



**DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE**  
**ANNÉE UNIVERSITAIRE 2021-2022**

**SUIVI GYNÉCOLOGIQUE DE PRÉVENTION PAR LES  
SAGES-FEMMES LIBÉRALES DU BAS-RHIN :  
ÉTUDE QUALITATIVE SUR LES FREINS  
ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉS**

**DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME**

**MÉMOIRE RÉDIGÉ ET SOUTENU PAR**

**Lisa SAUER**

Née le 13 octobre 1998 à Strasbourg

Présidente du jury : Madame Fanny ROYER

Directrice de mémoire : Madame Hind KASBAOUI

Co-directrice du mémoire : Madame Céline BOSCO





**DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE**  
**ANNÉE UNIVERSITAIRE 2021-2022**

**SUIVI GYNÉCOLOGIQUE DE PRÉVENTION PAR LES  
SAGES-FEMMES LIBÉRALES DU BAS-RHIN :  
ÉTUDE QUALITATIVE SUR LES FREINS  
ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉS**

**DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME**

**MÉMOIRE RÉDIGÉ ET SOUTENU PAR**

**Lisa SAUER**

Née le 13 octobre 1998 à Strasbourg

Présidente du jury : Madame Fanny ROYER

Directrice de mémoire : Madame Hind KASBAOUI

Co-directrice du mémoire : Madame Céline BOSCO

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire et notamment aux huit sages-femmes s'étant rendues disponibles, pour leur temps et leurs témoignages. La réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible sans leur enthousiasme.

Je remercie tout particulièrement Madame Hind KASBAOUI, directrice de ce mémoire, pour ses conseils et son expertise.

Un grand merci à Madame Céline BOSCO, sage-femme enseignante, pour sa disponibilité, ses encouragements si précieux et sa bienveillance tout au long de ces quatre années.

Merci à mes parents et à ma sœur pour m'avoir épaulée de tout leur amour. Merci d'avoir cru en moi depuis le début et de toujours m'avoir soutenue.

À Alex, pour son amour sans faille et son soutien au quotidien. Merci d'être là chaque jour, tout simplement.

Enfin, à Camille, Coralie, Faten et mes autres amies de la promotion qui se reconnaîtront. Merci d'avoir embelli ces quatre années passées à l'école qui resteront inoubliables grâce à vous.

# TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION .....	3
1. Extension des compétences des sages-femmes au domaine gynécologique : de nouvelles réglementations conférant de nouvelles responsabilités .....	4
2. Suivi gynécologique et sages-femmes libérales.....	5
3. Des compétences élargies mais de nouvelles activités qui demeurent encore peu pratiquées .....	6
II. MATÉRIEL ET MÉTHODES .....	9
1. Type d'étude.....	10
2. Population d'étude et échantillonnage.....	10
3. Recueil des données .....	11
4. Analyse des données .....	12
5. Aspect réglementaire et législatif.....	12
III. RÉSULTATS ET ANALYSE .....	14
1. Caractéristiques de la population interrogée .....	15
2. Motivations à pratiquer du suivi gynécologique de prévention .....	17
3. Freins liés à la non pratique du suivi gynécologique de prévention .....	20
4. Hésitations à initier du suivi gynécologique de prévention .....	23
5. Limites rencontrées .....	25
6. Difficultés rencontrées .....	27
7. La place des sages-femmes.....	33
8. Enjeux du suivi gynécologique de prévention .....	38
9. Propositions et questionnements .....	41
IV. DISCUSSION.....	43
1. Intérêts et limites de l'étude.....	44
2. Confrontation aux données de la littérature.....	45
3. Bilan de l'étude .....	54
V. CONCLUSION.....	55
VI. BIBLIOGRAPHIE .....	57
VII. ANNEXES.....	61

ANNEXE I : Demande de participation à l'étude

ANNEXE II : Grille d'entretien

ANNEXE III : Formalités réglementaires

ANNEXE IV : Fiche d'information

ANNEXE V : Formulaire de consentement

# I. INTRODUCTION

Dans le cadre d'une meilleure réponse aux besoins actuels concernant la santé des femmes en France, la profession de sage-femme a vu ses missions s'élargir depuis plusieurs années. Spécialiste de la physiologie, la sage-femme exerce une profession médicale à compétences définies et réglementées, en évolution constante. Depuis 2009, son champ d'action s'étend désormais également au cadre de la gynécologie, donnant aux sages-femmes la possibilité de pratiquer du suivi gynécologique de prévention (SGP). Le suivi gynécologique est une compétence partagée par les gynécologues, les médecins généralistes et les sages-femmes. La particularité de la sage-femme est qu'elle est limitée au suivi des femmes en bonne santé : en cas de pathologie détectée, la sage-femme est tenue d'adresser la patiente à un médecin (1).

Actualisé en janvier 2010, le référentiel métier et compétences des sages-femmes (2) recense huit situations clés de leur pratique clinique, dont celle de « réaliser une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention ». Chaque situation clé a été décrite comme étant au cœur du métier de sage-femme. Les compétences octroyées aux sages-femmes dans le cadre de la gynécologie sont donc considérées par le référentiel métier comme faisant partie intégrante de la profession.

1. Extension des compétences des sages-femmes au domaine gynécologique : de nouvelles réglementations conférant de nouvelles responsabilités

L'attribution de nouvelles compétences implique de nouvelles responsabilités. C'est une évolution majeure pour la profession car les sages-femmes se voient octroyer des qualifications dépassant le cadre de la grossesse. Ces nouvelles missions sont multiples. En effet, depuis une dizaine d'années et notamment depuis la loi « Hôpital, patients, santé et territoire » (HPST) du 21 juillet 2009, les missions des sages-femmes concernent désormais le domaine de la gynécologie (3). Elle est également habilitée à réaliser des interruptions volontaires de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse, dans les conditions définies par la loi. En matière de contraception, la sage-femme est compétente pour effectuer la prescription, la pose, la surveillance ainsi que le retrait de dispositifs intra-utérins (DIU) et d'implants contraceptifs (1). Depuis 2011, il est précisé que les sages-femmes ont la possibilité de prescrire les « contraceptifs sous toutes leurs formes et voies d'administration » (4). Ces nouvelles qualifications accordent à la sage-femme une place privilégiée en tant que premier recours en matière de



prise en charge gynécologique des femmes sans problème de santé particulier. Cela fait également de la sage-femme une interlocutrice de choix concernant la santé sexuelle et reproductive des femmes.

Selon une étude française de 2011, près de 20 % des femmes entre 16 et 60 ans ne bénéficient d'aucun suivi gynécologique régulier. 6 % d'entre elles déclarent n'en avoir jamais eu alors qu'une consultation gynécologique annuelle est fortement recommandée. De plus, une femme sur cinq n'a pas réalisé de frottis cervico-utérin (FCU) depuis plus de cinq ans ou n'en a jamais fait. Cette étude a révélé qu'au cours des 12 derniers mois, 12 % des femmes avaient dû renoncer à un rendez-vous avec un gynécologue en raison de délais de rendez-vous jugés trop longs (5). C'est ainsi que, face à ce constat d'un suivi peu satisfaisant, les missions des sages-femmes ont été élargies afin de répondre aux besoins des femmes. Dans le contexte actuel, ces professionnelles ont un véritable rôle à jouer dans le suivi gynécologique régulier des femmes en bonne santé. Pourtant, les activités relatives au SGP restent encore peu intégrées à la pratique quotidienne des sages-femmes libérales.

## 2. Suivi gynécologique et sages-femmes libérales

Le SGP constitue un enjeu de prévention et de santé publique dans lequel les sages-femmes doivent être impliquées à part entière. Ce suivi est au centre des dépistages du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein. La consultation gynécologique de prévention a également pour objectif la prévention contre les infections sexuellement transmissibles (IST). Elle peut également se présenter comme le moment opportun pour aborder, avec la femme ou le couple, le sujet de la contraception.

Parallèlement à l'extension des compétences de la profession à la gynécologie, le mode d'exercice des sages-femmes a lui aussi évolué. Entre 2012 et 2015, le nombre de sages-femmes a augmenté en moyenne de 2 % chaque année dans la région Grand Est (6) et cette tendance à l'augmentation des effectifs devrait se poursuivre (7). Dans le Grand Est, tout comme en France métropolitaine, le nombre de gynécologues médicaux a nettement diminué (8). La diminution la plus significative du nombre de gynécologues se situe en Alsace. En effet, 43 % des praticiens dans le Bas-Rhin ont plus de 55 ans. De plus, la proportion de spécialistes âgés de 30 à 54 ans ne permet pas actuellement de compenser les départs dans les dix ans à venir (6). Ainsi,

l'attribution pour les sages-femmes d'un nouveau statut répond à un véritable besoin en santé publique auprès de la population, dans le contexte actuel du manque de gynécologues (9). En 2016, les sages-femmes exerçaient en libéral exclusif pour 16 % d'entre elles (6). L'Alsace présente l'une des plus fortes densités de sages-femmes actives (7).

L'activité des sages-femmes peut être décrite en fonction du type d'actes réalisés. Bien que les activités des sages-femmes libérales soient diversifiées, elles restent fortement axées autour de la rééducation périnéale et des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Pourtant, depuis plusieurs années, une place majeure a été accordée aux sages-femmes dans le domaine gynécologique. Paradoxalement, seulement peu de sages-femmes pratiquent du SGP. Selon une étude réalisée en France métropolitaine en 2014 (7), 43,6 % des sages-femmes libérales prescrivent ou renouvellent une contraception « très souvent » ou « assez souvent » et 37,6 % d'entre elles réalisent des FCU. En revanche, seulement 24,1 % des sages-femmes libérales procèdent à la pose de DIU. La fréquence de ces activités est influencée par les effets de l'âge. En effet, les sages-femmes âgées de moins de 30 ans sont plus nombreuses à prescrire une contraception, à réaliser des FCU et à poser des DIU.

### 3. Des compétences élargies mais de nouvelles activités qui demeurent encore peu pratiquées

Un peu plus de dix ans après l'attribution de responsabilités dans le cadre du SGP, les sages-femmes semblent encore peu nombreuses à s'appropriier ces nouvelles missions. En effet, en 2014, seulement 1 % de l'activité des sages-femmes libérales était dédiée à des actes de suivi gynécologique (7).

La transformation progressive de la place de la sage-femme en matière de suivi gynécologique lui a conféré un nouveau statut à assumer auprès des femmes en bonne santé mais également auprès des autres professionnels de santé. En effet, l'attribution d'activités de plus en plus diversifiées accorde à la sage-femme des responsabilités et une qualification nouvelle dans des domaines vastes, approchant la gynécologie et plus largement encore dans celui de la santé publique.

Néanmoins, plus de dix ans après l'attribution de ces compétences et dans le contexte actuel où près de 20 % des femmes en âge de procréer ne bénéficient d'aucun suivi gynécologique régulier et où les gynécologues médicaux sont de moins en moins nombreux, l'activité des sages-femmes libérales reste peu tournée vers le SGP. Pourtant, cette activité est considérée par le référentiel métier et compétences comme une mission intégrante de leur profession. Il est possible que de tels bouleversements apportent des opportunités mais nécessitent également des adaptations pour la profession. En effet, des difficultés peuvent émerger chez les sages-femmes, liées aux nouvelles responsabilités qui leur sont dévolues.

Ces dernières années, des travaux ont été entrepris du point de vue des patientes sur la profession de sage-femme avec comme résultats une méconnaissance d'une grande part de leurs compétences. La sage-femme reste connue pour intervenir pendant la grossesse et le post-partum et pourtant, elle est considérée comme professionnelle de premier recours auprès des femmes en bonne santé. Interroger le ressenti des sages-femmes paraît également essentiel afin de mieux cerner leur pratique quotidienne et permettre à l'avenir une meilleure prise en charge des femmes mais également, à une plus grande échelle, une meilleure organisation des soins. À notre connaissance, aucun travail antérieur n'a cherché à déterminer les freins et les difficultés rencontrés par les sages-femmes libérales quant à cette pratique en les laissant s'exprimer librement et en recueillant leur ressenti.

Ainsi, dans ce mémoire, nous allons aborder la problématique suivante : pourquoi les sages-femmes libérales du Bas-Rhin réalisent peu de consultations de suivi gynécologique de prévention et contraception ?

L'objectif principal de l'étude est d'identifier les difficultés évoquées par les sages-femmes qui pratiquent le SGP et les freins que rencontrent les sages-femmes à initier ce suivi.

L'objectif secondaire est d'analyser ces difficultés et ces freins.

Nous avons formulé plusieurs hypothèses :

- Les sages-femmes libérales qui réalisent du SGP et de contraception rencontrent des difficultés dans leur pratique quotidienne.
- Les sages-femmes ne réalisent pas de consultations gynécologiques par manque d'intérêt.
- Les sages-femmes reconnaissent avoir une place privilégiée et adaptée pour assurer le suivi gynécologique des femmes en bonne santé.

## II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

## 1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive réalisée dans le département du Bas-Rhin entre mai et septembre 2021. L'étude est basée sur l'analyse qualitative des réponses obtenues lors d'entretiens individuels semi-dirigés avec des sages-femmes libérales.

Le choix de cette méthode a été motivé par le souhait de vouloir questionner les professionnelles sur leur ressenti afin de cerner les éventuels obstacles qui peuvent être rencontrés, que ce soit dans l'initiation du suivi gynécologique pour les sages-femmes ne pratiquant pas cette activité, ou dans l'exercice de cette compétence pour les sages-femmes qui réalisent cette activité.

## 2. Population d'étude et échantillonnage

La population d'étude était constituée par l'ensemble des sages-femmes libérales, exerçant en cabinet individuel ou de groupe, installées dans le Bas-Rhin, proposant ou non des consultations de suivi gynécologique. L'annuaire professionnel des sages-femmes libérales disponible sur le site du Conseil National de l'Ordre des sages-femmes a permis de recenser 148 sages-femmes libérales au moment du recrutement des participantes en avril 2021. Cet annuaire renseignait les coordonnées des professionnelles, dont leur adresse mail, permettant une première prise de contact.

L'étude, s'intéressant aux sages-femmes libérales, n'a pas inclus les sages-femmes salariées exerçant en secteur hospitalier public ou privé, protection maternelle et infantile et enseignement. Pour des raisons pratiques, l'étude se limitait géographiquement au département du Bas-Rhin.

Les demandes de participation à l'entretien ont été adressées aux sages-femmes par envois de mails (Annexe I) résumant brièvement le thème de l'étude et les modalités de participation. Un numéro a été attribué à chacune des 148 sages-femmes. Cette population a été scindée en deux groupes, selon que la sage-femme pratiquait ou non du SGP à son cabinet. L'échantillonnage aléatoire (tirage au sort) a ensuite été effectué dans chacun des deux groupes.

Le nombre de sujets à recruter n'était pas fixé à l'avance et les sages-femmes ont été contactées par mail au fur et à mesure. Sur 22 sages-femmes contactées, 8 ont répondu par la positive. Les autres n'ont pas répondu mais aucune n'a donné de réponse négative.

Les entretiens ont été réalisés en alternance avec l'analyse des données. L'inclusion des sujets a été arrêtée lorsque la saturation des hypothèses a été atteinte, soit au bout du huitième entretien.

### 3. Recueil des données

Les données ont été recueillies à partir d'une grille d'entretien élaborée préalablement (Annexe II). L'entretien débutait par une présentation de l'étude et de son déroulement.

Le guide d'entretien a été testé en amont afin d'évaluer sa bonne compréhension. Quelques modifications quant à la formulation des questions ont été apportées.

Les entretiens abordaient cinq grands thèmes, en lien avec les objectifs de l'étude :

- Motivations des sages-femmes libérales à proposer du SGP
- Représentations de la profession de sage-femme et image du rôle de la sage-femme dans le SGP
- Opinion quant à l'extension du champ de compétences des sages-femmes
- Freins et limites quant à l'exercice, ou non, du SGP
- Aisance et difficultés dans la pratique du SGP

Un rendez-vous a été planifié avec chaque sage-femme ayant accepté de participer à l'étude. Deux entretiens ont été réalisés en face-à-face au cabinet et six par téléphone, en fonction des possibilités organisationnelles des sages-femmes. Avec l'accord préalable des participantes, les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone, puis supprimés après retranscription, afin de sécuriser les données recueillies.

#### 4. Analyse des données

Chaque entretien a été intégralement retranscrit au plus proche de l'enregistrement afin de garantir le plus fidèlement possible l'expression des sages-femmes interrogées. Chaque verbatim a été codé selon les différents thèmes abordés.

L'intégralité des verbatims reste à disposition, sur simple demande.

#### 5. Aspect réglementaire et législatif

##### A. Autorisations

La recherche menée appartient aux RNIPH (recherches n'impliquant pas la personne humaine) et s'inscrit dans le cadre de la MR-004 (Méthodologie de Référence 004). Une demande d'autorisation a été effectuée auprès du délégué à la protection des données pour l'enregistrement de la recherche au registre des traitements de données des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Chaque entretien a été retranscrit sur un registre afin de garantir la protection des données. La recherche a été inscrite sous le numéro 530 dont la fiche attestant des formalités réglementaires est consultable (Annexe III).

##### B. Anonymat

Pour garantir l'anonymat, aucune donnée personnelle ne figure dans les résultats de l'étude. Les informations concernant le lieu d'exercice ont été remplacés par des lettres.

Un numéro a été attribué à chaque sage-femme (SF1, SF2... SF8), permettant d'identifier chacune des participantes. Lorsque nous citerons l'une d'entre elle en particulier, le féminin sera toujours employé, quel que soit le sexe de l'interrogé(e).

##### C. Information et consentement des participants

Avant l'entretien, les sages-femmes ont reçu une fiche explicative (Annexe IV) et un formulaire de consentement (Annexe V) à retourner par mail si l'entretien était réalisé par téléphone ou en main propre s'il était effectué au cabinet.



Les participantes ont été informées de la possibilité de contacter le délégué à la protection des données de l'Université de Strasbourg pour des renseignements complémentaires et la possibilité de se retirer à tout moment de l'étude. Ce document demandait également aux sages-femmes participantes leur accord préalable pour l'enregistrement audio des entretiens.

Toutes les sages-femmes ont répondu positivement pour recevoir les résultats de cette étude par mail.

### III. RÉSULTATS ET ANALYSE

## 1. Caractéristiques de la population interrogée

Huit entretiens, auprès de sept femmes et un homme, ont été réalisés avec des durées variables allant de 26 à 46 minutes. La durée moyenne d'un entretien était de 36 minutes.

Chacune des sages-femmes de l'étude exerçait en activité libérale dans le département du Bas-Rhin au moment de l'entretien.

Les enregistrements ont été numérotés de 1 à 8. Le tableau I détaille les caractéristiques de chaque sujet de la population.

*Tableau I : Caractéristiques des participantes*

Participante	Pratique du SGP	Proportion de l'activité dédiée au SGP	Exercice libéral
SF1	Depuis 2019	20 %	Cabinet partagé avec un gynécologue
SF2	Depuis 2020	5-10 %	Cabinet partagé (deux sages-femmes)
SF3	Non	/	Cabinet partagé (trois sages-femmes)
SF4	Depuis 2013	Variable	Cabinet individuel
SF5	Depuis 2019	10-20 %	Cabinet partagé (deux sages-femmes)
SF6	Non	/	Cabinet individuel
SF7	Non	/	Cabinet individuel
SF8	Depuis 2018	25 %	Cabinet individuel

Parmi les cinq sages-femmes pratiquant du SGP, quatre d'entre elles exercent cette activité depuis moins de quatre ans. La part de consultations destinées à des actes de gynécologie au cabinet est très variable. Elle est inférieure à 25 % pour l'ensemble des sages-femmes interrogées.

Globalement, les sages-femmes pratiquant du SGP effectuent l'ensemble des activités du SGP. La pose et le retrait de DIU, le suivi standard (FCU de dépistage, palpation des seins) et les consultations de contraception (prescription et suivi) sont systématiquement évoqués lorsque nous les interrogeons sur leurs principales activités en matière de gynécologie. Le dépistage des IST, les consultations dédiées aux adolescents et la vaccination anti-HPV (infection à papillomavirus humain) sont évoqués par certaines sages-femmes.

Les sages-femmes ne proposant pas de SGP répartissent leur activité dans d'autres domaines de compétences, notamment :

- Suivi de grossesse, surveillance intensive de grossesse (SIG) à domicile
- Visites de retour à domicile, aide à l'allaitement
- Rééducation périnéale, consultations pour douleurs pelviennes
- Séances de préparation à la naissance et à la parentalité

Parmi les sages-femmes qui ne proposent pas de SGP, deux d'entre elles prescrivent tout de même la pilule contraceptive, bien qu'elles ne réalisent pas de consultations de SGP à proprement parler.

SF6 explique : « *Je prescris la pilule si besoin, et je prescris les diaphragmes, certaines contraceptions (hésite) mais je ne fais pas d'acte, je ne fais que de la prescription pure [...] mais s'il y a une demande particulière d'une de mes patientes, je vais le faire.* »

Il en est de même pour SF7 : « *Contraception je dépanne. Je ne pose pas de stérilet, pas d'implant. Ce que je fais c'est de la consultation retour de couches donc là on adapte éventuellement la contraception, donc là on fait un peu de contraception oui. Mais pas de consult cotée à proprement parler.* »

SF3 explique qu'elle fait toujours « *un topo contraception* » lorsqu'elle revoit les patientes en post-natal.

Le suivi gynécologique des femmes en bonne santé est plus large que les consultations gynécologiques dédiées et cotées comme tel et ne se limite pas qu'à cela : « *De la gynéco on en fait en consult de gynéco mais on peut très bien avoir une dame aussi qui vient en rééduc et qui veut une contraception. On peut très bien être à la maison, on vient peser un bébé en post-accouchement, la dame a des questions sur la contraception et on lui prescrit quelque chose* » explique SF8, qui précise également qu'elle n'effectue pas de retrait ni de pose d'implant.

SF6 ne réalise pas de FCU mais redirige ses patientes : « *Je leur dis « allez voir une autre sage-femme, allez voir votre médecin généraliste, allez voir un gynéco pour faire vos frottis* » ».

## 2. Motivations à pratiquer du suivi gynécologique de prévention

### A. Suivi global

Assurer le suivi global des patientes en bonne santé est une motivation abordée par l'ensemble des sages-femmes proposant du SGP.

« *On les voit pour la contraception, on leur enlève la contraception, on les voit aussi pour le suivi de grossesse. Je trouve que ça fait partie du suivi global* » estime SF1.

« *En fait, il manquait un bout. C'est-à-dire à partir du moment où on suit la grossesse, le prénatal, le post-natal... je sentais bien qu'il manquait un bout [...] et moi j'avais la frustration de ne pas pouvoir aller sur toutes mes compétences* » explique SF2.

SF4 est motivée par l'idée de « *proposer quelque chose de global aux patientes.* » Pour illustrer ses propos, elle explique : « *On est sur autre chose qu'un utérus, des ovaires et un vagin. On est sur une patiente en général.* »

« *Les patientes, on a appris à les voir de la tête aux pieds et des pieds à la tête* » explique SF6 qui, à son tour, décrit la prise en charge de la femme dans sa globalité de façon imagée.

SF5 ajoute que cela « *permet de faire un suivi un petit peu plus complet.* »

Enfin, SF8 évoque le suivi global des patientes sur la durée et insiste sur la continuité de la prise en charge des femmes : « *Proposer du suivi un petit peu global... (cherche ses mots) pas global dans le sens comme on appellerait l'accompagnement global en accouchement, mais pour se dire que les dames on les voit une petite partie, on les suit sur neuf mois pendant leur grossesse, en séances de préparation à la naissance, on les voit à la maison pour le suivi du bébé, ensuite on les voit en rééduc.* »

## B. Relation privilégiée

La relation privilégiée avec la patiente est un des principaux facteurs de motivation décrit par les sages-femmes libérales dans la pratique de la gynécologie.

SF1 décrit un autre sens du contact avec les patientes qu'elle accompagne. En effet, selon elle, les femmes lui « *confient plus de choses et c'est une relation différente.* »

SF2 estime que cela lui « *permet vraiment de renforcer la relation même si c'est un examen qui n'est pas très rigolo.* »

Cette relation de confiance s'inscrit sur la durée. Deux sages-femmes insistent sur cette notion de temporalité. Pour SF2, il s'agit majoritairement de femmes qu'elle connaissait « *de leur grossesse ou d'avant.* » SF8 quant à elle trouve que « *la gynéco permet aussi de pouvoir garder un petit lien avec des gens qu'on a suivis le temps d'une grossesse* » et précise que cette relation s'inscrit dans une continuité : « *comme on a tissé une relation de confiance, ça permet de retrouver une patientèle dont on s'est déjà occupée.* »

Par rapport à la relation que pourrait avoir la patiente avec les autres professionnels habilités à réaliser du SGP, SF5 estime que « *ce n'est pas la même relation. On le voit aussi pendant la grossesse : elles nous abordent plus facilement pour nous poser toutes les questions qui les interrogent on va dire, toutes les interrogations, elles nous abordent plus facilement. [...] La proximité en tout cas et le contact je pense sont différents.* »

« *Que ce soit fait par une sage-femme, par un gynécologue ou par un médecin traitant, c'est extrêmement important pour la santé des femmes* » rappelle SF3.

### C. Attractivité

L'attractivité est une notion abordée dans plusieurs entretiens. Elle rejoint l'idée de répondre à une demande, un besoin exprimé par les patientes.

Pour deux sages-femmes, une des motivations principales est qu'il s'agit de répondre à une demande de la part des patientes. SF1 explique qu'elle avait « *beaucoup de demandes* » et SF2 que ce sont « *les demandes des femmes qui [lui] ont permis de [se] dire que même si [elle] n'en fait pas beaucoup, ça vaut le coup.* »

Deux sages-femmes s'accordent sur le fait que cela permet de « *diversifier l'activité* » (SF4) afin de proposer tout ce qu'une sage-femme est habilitée à faire et permettre « *d'avoir une corde en plus à son arc* » (SF5).

La pratique du SGP permet notamment à SF4 « *de garder [ses] patientes, de les voir au-delà de la grossesse.* »

Plus largement, SF8 considère que « *si on se cantonne simplement à faire de la sage-femmerie, disons qu'on peut avoir un cabinet qui marche, mais il marchera d'autant mieux si on est polyvalente. Il y aura plus de patientèle, plus de demandes donc moi je verrais du positif à proposer des consults gynécos pour pouvoir diversifier la patientèle et avoir un cabinet qui fonctionne. Ça participe à l'évolution du cabinet.* »

### D. Atteindre une autre population

La possibilité pour les sages-femmes d'élargir et d'attirer une nouvelle patientèle est une notion qui revient à deux reprises.

SF4 décrit une grande diversité des profils de ses patientes. Se tourner vers la gynécologie est une manière pour elle « *d'élargir la patientèle mais de l'élargir pas forcément dans le nombre d'actes mais vraiment dans les populations.* »

De plus, pour SF5 « *ce qui [la] motive c'est que ça permet d'attirer aussi la patientèle qui en a besoin [...] dans le sens où, comme dit, il y a des femmes qui ont un suivi parfois avec des délais trop trop longs d'attente chez le gynéco du coup elles auraient besoin d'un suivi, ou alors certaines femmes sont orientées par leur médecin traitant et il leur donne nos coordonnées. Donc c'est bien qu'on soit là pour le faire.* »

La patientèle de SF4 s'est considérablement élargie depuis qu'elle propose du SGP : « *Les premières c'était surtout les suites de grossesse que je voyais après. Ça a démarré comme ça, maintenant c'est plus large.* »

### 3. Freins liés à la non pratique du suivi gynécologique de prévention

Parmi les huit sages-femmes interrogées dans le cadre de l'étude, rappelons que trois d'entre elles (SF3, SF6 et SF7) ne proposent pas de SGP auprès de leur patientèle.

#### A. Manque d'intérêt pour la gynécologie

SF7 explique : « *Ce qui me branche le plus, c'est l'obstétrique. [...] Ce n'est pas que je ne m'en sens pas capable, c'est parce que [la gynécologie] ça ne m'intéresse pas.* »

De même, SF6 témoigne un intérêt pour d'autres domaines de compétences de sa profession : « *Moi, j'ai fait mes études il y a 25 ans. Évidemment, on n'avait pas du tout de gynéco, enfin on avait un module de gynéco mais qui n'était vraiment pas ma tasse de thé déjà à la base. Moi j'aime bien l'obstétrique, et un peu la pédiatrie quand même quoi.* »

#### B. Une activité appréhendée par certaines sages-femmes

Cette compétence semble redoutée par plusieurs sages-femmes. Ces dernières expriment un manque de confiance et d'assurance. SF7 dit : « *Je m'en voudrais de passer à côté d'un truc. [...] Je ne suis pas assez sûre de moi.* »

SF6 admet : « *J'ai peur de ne pas avoir suffisamment de connaissances et de pratique pour pouvoir faire de la gynéco. Donc je me limite finalement à ce qui n'est pas dangereux, où je ne prends pas de risque.* » Elle ajoute : « *J'ai vraiment peur de passer à côté de trucs que je n'ai pas vus. Comme pathologique, oui d'accord, je verrais bien*



*que c'est différent mais de là à faire le diagnostic, franchement moi j'ai la trouille. »* Le champ lexical du danger et de la peur (« *dangereux* », « *risque* », « *trouille* ») est omniprésent dans son récit.

### C. Ne « se limiter » qu'à certaines compétences

Que ce soit par choix ou par partage des activités au sein d'un cabinet à plusieurs, certaines sages-femmes ont décidé de ne se consacrer qu'à certaines activités de leur champ de compétences.

SF3 et ses collègues ont décidé de partager leurs missions au sein du cabinet, leur permettant une complémentarité dans la prise en charge proposée auprès des patientes : « *Au cabinet on est trois à travailler, donc du coup forcément on se dispatche un petit peu les choses. [...] Une des collègues fait de la consult gynéco.* » Elle explique que cela lui arrive tout de même de prescrire des contraceptifs, notamment en post-partum. En revanche, elle ne pose pas les stérilets, « *la collègue le fait.* »

C'est la même stratégie que SF7 a décidé d'adopter à son cabinet : « *Quand je me suis installée, j'avais à mon cabinet une sage-femme qui ne faisait que de la gynéco donc on se partageait le travail. [...] Elle ne faisait que la partie gynéco et elle m'envoyait les grossesses.* » Elle ajoute : « *Après, on n'est pas toutes obligées de tout faire. C'est comme les médecins : vous avez des généralistes, vous avez des spécialistes.* »

Pour SF6, il s'agit d'un choix personnel : « *Comme je trouve qu'on a un métier qui va vraiment très très loin dans nos compétences, finalement, on peut ne se limiter qu'à certaines compétences qu'on choisit quand on se met en libéral.* »

### D. Le manque de formation perçu comme un frein pour la pratique courante

Les trois sages-femmes ne proposant pas de SGP évoquent le manque de formation comme un frein à la mise en pratique de cette compétence.

*« Je ne me sens aussi peut être pas suffisamment formée pour faire de la gynécologie plus intense. Je veux dire, quelqu'un qui vient consulter pour de la contraception, il n'y*

a aucun problème [...] mais le volet suivi général je le fais moins souvent » explique SF3.

« C'est beaucoup pour ça que je ne le fais pas, parce que je n'ai pas été formée à ça, je n'ai pas grandi avec ça » considère SF7, diplômée avant 2009, année à partir de laquelle les compétences des sages-femmes ont été élargies dans le domaine de la gynécologie.

SF6 confie que ce manque de formation est un frein pour s'ouvrir à la pratique du SGP. « Je sais qu'il y a une belle évolution de la profession et je suis contente que les sages-femmes évoluent dans ce sens-là mais je reste un petit peu en retrait par rapport à ça parce que j'estime ne pas avoir été formée suffisamment. »

#### E. Le manque de rentabilité et l'absence de demande dans le secteur

L'aspect financier est abordé à trois reprises.

SF7 considère que : « Le suivi gynéco ce n'est pas ce qui nous fait vivre. Je ne sais pas ce que vous ont dit mes collègues mais ce n'est pas rentable. » Il en est de même pour SF2 qui estime que « ce n'est pas extrêmement rentable. »

SF6 partage le même avis concernant le manque de rentabilité et évoque le fait que pratiquer du SGP prend beaucoup de temps. Dans son récit, elle compare la pratique du suivi gynécologique en exercice libéral et en exercice hospitalier : « Je pense que la gynécologie en libéral c'est une perte d'argent énorme [...], l'aspect financier qui pour moi est important parce qu'il faut du temps pour faire de la gynéco. Il faut du temps quand on tombe sur une pathologie, il faut vraiment prendre du temps pour pouvoir répondre à la femme et dire les bons mots à la femme. Et ça c'est un frein. En hospitalier c'est très simple on peut perdre du temps dans ses explications, et encore, on a des réponses rapides. Mais on peut se le permettre. » Elle rajoute que « dans le libéral il y a une réalité, et elle est financière. »

SF7 exprime un manque de demande dans son secteur : « Ce n'est pas dès le départ que je me suis dit que je n'en ferais pas, mais je pense que pour être bon, il faut en faire beaucoup et il n'y a pas eu une grosse demande au départ. »

#### 4. Hésitations à initier du suivi gynécologique de prévention

##### A. Se mettre à jour

L'attribution de nouvelles compétences a demandé aux sages-femmes certaines adaptations avant de se lancer. Trois d'entre elles expliquent avoir suivi au moins une formation supplémentaire dans le but de se mettre à jour avant de proposer du SGP.

SF1 a voulu, par manque d'expérience et de pratique, se « *re-former avant de proposer ce genre de consultations.* »

SF2 s'est reformée à la gynécologie de prévention car « *étant sortie en 1997, [elle] n'avait pas du tout cette compétence à [son] actif.* »

« *J'ai refait la formation pour revoir les techniques. Ça m'a quand même rassurée et réconfortée* » confie SF5. « *Ça remettait bien les pendules à l'heure sur tout ce qui était suivi, les conduites à tenir, les protocoles par rapport aux résultats des frottis par exemple, ce qu'on pouvait prescrire ou pas. Puis se raviver la mémoire on va dire.* »

SF8 envisage d'approfondir ses compétences en gynécologie en suivant une formation supplémentaire : « *Ça je ferais, pas tout de suite, mais comme les choses changent, il faudra quand même remettre le nez dedans de temps en temps.* »

##### B. Se lancer

Lorsque nous questionnons les sages-femmes sur les éventuelles hésitations qu'elles ont pu avoir ou qu'elles ont à initier du SGP, plusieurs d'entre elles racontent spontanément leurs expériences et ressentis lors de leurs premiers pas. Leurs récits sont marqués par le sentiment d'incertitude qui les animait lorsqu'elles se sont lancées.

SF1 raconte : « *J'appréhendais ma première pose de stérilet, j'appréhendais surtout mon premier retrait d'implant que je n'avais pas pu faire pendant mes études. Maintenant, à force, je n'appréhende plus trop.* »

SF2 décrit : *« Je me souviens de la première fois où j'ai posé un stérilet toute seule et que j'ai galéré. [...] J'ai eu des sueurs froides la première fois que j'ai retiré un implant (rires). J'ai eu des sueurs froides la première fois que j'ai posé un implant. Mais au final je me suis dit : allez, on se lance. »*

*« Je me suis lancée. Il faut oser et au final après, ça va »,* raconte SF5.

Cette étape a été vécue différemment selon les sages-femmes, notamment pour SF4 qui exprime une certaine aisance dès le départ : *« C'est vraiment quelque chose qui me paraît logique. Ça va avec le reste donc non ça ne m'a pas fait hésiter... faut se lancer ! »*

Pour SF5, suivre une formation supplémentaire a été le déclic pour proposer du SGP : *« Avant d'avoir refait la formation, je ne le proposais pas parce que justement je ne me sentais pas assez confiante et à l'aise dans tout ce qu'on pouvait prescrire et dans tous les examens qu'on devait faire. »* Elle précise aussi : *« Me lancer toute seule en libéral sans référent derrière comme on peut en avoir quand on est en stage, étudiante, ou quand on est à l'hôpital, moi en libéral je ne me voyais pas le faire sans avoir une petite formation en plus. »*

### C. L'expérience

Pour se sentir plus à l'aise dans la pratique du SGP et dépasser leurs hésitations et leurs appréhensions, certaines sages-femmes ont pu compter sur la présence d'une collègue plus expérimentée.

SF2 considère qu'avoir une collègue à proximité est un réel avantage : *« La première fois que j'ai posé et que j'ai retiré un implant, j'ai mis le rendez-vous quand je savais qu'elle était dans le coin pour ne pas me retrouver seule. »*

Si certaines sages-femmes bénéficient de collègues à proximité, d'autres exercent en cabinet individuel, comme SF6 qui exprime un besoin à ce niveau-là : *« Si j'avais été avec une sage-femme un mois, deux mois, qui faisait ce genre de chose, je pense que je me serais sûrement lancée, j'aurais pris confiance et je me serais lancée. »*

C'est également grâce à leurs propres expériences que les sages-femmes gagnent en assurance dans leur pratique. En effet, SF1 « *prend de la confiance, petit à petit.* »

« *On apprend au fur et à mesure par l'expérience, par l'expérience de ses patientes, sa propre expérience et puis, au fur et à mesure on est forcément de plus en plus à l'aise* » explique SF8, qui poursuit : « *quand vous prenez l'habitude, c'est toujours un peu la même chose et les mêmes demandes, on a des automatismes.* »

« *Plus on fait, plus on est à l'aise* », estime SF5.

#### D. Adaptations et remises en question

Se lancer dans le SGP a demandé aux sages-femmes quelques adaptations, notamment concernant la planification de leurs consultations : « *Au départ, quand vous n'êtes pas forcément à l'aise, mais ce n'est pas que pour la gynéco, c'est pour les autres consults aussi, vous vous faites des créneaux un peu plus longs comme ça ça vous laisse le temps* » raconte SF8.

SF1 a maintenant réduit le temps qu'elle consacre à ce type de consultation. « *Une heure pour poser un stérilet maintenant je ne peux plus forcément me le permettre* » estime-t-elle.

SF2 a dû se remettre en question : « *J'ai eu une mauvaise aventure avec un stérilet mal posé que je croyais bien posé, puisque comme on ne fait pas d'écho de contrôle bah voilà malheureusement la dame est tombée enceinte. Je me suis dit : il faut que tu fasses peut-être autrement la prochaine fois.* »

### 5. Limites rencontrées

#### A. Les connaissances et les compétences relatives aux différentes pathologies gynécologiques

Deux sages-femmes considèrent être à l'aise « *tant que tout est normal* » (SF4) et « *pour tout ce qui est classique* » (SF5) dans l'exercice de cette profession, à la frontière entre physiologie et pathologie.

« La difficulté c'est dès que ça sort de l'ordinaire » estime SF1.

« Après c'est vrai qu'on est vite limitées parce qu'on n'est pas formées [à la pathologie], parce qu'on n'a pas toujours de solution à apporter aux patientes. Dès que ça sort un peu du suivi normal finalement, c'est vrai qu'on est quand même très vite limitées, d'abord parce que ce n'est pas notre métier et puis parce qu'on n'a pas forcément les réponses non plus. [...] SF4 souligne ensuite que « de toute manière, ça ne rentre pas dans nos compétences. »

SF5 explique qu'elle est limitée « tout simplement, [par ses] connaissances : quand il y a quelque chose qui n'est pas physiologique, pas normal, ça dépasse [ses] compétences. Après, de toute façon, c'est gynéco. »

#### B. Un droit de prescription limité

La sage-femme exerce une profession médicale à compétences définies, notamment en matière de prescription médicale. Pour plusieurs sages-femmes, la restriction du droit de prescription est une limite dans la pratique quotidienne du SGP.

SF3 souligne un paradoxe : « Dans le cadre d'une infection urinaire, en tant que sage-femme, on peut prescrire des antibiotiques à une femme enceinte, uniquement en première intention. S'il y a une récurrence, il faut qu'on oriente vers le médecin. [...] On a ce champ de compétences, on sait faire, mais ne pas avoir le droit c'est vraiment très particulier je trouve, c'est un peu une dichotomie entre les deux. Vous savez mais vous n'avez pas le droit de faire, c'est quand même hyper étonnant quoi. »

« La limite dans le droit de prescription ça c'est sérieusement pénible, en particulier les antibiotiques » estime à son tour SF4. « On a le droit de le faire pendant la grossesse et on n'a pas le droit de le faire en dehors. C'est probablement moins dangereux de prescrire des antibiotiques en dehors de la grossesse que pendant quand même... Donc ça c'est vraiment une limite pour le coup. »

SF8 prend également l'exemple de la prescription des antibiotiques dans le cadre d'infections urinaires : « Si la dame est venue pour des problèmes de mycose et d'infection

*urinaire, c'est vraiment dommage, on pourrait la traiter, on sait comment la traiter, mais on n'a pas le droit, il faut respecter les choses pour que ça ne pose pas de soucis un jour. Mais ça, ça fait partie, je trouve, des freins : les limitations de prescription qu'on peut encore avoir à l'heure actuelle. »*

## 6. Difficultés rencontrées

### A. Manque d'aisance dans la pratique courante

SF1 évoque des difficultés lors de la prescription de pilules contraceptives : *« Quand elles viennent et qu'elles me disent « ma pilule ne me convient pas », que ce soit pour les problèmes de peau, de prise de poids, de saignements ou de spotting, ou qu'elles ne supportent pas bien, quand je dois changer de pilule, je ne me sens pas à l'aise. »*

SF8 est confrontée à certaines difficultés techniques, justifiant le fait qu'elle ne prescrive pas d'implant contraceptif : *« Poser ça va, retirer j'ai déjà rencontré des difficultés. Je ne peux pas dire aux dames que je les pose et que je ne les retire pas, donc je me suis dit que je ne faisais pas. Je redirige les dames au besoin. Je ne me sentais pas à l'aise. »*

### B. La formation

La formation est un thème récurrent, abordé spontanément au décours de sept entretiens. Les sages-femmes distinguent d'une part la formation initiale et d'autre part les formations complémentaires.

#### a. La formation initiale

SF1 n'avait jamais, pendant ses études, eu l'occasion de poser ou retirer un implant contraceptif. Elle estime qu' *« un stage en gynéco pendant lequel on ne nous laisse pas forcément faire les choses, ça ne suffit pas »* et pense qu'il serait judicieux d'axer davantage la formation sur *« le dépistage médico-social et la contraception car c'est ce qu'on est amenées à faire dans la vraie vie de sage-femme libérale. »* Elle pense qu' *« il faudrait adapter les cours de gynéco à l'école. »*

SF3 considère ne pas avoir « *fait beaucoup de stages de consults gynéco.* » Elle explique que déjà pendant ses études, elle avait « *la sensation qu'on était moins axées sur ça.* »

Selon SF5, « *en sortant de l'école on n'a pas fait beaucoup, on a vu un petit peu les techniques, on a les cours en tête, mais voilà en pratique, on n'est pas très à l'aise non plus là-dedans.* » Cette sage-femme évoque un manque de formation initiale « *plutôt d'ordre pratique.* » Elle estime que la formation initiale manque réellement d'informations et de pratique concernant le périnée : « *le périnée c'est quand même à la base de tout : que ce soit pour la consultation gynéco mais aussi pour la grossesse, pour l'accouchement...* »

SF6 pense qu'il s'agit davantage d'un « *manque de formation primaire.* »

Concernant la formation initiale, le ressenti des sages-femmes est très différent. Pour SF8, diplômée depuis trois ans, « *on ne peut pas dire qu'en sortant de l'école on n'ait pas la formation qu'il faut pour pouvoir faire les choses de base.* »

#### b. Les formations complémentaires

Certaines formations supplémentaires manquent à SF1. « *La difficulté c'est que je n'ai pas le diplôme [inter-universitaire] d'échographie du coup dès qu'il faut faire une échographie je dois faire une ordonnance, envoyer en imagerie, donc c'est peut-être ça la difficulté.* »

SF6 aborde les difficultés rencontrées pour se former en tant que sage-femme libérale. « *Le problème c'est qu'après l'école, il y a deux formations qui sont prises en charge par an quand on est en libéral. Malheureusement, toutes ces formations qui sont intéressantes sont payantes.* »

SF1 rencontre des difficultés dans sa pratique concernant l'interprétation des résultats de FCU pathologiques : « *Je voulais aussi me re-former pour le frottis, tout ce qui est repérage des lésions, tout ce qui est pathologique.* »



SF2 souligne la nécessité de formations qui soient adaptées à la pratique courante :  
« *La formation que j'ai faite était assez pratico-pratique, faite par les sages-femmes pour les sages-femmes pratiquant la gynéco de prévention.* »

- c. Une formation insuffisante concernant la prise en charge des femmes ménopausées

Plusieurs sages-femmes illustrent le manque de formation à travers le même exemple : la prise en charge et l'accompagnement des patientes ménopausées.

SF1 estime que « *dès que ça sort un peu de l'ordinaire, dès que c'est une femme pas toute jeune qui commence à avancer dans l'âge, qu'il y a des soucis de pré-ménopause, ce genre de choses, je trouve qu'on n'est pas du tout bien formées en tant que sages-femmes.* »

« *Ce dans quoi je ne me sens pas à l'aise dans la gynéco : tout ce qui concerne la ménopause. C'est vrai que ça pourrait faire partie de nos compétences, pas dans tout ce qui est prescription ou traitements qui peuvent soulager la symptomatologie des femmes ménopausées, mais on a plus l'habitude d'avoir une population jeune et on peut se retrouver plus en difficultés parfois pour accompagner la femme ménopausée par exemple [...] C'est peut-être moi personnellement mais je n'ai pas l'impression de me sentir avoir un bagage pour conseiller les dames en matière de symptomatologie type bouffées de chaleur ou autres* » explique SF8.

Pour SF4, la formation apparaît comme un besoin en ce qui concerne la prise en charge spécifique des femmes ménopausées : « *Il faudrait que je prenne le temps de chercher, de faire une formation [...] même si on est forcément limitées puisqu'on ne peut pas prescrire de traitement de la ménopause mais la ménopause ce n'est pas pathologique en l'occurrence, donc toutes celles qui n'ont pas besoin de traitement ou juste de petits conseils d'hygiène de vie, de trucs non hormonaux qu'on peut prescrire, qu'on peut guider, c'est vrai que là-dessus ce serait pas mal.* »

### C. La création d'un réseau professionnel

Se construire un réseau, établir des liens avec les professionnels aux alentours est indispensable pour réorienter les patientes lorsque leur prise en charge dépasse le cadre des compétences fixées dans le cadre de la profession.

Se constituer un réseau avec d'autres professionnels est un élément qui freine SF6 :  
*« C'est vraiment un choix personnel de ne pas m'enquiquiner avec les réseaux. [...] En formation, on nous forme sur la technique : la technique de pose, la technique de prélèvement, comment répondre quand on a le résultat. Mais on ne nous donne pas du tout d'infos sur comment faire des liens avec les gynécos et ça ça me manque, donc du coup c'est ce qui me freine beaucoup. »*

SF3 utilise l'exemple du FCU de dépistage pour démontrer l'importance d'établir des contacts avec d'autres professionnels afin d'adresser les patientes au besoin : *« J'ai dépisté qu'effectivement il y avait une pathologie, mais qu'est-ce que j'en fais ? vers qui je l'oriente ? Parce que je ne vais pas pouvoir moi gérer moi, il faut que j'oriente vers quelqu'un d'autre et c'est frustrant car tu as compris qu'il y avait quelque chose, c'est toi qui a réussi à prouver, grâce à un suivi très minutieux, t'as trouvé qu'il y avait quelque chose de pathologique. Alors attention, je ne demande pas forcément plus de compétences. »*

SF8 rencontre également des difficultés pour réorienter ses patientes : *« Si je dois rediriger pour de la pathologie, ce n'est pas toujours facile de pouvoir rediriger rapidement une patiente et avec un professionnel de santé qu'on connaît, dont on a des bons avis et dont on sait que la prise en charge va coordonner avec la nôtre. »*

SF2 admet : *C'est vrai que je n'ai pas de réseau très développé encore. [...] Je n'ai pas encore réussi à tisser ce réseau. [...] Mais ça prend du temps je pense, comme quand je me suis installée, j'ai commencé à tisser un lien avec tel pédiatre, tel ostéopathe, tel gynécologue pour la grossesse, telle personne dans telle maternité ou telle maternité pour les SIG. »*

SF4 reconnaît qu'elle n'a « *pas beaucoup de liens avec les gynécologues* » et qu'elle a tendance à davantage adresser en hospitalier. Elle évoque « *une difficulté à créer du lien et passer le relai plus facilement et plus efficacement.* »

« *J'ai un labo de cytologie près de chez moi avec qui j'ai fait une convention pour les frottis, qui vient me chercher mes frottis, même si je n'en fais pas des tonnes, j'ai un coursier* » explique SF2 qui souligne la nécessité de s'entourer également d'autres acteurs tels que les laboratoires.

#### D. Les gynécologues dans le suivi gynécologique de prévention

##### a. Des délais de prise de rendez-vous allongés

SF1 remarque que « *chez les gynécologues, il faut attendre plusieurs mois avant d'avoir un rendez-vous.* »

SF2 explique que « *si les délais sont longs, c'est parce qu'ils font beaucoup de choses.* »

##### b. Le nombre de gynécologues selon le secteur géographique

« *On n'a pas beaucoup de gynécologues dans le secteur* » estime SF8 qui exerce dans le sud du Bas-Rhin. Selon elle, le problème « *c'est le secteur, qu'il y a moins de gynécologues, qu'ils ne prennent plus de nouveaux patients.* »

« *La gynécologue du secteur va bientôt prendre sa retraite et je ne sais pas si pour l'instant elle a quelqu'un qui reprend. Ne plus avoir de gynécologue dans le secteur ça veut aussi dire ne plus avoir de praticien référent chez qui réorienter.* » SF7 suggère ici d'autres problématiques dont la nécessité de se créer un réseau de proximité.

Le manque de gynécologues disponibles est aussi abordé par SF1 qui a personnellement rencontré cette problématique, il y a plusieurs années déjà : « *Je voulais consulter une sage-femme quand j'étais encore à l'école pour de la contraception et en fait je n'en ai pas trouvée dans mon secteur à l'époque. J'ai dû aller voir une gynécologue, des mois d'attente. [...] Je voulais un suivi sage-femme et en fait je n'en ai pas trouvé donc*

*c'est pour ça que je me suis dit qu'il fallait que je me forme pour pouvoir proposer ce genre de suivi. »*

#### c. Le contact, la communication avec les gynécologues

SF6 pense qu' *« à Strasbourg on aurait assez de gynécos pour prendre en charge mais on n'a pas assez de contact avec eux. »*

SF4 souhaiterait disposer d'un *« réseau plus important et puis surtout un réseau qui fonctionne dans les deux sens : c'est-à-dire que plutôt que de dire à une patiente « je vous prends dans huit mois pour votre frottis » mais « allez voir une sage-femme quoi. » Mais ça non, on n'y est pas encore. »*

Selon SF5, *« ça fait aussi partie, des fois avec certains gynécos, des freins, de la relation qui n'est pas toujours confraternelle. Pourtant on sait très bien que nous on n'est pas gynécos et qu'on ne les remplace pas, mais je pense que parfois ce n'est pas simple. »*

Selon le secteur, selon le cabinet, les relations entre sages-femmes et gynécologues ont l'air très différentes. SF3 explique être dans *« un cabinet au centre-ville qui fonctionne bien avec pas mal de cabinets de gynécologie. »*

SF5 relate que *« certains gynécos, pas tous mais il y en a quand même beaucoup, en Alsace du Nord, ne sont pas très favorables pour ce genre de consultations chez une sage-femme. »*

#### E. Les difficultés matérielles

Ne pas posséder d'échographe au cabinet est perçu comme une difficulté par SF4 : *« Je ne dis pas que je ne trouverais pas ça confortable de pouvoir faire un petit coup d'écho pour vérifier. »* Selon elle, les assurances auxquelles il faut souscrire ne sont pas rentables pour les sages-femmes : *« Niveau assurances, ce n'est pas gérable. Ça pour le coup c'est le vrai frein au fait d'avoir un échographe ou pas. [...] Ça ne m'empêche pas de bosser, mais c'est vrai que ce serait confortable de pouvoir le faire sauf*

*que je sais que je ne le ferais pas car les assurances exploseraient et ce ne serait pas rentable. Ce serait un plus, mais ce n'est pas possible. »*

Au départ, SF2 pensait rencontrer des difficultés concernant le matériel à acquérir mais trouve que finalement, *« ce n'est même pas un surinvestissement au niveau matériel. »*

#### F. Les difficultés de l'exercice en libéral

Plus largement, SF5 exprime des difficultés ne se limitant pas seulement au SGP mais relatives à l'exercice libéral en lui-même. Selon elle, la formation initiale n'est *« pas du tout suffisante pour le libéral en général et pour la gynéco. »* Elle estime que *« quand il faut exercer dans son cabinet, qu'on fait des choses un petit peu seule, même si on a une collègue ou autre, c'est différent. »*

SF6 évoque également les difficultés de l'exercice libéral en lui-même, qu'elle compare à l'exercice hospitalier : *« Par rapport à l'exercice libéral en général... Je pense qu'on n'a pas assez de relai. À l'hosto c'est simple, c'est facile : t'as tout de suite un médecin derrière, tout de suite ce qu'il faut derrière. Alors qu'en libéral, ça prend plus de temps. »*

### 7. La place des sages-femmes

#### A. Représentations de la profession de sage-femme

L'image que se fait SF3 du métier est *« une image très positive. »* Elle explique : *« C'est surtout de la relation avec les gens et c'est ça que je cherchais dans ce métier. [...] C'est le relationnel qui prime. [...] Je pense que la communication c'est vraiment le numéro un de notre métier. »*

La prise en charge de SF8 ne se limite *« pas que [à] de la sage-femmerie, pas que de l'obstétrique en tout cas. Tout ce qui peut accompagner la dame. »*

SF1 quant à elle insiste sur les différents aspects qui englobent la profession : *« Il y a du médical mais il y a aussi toute une part de social dans notre métier. »* Elle décrit également une image *« d'accompagnement, de conseils. »*

SF6 quant à elle estime que les compétences octroyées en matière de gynécologie, « *ce n'est pas [son] métier.* »

SF2 considère que son métier consiste à « *être une des principales intervenantes dans la santé des femmes, c'est être une interlocutrice privilégiée pour les femmes.* »

## B. Une prise en charge tout au long de la vie des femmes

SF8 souligne que la sage-femme intervient « *de la fille pubère pour lui expliquer la vie sexuelle, le cycle de la femme et lui expliquer ses règles, [...] à la ménopause : pour [elle], c'est ça le rôle de la sage-femme, en gynéco.* »

« *Le rôle de la sage-femme, c'est d'être une accompagnante. On est vraiment là pour accompagner des jeunes filles aux vieilles dames, dans toutes les étapes de leur vie que ce soit de la découverte du fonctionnement de son corps, de sa sexualité, jusqu'à effectivement la ménopause où là je suis un peu moins callée (rires), où j'ai un peu plus de mal d'accompagner.* » Cette difficulté, déjà évoquée précédemment par SF4, ressort à nouveau dans son discours.

## C. Une actrice majeure pour la santé des femmes

### a. Disponibilité

Pour SF2, la possibilité pour les patientes de consulter une sage-femme dans le cadre du SGP, « *c'est aussi un accès assez facilité dans le temps.* »

SF5 trouve que cela rend service aux femmes car « *c'est possible de le faire chez une sage-femme avec des délais de consultations plus courts.* »

« *Le fait d'être plus dispos, de pouvoir répondre aux patientes et de les voir dans un délai raisonnable, ça évite des retards de suivi* », souligne SF4.

## b. Accessibilité

SF5 pense que l'exercice du SGP par les sages-femmes est « *plus simple, plus rapide, plus abordable pour les femmes.* » À ce sujet, SF2 évoque le « *côté financier* », plus accessible pour les patientes.

## c. Proximité

SF2 se décrit comme « *une actrice de secteur, puisqu'elles ont accès pas loin de chez elles, et ça c'est important aussi. Quand ce n'est pas loin de chez soi, on y va.* »

Au-delà de la proximité géographique, l'abord avec la sage-femme est plus facile selon SF5, et permet d'établir avec la patiente une relation de proximité : « *on s'appelle par les prénoms, on se tutoie, elles me contactent facilement par téléphone, par message, elles posent leurs questions plus facilement.* »

## D. Un rôle d'éducation

La sage-femme est une actrice de prévention qui joue un véritable rôle d' « éducation », notamment auprès des jeunes filles.

Le terme « expliquer » est cité à deux reprises dans le récit de SF1 : « *La prévention pour le frottis, quand j'ai une jeune, même de 19 ans, je lui explique ce que c'est, à partir de quel âge on commence à le faire, à quelle fréquence. Pareil pour la palpation des seins, je leur explique l'autopalpation, en leur disant qu'elles sont jeunes et qu'il n'y a pas un grand risque de trouver quoi que ce soit mais qu'on n'est jamais trop jeune pour apprendre. Je leur montre automatiquement l'autopalpation.* »

La pédagogie, le fait de transmettre aux patientes des informations nouvelles, est un thème qui ressort également du discours de SF2 : « *Elles sont contentes d'apprendre des trucs : quand on leur apprend l'auto-examen des seins, ce n'est pas forcément quelque chose pour laquelle on avait pris le temps avant.* »

« *Il y a un côté quand même éducationnel* », estime SF3.

## E. Une activité en évolution

SF4 reconnaît que la part de ses consultations dédiées à des actes de gynécologie de prévention est de plus en plus importante : « *J'en ai de plus en plus quand même, clairement. Quand j'ai commencé j'en avais vraiment peu, c'était une fois de temps en temps et là maintenant j'en ai quand même plutôt pas mal.* »

De même, cette activité est en plein essor pour SF2 : « *C'est de plus en plus [...] je sens bien une évolution.* »

## F. Savoir reconnaître ses limites

SF5 explique son mode de fonctionnement : « *On n'est pas gynécos, on sait très bien qu'on ne les remplace pas. S'il y a quoi que ce soit du coup qui dépasse un peu mes limites, je leur dis justement de prendre contact avec un gynéco en maternité ou en ville pour avoir plus de réponses.* »

SF4 oriente également « *très facilement* » et pense que « *c'est vraiment important de le faire justement, [...] c'est important par contre de reconnaître nos limites.* »

SF8 considère que les sages-femmes savent « *ne pas dépasser [leurs] compétences.* »

## G. Des compétences dans le domaine de la gynécologie de prévention qui restent encore peu connues

### a. Par les femmes

Les patientes restent encore peu informées du rôle que jouent les sages-femmes, particulièrement dans le SGP. SF5 explique : « *Quand on dit qu'on peut faire tout ça, faire le suivi classique de prévention, poser les stérilets, elles sont quand même assez étonnées. En général, elles sont assez surprises « ah bon vous pouvez faire aussi ça, je ne savais pas, c'est pratique, c'est bon à savoir ». L'information elle manque quand même toujours.* » Même si les patientes semblent peu sensibilisées aux différentes



missions des sages-femmes, SF5 évoque une progression à ce sujet : « *Certaines savent maintenant petit à petit que c'est possible de le faire chez une sage-femme.* »

SF1 partage le même avis et pense qu'il s'agit d'un « *problème d'information car beaucoup ne savent pas qu'on fait de la gynéco.* »

Pour SF6, cette méconnaissance des compétences des sages-femmes se révèle être un véritable poids dans la pratique quotidienne : « *Les gens ne savent pas qui on est et ça c'est très très désagréable, ne savent pas du tout ce qu'on est capables de faire, quelles sont nos compétences, donc on passe beaucoup beaucoup de temps à expliquer aux femmes « non, vous serez remboursée », « oui, je suis prescriptrice. » Ça c'est vraiment le plus lourd je trouve actuellement : d'expliquer aux femmes ce qu'on fait, ce qu'on peut faire et jusqu'où on peut aller. Et pour moi c'est un poids je trouve. [...] Tout ce qui est droit de prescription, les femmes, en général, elles ne savent pas du tout nos compétences et ça c'est long à expliquer.* » SF6 relève tout de même une évolution et considère que les jeunes femmes d'aujourd'hui sont davantage sensibilisées à ce sujet : « *Les jeunes sont plus renseignées que les anciennes. Disons que les jeunes aujourd'hui je trouve que l'information passe un peu mieux donc il y a du mieux mais les dames qui ont au-delà de 40 ans, elles ne savent pas du tout.* »

#### b. Par les autres professionnels de santé

Les patientes ne semblent pas les seules à méconnaître les compétences des sages-femmes. Les autres professionnels de santé semblent également ne pas être suffisamment informés sur la diversité des missions de la profession.

À ce sujet, SF6 raconte : « *Pour parler un peu des gynécos, je ne leur tape pas sur le dos, tout au contraire, mais des fois je reçois des femmes avec des ordonnances où il y a marqué « rééducation périnéale uniquement chez le kiné », c'est lamentable... C'est assez terrible.* »

Au début, SF4 adressait ses patientes pour effectuer des échographies de contrôle après la pose d'un stérilet, jusqu'au jour où un radiologue aurait dit à l'une de ses patientes : « *après, il faudra aller voir un gynéco pour le stérilet.* »

## H. Un manque de reconnaissance dénoncé par les sages-femmes

SF3 ne se sent pas reconnue dans sa profession : « *Avoir des compétences en plus ça prouve qu'on a confiance en les sages-femmes, c'est valorisant, mais ce n'est pas valorisé. Ça je pense que malheureusement on ne l'est pas encore. On n'est pas reconnues.* »

« *Je trouve que ce n'est pas reconnu par l'État à sa juste valeur. [...] Un problème de reconnaissance plutôt gouvernementale je dirais* », estime SF1.

SF2 pense que proposer du SGP, est « *valorisant pour les dames.* »

SF6 considère également que ceci est valorisant « *pour les femmes. [...]. Alors c'est toujours un peu valorisant pour nous évidemment car on a plus de compétences.* »

## 8. Enjeux du suivi gynécologique de prévention

### A. Des enjeux de santé publique multiples

La prévention de la santé gynécologique des femmes et le dépistage des pathologies gynécologiques sont des enjeux de santé publique évoqués par les sages-femmes.

« *La prévention, ça occupe une place centrale* », selon SF1.

SF8 considère que cette prévention passe par « *l'information, l'accompagnement.* » Elle se décrit comme une actrice de prévention : « *dans le suivi gynéco, c'est la prévention du cancer du col de l'utérus, la prévention du cancer du sein.* »

« *C'est prévenir les pathologies, en tout cas d'avoir une surveillance plus importante des femmes qui ne font plus de suivi pour la plupart, [...] c'est vraiment de la prévention pour la femme, dans sa globalité et toute sa vie.* » SF6 note ici que la prévention s'inscrit dans la durée et ne se limite pas à un seul moment de la vie des femmes.

Selon SF7, « *c'est surtout du dépistage à [son] échelle.* »

*« Dépister des cancers qu'on peut traiter plus rapidement c'est quand même avantageux. En dehors de la prévention, du traitement, du suivi global de la patiente, c'est un enjeu de santé publique aussi. On sait que les cancers gynécologiques il y en a un bon nombre donc de pouvoir les diminuer ça peut être intéressant »* estime SF3, qui trouve également d'autres bénéfices à la gynécologie de prévention. En effet, selon elle, *« des contraceptions bien suivies, c'est une diminution potentielle du nombre d'IVG par an : il y a quand même un enjeu de santé publique majeur, économique et sanitaire. »*

## B. Dépistage des vulnérabilités

La consultation de SGP peut être l'occasion de repérer des fragilités, dépassant le cadre purement gynécologique, dont le dépistage des vécus difficiles.

*« Je pense que si on établit un lien de confiance, [...] elles vont peut-être aussi nous parler d'autres choses et c'est comme ça qu'on va peut-être aussi dépister des violences conjugales, ce genre de choses. »* Cette relation privilégiée avec les femmes est une notion qui avait déjà été abordée par certaines sages-femmes de l'étude. SF1 explique ici que ce lien de confiance est un préalable indispensable au dépistage de ce type de problématiques.

Pour SF2, il est primordial *« que les femmes puissent avoir un interlocuteur en qui elles ont toute confiance pour pouvoir parler de tout et c'est ce qui permet des fois de s'orienter vers des vécus difficiles, des violences, des réparations possibles aussi. »*

D'autres problématiques peuvent aussi être dépistées au décours d'une consultation : *« Il y a d'autres problèmes aussi : les problèmes psychiques, tout ce qui est anorexie et boulimie, les drogues aussi, les problèmes addictifs. Je trouve que c'est assez vaste comme sujet. [...] Je trouve que c'est important de pouvoir dépister, demander des informations supplémentaires sans forcément être trop directive et trop directe. Plutôt de dire « est-ce que vous avez déjà subi des violences sexuelles ? » parce que c'est quand même un mot assez fort, plutôt dire « est-ce qu'on vous a déjà fait du mal ? » par exemple. »* SF1 souligne l'importance des mots choisis, qui ne sont jamais anodins.

### C. Une écoute attentive

SF4 insiste sur l'écoute attentive dont doivent faire preuve les professionnels qui assurent du SGP : « *Les voir dans un délai raisonnable, ça évite des retards de suivi [...] et puis le fait d'être écoutée, d'être entendue, elles repousseront moins aussi leur suivi gynéco. [...] Si elles n'ont pas d'appréhension à y aller parce qu'elles se sentent écoutées, rassurées, elles vont moins repousser leur rendez-vous.* »

SF1 explique qu'il est important d'apprendre à écouter les femmes, d'accueillir les difficultés et les impasses auxquelles elles peuvent être confrontées : « *Si elle prend confiance, elle va tendre des perches et puis à nous de savoir dépister, remarquer les perches qu'elles nous tendent pour ne pas passer à côté. Il faut aussi se former là-dessus en tant que sage-femme, pas que sur des soins médicaux mais aussi sur l'analyse des non-dits : parfois des réactions, des mots un peu subjectifs. [...] On leur tend des perches, elles nous tendent des perches et puis comme ça des fois on arrive à dépister certaines choses.* »

### D. Aborder d'autres sujets : l'intimité, la féminité, la sexualité

SF2 discute systématiquement avec ses patientes de thèmes tels que la féminité ou encore la sexualité : « *Leur donner la capacité, l'ouverture pour discuter de tout sur la féminité, notamment la sexualité parce qu'il y a quand même beaucoup de femmes, d'une, qui n'osent pas en parler à tout le monde, à d'autres intervenants gynécologiques, et de deux, qui ont des sexualités difficiles pour elles et du coup c'est l'occasion petit à petit de tisser un lien et parfois elles nous crachent un truc. Moi c'est toujours une question que je vais poser.* »

Pour SF2, l'examen gynécologique doit être effectué « *de manière bienveillante et très bienveillante en ce qui concerne la féminité.* »

SF3 précise n'avoir jamais eu l'occasion de proposer de première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles, cotée CCP, mais y trouve un réel intérêt que ce soit pour les sages-femmes qui en proposent ou pour les patientes : « *j'espère que du coup les collègues qui en font en profitent aussi pour faire un moment un peu de rappel, à ce que c'est le consentement, le corps,*

*toutes les questions aujourd'hui qu'on se pose avec le genre, sortir aussi parfois la fille du milieu familial qui est très strict sur la sexualité. Ça peut être un très beau moment de prévention et un très beau moment d'échanges avec une jeune femme. »*

SF2 pense que les professionnels de santé sont parfois « *peut-être maladroits aussi des fois dans les mots, dans la façon de parler aux gens, des fois de banaliser certaines choses comme l'examen gynécologique, la pudeur, l'intimité.* » Elle explique : « *Ça je l'ai vécu moi-même en structure : quand on fait toute la journée la même chose tout le temps, parfois on ne se rend pas compte qu'on travaille avec des vrais gens, qui eux n'ont pas l'habitude de se mettre tout nus, d'avoir un examen, un toucher vaginal, de dévoiler leurs seins pour un examen. C'est un truc à réfléchir dans sa pratique professionnelle, médicale, quelle qu'elle soit.* »

#### E. Encourager les femmes à être actrices de leur santé

SF2 encourage les professionnels à donner aux femmes les clés pour prendre confiance en elles et à les mettre « *en confiance sur leur propre corps.* » Elle dit : « *Moi je trouve que ce qui est important en gynéco de prévention c'est de leur redonner la confiance en leurs capacités, surtout à dépister elles-mêmes des trucs. Par exemple, avec moi, elles mettent le spéculum elles-mêmes, je leur propose. Je leur dis « essayez, c'est votre corps : quand vous mettez un tampon hygiénique, si vous en mettez, vous le faites toute seule. [...] Vous verrez vous allez vous causer moins d'ennuis, moins de tiraillements, parce que vous vous savez où vous allez dans votre corps », moi je ne sais pas.* » Elle relève également que les femmes ne sont pas suffisamment informées quant aux recommandations en vigueur concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus : « *Même si elles ont déjà eu le frottis, elles sont un peu paumées parce qu'elles ne savent pas trop si elles sont à jour.* »

#### 9. Propositions et questionnements

SF5 semble mitigée quant à l'évolution du champ de compétences de la profession : « *C'est bien d'avoir plein de compétences, de pouvoir faire plein de choses, d'être sollicitée, ça montre qu'il y a aussi une certaine confiance envers nous, [...] après il faut le reconnaître aussi et le valoriser, que ce soit financièrement mais aussi en donnant l'information. [...] Nous donner des compétences d'accord, mais qu'on ne soit*

*pas là juste pour répondre à un besoin parce qu'il y a un manque quelque part, mais qu'on soit intégrées de manière pérenne dans le temps. »*

*« On s'occupe de la physiologie donc l'idéal serait que les femmes soient plus informées de ces compétences là pour qu'on puisse plus proposer justement ces consultations » suggère-t-elle.*

SF2 se questionne : *« Si toutes les sages-femmes libérales faisaient aussi de la gynéco de prévention je pense qu'on arriverait à absorber l'activité et il y aurait davantage de consults gynécologiques urgentes dans les structures hospitalières. »*

SF4 ne propose pas de SGP mais a déjà réalisé, occasionnellement, des premières consultations de contraception et de prévention chez des patientes mineures. Elle serait favorable à ce que les limites d'âge de la population ciblée soient élargies : *« Ça pourrait même être avant 15 ans en fait. C'est une première approche, [...] on commence à parler rapports, contraception, les frottis je commence à en parler un peu. [...] C'est assez restreint, on ne les voit pas forcément sur cette période-là. Bon, c'est une première mise en place, ça évoluera probablement un jour aussi. »*

De même, SF8 aurait trouvé plus d'intérêt à ce qu'il n'y ait pas de limite d'âge fixée : *« Quand on voit une première fois une dame en gynéco, qu'il faut monter un dossier, ses antécédents, il faudrait effectivement qu'on puisse avoir une cotation spécifique pour cette première consult et pour celles d'après, une cotation différente. Ça j'y aurais trouvé plus d'intérêt parce que la jeune femme qu'elle ait entre 15 et 18 ans ou entre 18 et 30 ans, ou même après, si elle a des questions sur sa contraception, ça prend le même temps que d'instaurer une contraception. »* De plus, SF8 *« ne trouve pas ça très clair dans la cotation. »*

Si l'attribution de nouvelles compétences semble faire évoluer la profession, SF7 se demande si finalement, il n'y a pas un retour à ce qu'était le métier de sage-femme avant : *« On revient un peu à ce qu'était la sage-femme il y a plusieurs dizaines d'années : quand les femmes avaient un problème, elles allaient voir la sage-femme du village, elles n'allaient pas forcément voir les médecins. On revient un peu à l'essence du métier quelque part. »*

## IV. DISCUSSION

## 1. Intérêts et limites de l'étude

### A. Intérêts

La dimension qualitative de notre étude a pour objectif d'approfondir un sujet déjà étudié dans des territoires autres que celui du Bas-Rhin. En effet, des études ont déjà été menées selon un versant quantitatif. Nous sommes en mesure de nous demander si cette approche n'a pas restreint l'exploration. À la différence d'une étude qualitative, l'étude quantitative ne permet pas de recueillir des ressentis avec précision. En revanche, une étude quantitative pourrait faire suite à notre travail afin de conclure statistiquement sur les freins et les difficultés rencontrés et pouvoir ainsi proposer des améliorations pertinentes de l'offre de soins.

L'implication des sages-femmes est un point fort de notre étude. En effet, ces dernières ont pris le temps de répondre à notre sollicitation et d'y consacrer de leur temps. Ce type d'étude a été motivé par le souhait de recueillir une diversité d'expériences. Ces échanges avec les sages-femmes libérales ont été très enrichissants.

Par ailleurs, cette étude a été effectuée plus de dix ans après l'application de la loi HPST, permettant aux sages-femmes d'avoir le recul nécessaire dans la pratique de la gynécologie de prévention et sur la réalité de l'exercice de cette compétence.

### B. Limites

Un défaut de relances a pu exister au départ, rendant les données plus riches au fur et à mesure de la réalisation des entretiens.

Seules les sages-femmes volontaires ont répondu à notre sollicitation. Nous pouvons supposer que celles qui sont moins à l'aise avec le sujet de notre travail n'ont pas souhaité participer à l'étude alors qu'elles auraient éventuellement pu faire émerger d'autres difficultés ou problématiques.



## 2. Confrontation aux données de la littérature

### A. Formation initiale et formations complémentaires

#### a. Adaptations et faiblesses de la formation initiale

Dans notre travail, la thématique de la formation est à la fois évoquée comme un frein à intégrer la gynécologie de prévention dans sa pratique, une difficulté et un besoin. Les sages-femmes de notre étude évoquent un manque de formation initiale d'ordre pratique, davantage que théorique. Cette tendance rejoint les résultats de l'étude de A. Corne (10) menée auprès d'étudiants sages-femmes en fin de cursus en 2013. Les nouvelles diplômées sont globalement satisfaites des cours théoriques mais il persiste un manque au niveau pratique, notamment pour la contraception et l'examen gynécologique. La formation pratique est jugée inadaptée car l'encadrement des étudiants en stage ne laisse pas suffisamment de place aux actes pratiques. Plus de la moitié des sages-femmes de l'étude souhaiteraient bénéficier d'une formation pour se perfectionner dans l'examen gynécologique, notamment concernant la pose d'implant et de DIU.

Plusieurs mesures gouvernementales sont venues renforcer la place et le rôle des sages-femmes dans le système de santé actuel. Ainsi, des adaptations relatives à la formation initiale ont été nécessaires, faisant passer cette profession de deux à cinq années d'études et prévoyant dès la promotion 2022-2023 une sixième année d'études (11). Depuis 2009, la formation initiale des sages-femmes a évolué au rythme des nouvelles compétences acquises et prévoit désormais un module « gynécologie, santé génésique des femmes et assistance médicale à la procréation » représentant 4 à 8 ECTS (système européen de transfert et d'accumulation de crédits) pour les enseignements théoriques et 8 à 14 ECTS concernant la formation clinique (stages) pour les deux cycles des études (12,13). Ainsi, un volume horaire est spécifiquement dédié aux enseignements théoriques et pratiques de gynécologie dans le cadre de la formation initiale des étudiants.

En 2012, un rapport de mission en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé a été établi dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la prévention des risques associés aux soins (14). En conclusion du rapport, dix

actions permettant un développement structuré de la simulation dans l'optique d'améliorer la qualité et la sécurité des soins ont été énoncées, dont la première proposant que « la formation par les méthodes de simulation en santé doit être intégrée dans tous les programmes d'enseignement des professionnels de santé à toutes les étapes de leur cursus (initial et continu) ».

Axer davantage les stages de gynécologie sur les besoins des étudiants sages-femmes, proposer des entraînements sous forme de travaux pratiques et des séances de simulation en santé pourraient ainsi améliorer la formation initiale par rapport à l'apprentissage des actes pratiques et renforcer l'expérience des étudiants. Cette diversité des approches pédagogiques pourrait se révéler efficace pour former les étudiants sur certains points clés de la prise en charge. Ces outils pourraient être mobilisés à plusieurs reprises pendant leur cursus afin de permettre aux étudiants de revoir les gestes techniques à différents temps de la formation.

#### b. Formations complémentaires et exercice libéral

Les sages-femmes de notre étude accordent une place importante à l'expérience acquise au fil du temps. En effet, la formation initiale n'est qu'une première étape dans leur future vie professionnelle et elles expriment la nécessité de compléter leur formation par la suite. Le fait d'avoir bénéficié d'une formation jugée adaptée peut se révéler être une motivation, un levier à proposer du SGP.

Les formations complémentaires s'inscrivent dans le cadre du DPC. Ce dernier a pour objectifs « le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques ». Il s'agit d'une obligation pour tout professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice (15). Avant de s'engager, il est recommandé que chaque professionnel s'interroge de la valeur d'une formation en se questionnant notamment sur son rôle dans la formation, les compétences qu'il va acquérir et si ces dernières sont adaptées ou non à sa pratique courante (16).

Dans notre étude, les sages-femmes expriment la nécessité de réactualiser leurs connaissances avant de se lancer, en suivant des formations qui soient adaptées à leur pratique courante. Cependant, le coût financier que représentent ces formations est une difficulté non négligeable. Selon l'étude de E. Ruini, (17) une grande majorité de

sages-femmes (68,9 %) estiment ne pas avoir les compétences nécessaires pour effectuer ce type de consultation et expriment le besoin de suivre des formations complémentaires avant de se lancer sereinement. Pourtant, le coût trop élevé des formations, le manque de pratique des formations, le manque de temps et le manque de formations disponibles sont autant de facteurs limitant l'accessibilité aux formations complémentaires.

B. Encourager une plus grande visibilité de la profession auprès des autres professionnels de santé et promouvoir la création de réseaux pluri-professionnels

a. Le manque de reconnaissance

Les sages-femmes de notre étude estiment que les autres professionnels de santé ne sont pas suffisamment informés sur leur champ de compétences. Promouvoir la profession auprès des autres professionnels de santé leur apparaît comme une nécessité.

Un rapport de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) publié en mai 2021 (18) relève que les médecins généralistes qui connaissent et reconnaissent les compétences des sages-femmes sont plus enclin à leur accorder confiance et crédit. En revanche, la méconnaissance de leurs compétences peut être source de méfiance et semble être un frein aux échanges pourtant nécessaires pour une meilleure prise en charge des patientes. Une autre étude (19) parvient aux mêmes conclusions et relève que ce manque de connaissances au sujet des compétences des sages-femmes est déjà observé chez les internes de médecine générale et donc par conséquent, potentiellement chez les médecins généralistes de demain. Les internes de médecine générale qui connaissent globalement les compétences des sages-femmes libérales auront davantage tendance à les considérer comme un interlocuteur privilégié, dans leur pratique future. Ainsi, il paraît pertinent de sensibiliser davantage les médecins généralistes sur l'offre de soins que les sages-femmes peuvent être amenées à proposer et ce, dès leur formation initiale.

Le travail d'E. Panchaud (20) retrouve que, globalement, les connaissances des pharmaciens sur les compétences et le droit de prescription des sages-femmes sont insuffisantes. Près de 40 % des pharmaciens de l'étude pensent que les sages-femmes ne

sont pas habilités à prescrire et poser d'implant contraceptif. Plusieurs pharmaciens interrogés dans le cadre de cette étude ont suggéré que le développement de formations continues interprofessionnelles pourrait être un outil à exploiter.

Dans notre étude, les sages-femmes ont relevé l'importance de reconnaître ses limites et de savoir à quel moment passer la main à un médecin : cet élément est également indispensable pour permettre une bonne collaboration entre professionnels. Une étude menée en 2018 (21) retrouve que sages-femmes libérales et médecins généralistes ne connaissent pas bien leurs compétences respectives dans le domaine de la santé de la femme. Ce constat concerne donc aussi bien les sages-femmes que les médecins. Or, une prise en charge multidisciplinaire optimale implique de connaître les compétences et les limites de chacun. En effet, « des relations plus apaisées se font jour lorsque les deux professionnels se connaissent personnellement et sont bien informés de leurs compétences respectives » selon le rapport de l'ONDPS (18).

Le référentiel métier et compétences des sages-femmes (2) met en lumière la globalité des missions de la profession. Il participe à une meilleure organisation des soins en définissant précisément leurs compétences, permettant aux autres professionnels de santé de s'informer et de partager ces compétences, dans une démarche d'interdisciplinarité. Ainsi, il concourt à la promotion et à la reconnaissance de la profession. Ce support pourrait servir de base à l'information des autres professionnels de santé afin d'encourager une meilleure lisibilité des compétences des sages-femmes.

En 2012, C. Bergeron (22) s'est penchée dans sa thèse de médecine générale sur les représentations du rôle, des limites et de la place des médecins généralistes ainsi que des sages-femmes quant au suivi de grossesses à bas risque. Cette étude suggère que la méconnaissance des compétences des sages-femmes par les généralistes est impliquée dans le manque de coopération constaté entre ces professionnels. Cette méconnaissance des compétences entraîne une incompréhension des limites de la profession, voire même des tensions.

#### b. Le manque de coopération et les difficultés du travail en réseau

Les sages-femmes de notre étude semblent conscientes de l'importance de contacts efficaces. Elles expriment des difficultés à se créer un réseau. Or, un réseau pluri-

professionnel efficace participerait à améliorer la qualité du suivi des femmes. L'exercice de leurs missions, partagées par d'autres professions, se révèle complexe car il implique un ensemble de soignants à travers la multidisciplinarité et le travail en réseau. Pourtant, sages-femmes et médecins sont en interaction permanente car l'une est compétente en matière de physiologie tandis que l'autre est garant des situations pathologiques. Ainsi, disposer d'un réseau est un enjeu déterminant pour les sages-femmes qui effectuent du SGP mais également dans leur pratique libérale de manière générale.

Les sages-femmes de notre étude expliquent que, selon les dires de certaines patientes, les délais de rendez-vous chez les gynécologues sont longs. Elles estiment que cela n'est pas optimal pour la prise en charge des patientes et s'accordent sur le fait que certaines difficultés, propres à l'exercice libéral, impactent directement leurs pratiques, notamment le manque de relai. En effet, du fait du manque de gynécologues dans le secteur et par conséquent du manque de réseau, découlent d'autres problématiques tel que le manque de praticiens référents vers qui réorienter les patientes. Les résultats de l'étude d'É. Giraud (23) sont en accord avec ce constat. 27 % des sages-femmes interrogées estiment rencontrer des difficultés lorsqu'elles réorientent des patientes. Les raisons évoquées sont une mauvaise collaboration et un manque de disponibilité.

#### c. Une collaboration pourtant nécessaire

La sage-femme exerce une profession à compétences définies. Lorsque la prise en charge d'une patiente dépasse ses compétences, elle se doit de l'adresser à d'autres professionnels habilités. Les limites en matière de compétences et de prescription rendent la collaboration nécessaire mais peuvent également compliquer les rapports entre professionnels. Les sages-femmes que nous avons interrogées expriment le besoin de renforcer le travail en collaboration et une meilleure communication dans la pratique. Globalement, les médecins généralistes sont d'accord avec elles. En effet, ils ne sont pas réticents quant aux compétences des sages-femmes et estiment qu'il faut renforcer le travail en réseau (22).

#### d. L'émergence des maisons de santé pluridisciplinaires

Les sages-femmes de notre étude se retrouvent en difficulté et expriment un besoin en ce qui concerne la création de liens avec d'autres professionnels. L'étude qualitative de L. Coquart menée auprès de sages-femmes libérales du Rhône et de l'Ain (24) a identifié qu'avoir un réseau professionnel riche et fiable était un facteur favorisant la pratique du SGP. Effectivement, travailler dans une même structure notamment dans le cadre de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) entraînerait une meilleure communication et collaboration interprofessionnelles (25). Les MSP se développent de plus en plus. Selon l'article L6323-3 du Code de la santé publique, (26) « les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux. » Ces structures concilient prise en charge globale des patientes et collaboration entre professionnels de santé en favorisant l'échange d'expériences et de connaissances. Ceci s'applique à condition que chaque professionnel y trouve sa place et puisse y assurer ses missions et ses compétences en complémentarité avec ses collègues.

L'étude d'E. Bardenet (27) s'intéresse à l'exercice de sages-femmes et médecins généralistes en MSP. Pour une sage-femme sur trois, la connaissance de leur champ de compétences par les médecins généralistes contribuerait à une meilleure collaboration. Cette étude recherche également les leviers qui pourraient favoriser une meilleure collaboration. Ainsi, une meilleure connaissance des compétences de chacun, l'existence de dossiers partagés, une communication plus efficace grâce à l'organisation de réunions et une formation initiale et continue plus conjointes entre professionnels seraient bénéfiques.

#### e. Des relations interprofessionnelles fragiles

Plusieurs sages-femmes de notre étude ont estimé que leur droit de prescription était trop limité et qu'il restreignait leur autonomie. Les limites dans le droit de prescription peuvent parfois poser problème en matière de collaboration tant du point de vue des médecins que de celui des sages-femmes, voire entraîner des difficultés avec les médecins généralistes (25).

La loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 (28) visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, accorde aux sages-femmes la capacité de prolonger ou renouveler des arrêts de travail de plus de 15 jours et de prescrire dépistage et traitements pour les IST aux partenaires des patientes, en plus d'elles-mêmes, sans avoir besoin d'en référer au médecin traitant. Nous sommes en mesure de nous demander si l'attribution de nouvelles compétences pour la profession participera-t-elle à faciliter la collaboration entre professionnels ? En effet, certaines limites de compétences des sages-femmes gagneraient peut-être à être élargies car allant contre une collaboration efficace entre les différents professionnels impliqués dans la prise en charge des femmes.

En octobre 2011, l'Association Nationale des Étudiant.e.s Sages-Femmes et d'autres associations nationales représentantes des futurs praticiens de santé, ont émis plusieurs propositions quant à l'amélioration de la prise en charge de la santé des femmes. Un suivi de qualité implique la mise en place d'un réseau de prise charge pluridisciplinaire centré sur la patiente. Les différents professionnels interviennent « selon leur domaine de compétence, en toute déontologie, dans un esprit de communication et dans l'intérêt exclusif de la patiente ». Le DPC devrait impliquer des domaines partagés entre les différents professionnels de santé, pour plus de cohérence et faciliter la cohésion. Il faudrait aussi encourager le développement de MSP ou de pôles de santé, notamment dans les zones défavorisées en offre de soins (29).

C. Une place à affirmer auprès du grand public : vers une plus grande valorisation des compétences des sages-femmes ?

a. La sage-femme : véritable actrice de premier recours ?

Une proposition de loi visant à faire évoluer la profession de sage-femme a été déposée en juin 2021. Elle stipule que « les actions de dépistage, de prévention et de diagnostic de la pathologie positionnent la sage-femme comme praticien de premier recours en soins primaires pour la santé des femmes. Cette place dans le système de santé français nécessite d'être clairement identifiée ». Pourtant, ce que nous dégageons de nos entretiens est bien différent. En effet, les sages-femmes, pourtant accessibles et conscientes des enjeux que représente le SGP, ne se considèrent pas, à

l'heure actuelle, comme des actrices de premier plan en matière de gynécologie de prévention.

b. Promouvoir la profession auprès des femmes

Le sondage IFOP (Institut Français d'Opinion Publique) réalisé pour le Conseil National de l'Ordre des sages-femmes en 2017, a révélé que 46 % des femmes ne savaient pas qu'une sage-femme pouvait prescrire une contraception (30). Ce taux avait diminué depuis 2014, où il s'élevait à 51 % des femmes. Entre temps, en 2016, une campagne nationale avait été lancée par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé (31) dans l'optique de promouvoir la diversité des missions des sages-femmes auprès de la population. Cependant, cette campagne n'a eu que peu d'impact. En effet, l'augmentation du pourcentage de femmes informées en l'espace de trois ans est un résultat jugé peu satisfaisant. Il semble tout de même y avoir une évolution mais l'information est jugée insuffisante. Pourtant, ce manque d'informations auprès du grand public apparaît comme une nécessité auprès des sages-femmes de notre étude. Des campagnes de prévention et d'informations pourraient être initiées par l'Ordre des sages-femmes ou par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie via son site en ligne « ameli.fr » pour promouvoir la profession à la fois auprès du grand public mais également des autres professionnels de santé.

Le manque de visibilité auprès des femmes impacte la pratique des sages-femmes mais également celle des médecins généralistes (21). Effectivement, les deux professions s'accordent sur le fait que les patientes manquent d'informations sur leurs compétences respectives et décrivent cela comme un frein à leur collaboration. Selon eux, les patientes ignorent souvent que les sages-femmes ne peuvent pas intervenir en cas de pathologie et que les généralistes peuvent eux-aussi effectuer du suivi gynécologique. Ce constat ressort également dans notre étude. Les limites des compétences de chacun sont difficiles à définir par les patientes. Il reste encore beaucoup d'efforts à fournir quant à l'information à diffuser au grand public.

Selon une étude réalisée par l'IFOP parue le 18 janvier 2022 (32), 60 % des femmes ont déjà renoncé à des soins gynécologiques. Ce constat concerne particulièrement la tranche des 25-34 ans. Pour justifier ce renoncement aux soins gynécologiques, des délais d'attente trop longs, la distance, le manque de temps et la peur du jugement



sont évoqués. Devant ces résultats, Qare, une entreprise française de services de téléconsultation pour les patients et les professionnels de santé, a lancé la campagne « #stopausacrificegyneco » afin de sensibiliser les femmes au suivi gynécologique. Ces informations ont été relayées par de nombreux médias et sur les réseaux sociaux. Les problématiques de santé sexuelle et reproductive des femmes restent à l'heure actuelle encore trop peu visibles et une telle exposition doit être encouragée. Cependant, les sages-femmes restent totalement absentes des conclusions de l'étude. À aucun moment, les sages-femmes ne sont citées, témoignant d'un vrai manque de promotion de la profession dans les médias. Le Collège National des Sages-Femmes de France a, à son tour, diffusé les résultats de l'étude sur les réseaux sociaux en concluant par : « dans de nombreux cas, aller voir un.e sage-femme peut être la solution ». De plus, le livre blanc des sages-femmes (33), paru en mars 2022, suggère dix propositions par les sages-femmes pour la santé et les droits des femmes. Parmi les actions concrètes qui y sont énoncées, il est proposé de « mentionner systématiquement les sages-femmes dans toutes les campagnes de santé publique ».

#### D. Nouvelles compétences, droit de prescription élargi et prise en charge globale des femmes : une nouvelle identité professionnelle pour les sages-femmes

La profession de sage-femme est située à la limite entre physiologie et pathologie, mais également au carrefour de spécialités multiples, notamment l'obstétrique, la pédiatrie et la gynécologie. Prises isolément, chacune de ces spécialités est en réalité exercée par d'autres professionnels, plus spécifiques. Il conviendra de ne pas oublier que la sage-femme reste garante des situations physiologiques. Cependant, ce chevauchement des compétences ainsi que ces limites, parfois floues, ne facilitent pas la lisibilité des compétences propres à l'identité des sages-femmes qui se retrouvent dans une position particulière, entre autonomie et délégation de certaines compétences. Comment favoriser une meilleure articulation des acteurs de la prise en charge auprès des patientes ?

Comme nous l'avons vu, derrière les difficultés du SGP, se cachent des problématiques bien plus ancrées encore, concernant l'identité de la profession. Certes, l'attribution de nouvelles compétences témoigne de la confiance accordée envers les

sages-femmes et confirme leur place essentielle dans la santé des femmes. Néanmoins, nous sommes en mesure de nous demander si au contraire, des changements si marqués ne participent-ils pas à fragiliser leur identité professionnelle ? En effet, l'identité des sages-femmes semble fragile auprès du grand public mais également auprès des autres professionnels qui ont dû mal à cerner les limites de leur champ d'exercice.

La profession demeure en évolution aujourd'hui encore. En effet, depuis 2020, de nouvelles compétences en orthogénie ont été ajoutées. Il est prévu à titre expérimental et pour une durée de trois ans que « les sages-femmes ayant réalisé la formation complémentaire obligatoire et justifiant des expériences spécifiques attendues peuvent réaliser des IVG instrumentales en établissements de santé » (34).

### 3. Bilan de l'étude

La première hypothèse de l'étude était que *les sages-femmes libérales qui réalisent du SGP rencontrent des difficultés dans leur pratique quotidienne*. Les résultats obtenus sont en accord avec cette hypothèse. Plusieurs types de difficultés et de limites ont été évoquées. Pourtant de natures différentes, ces problématiques découlent chacune les unes des autres. Tenir compte de chacune d'entre elles paraît donc pertinent afin de mieux appréhender les difficultés rencontrées par les sages-femmes libérales.

La deuxième hypothèse de l'étude était que *les sages-femmes ne réalisent pas de consultations gynécologiques par manque d'intérêt*. Effectivement, le manque d'intérêt est décrit mais d'autres raisons sont également évoquées. Le manque de formation, la question de la rentabilité et l'absence de demande dans le secteur en font partie.

La troisième hypothèse de l'étude était que *les sages-femmes reconnaissent avoir une place privilégiée et adaptée pour assurer le suivi gynécologique des femmes en bonne santé*. Les résultats ont montré que les sages-femmes admettent qu'elles occupent une place privilégiée auprès des femmes. Cependant, cette hypothèse est à nuancer car cette place reste encore à affirmer.

## V. CONCLUSION

L'évolution des compétences et des modes d'exercice, avec l'augmentation des installations en libéral, modifient la place des sages-femmes, professionnelles de proximité auprès des femmes en bonne santé et actrices prioritaires de leur prise en charge.

Proposer un suivi global, établir une relation privilégiée avec les femmes, favoriser l'attractivité du cabinet et pouvoir élargir sa patientèle sont autant de motivations qui encouragent les sages-femmes libérales à proposer du SGP. Les sages-femmes accordent une place importante à la communication, au relationnel avec les patientes et décrivent une image d'accompagnement, de conseils et de prévention. Or, ces motivations et ces représentations de la profession se retrouvent entravées par des difficultés rencontrées sur le terrain. En effet, le manque d'aisance dans la pratique courante, la difficulté à établir un réseau, une formation initiale jugée insuffisante d'un point de vue pratique et clinique, l'accès aux formations complémentaires en tant que professionnelle libérale, des relations parfois compliquées avec les autres professionnels pratiquant du SGP mais aussi un droit de prescription jugé trop restreint sont autant de difficultés avec lesquelles les sages-femmes sont amenées à composer.

Conscientes des problématiques et des difficultés auxquelles elles sont confrontées, les sages-femmes veulent affirmer leur place, en complémentarité avec les gynécologues, pour assurer une prise en charge de qualité. Pour cela, la collaboration entre professionnels est à renforcer. Certes, l'émergence de MSP pourraient apparaître comme une solution, mais les sages-femmes estiment qu'une meilleure collaboration passe également par une meilleure reconnaissance de leur profession et de leur autonomie.

Nous sommes en mesure de nous demander si l'élargissement du droit de prescription accordé aux sages-femmes participera à l'autonomie de la profession et à faciliter la prise en charge des femmes ou si au contraire, les difficultés, déjà présentes dans les relations avec les autres professionnels ne se creuseront pas davantage. Souvent décrites comme professionnelles de premier recours, leur place reste pourtant à affirmer, comme en témoigne la première proposition du livre blanc des sages-femmes paru en mars 2022, « faire de la sage-femme un acteur de référence de la prévention et de la santé gynécologique des femmes », objectif qui ne semble pas pleinement rempli à l'heure actuelle.

## VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Conseil National de l'Ordre des sages-femmes. Les compétences des sages-femmes [En ligne]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
2. Collectif des Associations et des Syndicats de Sages-femmes. Conseil National de l'Ordre des sages-femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. 2010.
3. République française. Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel, n°0167 du 22 juillet 2009.
4. Vidal. Produits pouvant être prescrits par les sages-femmes [En ligne]. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/infos-pratiques/>
5. Auzanneau N. Les femmes et l'accès à la santé [En ligne]. Disponible sur : <https://www.opinion-way.com/fr/>
6. Agence Régionale de Santé Grand Est. Projet régional de santé 2018-2027 : état de santé de la population et état de l'offre de la région Grand Est, ressources humaines en santé. 2017.
7. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Les sages-femmes : une profession en mutation. 2016.
8. Conseil National de l'Ordre des sages-femmes. La démographie de la profession [En ligne]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/>
9. Cour des Comptes. Rapport de la cour des Comptes sur la Sécurité Sociale. Chapitre IV. Le rôle des sages-femmes dans le système de soins. Septembre 2011. Pages 173-198.
10. Corne A. Suivi gynécologique et contraception : point sur la formation initiale et continue des sages-femmes [Mémoire sage-femme]. Université de Lorraine; 2014.
11. Sénat, Journal Officiel. Création d'une sixième année d'études pour les étudiants sages-femmes. 13 janvier 2022. Page 253.
12. République française. Arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques. Journal Officiel n°0184 du 10 août 2011.
13. République française. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de sage-femme. Journal Officiel n°0074 du 28 mars 2013.

14. Haute autorité de santé. Rapport de mission : état de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé, dans le cadre du développement professionnel continu et de la prévention des risques associés aux soins. Janvier 2012. 107 pages.
15. République française. Article L4021-1 du Code de la santé publique. Développement professionnel continu des professionnels de santé.
16. Association Nationale de Formation Initiale et Continue des Sages-Femmes. La formation continue des sages-femmes. 13 pages.
17. Ruini É. Le suivi gynécologique de prévention, facteurs influençant la pratique des sages-femmes depuis la loi HPST de 2009 : état des lieux dans les Bouches-du-Rhône [Mémoire sage-femme]. École Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée. Aix Marseille; 2009.
18. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. La sage-femme, le généraliste et le gynécologue : les enjeux des relations entre des métiers en tension. Mai 2021. 224 pages.
19. Girardot-Chareyron A. Connaissance des compétences des sages-femmes libérales par les internes de médecine générale d'Île-de-France [Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine]. Université Paris Diderot. Paris 7; 2015.
20. Panchaud E. Évaluation des connaissances des pharmaciens d'officine des Pays de la Loire sur les compétences et le droit de prescription des sages-femmes [Mémoire sage-femme]. Université d'Angers; 2017.
21. Digard L. Quelle collaboration établir entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes pour le suivi des patientes ? Étude qualitative par focus groups auprès de sages-femmes et médecins généralistes exerçant en Normandie [Thèse pour le doctorat en médecine]. Faculté de médecine et de pharmacie de Rouen; 2018.
22. Bergeron C. Échange de regards entre les médecins généralistes et les sages-femmes sur le suivi de la grossesse à bas risque : comment ces intervenants se représentent-ils le rôle, les limites, et la place de chacun ? [Internet] [Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine]. Université de Nantes; 2012.
23. Giraud É. État des lieux de la pratique du suivi gynécologique de prévention et des consultations de contraception : étude menée en 2014 auprès des sages-femmes d'Auvergne [Mémoire sage-femme]. Université d'Auvergne. Clermont 1; 2016.

24. Coquard L. Le suivi gynécologique de prévention effectué par les sages-femmes libérales : facteurs influençant leurs pratiques. Présentation d'un aspect qualitatif basé sur 17 entretiens avec des sages-femmes libérales des départements du Rhône et de l'Ain [Mémoire sage-femme]. Université Claude Bernard. Lyon 1; 2018.
25. Meignen É. Comment se passe la collaboration entre les médecins généralistes et les sages-femmes libérales dans le suivi de la femme ? Étude qualitative chez les sages-femmes libérales de la Seine-Maritime et de l'Eure [Thèse pour le doctorat en médecine]. Faculté de médecine et de pharmacie de Rouen; 2018.
26. République française. Code de la santé publique. Chapitre III bis : Maisons de santé. Journal Officiel. Article L6323-3 du 19 décembre 2007.
27. Bardenet E. État des lieux : sages-femmes et médecins généralistes en maisons de santé pluridisciplinaires, étude menée en Bourgogne Franche-Comté auprès de 46 sages-femmes et médecins généralistes. [Mémoire sage-femme]. Université de Franche-Comté; 2021.
28. République française. Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification. Journal Officiel, n°0099 du 26 avril 2021.
29. Association Nationale des Étudiants Sages-Femmes. Organisation de la prise en charge de la santé de la femme : soins de premier recours. Octobre 2011. 7 pages.
30. Conseil National de l'Ordre des sages-femmes. Sondage IFOP : contraception, les femmes sont-elles suffisamment informées ? [En ligne]. 2017. Disponible sur : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/>
31. Conseil National de l'Ordre des sages-femmes. Marisol Touraine lance une campagne d'information nationale sur le rôle et les missions des sages-femmes [En ligne]. 2016. Disponible sur : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/>
32. IFOP-Qare. Le renoncement aux soins gynécologiques en France [En ligne]. 2022. Disponible sur : <https://www.qare.fr/blog/qare-sacrifice-gyneco/>
33. Livre blanc des sages-femmes 2022 : et si on parlait d'elles ? 10 propositions par les sages-femmes pour la santé et les droits des femmes. Mars 2022. 26 pages.
34. République française. Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021. Journal Officiel, n°0302 du 15 décembre 2020.



## VII. ANNEXES

## ANNEXE I : Demande de participation à l'étude

Bonjour,

Je me permets de vous solliciter car actuellement étudiante sage-femme à Strasbourg, je souhaiterai dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, recueillir votre ressenti quant au **suivi gynécologique de prévention**, compétence des sages-femmes depuis 2009.

Mon mémoire est dirigé par Mme Hind Kasbaoui, sage-femme, et codirigé par Mme Céline Bosco, sage-femme enseignante à l'École de sages-femmes de Strasbourg.

Pour sélectionner les éventuel(le)s participant(e)s, j'ai effectué un tirage au sort parmi l'ensemble des sages-femmes libérales du Bas-Rhin. Vous faites partie des sages-femmes tirées au sort que je contacte pour une demande d'entretien. Concernant mon étude, il s'agira de mener des entretiens individuels semi-directifs auprès des sages-femmes libérales du Bas-Rhin. Les données seront recueillies auprès de sages-femmes libérales **pratiquant** et de sages-femmes **ne pratiquant pas** de suivi gynécologique.

Ainsi, je souhaiterais savoir si vous accepteriez d'échanger avec moi autour de cette thématique.

L'entretien durera approximativement **30-45 minutes**. Les échanges étant réalisés dans le cadre d'un mémoire de fin d'études, l'anonymat et la confidentialité seront respectés. L'enregistrement, réalisé par l'intermédiaire d'un dictaphone ne sera fait qu'avec votre accord préalable, le but de l'enregistrement étant de faciliter la transcription des entretiens et l'extraction des données. Les retranscriptions écrites des entretiens se feront sur un registre sécurisé des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Par ailleurs, aucune information ne pouvant permettre de vous identifier ne figurera dans le travail final.

Si vous acceptez, cet entretien sera réalisé à votre convenance :

- soit **par téléphone**, au vue de la situation sanitaire actuelle
- soit directement à **votre cabinet**, si nos disponibilités le permettent

Si vous êtes intéressée, je reste disponible par mail ou directement par téléphone.

Par ailleurs, je me tiens à votre entière disposition pour toutes informations supplémentaires.

En vous remerciant par avance, ne serait-ce que du temps que vous aurez consacré à la lecture de mon message.

Bien cordialement,

Lisa Sauer, étudiante sage-femme à Strasbourg

## ANNEXE II : Grille d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN	
Date de l'entretien : .../.../...	SF N°...
Présentation de la recherche, formulaire de consentement	
<input type="checkbox"/> Depuis quand réalisez-vous consultations de suivi gynécologique de prévention (SGP) ? <input type="checkbox"/> <i>Si vous n'en réalisez pas, quelles sont vos activités principales au cabinet ?</i> <input type="checkbox"/> Avez-vous une idée de la proportion, de la fréquence des consultations que vous consacrez au SGP ?	
<input type="checkbox"/> Quelles sont vos activités principales au cabinet ? <input type="checkbox"/> Quelles activités relatives au SGP réalisez-vous ? S'il y a certaines activités que vous ne proposez pas, pour quelles raisons ?	
<input type="checkbox"/> Qu'est-ce qui vous a donné envie, qu'est-ce qui vous a motivée à proposer du SGP auprès de vos patientes ? <input type="checkbox"/> <i>Si vous n'en réalisez pas, pour quelles raisons ? Quelles sont les raisons pour lesquelles vous pourriez éventuellement être amenée à en proposer ?</i> <input type="checkbox"/> Est-ce que vous vous sentez à l'aise avec le SGP ? <input type="checkbox"/> Quels sont les points positifs que cela vous apporte ?	
<input type="checkbox"/> Avez-vous eu des hésitations avant de vous lancer dans le SGP ? Quelles étaient-elles ? <input type="checkbox"/> <i>Si vous n'en réalisez pas, y'a-t-il des freins qui vous en empêchent ?</i> <input type="checkbox"/> Rencontrez-vous des difficultés dans l'exercice du SGP ? De quel type de difficultés s'agit-il ? Qu'est-ce qui vous limite dans la pratique du SGP ?	
<input type="checkbox"/> Quelles sont vos représentations de la profession de sage-femme (SF), l'image que vous vous faites du métier ? <input type="checkbox"/> En quoi est-ce que vous vous sentez utile vis-à-vis des patientes / qu'est-ce que vous pensez leur apporter quelque chose de plus / de différent ? <input type="checkbox"/> Selon vous, qu'elle place occupe / devrait occuper la SF dans le SGP ?	
<input type="checkbox"/> Dans quelle mesure est-ce valorisant pour les SF de proposer du SGP ? <input type="checkbox"/> Qu'est-ce que vous pensez de l'extension du champ de compétences des SF ?	
<input type="checkbox"/> Selon vous, quels sont les enjeux du SGP ?	
<input type="checkbox"/> Est-ce que vous vouliez rajouter quelque chose ? D'autres points à aborder ? <input type="checkbox"/> Souhaitez-vous recevoir les résultats de l'étude par mail ?	

# ANNEXE III : Formalités réglementaires

## Registre des traitements mis en oeuvre par Université de Strasbourg Finalité principale du traitement Matéutique - 2021- Etude sur les freins et difficultés rencontrés par les sages-femmes libérales pour le suivi gynécologique de prévention

Détail des finalités du traitement	<p>Etude qualitative visant à recueillir le ressenti des sages-femmes à l'égard du suivi gynécologique de prévention.</p> <p><b>Etude via entretiens individuels.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestion de l'information et de l'inclusion des participants.</li> <li>- Gestion du recueil des données et leur stockage.</li> <li>- Gestion de l'analyse des données (analyses statistiques)</li> <li>- Gestion de la publication des résultats</li> <li>- Gestion de la suppression des données</li> </ul>												
Service chargé de la mise en oeuvre	FACULTÉ, ÉCOLES, INSTITUTS - Santé - Faculté de Médecine, Matéutique et Sciences de la Santé												
Service auprès duquel s'exerce le droit d'accès	Responsable de l'étude												
Personnes concernées, données, durée de conservation et destinataires	<p>Personnes concernées: Personnes concernées: Sujets d'étude (professionnels de santé volontaires pour participer à l'étude)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Données</th> <th>Destinataires</th> <th>Durée</th> <th>Notes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Données d'études générales</td> <td>Seulement le service gestionnaire, L'étudiante et ses directrices de recherche</td> <td>1 an / après la soutenance du mémoire, soit juin 2023</td> <td>Idem, coordonnées, tranches d'âges, activités et parcours professionnels, parcours de formation</td> </tr> <tr> <td>Tracabilité physique</td> <td>Idem</td> <td>Idem</td> <td>enregistrement audio des entretiens individuels</td> </tr> </tbody> </table>	Données	Destinataires	Durée	Notes	Données d'études générales	Seulement le service gestionnaire, L'étudiante et ses directrices de recherche	1 an / après la soutenance du mémoire, soit juin 2023	Idem, coordonnées, tranches d'âges, activités et parcours professionnels, parcours de formation	Tracabilité physique	Idem	Idem	enregistrement audio des entretiens individuels
Données	Destinataires	Durée	Notes										
Données d'études générales	Seulement le service gestionnaire, L'étudiante et ses directrices de recherche	1 an / après la soutenance du mémoire, soit juin 2023	Idem, coordonnées, tranches d'âges, activités et parcours professionnels, parcours de formation										
Tracabilité physique	Idem	Idem	enregistrement audio des entretiens individuels										
Transferts hors UE	Données dans le pays												
Descriptif général des mesures de sécurité techniques	Des mesures de sécurité techniques sont mises en oeuvre.												
Descriptif général des mesures de sécurité organisationnelles	Des mesures de sécurité organisationnelles sont mises en oeuvre.												
Mise à jour	Date 29/04/2021 Version 2												

## ANNEXE IV : Fiche d'information

### FICHE D'INFORMATION

#### 1) Présentation du cadre de la recherche

Cette recherche est menée dans le cadre de la réalisation du mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de sage-femme mené par Lisa SAUER, avec le soutien et sous la direction de Mme Hind KASBAOUI, sage-femme, et sous la co-direction de Mme Céline Bosco, sage-femme enseignante.

#### 2) Objectif de l'étude

L'objectif principal est d'identifier les difficultés évoquées par les sages-femmes qui pratiquent le suivi gynécologique de prévention et les freins que rencontrent les sages-femmes à initier ce suivi pour celles qui ne le pratiquent pas.

L'objectif secondaire est d'analyser ces difficultés et ces freins afin de réfléchir à des moyens d'y pallier, dans l'optique d'améliorer l'offre de soins.

#### 3) Déroulement de l'étude

Il s'agira de réaliser des entretiens individuels semi-directifs auprès des sages-femmes libérales d'Alsace ayant accepté de participer à l'étude. La population d'étude est constituée par l'ensemble des sages-femmes libérales (exerçant en cabinet individuel ou de groupe) installées dans le Bas-Rhin, proposant ou non des consultations de suivi gynécologique auprès de leur patientèle. L'étude, s'intéressant aux sages-femmes libérales, n'inclura pas les sages-femmes salariées (secteur hospitalier public ou privé, protection maternelle et infantile, enseignement).

#### 4) Participation volontaire et droit de retrait

La participation à cette recherche est volontaire. Il est possible de se retirer de cette recherche à tout moment.

#### 5) Confidentialité et gestion des données

Un numéro sera attribué à chaque participant. L'identité et les coordonnées des participants serviront uniquement à organiser les entretiens individuels et à communiquer avec eux au sujet de la recherche.

Dans les travaux produits à partir de cette recherche, les données seront anonymisées. Seuls des résultats agrégés seront présentés.

#### 6) Protection des données personnelles :

Les informations recueillies le seront uniquement pour les besoins de la recherche présentée ci-dessus. Le responsable du traitement est l'Université de Strasbourg. Les données seront traitées et conservées sur un registre sécurisé des HUS (Hôpitaux Universitaires de Strasbourg) jusqu'à un an après la soutenance du mémoire soit juin 2023. Ce traitement a pour base légale l'exécution d'une mission de service public assurée par l'Université de Strasbourg (article 6.(1) e. du RGPD).

Les échanges étant réalisés dans le cadre d'un mémoire de fin d'études, l'anonymat et la confidentialité seront respectés. L'enregistrement, réalisé par l'intermédiaire d'un dictaphone ne sera fait qu'avec votre accord préalable, le but de l'enregistrement étant de faciliter la transcription des entretiens et l'extraction des données.

Les participants à la recherche disposent de droits d'accès, de rectification et de suppression de leurs données.

L'Université de Strasbourg a désigné une déléguée à la protection des données que vous pouvez contacter à l'adresse suivante : [dpo@unistra.fr](mailto:dpo@unistra.fr)

Enfin, si après nous avoir contacté, vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL.

#### 7) Contact :

Si vous souhaitez des informations supplémentaires au sujet de ce travail, veuillez adresser vos questions à l'adresse suivante : [lisa.sauer@etu.unistra.fr](mailto:lisa.sauer@etu.unistra.fr)

## ANNEXE V : Formulaire de consentement

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

#### POUR LA PARTICIPATION A UN ENTRETIEN DANS LE CADRE D'UN MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES

Titre de la recherche : Suivi gynécologique de prévention par les sages-femmes libérales du Bas-Rhin : étude qualitative sur les freins et difficultés rencontrés

Je soussigné(e) .....,

accepte de participer à un entretien qui fera l'objet d'un enregistrement audio dans le cadre de ma participation à la recherche « Suivi gynécologique de prévention par les sages-femmes libérales du Bas-Rhin : étude qualitative sur les freins et difficultés rencontrés »

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

J'accepte que mes propos soient enregistrés et exploités par Lisa SAUER étudiante sage-femme ; pour les besoins de l'étude présentée ci-dessus. Ceux-ci seront uniquement accessibles par cette dernière et l'enregistrement sera détruit après retranscription.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à .....,

le .....

Nom et signature de l'investigateur :

SAUER Lisa

Signature du sujet :



## RÉSUMÉ

Introduction : Dans le cadre d'une meilleure réponse aux besoins actuels concernant la santé des femmes, les sages-femmes sont habilitées, depuis 2009, à réaliser du suivi gynécologique de prévention (SGP). Leur mode d'exercice a lui aussi évolué. En effet, elles sont de plus en plus nombreuses à s'installer en libéral. Pourtant, près de dix ans après l'attribution de responsabilités dans le domaine gynécologique, elles restent peu nombreuses à s'être appropriées ces nouvelles missions. Pourquoi les sages-femmes libérales du Bas-Rhin réalisent-elles peu de consultations de SGP ?

Objectifs : L'objectif principal de l'étude était d'identifier les difficultés évoquées par les sages-femmes qui pratiquent le SGP et les freins que rencontrent les sages-femmes à intégrer ce suivi à leur pratique.

Matériel et méthodes : Une étude observationnelle descriptive sous la forme d'entretiens semi-directifs a été réalisée auprès de huit sages-femmes libérales exerçant dans le département du Bas-Rhin. Les participantes ont été recrutées par le biais de mails après échantillonnage aléatoire.

Résultats : Proposer un suivi global, établir une relation privilégiée avec les femmes, favoriser l'attractivité du cabinet et pouvoir élargir sa patientèle sont autant de motivations à proposer du SGP. Or, le manque d'aisance dans la pratique courante, la difficulté à établir un réseau, un manque de pratique dans la formation initiale, l'accès aux formations complémentaires en libéral, les relations avec les autres professionnels, le manque d'informations des femmes sur les compétences de la profession et un droit de prescription limité sont autant de difficultés rencontrées.

Conclusion : La profession reste encore relativement peu connue et reconnue, que ce soit par les femmes ou les autres professionnels de santé. Conscientes des enjeux identitaires pour leur profession, les sages-femmes vont devoir renforcer la coopération entre professionnels et affirmer leur rôle de premier recours auprès des femmes.

Mots-clés : sages-femmes libérales, compétences professionnelles, suivi gynécologique, difficultés, étude qualitative