de la loi sur le suivi biologique a aussi pu les freiner à mettre en place ce type de consultation.

**Notre troisième hypothèse est partiellement confirmée : la demande de suivi gynécologique et de contraception auprès des sages-femmes reste encore faible.**

### **2.5.3 Les raisons invoquées par les sages-femmes de notre étude qui ne pratiquent pas de suivi gynécologique de prévention**

Ces explications sont les mêmes que celle du CIR 2. Quel que soit leur secteur d'activité, elles expliquent, en grande majorité, que cette activité ne figure pas dans la fiche de poste, que l'organisation du service ne le permet pas, et qu'une réactualisation de leurs connaissances leur manque.

Plus de la moitié des sages-femmes travaillant en équipe pluridisciplinaire dit avoir rencontré des difficultés pour mettre en place ce suivi : l'organisation du service et le blocage des médecins sont les premières raisons avancées. Est-ce vraiment un blocage des médecins ou de la structure hospitalière (comme nous l'avons vu précédemment) ?

**Notre deuxième hypothèse n'est pas confirmée :**

- **En milieu hospitalier, l'organisation actuelle des services ne permet pas aux sages-femmes de mettre en pratique ces compétences dans le secteur public, tandis que cette activité est réservée au gynécologue en clinique privée.**
- **Les sages-femmes libérales ou de PMI, elles, ne semblent pas bénéficier d'une reconnaissance suffisante de leur pratique : à la fois financière (qui pourrait se traduire par la revalorisation de leurs actes) et à la fois par le grand public (qui ignore encore leurs nouvelles compétences).**

## **2.6 La formation des professionnelles**

### **2.6.1 Les connaissances des sages-femmes en matière de contraception**

Nos résultats concernant les connaissances des sages-femmes en matière de contraception ne sont pas brillants. Pour la contraception du post-partum qui est pourtant le moment privilégié de prescription de contraception par ces professionnelles, un grand nombre de sages-femmes (23,3%) ne sait pas que l'on peut prescrire un implant à une accouchée qui n'allait pas et qui ne présente pas de facteurs de risque à la sortie de la maternité. La majorité ignore à quel moment effectuer une première pose d'anneau et quand débiter une pilule microprogestative. Et encore 12,4% conseillent la contraception locale. Pourtant, 5% des IVG ont lieu dans les

six mois suivant un accouchement, selon le syndicat national des gynécologues et obstétriciens français [29].

De plus, en cas d'oubli ou de décalage de la prise de pilule, **seulement 4,6% des sages-femmes prodiguent à la patiente la bonne conduite à tenir.**

C'est pourtant pour répondre au constat dramatique du recours à l'IVG en France que les sages-femmes peuvent aujourd'hui pratiquer des consultations de contraception et de suivi gynécologique.

**Notre quatrième hypothèse n'est pas confirmée : les sages-femmes n'ont pas les connaissances nécessaires pour mettre en pratique ces nouvelles compétences.**

### **2.6.2 Les souhaits de formation des sages-femmes**

Les sages-femmes semblent bien conscientes que leurs connaissances ne leur permettent pas de réaliser des suivis de qualité. Pourtant elles essayent déjà d'actualiser leurs connaissances dans ce domaine, soit par l'intermédiaire de formation médicale continue, soit grâce aux formations internes, aux staffs, ou par les médecins du CPEF, en venant aux congrès ou encore par la lecture de revues médicales ou de recherche personnelles. Rappelons que le code de déontologie stipule : « la sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances. » et exige qu'elle donne des soins « conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente » [30].

Les sages-femmes souhaitant réaliser des actes ou des prescriptions entrant dans leurs nouvelles compétences doivent, dès lors que cela s'avère utile, et il le semble au vu de nos résultats, suivre des formations. Ainsi, 85,5% des sages-femmes interrogées souhaitent une formation théorique supplémentaire sur la contraception, et entre 80 et 82% des sages-femmes souhaiteraient pouvoir être formées pour la pose et le retrait de DIU et d'implant.

Les souhaits de formation des sages-femmes sur le suivi gynécologique sont moins importants mais restent élevés. Ainsi 73,9% de ces professionnelles souhaiteraient se former au suivi de prévention. Elles sont 57,6% à être demandeuses qu'on les forme à la pratique de FCV et à l'examen des seins.

Elles sont beaucoup moins nombreuses à souhaiter une formation complémentaire future en sexologie (44,2%), en conseil conjugal (26,4%) ou en psychologie (22,5%).

Nos résultats concordent avec l'enquête du CIR 2 (80,6% souhaitent une formation continue en contraception, 77,1% sur le suivi gynécologique, 44,6% en sexologie, 38,5% en conseil conjugal et 26,8 en psychologie). **Les sages-femmes réclament, massivement et prioritairement, une formation de qualité dans les domaines de la contraception et du suivi gynécologique de prévention** afin de leur permettre d'acquérir de solides connaissances théoriques, une maîtrise clinique des situations et la technique des gestes, afin qu'elles puissent investir pleinement et en toute sécurité leur nouveau champ de compétence. Cela ne peut que nous rassurer au vu des résultats de nos questions de connaissances.

### **2.6.3 Quel type de formation ?**

**Les sages-femmes sont 45,7% à opter préférentiellement pour une formation interne au sein de l'hôpital** (ce sont en grande majorité des sages-femmes travaillant à l'hôpital public qui ont répondu à cette question).

L'enquête du CIR 2 expose un ordre préférentiel de cadre de formation différent du nôtre (avec un taux important de demande de formation universitaire : 32,6%) mais montre tout de même un taux plus important de demande de formations internes au sein de l'hôpital (58,1%). Le choix massif des sages-femmes en faveur de la formation hospitalière « en intra » est peut-être lié aux difficultés que certaines rencontrent pour accéder aux formations externes et à son coût moins important. Cependant, ces formations sont susceptibles de varier qualitativement d'un établissement à l'autre, et surtout ne sont pas reconnues au niveau universitaire, ce qui est en contradiction avec l'évolution actuelle de la formation de sage-femme. Cependant, **elles ne sont que 11,7% à souhaiter une formation universitaire** dans notre étude.

De plus, il est intéressant de noter que les sages-femmes privilégiant les formations à l'université (11,7%) ou à l'école de sage-femme (23,2%) sont en grande majorité des sages-femmes ayant fait 5 ans d'études (soit, diplômées depuis 2002 et qui sont passées par la première année des études communes de santé).

On remarque également qu'elles sont 29,5% à souhaiter se former auprès des praticiens en première ligne en matière de contraception, à savoir les gynécologues libéraux. La démographie de cette spécialité étant en forte baisse, le rôle de la sage-femme devient essentiel pour la santé des femmes. On a pu mettre en évidence que les gynécologues répondaient à ces attentes, car les sages-femmes de notre étude ayant bénéficié d'une

formation à la pose de DIU sont 67,9% à avoir été formées par un gynécologue. C'est un esprit de transmission des savoirs et de partenariat que l'ensemble de ces professionnels souhaitent mettre en place.

## 2.7 L'impact de ces nouvelles compétences

On perçoit donc bien que les sages-femmes ont le désir d'investir ces nouvelles compétences, puisqu'elles souhaitent à priori se former afin de pouvoir les mettre en pratique en toute légalité. **Ce sont surtout les sages-femmes libérales et de PMI qui ont commencé à investir ces compétences. Il est intéressant de souligner que ces sages-femmes ressentent un contact amélioré avec les patientes depuis la loi.**

**A peu près la moitié des sages-femmes libérales (42,1%) et de PMI (60%) reconnaissent également un meilleur suivi des femmes.** Effectivement, ces professionnelles ont pu être amenées, depuis cette loi, à suivre des patientes qui n'avaient pas de suivi gynécologique régulier au préalable.

Depuis l'acquisition de ces compétences, les sages-femmes qui ont répondu à notre questionnaire, ne se sentent en majorité pas plus reconnues dans leur métier. Elles mettent en cause l'organisation des services qui ne leur permet pas d'exercer ces compétences, les actes et les consultations qui ne sont pas côtés correctement, la faible demande des patientes (due à l'ignorance de leurs compétences), le problème de concurrence aux médecins, et le fait qu'elles étaient obligées de renvoyer leurs patientes vers le médecin traitant pour le suivi biologique (les questionnaires ayant été distribués avant la modification de la loi le 29 décembre 2011).

On note tout de même que **42,1% des sages-femmes libérales se sentent, au contraire, valorisées, car plus reconnues par les patientes, par les médecins, et satisfaites d'une prise en charge des patientes plus globale et donc meilleure.**

### 3 Les perspectives

On espère que la modification de la loi du 29 décembre 2011 qui stipule que les sages-femmes ne sont plus obligées d'adresser leurs patientes vers leur médecin traitant pour le suivi biologique, va permettre un meilleur investissement de ces professionnelles concernant le suivi de contraception et le suivi gynécologique de prévention.

Cependant, face à ces nouvelles responsabilités, les professionnelles ont le devoir de se former afin de devenir des référents de qualité en contraception : il y va de notre reconnaissance, de notre avenir et de celui des femmes.

Ainsi, suite aux résultats de notre étude, nous proposons plusieurs axes de réflexion et d'action.

#### 3.1 La formation

Rappelons tout d'abord que la sage-femme se doit de se tenir informée des évolutions réglementaires. Or seulement 12% des sages-femmes interrogées dans le cadre d'une étude connaissaient l'ensemble du contenu de la loi [30].

De plus, la sage-femme se doit de mettre à jour ses connaissances. C'est pourquoi, il serait bien de démarcher auprès des gynécologues-obstétriciens hospitaliers, via les sages-femmes cadres, pour organiser des formations internes. Des formations par des médecins du CPEF d'Angers se développent également au sein du CHU d'Angers. Qu'en est-il dans les autres structures hospitalières ?

Il est important d'engager des démarches auprès du Collège des Sages-Femmes et des Conseils de l'Ordre pour renouveler des journées de formation sur ce thème dans le département.

Au cours des congrès de gynécologie et d'obstétrique récemment déroulés à Angers, destinés aussi bien aux médecins qu'aux sages-femmes, des sujets de suivi gynécologique de prévention ont été développés (comme la pratique du FCV, etc.).

Quelle est la réalité de l'accès des sages-femmes libérales à la formation continue ?

L'école de sages-femmes de Brest a aussi développé son activité de formation continue en créant le premier diplôme universitaire (DU) « Suivi gynécologique de prévention, sexualité et régulation des naissances » à l'UBO (Université de Bretagne occidentale).

D'autres DU concernant la contraception existent : le DU « Planification familiale, contraception, sexualité, IVG » à l'Université de Grenoble, le DU « Contraception », à l'Université Pierre et Marie Curie (Paris).

Il est nécessaire d'encourager la création de DU de Planification familiale et de suivi gynécologique de prévention ouverts aux sages-femmes auprès des responsables de formations universitaires dans notre région.

### **3.2 L'information du grand public**

La nécessité de former les professionnels a été entendue mais les patientes doivent également être sensibilisées aux nouvelles compétences des sages-femmes.

La profession de sage-femme pourrait donc faire l'objet d'une campagne d'information pour sensibiliser les jeunes femmes à entamer un suivi gynécologique et un dialogue autour de la contraception avec ces professionnelles. L'information pourrait débiter dès l'approche de la sexualité avec les collégiens et lycéens, par l'intermédiaire des infirmières scolaires. D'où l'intérêt que celles-ci connaissent nos compétences.

Les sages-femmes hospitalières pourraient collaborer de manière plus approfondie avec les sages-femmes libérales. Au lieu de considérer le médecin traitant ou le gynécologue comme professionnel relais, elles pourraient assurer la continuité des soins en post-partum et à plus long terme avec leurs collègues libérales. Au CHU d'Angers, les sorties précoces en suite de couches se développant, les sages-femmes libérales vont être plus sollicitées. Elles pourront donc à ce moment parler de contraception avec la patiente et ainsi débiter un suivi.

### **3.3 La rémunération des actes**

La revalorisation des actes des sages-femmes est non seulement une nécessité, mais une condition à l'exercice de ces nouvelles compétences. Pourtant, la mise en place d'une cotation adaptée n'est pas encore d'actualité... Comment encourager ces professionnelles à développer ce suivi, dans l'intérêt général des femmes, si leurs actes ne sont pas rémunérés à leur juste valeur ?

### **3.4 Promouvoir une évolution des structures d'exercice**

La revalorisation des actes permettrait également aux structures hospitalières publiques de revoir leur organisation. Cela pourrait les inciter à confier aux sages-femmes plus de consultations de suivi gynécologique de prévention, ou de consultations postnatales destinées

aux patientes en bonne santé, afin qu'elles puissent établir un véritable bilan post-accouchement (physique, psychologique, bilan éventuel de l'allaitement, et mise en place d'une contraception médicalement adaptée et personnalisée, ainsi qu'une information au suivi gynécologique, et la réalisation des premiers actes de surveillance). Cela aurait aussi l'avantage d'étoffer l'offre de soins et de contribuer à rétablir l'insuffisance de suivi dans cette période clé. Les gynécologues se concentreraient, alors, plus sur les cas non physiologiques.

## CONCLUSION

A l'heure de l'intégration des études de sages-femmes à l'université, notre profession se voit donner un nouvel élan par une extension de son champ de compétence en dehors de celui de la grossesse.

Cette étude avait pour intention d'évaluer les besoins et les attentes de ces professionnelles afin qu'elles puissent exercer ces suivis gynécologiques de prévention et de contraception.

Il apparaît que malgré le fait que les sages-femmes souhaitent en grande majorité investir ces nouvelles compétences, elles n'ont pas toutes les moyens et les opportunités de les mettre en œuvre. En milieu hospitalier, l'organisation actuelle des services ne permet pas aux sages-femmes de les mettre en pratique dans le secteur public, tandis que cette activité est réservée au gynécologue en clinique privée. Les sages-femmes libérales ou de PMI, elles, ne semblent pas bénéficier d'une reconnaissance suffisante de leur pratique : à la fois financière (qui pourrait se traduire par la revalorisation de leurs actes) et à la fois par le grand public (qui ignore leurs compétences). Les demandes de suivi des patientes auprès des sages-femmes restent effectivement encore faibles. Il serait donc nécessaire de promouvoir une information du grand public.

Cette mesure de santé publique, garantissant un accès plus aisé pour toute femme à la contraception et au suivi gynécologique de prévention ne peut cependant être efficace que si les professionnelles ont les compétences nécessaires pour effectuer un suivi de qualité. Les sages-femmes qui ont déjà mis en place ces suivis observent déjà des bénéfices, tant dans la prise en charge que dans leur relation aux patientes.

Elles bénéficient déjà d'une place privilégiée aux yeux des patientes, à qui elles peuvent désormais apporter une prise en charge globale durant toutes les étapes de leur vie de femme : de leur première prescription de contraception à l'adolescence, de leur grossesse, des suites de couches et jusqu'à leur ménopause.

Les sages-femmes vont-elles continuer à investir davantage ces compétences ? La loi du 29 décembre 2011 va-t-elle faciliter la mise en place de ces suivis ? Et, enfin, l'objectif de cette extension de compétences, notamment la diminution des interruptions volontaires de grossesse, va-t-il ainsi être atteint ? Il serait intéressant, d'ici quelques années, de faire une étude pour en mesurer l'impact.

## BIBLIOGRAPHIE

1. BECK F., GAUTIER A., GUIGNARD R. et al. , Attitudes et comportements de santé. (à paraître en 2012). [consulté le 15/02/2012] Premiers résultats disponibles à partir de : URL : <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/index.asp>
2. LERIDON H., OUSTRY P., BAJOS N. et l'équipe COCON. La médicalisation croissante de la contraception en France. Population et sociétés - 2002 ; 381
3. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Contraception : que savent les français ? – connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux. Juin 2007 [consulté le 16/09/2011] Disponible à partir de : URL : <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/07/dp070605.pdf>
4. VILAIN A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2008 et 2009, Etudes et Résultats- 2011 ; 765
5. Observatoire régional de la santé. La santé observée en Pays de la Loire- Contraception et interruptions volontaires de grossesse – 9 février 2012 [consulté le 15/02/12]. Disponible à partir de : URL : [http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS\\_pdf/LSO/2012LSOpdl\\_IV.2.0.pdf](http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS_pdf/LSO/2012LSOpdl_IV.2.0.pdf)
6. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Stratégies d'action en matière de contraception [consulté le 31/10/2011]. Disponible à partir de : URL : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategies\\_2007.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategies_2007.pdf)
7. BAJOS N., MOREAU C., LERIDON H. et FERRAND M., Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? , Population et Sociétés, 2004 ; 407
8. BAJOS N., LERIDON H., GOULARD H., OUSTRY P., JOB-SPIRA N., Equipe Cocon. Contraception: from accessibility to efficiency. Human reproduction, 2003, vol. 18; n°5: p. 994-9
9. BIGNON C., L'interruption volontaire de grossesse dans l'année suivant un accouchement. Mémoire : Maïeutique : Université d'Angers, juin 2011.

10. République Française. Article 24, L.5134 Titre II de la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. JO du 7 juillet 2001
11. République Française. Article L. 5134 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. JO du 11 août 2004
12. République Française. Arrêté du 12 octobre 2005 modifiant l'arrêté du 23 février 2004 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes. JO du 8 novembre 2005
13. BENOIT M., CANH T., Les nouvelles compétences des sages-femmes après la publication de la loi HPST du 21 juillet 2009- Contact Sage-femme - 2009 ; 21 : 20-1
14. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Compétences des sages-femmes en matière de contraception [consulté le 23/09/2011]. Disponible à partir de : URL : [http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice\\_de\\_la\\_profession/les\\_compétences/les\\_consultations\\_de\\_contraception\\_et\\_de\\_suivi\\_gynecologique\\_de\\_prevention/index.htm](http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/les_compétences/les_consultations_de_contraception_et_de_suivi_gynecologique_de_prevention/index.htm)
15. République Française. Article L. 5134 du Code de la Santé Publique dans sa version modifiée par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JO du 23 juillet 2009
16. République Française. Article L.4151-1 du code de la santé publique dans sa version modifiée par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JO du 23 juillet 2009
17. AKOUKA C., PINON L., Implant contraceptif : quid de la pose et du retrait par les sages-femmes ? - Contact Sage-Femme - 2011 ; 27 : 12
18. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Nouvelles compétences : l'ambiguïté autour de la prescription de la contraception par les sages-femmes enfin supprimée - Communiqué de presse du 3 janvier 2012 [consulté le 16/02/2012]. Disponible à partir de : URL : [http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/menu/communiques\\_de\\_presse/03012012\\_lambiguite\\_autour\\_de\\_la\\_prescription\\_de\\_la\\_contraception\\_par\\_les\\_sf\\_supprimee/index.htm](http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/menu/communiques_de_presse/03012012_lambiguite_autour_de_la_prescription_de_la_contraception_par_les_sf_supprimee/index.htm)

19. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Recommandations pour la pratique clinique : Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Décembre 2004 [consulté en octobre 2011]. Disponible à partir de URL : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations\\_contraception\\_vvd-2006.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_contraception_vvd-2006.pdf)
  
20. Conseil national de l'Ordre des Sages-Femmes. Les consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention [consulté le 15/11/2011]. Disponible à partir de : URL : [http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice\\_de\\_la\\_profession/les\\_compétences/les\\_consultations\\_de\\_contraception\\_et\\_de\\_suivi\\_gynecologique\\_de\\_prevention/index.htm](http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/les_compétences/les_consultations_de_contraception_et_de_suivi_gynecologique_de_prevention/index.htm)
  
21. Collectif des Associations et Syndicats de Sages-Femmes(CASSF), Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF)- Référentiel métier et compétences des sages-femmes- janvier 2010 [consulté le 10/11/2011]. Disponible à partir de : URL : [http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/1/666\\_REFERENTIELSAGES-FEMMES2010.pdf](http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/1/666_REFERENTIELSAGES-FEMMES2010.pdf)
  
22. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé - Le dépistage du cancer du sein par mammographie dans la population générale – Étude d'évaluation technologique - Mars 1999 [consulté le 10/11/2011]. Disponible à partir de : URL : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/mamo.pdf>
  
23. Haute Autorité de Santé. Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Juillet 2010. [consulté le 15/11/2011]. Disponible à partir de : URL : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/fiche\\_de\\_synthese\\_recommandations\\_depistage\\_cancer\\_du\\_col\\_de\\_luterus.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/fiche_de_synthese_recommandations_depistage_cancer_du_col_de_luterus.pdf)
  
24. SICARD D. Les professions de santé au 1er janvier 2010 – Séries statistiques n°144 – 2010 ; 144 : 32-3. [consulté le 17/02/2011]. Disponible à partir de : URL : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat144.pdf>
  
25. République Française. Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sages-femmes. JO du 19 décembre 2001
  
26. PAULIN M. Les connaissances des ESF sur la contraception suite à la loi HPST. Mémoire: Maïeutique : Université de Franche-Comté, 2011

27. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Diminution du recours à l'IVG : donner les moyens aux sages-femmes de participer aux politiques de contraception. Communiqué de presse disponible à partir de : URL : [http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/menu/communiques\\_de\\_presse/10032011\\_diminution\\_du\\_recours\\_a\\_livg\\_/index.htm](http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/menu/communiques_de_presse/10032011_diminution_du_recours_a_livg_/index.htm)
28. PATY L. Sages-femmes en contraception : investissement des nouvelles compétences attribuées par la loi HPST du 21 juillet 2009. Mémoire : Maïeutique : Université de Rouen, 2010.
29. MULET F., DESCAMPS P. Après une grossesse, interrompue ou non : prévoir une méthode provisoire avant d'élargir le choix. Le concours médical, 2006 ; 128 : 25-6.
30. République Française. Article R4153-1 du Décret n° 2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des sages-femmes. JO du 2 janvier 2012
31. POLETTI B. Rapport d'information sur l'information de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. Octobre 2008 [consulté le 28/10/2011]. Disponible à partir de : URL : [http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1206.asp#P517\\_46676](http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1206.asp#P517_46676)
32. Contraception du post-partum - Concours médical - 2006 ; 128
33. ANNE L. Contraception du post-partum, Communauté Périnatale de l'Agglomération Versaillaise. Mars 2005 [consulté le 28/10/2011]. Disponible à partir de : URL : [http://www.medical78.com/nat\\_protocole\\_pp.pdf](http://www.medical78.com/nat_protocole_pp.pdf)

## **LISTE DES ANNEXES**

Annexe n°1 : Recommandations sur les stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme

Annexe n°2 : Réaliser une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention

Annexe n°3 : Taux de remboursement de chaque contraceptif

Annexe n°4 : Quels contraceptifs en cas de pathologies gravidiques ?

Annexe n°5 : Questionnaire de l'étude

Annexe n°6 : Enquête réalisée par le CIR 2

## Résumé

**Objectifs :** Face à un taux d'IVG restant quasi-constant depuis 20 ans et face à un lourd problème de démographie médicale, les sages-femmes voient, le 21 juillet 2009, leurs compétences s'étendre de manière considérable grâce à l'application de la loi HPST. Elles sont à présent habilitées à réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention. Les objectifs de cette étude étaient d'explorer, deux ans après l'application de cette loi, la réalité de cet exercice par les sages-femmes et d'évaluer les éventuels besoins et attentes spécifiques de ces professionnelles face à ces nouvelles compétences qui leur sont attribuées.

**Méthode :** Une étude descriptive et multicentrique a été réalisée du 1<sup>er</sup> septembre au 1<sup>er</sup> décembre 2011. Elle reposait sur un questionnaire entièrement anonyme destiné à toutes les sages-femmes du département du Maine et Loire, quelle que soit leur activité : hospitalière, de PMI et libérale. Cent-vingt-neuf professionnelles ont répondu.

**Résultats :** Depuis la loi HPST, le nombre de prescriptions et de poses de contraceptifs a augmenté. Aussi, l'information à la contraception et le suivi gynécologique de prévention sont, en règle générale, plus largement répandus, notamment chez les sages-femmes libérales et de PMI qui investissent beaucoup plus ces compétences par rapport à leurs collègues hospitalières. Cependant, cette évolution pourrait être plus significative.

**Conclusion :** Dans l'intérêt des femmes, il serait nécessaire que ces professionnelles investissent de manière plus importante leurs nouvelles responsabilités. Cela implique une formation qui doit leur être dispensée. De plus, une réelle prise en compte de ces suivis, par les professionnelles comme par les patientes, ainsi qu'une revalorisation des actes, permettraient une évolution de leur pratique, dont les femmes pourraient bénéficier.

**Mots-clés :** loi HPST ; contraception ; suivi gynécologique ; sage-femme ; Maine-et-Loire.

## Abstract

**Aims :** Faced with a constant rate of termination of pregnancy for 20 years and faced with a serious problem of medical demography, midwives' domains have increased since 21st July 2009 with the enforcement of the HPST Law. From now on, they are entitled to perform contraceptive consultations and follow-ups in gynaecological prevention. The aims of the study were to understand 2 years after the enforcement of this law, the reality of this exercise, and the evaluation of the possible needs and specific expectations of these professionals who have to face new domains.

**Methods :** A descriptive and multicenter study was undertaken from 1st September to 1st December 2011. It consisted of an anonymous questionnaire for all the midwives from the Maine et Loire area, whether they worked in a hospital, in a PMI or as a liberal midwife. A hundred and twenty nine midwives returned their questionnaire.

**Results :** since the enforcement of the HPST law, the number of prescriptions and contraceptive interventions has increased. As well, the information on methods of contraception and the follow-up in gynaecological prevention are generally more widespread among liberal and PMI midwives who get more involved in these new domains than their colleagues in hospital. However, this evolution could be more significant.

**Conclusion :** In women's interest, it would be necessary that these professionals put a lot of efforts in their new responsibilities. That implies that they have to be trained. Moreover, a real recognition of these follow-ups, by professionals and patients, as well as an enhancement of these consultations, would allow a change in their practising. Women could benefit from it.

**Key words :** HPST law, contraception, gynaecological follow-up, midwife, Maine-et-Loire District