



DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE
ANNÉE UNIVERSITAIRE 2023 – 2024

ACCÈS AU SUIVI GYNÉCOLOGIQUE DES FEMMES
HABITANT EN MILIEU RURAL DANS LE BAS-RHIN :
ÉTUDE QUANTITATIVE

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Mémoire rédigé et soutenu par

Mme Marie NOËL

Née le 11/08/2000 à Paris

Directrice de mémoire : Mme Rose-Marie HADDAD

Co-directrice de mémoire : Mme Claude DOYEN

Remerciements

À Mme Rose-Marie HADDAD

Pour avoir cru en moi et accepté de diriger ce travail. Merci de m'avoir guidée et conseillée avec bienveillance, ainsi que d'avoir toujours répondu présente lorsque j'en avais besoin.

À Mme Claude DOYEN et à l'ensemble de l'équipe pédagogique

Pour ses relectures attentives, sa disponibilité et sa douceur. Merci à toutes les sages-femmes enseignantes pour ces quatre années riches en apprentissage.

À M. Hugo BAUMLIN

Pour ses conseils avisés, donnés si gentiment alors que le petit Léon se préparait à pointer le bout de son nez.

À toutes les femmes ayant accepté de donner leur temps pour répondre à cette étude et aux pharmaciens m'ayant aidée à la mettre en place

Sans eux, cette étude n'existerait pas. Je remercie les employés des pharmacies de Betschdorf, Hatten, La Petite-Pierre, Merkwiler, Mommenheim, Morsbronn-les-Bains, Mothern, Oberbronn, Rœschwoog, Seebach, Seltz, Sessenheim, Soufflenheim, Soultz-sous-Forêt, Truchtersheim, Willgottheim, Wingen-sur-Moder et Woerth pour leur aide précieuse.

À toutes les sages-femmes que j'ai croisées au cours de ces quatre années

Pour m'avoir fait découvrir ce si beau métier puis accompagnée et encouragée pour qu'à mon tour, je sois au service des femmes et transmette la vie.

À mes amis, sages-femmes ou d'autres filières, de Strasbourg ou d'ailleurs

Pour votre soutien, vos rires et tous ces moments inoubliables passés ensemble.

À ma famille, et tout particulièrement à mes parents

Sans qui je ne serais rien. Merci pour votre amour inconditionnel et votre soutien indéfectible.
« On essaie d'exprimer des sentiments avec des mots, mais certains sont tellement forts, que peu importe les lettres que l'on assemblera, cela ne suffira pas à décrire ce que l'on ressent. » Victor Hugo

À Timothée

Toi qui me pousses chaque jour à être une meilleure personne. Merci d'illuminer mes journées, et tout simplement, merci d'être là...

Table des matières

I. Introduction	3
A. Suivi gynécologique de prévention	3
B. Pénurie médicale et difficultés d'accès aux soins	4
C. Place de la sage-femme	5
D. Question de recherche et hypothèses	5
E. Présentation du travail	6
II. Matériel et méthode	7
A. Description de l'étude et de la population	7
B. Grille communale de densité en sept niveaux	7
C. Déroulement de l'étude	8
D. Structure du questionnaire	9
E. Analyse des données	10
III. Résultats	11
A. Données socio-démographiques	11
a. Détermination de la population d'étude	11
b. Âge	11
c. Niveau d'études	12
d. Situation matrimoniale	12
e. Nombre d'enfants par femme	13
f. Lieu de résidence	13
g. Moyen de locomotion	14
h. Temps pour se rendre en voiture chez le professionnel de santé responsable du suivi gynécologique	14
B. Consultation gynécologique	14
a. Régularité du suivi gynécologique	14
b. Fréquence du suivi gynécologique	15
c. Motifs de consultation	16
d. Professionnel de santé responsable du suivi gynécologique	16
e. Ancienneté du suivi	17
f. Changement de professionnel de santé responsable du suivi	17
g. Critères de sélection du professionnel de santé responsable du suivi gynécologique	17
h. Délai d'obtention de rendez-vous	18
i. Téléconsultations	18

C.	Satisfaction et freins rencontrés	19
a.	Renoncement aux soins gynécologiques	19
b.	Difficultés d'accès au suivi gynécologique	19
c.	Satisfaction de l'accès au suivi gynécologique dans le Bas-Rhin	19
d.	Accès en cas d'urgence gynécologique	20
D.	Connaissances sur les compétences gynécologiques des sages-femmes	20
a.	Connaissances sur les compétences des sages-femmes	20
b.	Suivi gynécologique par une sage-femme	21
c.	Recommandation pour le suivi par une sage-femme	22
IV.	Discussion	23
A.	Forces et limites de l'étude	23
a.	Atteinte de l'objectif	23
b.	Intérêts et points forts	23
c.	Limites	24
B.	Discussion des résultats	25
a.	Population étudiée	25
b.	Modalités d'accès au suivi gynécologique	27
c.	Difficultés rencontrées pour avoir accès au suivi gynécologique	28
d.	Opinion des femmes sur la place de la sage-femme en gynécologie	30
e.	Ouverture et projets d'action	31
V.	Conclusion	34
VI.	Références bibliographiques	36
VII.	Annexes	
	Annexe I – Questionnaire	
	Annexe II – Affiche distribuée aux pharmacies	
	Annexe III – Données récoltées	

I. Introduction

A. Suivi gynécologique de prévention

Le suivi gynécologique fait partie des aspects essentiels de la santé de la femme. Une consultation annuelle est recommandée afin de bénéficier d'un suivi adapté tout au long de la vie (1). Cela permet de faire le point sur la contraception, le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) et des cancers du col de l'utérus et du sein, la sexualité, le désir de grossesse... D'autres thèmes, tels que la rééducation périnéale, l'endométriose, la ménopause et les violences intra-familiales et/ou faites aux femmes, peuvent également être abordés.

Chaque femme, quel que soit son âge, est concernée par le suivi gynécologique :

- Entre 15 et 25 ans, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande d'effectuer un dépistage annuel systématique de certaines IST (telles que Chlamydia trachomatis) chez les femmes sexuellement actives (2).
- A partir de 25 ans, le dépistage du cancer de l'utérus commence, avec un examen cytologique à réaliser tous les trois ans entre 25 et 30 ans, après deux premiers tests espacés d'un an revenus normaux, et un test HPV-HR à pratiquer tous les cinq ans entre 30 et 65 ans, si le résultat reste négatif (3). C'est également à partir de 25 ans qu'un examen clinique mammaire doit être effectué annuellement dans le cadre du dépistage du cancer du sein (4) .
- A partir de 50 ans, le dépistage mammographique ainsi que la prévention et le dépistage des facteurs de risques cardio-vasculaires et ostéoporotiques sont recommandés (1).

La consultation peut être complétée, en plus de ces différents dépistages, par un examen gynécologique si nécessaire ou si souhaité par la patiente. Des mesures de prévention primaire, telles que la vaccination contre les papillomavirus humains (HPV), peuvent également être proposées aux plus jeunes. Des examens complémentaires peuvent aussi être prescrits afin de confirmer ou infirmer une hypothèse diagnostique.

Tout cela peut être réalisé par différents professionnels de santé : les gynécologues obstétriciens et médicaux, les médecins généralistes et les sages-femmes.

B. Pénurie médicale et difficultés d'accès aux soins

Cependant, une baisse de plus de 8% du nombre de gynécologues, médicaux et obstétriciens réunis, et de médecins généralistes est observée depuis 10 ans sur le territoire français (5). Cette diminution de la démographie médicale, concomitante à l'augmentation globale de la population française, mène à l'abaissement de la densité médicale (6).

On constate par ailleurs une grande disparité dans la répartition géographique des professionnels de santé, menant à des inégalités territoriales en matière d'offre de soins. Le comportement lors de l'installation des jeunes praticiens en est en partie à l'origine. Outre la totale liberté concernant le lieu d'exercice, « un attrait moindre pour l'exercice libéral, des aspirations à une durée hebdomadaire de travail réduite, la féminisation de la profession, et le rôle du cadre de vie dans les choix d'implantation, font du milieu urbain le lieu privilégié d'installation » (7), au détriment du milieu rural.

Les communes rurales ont longtemps été définies comme le négatif des villes, c'est-à-dire qu'elles étaient qualifiées ainsi dès lors qu'elles étaient situées en dehors des unités urbaines. Cependant, depuis 2020, une nouvelle typologie des territoires a été adoptée, définie en fonction d'une grille communale de densité. Elle a l'avantage de permettre une harmonisation au niveau européen. La grille européenne est décomposée en trois niveaux de densité : très dense, de densité intermédiaire et peu dense. La grille française, elle, est plus fine (la densité de population en France étant inférieure à la moyenne européenne) car le troisième niveau a été subdivisé en deux sous-niveaux : peu dense et très peu dense. Désormais, est qualifiée de rurale une commune peu dense ou très peu dense, d'après l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). En France, cela correspond à 88% des communes et concerne 33% de la population (8,9).

Il a été mis en évidence que l'offre de soins en milieu rural décline progressivement, alors que les besoins demeurent quant à eux élevés, suscitant des inquiétudes concernant l'accessibilité aux soins dans ces espaces. Bien que chaque territoire rural (de la campagne en pleine croissance démographique à celle en dépeuplement, du fait d'un solde naturel et/ou migratoire déficitaire) soit confronté à des enjeux qui lui sont propres, il s'agit d'un problème auquel tous font face (7,10). Ceci peut par exemple être observé à travers le taux de dépistage des cancers féminins, qui est plus faible dans les milieux ruraux que la moyenne nationale (5).

C. Place de la sage-femme

Pour répondre aux besoins croissants dans ce domaine, la loi Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 ouvre le champ des compétences « suivi gynécologique de prévention et contraception » aux sages-femmes, leur permettant de devenir actrices de premier recours en ce qui concerne la santé génésique des femmes, en plus de leur rôle primordial durant la grossesse et le post-partum. Les sages-femmes peuvent ainsi assurer le suivi et la surveillance de situations non pathologiques, rediriger les patientes dans le cas contraire vers les gynécologues, et prescrire ou réaliser les examens nécessaires au dépistage de pathologies, telles que le cancer du col de l'utérus ou du sein. Elles peuvent également prescrire l'ensemble des moyens contraceptifs et effectuer la pose, la surveillance et le retrait des dispositifs intra-utérins (DIU), implants, diaphragmes et capes. Le dépistage et le traitement des IST chez les femmes et leur partenaire leur est également possible (11).

Cet élargissement progressif des compétences des sages-femmes en matière de gynécologie tente de répondre à un problème de santé publique, avec pour but de garantir une offre de soins adaptée aux femmes alors que la gynécologie subit une pénurie de professionnels de santé.

D. Question de recherche et hypothèses

Ce problème d'inégalités d'accès aux soins, impliquant une mise en difficulté des femmes vivant en milieu rural pour accéder à des consultations gynécologiques, nous pousse à nous interroger.

Face à ce constat, il nous a paru pertinent de faire un état des lieux du suivi gynécologique des femmes vivant en milieu rural afin de répondre à la question suivante : « Les femmes vivant en milieu rural dans le Bas-Rhin sont-elles impactées par la baisse de la démographie médicale pour assurer leur suivi gynécologique en 2023 ? ».

L'objectif principal de notre étude est de déterminer si ces femmes bénéficient d'un suivi gynécologique adapté. Nos objectifs secondaires sont de définir les obstacles qu'elles peuvent rencontrer pour accéder au suivi gynécologique et d'évaluer leur niveau de connaissances sur les compétences des sages-femmes en matière de gynécologie.

Nos hypothèses sont les suivantes :

- Les femmes vivant en milieu rural rencontrent des difficultés pour accéder au suivi gynécologique, pouvant les empêcher de bénéficier d'un suivi gynécologique adapté.
- La proximité géographique, le délai de consultation et le manque de professionnels de santé responsables du suivi gynécologique sont les principaux freins rencontrés par ces femmes.
- Les moyens mis en place pour augmenter les connaissances de la population à propos des compétences des sages-femmes en matière de gynécologie sont insuffisants.

E. Présentation du travail

Dans un premier temps, l'étude sera présentée et la méthode de recherche sera décrite. Les réponses obtenues seront ensuite analysées, les résultats seront discutés et des projets d'action seront mis en perspective.

II. Matériel et méthode

A. Description de l'étude et de la population

Pour répondre à notre problématique et à nos objectifs, nous avons réalisé une étude quantitative épidémiologique descriptive transversale en utilisant un questionnaire (annexe I).

La population étudiée est composée de femmes majeures francophones vivant en milieu rural dans le département du Bas-Rhin, en Alsace, et acceptant de participer à notre étude de mai à juillet 2023.

Parmi les critères d'exclusion, nous retrouvons les patientes mineures et celles ne sachant ni lire ni écrire français. Le critère de la majorité permet de ne pas se soucier du besoin d'obtention d'autorisations parentales, celui de parler français de s'assurer d'une bonne compréhension du questionnaire. L'étude a été limitée au Bas-Rhin pour des raisons de faisabilité.

Une demande d'autorisation à un comité d'éthique ou à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) n'a pas été nécessaire. Les participantes ont répondu au questionnaire de manière anonyme et sur la base du volontariat et n'ont pas partagé de données personnelles ou sensibles.

B. Grille communale de densité en sept niveaux

Pour réaliser notre étude, nous avons ciblé les zones considérées comme rurales dans le département du Bas-Rhin.

Pour cela, nous avons utilisé une carte de la France disponible sur le site de l'Agence Nationale de la Cohésion des Territoires et répartissant les communes en différentes catégories, selon la grille communale de densité développée par l'INSEE (12). Il s'agit d'une subdivision de la grille proposée par l'Union Européenne, puisqu'elle comporte sept niveaux au lieu de trois. En effet, tout en conservant les grands centres urbains, les communes intermédiaires sont réparties en trois catégories (centres urbains intermédiaires, petites villes et ceintures urbaines) et les communes rurales en trois catégories également (bourgs ruraux, rural à habitat dispersé et rural à habitat très dispersé) (13,14). Cette grille prend en compte le degré de densité de population mais aussi la proximité des communes à un centre urbain. La carte a été élaborée selon les données publiées par l'INSEE en 2021.

En nous concentrant sur la région Grand Est, et plus particulièrement sur le département du Bas-Rhin, nous avons sélectionné les communes nous intéressant : les bourgs ruraux, le rural à habitat dispersé et le rural à habitat très dispersé.

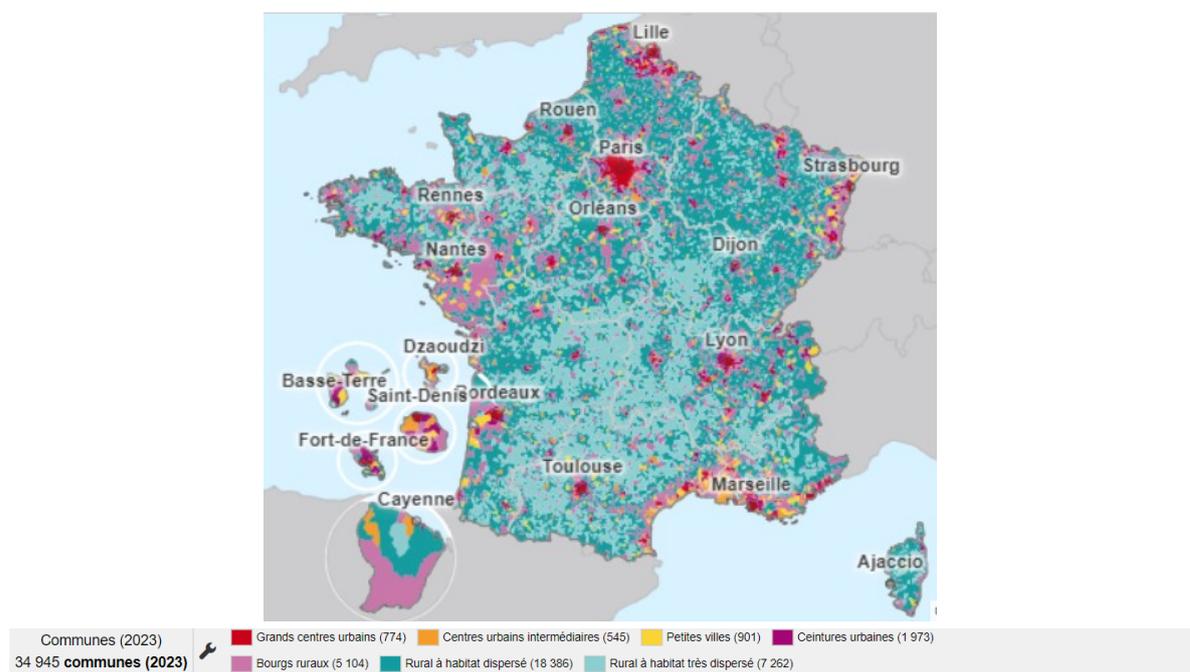


Figure 1 : Carte de la France selon la grille communale de densité en sept niveaux en 2023.

Source : Agence Nationale de la Cohésion des Territoires

C. Déroulement de l'étude

Afin de toucher le plus grand nombre de femmes correspondant à nos critères d'inclusion et limiter les biais, les questionnaires ont été transmis aux pharmacies se situant en milieu rural.

Les femmes avaient la possibilité de compléter le questionnaire :

- En ligne, après avoir scanné une affiche comportant un QR code (annexe II)
- En version papier, à remplir sur place et que la pharmacie conservait par la suite.

Le QR code, largement démocratisé depuis la pandémie de Covid-19, nous a permis de collecter les réponses en temps réel sur le logiciel utilisé. Cependant, nous avons estimé que toutes les femmes n'avaient pas forcément de téléphone pour scanner ce QR code, ne savaient pas s'en servir ou que certaines préféreraient simplement remplir la version papier. Nous avons opté pour ce choix de diffusion car il nous tenait à cœur que toutes les femmes le souhaitant puissent répondre à notre questionnaire.

Il nous a fallu dans un premier temps répertorier les pharmacies que nous souhaitions cibler. Tout d'abord, nous avons inventorié manuellement les communes bas-rhinoises considérées comme rurales selon l'Agence Nationale de la Cohésion des Territoires (12). Sur les 514 communes du Bas-Rhin, 388 bourgs ruraux et communes rurales à habitat dispersé et à habitat très dispersé ont été retenus. Parmi cet ensemble de communes, nous avons listé celles possédant une pharmacie et les avons contactées par téléphone afin de leur proposer de participer à notre étude. Cela consistait à exposer de manière visible (au niveau du comptoir ou dans la vitrine) l'affiche avec le QR code et à mettre à disposition le questionnaire papier, ainsi qu'à encourager la patientèle féminine à y répondre. Sur la trentaine de pharmacies éligibles, 18 ont ainsi accepté, toutes localisées dans des bourgs ruraux.

Nous avons alors pris rendez-vous avec les responsables de chaque pharmacie le 2 mai 2023, dans le but de déposer les documents nécessaires et de leur réexpliquer l'intérêt de notre étude et les consignes d'exposition. Nous leur avons remis en main propre deux affiches comportant un QR code et une dizaine de questionnaires papier. Un formulaire de consentement libre et éclairé était joint au questionnaire, expliquant le but de notre étude et garantissant l'anonymat et la confidentialité des réponses obtenues.

Deux rappels téléphoniques ont été réalisés à un mois d'intervalle, en juin et juillet 2023, afin d'encourager la distribution des questionnaires devant un faible taux de participation initiale. Suite à la demande de certaines pharmacies ayant constaté que la réserve de questionnaires papier initialement donnée était épuisée, nous leur en avons renvoyé.

L'ensemble des questionnaires a été recueilli pour l'analyse des données, le même jour, fin juillet 2023, après deux mois d'exposition. L'accès au questionnaire en ligne, accessible via le QR code, a été stoppé dans le même temps.

D. Structure du questionnaire

Les différentes variables ont été recueillies via un questionnaire de six pages composé de quatre parties à propos :

- Des données socio-démographiques des femmes interrogées
- De leur suivi gynécologique
- De l'accessibilité au suivi gynécologique
- De leurs connaissances concernant les compétences gynécologiques des sages-femmes.

Les 32 questions ont été formulées de manière simple sans employer de vocabulaire médical pour assurer la bonne compréhension du questionnaire et la rapidité pour y répondre. Il s'agissait principalement de questions fermées afin de favoriser un taux de réponse élevé et de faciliter par la suite l'analyse statistique. Il était possible de cocher plusieurs réponses pour seulement huit questions (les questions 10b, 12, 13, 16b, 17, 19a, 21 et 24a) (pour ces questions, à contrario des autres, l'analyse des réponses n'a pas été faite en pourcentage mais selon le nombre de personnes y ayant répondu). Il était obligatoire de répondre à toutes les questions pour accéder au reste du questionnaire, hormis une (la question 21). Le temps estimé pour répondre au questionnaire était d'environ cinq minutes.

Une phase de test, ayant permis quelques ajustements, en particulier à propos de la formulation des questions, a été réalisée avant que l'étude ne débute, à l'aide de 10 personnes n'ayant pas de connaissances médicales. Un statisticien avait également été contacté en amont de la diffusion de nos questionnaires et nous avait prodigué quelques conseils, que nous avons naturellement pris en compte.

E. Analyse des données

Les données ont été récoltées fin juillet 2023 à l'aide du logiciel LimeSurvey® pour les questionnaires complétés en ligne. Les réponses des questionnaires remplis sur papier ont été quant à elles entrées manuellement dans le logiciel. Les questionnaires ne répondant pas aux critères d'inclusion ou n'étant pas complets ont été exclus de l'analyse et n'ont pas été traités.

La totalité des réponses a ensuite été extraite pour constituer une base de données sur le logiciel Excel®. Le traitement des données a été fait suite au codage des réponses afin d'en faciliter la réalisation (un tableau récapitulatif des données récoltées est disponible en annexe III). Tous les pourcentages calculés ont été arrondis à l'unité près. L'ensemble des figures et les tableaux visibles dans ce mémoire ont été réalisés par nos soins.

III. Résultats

A. Données socio-démographiques

a. Détermination de la population d'étude

Parmi les 614 questionnaires récoltés, dont 512 remplis en ligne et 102 en version papier, 56 n'étaient pas remplis entièrement. Sur les 558 questionnaires complets, 57 femmes ont répondu résider en milieu urbain ou hors du Bas-Rhin. Selon les critères d'inclusion que nous nous étions fixés, nous n'avons pas traité ces 57 questionnaires. La cohorte étudiée comprend donc 501 femmes.

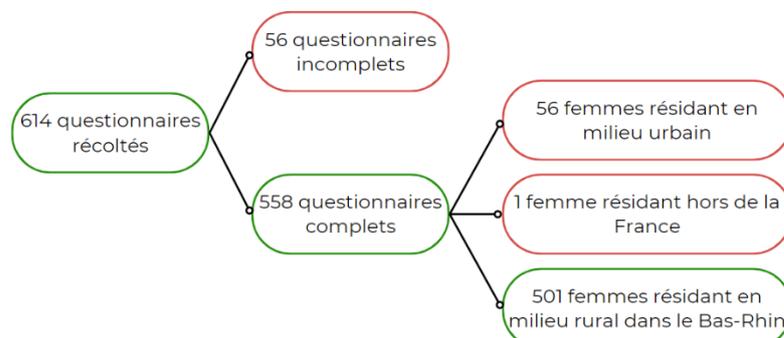


Figure 2 : Arbre décisionnel de la population d'étude selon les critères d'inclusion.

b. Âge

Au sein de notre cohorte, 76% des femmes ont répondu avoir entre 21 et 50 ans. Seules 4% ont entre 18 et 20 ans, et 20% plus de 50 ans. L'âge moyen est de 40 ans (avec un écart-type de 13). La répartition est la suivante :

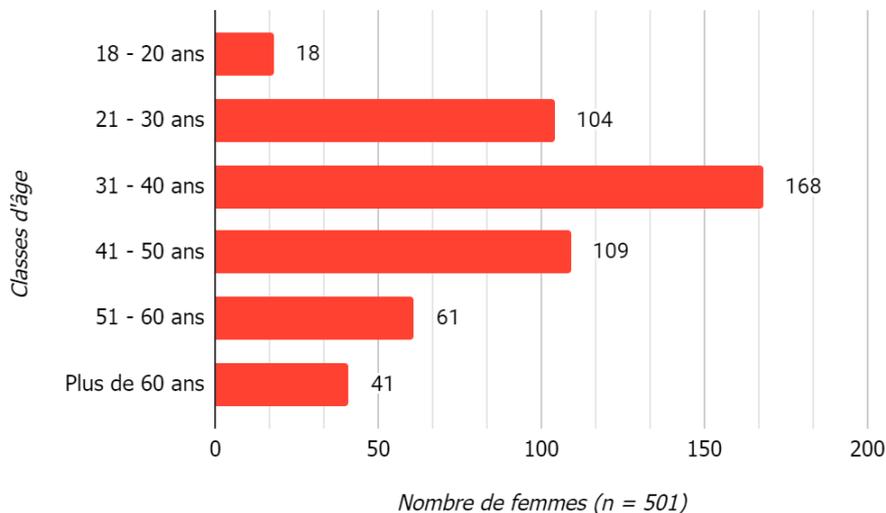


Figure 3 : Répartition des femmes interrogées par classe d'âge.

c. Niveau d'études

Concernant le niveau d'études des femmes interrogées, 87% d'entre elles ont au moins le baccalauréat. Parmi elles, 24% ont un niveau baccalauréat plus deux ans, 23% plus trois ou quatre ans et 24% plus cinq ans ou plus.

Parmi les 13% n'ayant pas le baccalauréat, 9% des femmes ont un niveau BEP ou CAP et 4% ont le brevet des collèges ou n'ont pas de diplôme.

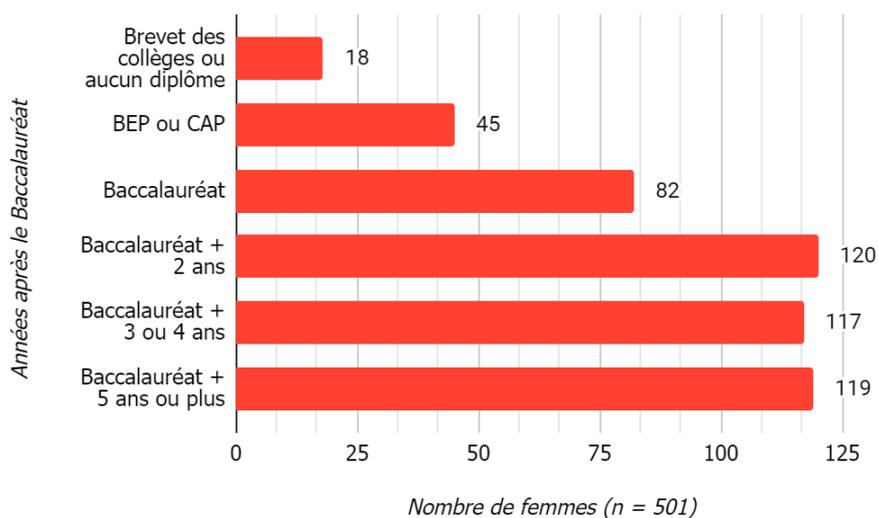


Figure 4 : Répartition des femmes interrogées par années d'études après le baccalauréat.

d. Situation matrimoniale

Au sein de notre population d'étude, 87% des femmes sont impliquées dans une relation conjugale, avec 51% d'entre elles mariées, 20% en couple ou en concubinage et 16% pacsées. Les autres femmes sont célibataires (11%) ou veuves (1%).

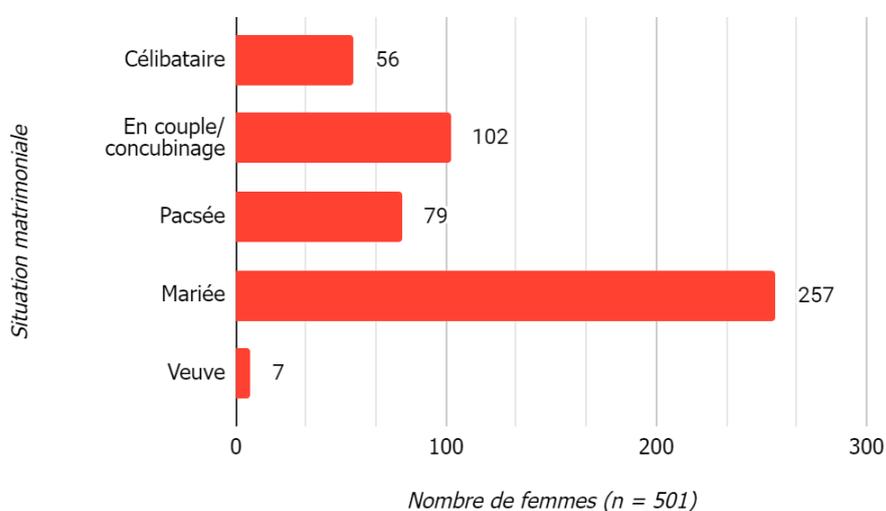


Figure 5 : Répartition des femmes interrogées selon la situation matrimoniale.

e. Nombre d'enfants par femme

Parmi les femmes interrogées, 73% des femmes ont au moins un enfant, avec une répartition comme suit : 19% sont primipares, 40% deuxièmes paires et 15% troisièmes paires ou plus. La moyenne calculée est de 1,45 enfant par femme (avec un écart type de 1,09).

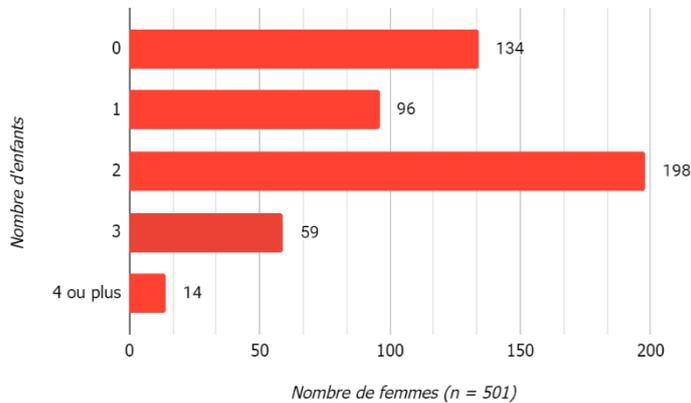


Figure 6 : Répartition des femmes interrogées par nombre d'enfants.

f. Lieu de résidence

Selon nos critères d'inclusion, toutes les femmes vivent en milieu rural selon l'Agence Nationale de la Cohésion des Territoires (12).

Au sein de notre population d'étude, 68% d'entre elles habitent dans un bourg rural et 32% dans une commune rurale à habitat dispersé. Aucune femme résidant dans une commune rurale à habitat très dispersé n'a répondu à notre étude.

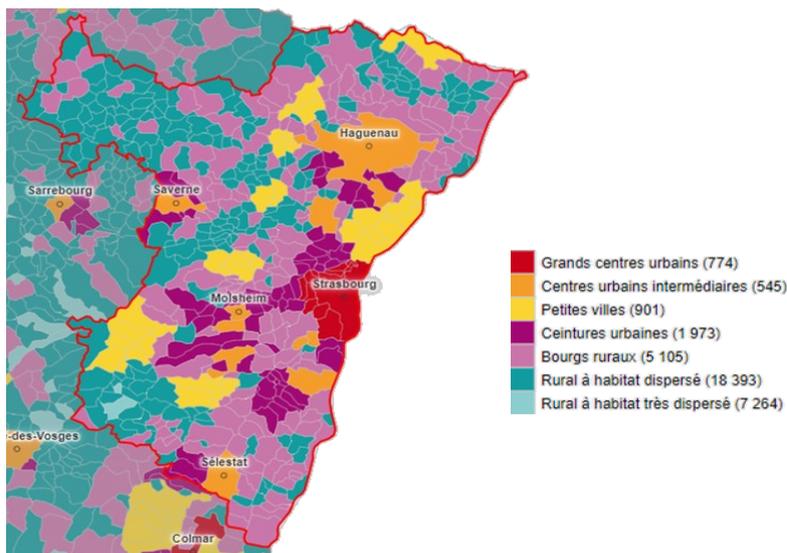


Figure 7 : Grille communale de densité en sept niveaux centrée sur le Bas-Rhin.

Source : Agence Nationale de la Cohésion des Territoires

g. Moyen de locomotion

La très grande majorité des femmes interrogées (92%) se rendent à leurs consultations gynécologiques en voiture. Les 8% restants sont répartis ainsi : 5% en transport en commun, 2% à pied et 1% en vélo.

h. Temps pour se rendre en voiture chez le professionnel de santé responsable du suivi gynécologique

Nous observons que 76% des femmes mettent plus de cinq minutes pour se rendre chez leur praticien en voiture, avec la répartition suivante : 29% mettent 5 à 10 minutes, 26% 10 à 20 minutes et 21% plus de 20 minutes pour y aller. Seules 24% des femmes mettent moins de cinq minutes.

Temps de trajet pour se rendre chez le professionnel de santé responsable du suivi gynécologique

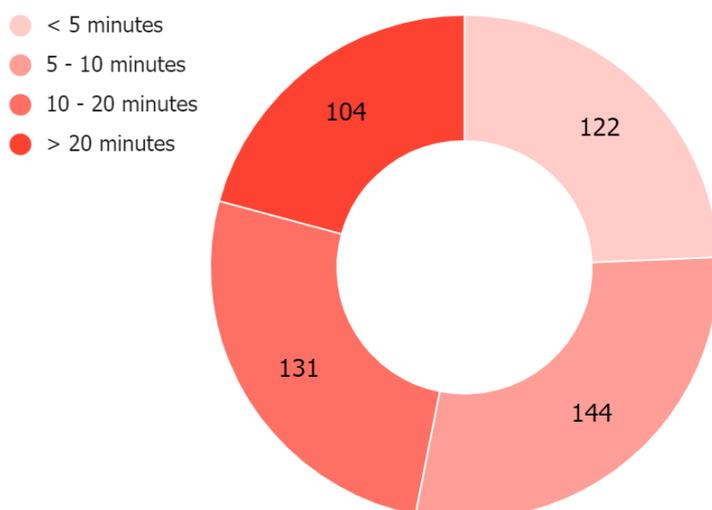


Figure 8 : Répartition des femmes interrogées selon le temps de trajet en voiture pour se rendre chez le professionnel de santé responsable du suivi gynécologique.

B. Consultation gynécologique

a. Régularité du suivi gynécologique

Sur l'ensemble de la cohorte, 78% des femmes déclarent avoir un suivi gynécologique régulier, ce qui, pour 88% d'entre elles, signifie avoir un rendez-vous environ une fois par an.

Parmi les 22% des femmes reconnaissant n'avoir pas de suivi gynécologique régulier, les principales raisons évoquées (plusieurs réponses étant possibles) sont le manque de temps ou d'intérêt, l'oubli et le manque de praticiens disponibles.

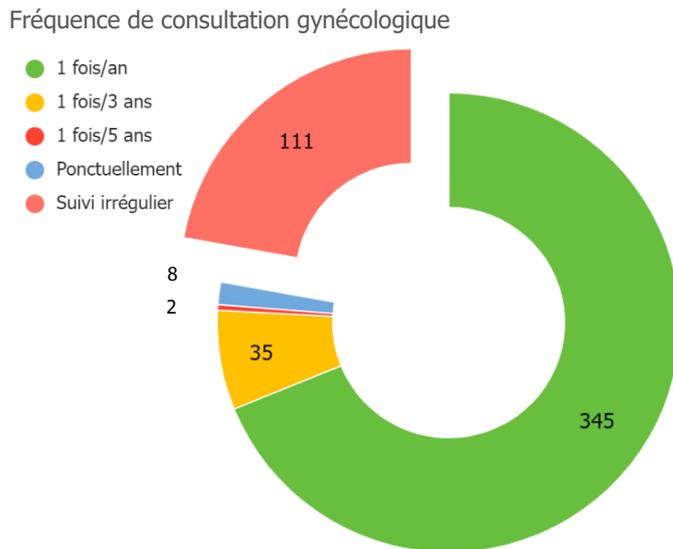


Figure 9 : Répartition des femmes interrogées selon la fréquence du suivi gynécologique.

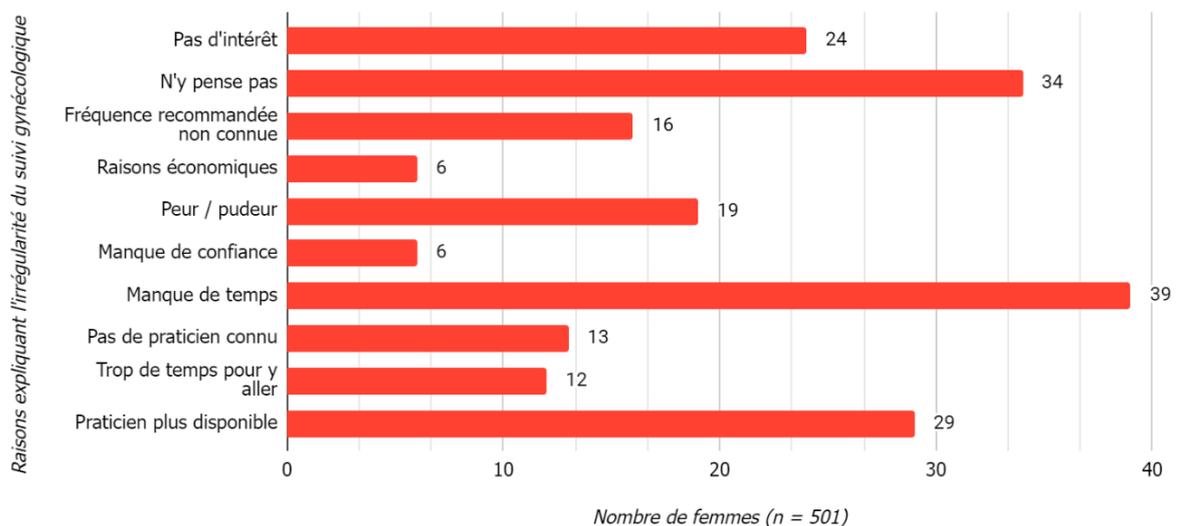


Figure 10 : Répartition des femmes interrogées selon les raisons évoquées pour expliquer l'irrégularité du suivi gynécologique.

b. Fréquence du suivi gynécologique

Parmi les femmes interrogées, 88% d'entre elles pensent que la fréquence recommandée pour avoir un suivi gynécologique régulier est de minimum une fois par an.

Parmi les 12% ayant répondu autre chose (une fois tous les trois ans, une fois tous les cinq ans ou uniquement s'il y a un motif de consultation), les principales raisons évoquées expliquant cette différence sont le manque d'intérêt pour le suivi gynécologique, la méconnaissance à

propos de la fréquence recommandée pour avoir un suivi adapté, le manque de temps, le manque de praticiens disponibles et l'appréhension concernant les consultations.

Fréquence idéale de consultation gynécologique estimée

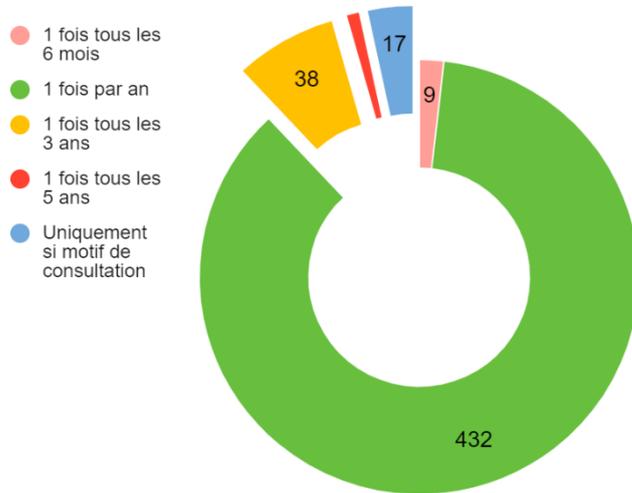


Figure 11 : Répartition des femmes interrogées selon leur idée de la fréquence de suivi recommandée.

c. Motifs de consultation

Parmi les motifs de consultation les plus fréquents (plusieurs réponses étant possibles), les plus souvent évoqués sont le suivi de routine et la contraception.

d. Professionnel de santé responsable du suivi gynécologique

Pour 80% de la population étudiée, le professionnel de santé responsable du suivi gynécologique est un gynécologue. Parmi les autres femmes, 18% sont suivies par une sage-femme et 2% par un médecin généraliste.

Le suivi en libéral est prédominant (69%) par rapport au suivi hospitalier (31%).

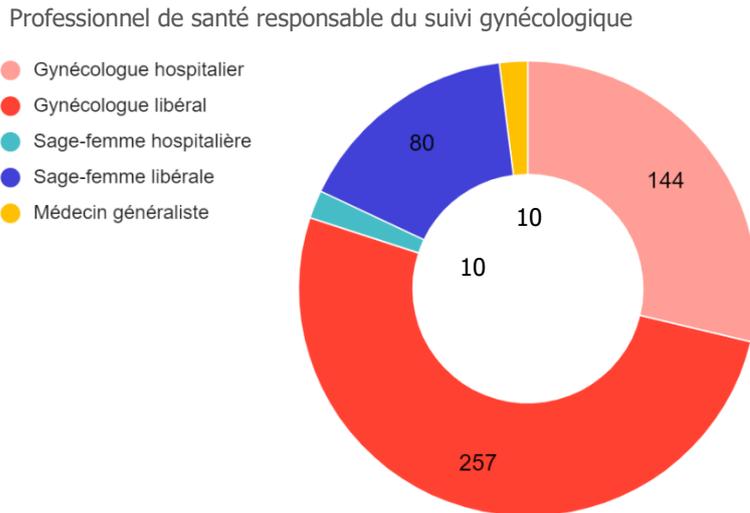


Figure 12 : Répartition des femmes interrogées selon le professionnel de santé consulté pour le suivi gynécologique.

e. Ancienneté du suivi

Parmi les femmes ayant participé à notre étude, 51% sont suivies par leur professionnel de santé depuis cinq ans ou plus. Pour 29%, cela fait entre un à cinq ans et pour 20% moins d'un an.

f. Changement de professionnel de santé responsable du suivi

Au sein de notre population d'étude, 75% des femmes interrogées ont déjà changé au moins une fois de professionnel de santé pour leur suivi gynécologique. Parmi elles, 34% ont changé une fois, 21% deux fois, 25% trois fois et 21% quatre fois ou plus.

La plupart d'entre elles évoquent une non-disponibilité de leur praticien (retraite ou décès). Certaines, ayant déménagé, ont souhaité consulter un autre praticien depuis. D'autres expliquent que le professionnel de santé responsable de leur suivi gynécologique ne leur convenait pas ou plus et avaient donc décidé d'en changer.

g. Critères de sélection du professionnel de santé responsable du suivi gynécologique

D'après les femmes interrogées, les caractéristiques les plus importantes pour sélectionner le praticien responsable du suivi sont, dans l'ordre décroissant, le relationnel, la compétence et la proximité géographique. La disponibilité et l'expérience sont également cités. En revanche, le coût de la consultation et l'habitude de consulter ce professionnel-ci sont peu retrouvés.

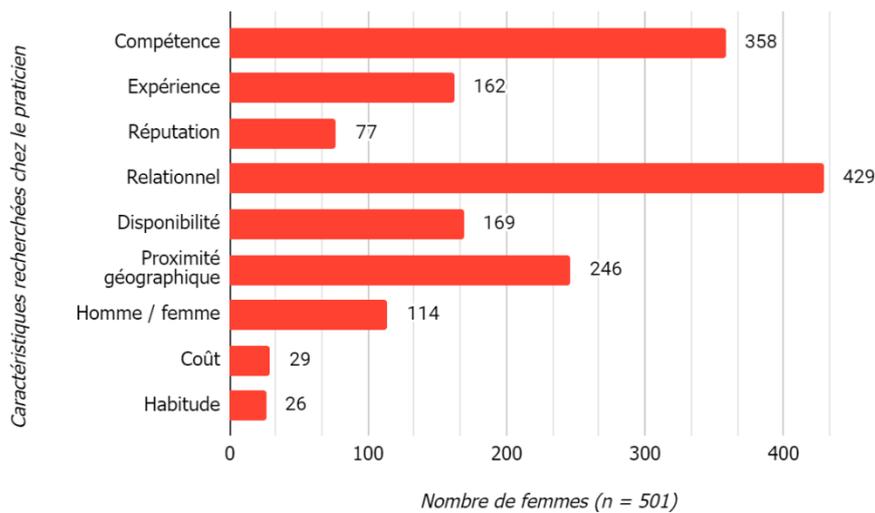


Figure 13 : Répartition des femmes interrogées selon les critères de sélection du professionnel de santé responsable du suivi gynécologique.

h. Délai d'obtention de rendez-vous

En demandant à ces femmes quelle était la durée moyenne entre la prise de rendez-vous et la consultation gynécologique, 58% ont répondu plus d'un mois. Parmi les autres femmes, 27% ont estimé le délai entre deux et quatre semaines, 13% entre une et deux semaines et seules 2% à moins d'une semaine.

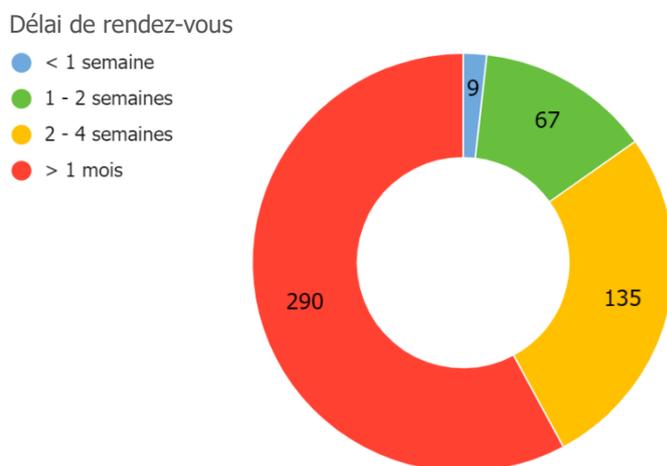


Figure 14 : Répartition des femmes interrogées selon les délais d'obtention de rendez-vous.

i. Téléconsultations

Au sein de notre cohorte, seules 6% des femmes avaient déjà effectué une téléconsultation, principalement pour ne pas avoir à se déplacer.

C. Satisfaction et freins rencontrés

a. Renoncement aux soins gynécologiques

Au sein de notre population, 88% des femmes ont répondu qu'elles n'avaient jamais dû renoncer à des soins gynécologiques au cours de leur vie.

b. Difficultés d'accès au suivi gynécologique

La question concernant les potentielles difficultés rencontrées pour avoir accès au suivi gynécologique dans le Bas-Rhin était la seule du questionnaire à ne pas être obligatoire. Ainsi, seules les femmes le souhaitant y ont répondu, pouvant alors indiquer plusieurs motifs différents.

Nous avons constaté que 79% des femmes se sentaient concernées par cette question. D'après elles, les difficultés concernent principalement le délai d'obtention de rendez-vous et le manque de professionnels de santé.

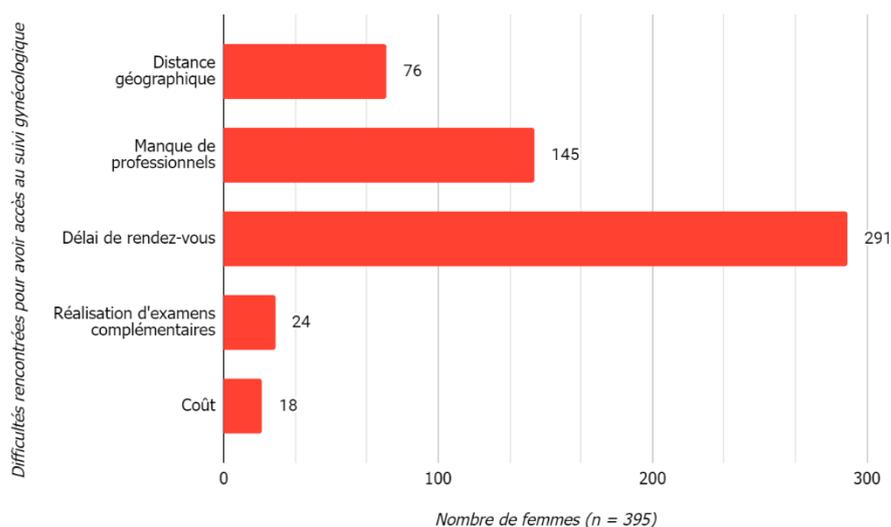


Figure 15 : Répartition des femmes interrogées selon les difficultés rencontrées pour avoir accès au suivi gynécologique.

c. Satisfaction de l'accès au suivi gynécologique dans le Bas-Rhin

La majorité des femmes de l'étude (77%) se disent satisfaites de l'accès au suivi gynécologique dans le Bas-Rhin.

Satisfaction de l'accès au suivi gynécologique dans le Bas-Rhin en milieu rural



Figure 16 : Répartition des femmes interrogées selon la satisfaction de l'accès au suivi gynécologique dans le Bas-Rhin.

d. Accès en cas d'urgence gynécologique

En cas de situation gynécologique urgente, telle qu'une suspicion d'infection génitale, des douleurs abdominales ou des saignements inhabituels, 39% des femmes interrogées déclarent ne pas savoir vers qui se tourner pour avoir un rendez-vous rapide (hors urgences gynécologiques hospitalières).

D. Connaissances sur les compétences gynécologiques des sages-femmes

a. Connaissances sur les compétences des sages-femmes

Après un petit résumé concernant les compétences des sages-femmes en matière de gynécologie depuis 2009 (voir la question 25 en annexe 1), nous avons demandé aux femmes si elles en avaient auparavant connaissance. Il s'avère que 64% ont répondu par l'affirmative.

Nous leur avons alors demandé comment elles l'avaient appris. Il semblerait que ce soit principalement grâce aux autres professionnels de santé, au bouche-à-oreille et à des recherches personnelles.

Moyens par lesquelles les femmes sont au courant des compétences des sages-femmes en gynécologie

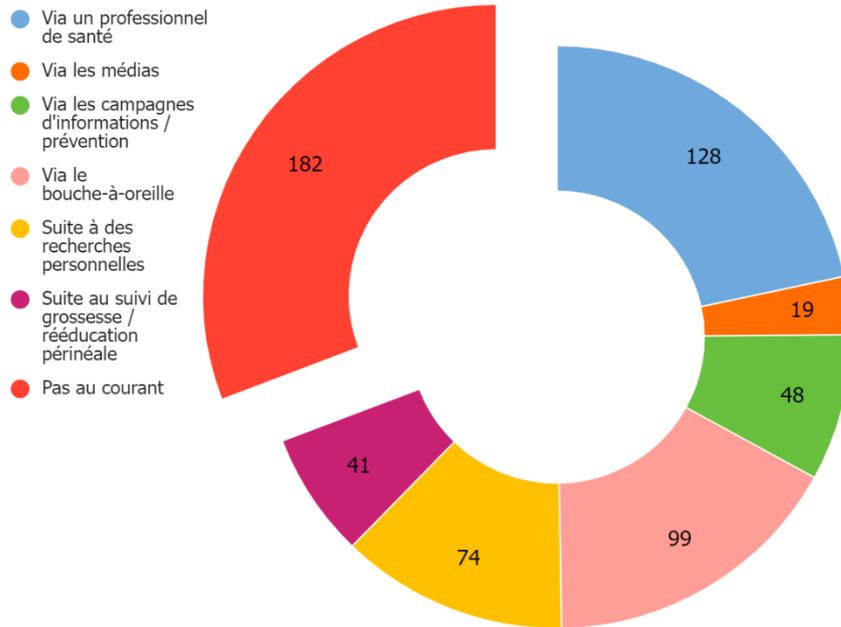


Figure 17 : Répartition des femmes interrogées selon leur connaissance au sujet des compétences gynécologiques des sages-femmes, et moyens par lesquels elles en ont été informées.

b. Suivi gynécologique par une sage-femme

Dans notre population d'étude, 91% des femmes ont répondu qu'elles seraient prêtes à être suivies par une sage-femme pour leur suivi gynécologique si l'occasion se présentait.

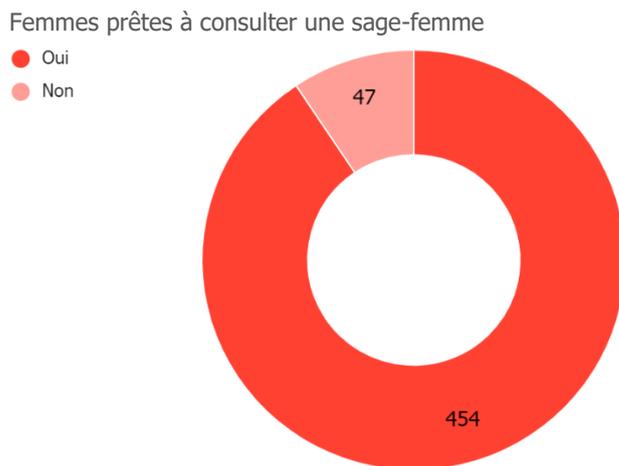


Figure 18 : Répartition des femmes interrogées prêtes à être suivies par une sage-femme pour leur suivi gynécologique ou non.

c. Recommandation pour le suivi par une sage-femme

Enfin, nous avons demandé aux femmes déjà suivies par des sages-femmes pour leur suivi gynécologique si elles recommanderaient aux femmes de leur entourage d'être suivies par une sage-femme. Il s'avère que 100% des femmes concernées ont répondu par l'affirmative.

IV. Discussion

A. Forces et limites de l'étude

a. Atteinte de l'objectif

À l'aide de notre questionnaire et des données recueillies par la suite, nous avons pu définir les obstacles rencontrés par les femmes habitant en milieu rural pour avoir accès au suivi gynécologique, dans le Bas-Rhin. Il s'agit principalement du délai de rendez-vous, du manque de professionnels de santé et de la proximité géographique. Malgré ces freins, nous avons observé que la majorité d'entre elles bénéficie tout de même d'un suivi régulier adapté.

Nous avons également pu évaluer leur niveau de connaissance concernant les compétences des sages-femmes dans ce domaine. Il s'élève à 64% et est plus élevé que ce à quoi nous nous attendions.

L'objectif principal de notre étude a donc été atteint, ainsi que les objectifs secondaires que nous nous étions fixés.

b. Intérêts et points forts

L'égalité d'accès aux soins est une thématique au centre de l'actualité, dont la problématique est largement abordée et revient régulièrement aux cours de nombreux débats publics. Il s'agit d'ailleurs d'un des principes fondateurs de l'Assurance Maladie, qui lutte contre le renoncement aux soins en facilitant les échanges, les démarches et l'accessibilité (15). Cependant, ceci n'est pas aisée, compte tenu de l'insuffisance de la démographie médicale, de la précarité financière de certaines populations et des disparités territoriales en matière d'offre de soins en France de nos jours.

C'est sur ce dernier point que nous souhaitons axer notre analyse. Il existe beaucoup d'articles traitant de l'accès aux soins, et parmi eux, de l'accès au suivi gynécologique et certains s'attardent sur les espaces ruraux (16,17). Néanmoins, aucune analyse n'avait été jusqu'alors centrée sur le département du Bas-Rhin. Il nous a donc paru pertinent d'effectuer un travail de recherche sur ce sujet, afin de pouvoir mieux comprendre les enjeux et difficultés rencontrés sur ce territoire.

De plus, prendre en compte les différents professionnels de santé aptes à assurer le suivi gynécologique nous a semblé intéressant. Le rôle des médecins, qu'ils soient généralistes ou

spécialistes, étant un sujet d'étude fréquemment abordé, nous nous sommes intéressés à celui des sages-femmes, et à la connaissance des femmes à leur sujet.

c. Limites

Notre désir de réaliser une étude quantitative la plus représentative possible sur le sujet s'est heurté à la réalité du terrain.

Le lieu de diffusion (questionnaires disponibles dans les pharmacies localisées en milieu rural dans le Bas-Rhin) a été choisi dans le but d'éviter un biais de sélection. Nous avons opté pour les pharmacies au détriment des cabinets de professionnels de santé (médecins généralistes par exemple) afin d'éviter de ne cibler la patientèle que d'un seul corps de métier. L'échantillon obtenu aurait été non représentatif de la population générale. Une exposition dans des lieux publics, tels que des supermarchés, n'a pas été retenue car jugée non professionnelle. Cependant, notre mode de recrutement peut être considéré comme biaisé en raison de la population alors touchée. En effet, nous pouvons supposer qu'il s'agit de femmes intéressées par le sujet et plus concernées par leur santé que la population générale, créant un biais de volontariat. De plus, les pharmacies répertoriées étaient toutes localisées dans des bourgs ruraux, au détriment des communes à habitat rural dispersé et très dispersé. Bien que cette méthode nous ait paru la meilleure pour obtenir un maximum de réponses de la part de femmes de tous âges et toutes catégories socio-professionnelles, il faut reconnaître qu'il s'agit là d'un biais de sélection lors de la constitution de l'échantillon.

Par ailleurs, le choix du département peut ne pas paraître le plus évident pour mener une étude sur l'accès au suivi gynécologique des femmes habitant en milieu rural car il en existe des plus ruraux en France. Cependant, selon la typologie urbain/rural des régions européennes, le Bas-Rhin est considéré comme un département dit intermédiaire (18). Comparativement au reste de la France, malgré une sous-représentation des communes rurales à habitat dispersé et très dispersé (41% dans le Bas-Rhin contre 52% en France), les bourgs ruraux sont sur-représentés dans le Bas-Rhin (34% dans le Bas-Rhin contre 15% en France) (19). Il était donc intéressant de se concentrer sur ce département pour cette étude, même si une extrapolation des résultats au reste des territoires ruraux du pays n'est pas possible en raison de ces différences.

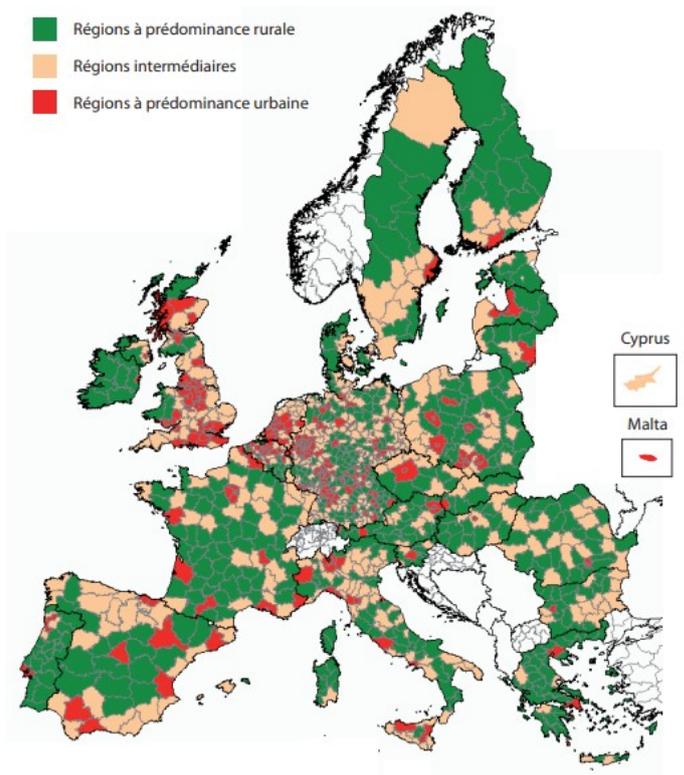


Figure 19 : Typologie urbaine-rurale des départements au sein de l'Union Européenne.

Source : Eurostat, Rural Development in the EU 2012

Enfin, les 614 questionnaires récoltés, dont 501 complets, ne permettent pas d'élargir les résultats à la population générale de femmes vivant en milieu rural en France, ni même dans le Bas-Rhin, car notre étude manque de puissance. Il s'agit néanmoins d'un échantillon conséquent, permettant de donner de la crédibilité à notre travail et d'établir un premier état des lieux concernant les difficultés rencontrées par ces femmes.

B. Discussion des résultats

a. Population étudiée

Grâce aux nombreuses réponses obtenues (501 exploitables), notre population d'étude est dans l'ensemble représentative de la population générale du milieu rural dans le Bas-Rhin.

Les participantes âgées de 20 à 50 ans ont majoritairement (76%) répondu à notre questionnaire, comparativement aux femmes âgées de plus de 50 ans (20%). Compte tenu des deux moyens proposés pour répondre à notre enquête, nous avons exclu l'hypothèse de la difficulté rencontrée par les femmes plus âgées pour utiliser leur téléphone. Une explication possible serait que les femmes âgées de 20 à 50 ans se sont senties plus concernées par le sujet d'étude,

alors que les autres le seraient moins, estimant peut-être n'avoir plus besoin de suivi. En effet, certains responsables des pharmacies impliquées dans l'étude nous avaient fait part de telles remarques de la part de leur patientèle. Bien que cela ne concerne pas directement le sujet de notre travail, nous avons constaté une méconnaissance de l'intérêt du suivi gynécologique une fois la ménopause arrivée, alors qu'il demeure pourtant tout aussi important (20,21).

Les femmes interrogées sont globalement plus diplômées que la population française générale, mais il est à noter qu'il s'agit d'une tendance retrouvée dans le département du Bas-Rhin en comparaison avec le reste du pays (22,23). Le lieu d'exposition de nos questionnaires et le sujet de notre étude pourraient aussi être une cause de cette sur-représentation car les femmes ayant un bon niveau socio-économique ont souvent un meilleur accès aux soins et à l'information.

À propos de la situation matrimoniale et du nombre d'enfants par femme, notre échantillon est similaire à la population française (24).

La majorité des femmes (68%) ayant répondu à notre étude résident dans un bourg rural alors qu'une plus faible proportion (32%) habite dans une commune rurale à habitat dispersé mais aucune dans une commune rurale à habitat très dispersé. Il est à noter que, parmi toutes les communes rurales du Bas-Rhin (représentant 75,5% du département), seules 0,4% sont considérées comme rurales à habitat très dispersé. Cette répartition peut expliquer l'absence de réponses de la part de femmes habitant dans ces communes. De plus, nos questionnaires étant disponibles dans des pharmacies situées dans des bourgs ruraux, il existe un biais de sélection car les femmes y résidant étaient plus susceptibles d'y répondre que les autres, à défaut de celles habitant dans des communes rurales à habitat dispersé.

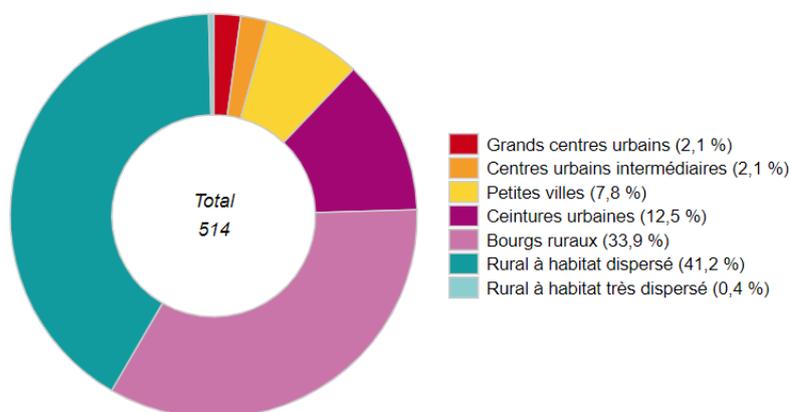


Figure 20 : Répartition des communes bas-rhinoises selon la grille communale de densité en sept niveaux.

Source : Agence Nationale de la Cohésion des Territoires

b. Modalités d'accès au suivi gynécologique

D'après un sondage réalisé pour la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale (FNCGM), trois quarts des femmes déclarant un suivi gynécologique régulier consultaient au moins une fois par an en 2008 (25). Malgré les 16 ans d'écart entre nos deux études, cela correspond à nos résultats, puisque 78% des femmes considérant avoir un suivi régulier disent consulter une fois par an. Suite à l'analyse de nos données, il est ressorti que 22% des femmes reconnaissent ne pas avoir de suivi gynécologique régulier. Ce chiffre se rapproche des 19% rapportés lors d'une enquête réalisée par la Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale (MGEN) et La Mutuelle des Étudiants (LMDE) en 2011, sur un échantillon représentatif de 1 033 femmes (26). Un résultat similaire (près d'une femme sur cinq) a également été retrouvé dans le cadre d'une étude réalisée en 2017 par le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF), sur une cohorte représentative de 1 064 femmes (27). Il apparaît donc que le pourcentage de femmes habitant en milieu rural dans le Bas-Rhin n'ayant pas de suivi gynécologique régulier est sensiblement le même que dans le reste de la France, milieux urbains et ruraux confondus. Il s'agit d'une part conséquente de la population féminine n'étant pas suivie sur le plan gynécologique et par conséquent, échappant aux dépistages et aux mesures de prévention mises en place au cours des consultations.

Selon nos données, la première raison évoquée pour expliquer cette irrégularité est le manque de temps et d'intérêt. Cela coïncide avec les résultats retrouvés dans l'étude menée par le CNOSF en 2017 : 28% des femmes n'ayant pas de suivi régulier ne voyaient pas l'intérêt d'un suivi en l'absence de problèmes de santé et 11% n'avaient pas pris le temps de trouver un professionnel de santé (27). Un constat similaire avait été retrouvé dans une étude menée par une étudiante sage-femme, Sophie LARDANCHET, sur les connaissances des femmes à propos du suivi gynécologique de prévention en région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA) (28). Le manque de professionnels de santé (cité par 26% de notre échantillon car le praticien n'est plus disponible et 12% car ces femmes n'en connaissent pas) est en revanche davantage cité dans notre étude, menée en milieu rural, que dans celle réalisée par le CNOSF, menée sur l'ensemble du territoire français (seulement 7%) (27). L'argument économique est avancé de la même façon dans les deux études.

Concernant le choix du professionnel de santé responsable du suivi gynécologique, nous retrouvons au sein de notre population d'étude 80% de femmes consultant un gynécologue, 18% une sage-femme et 2% un médecin généraliste. Dans l'étude menée en région PACA (28),

il ressortait que 88% des femmes étaient suivies par un gynécologue, 6% une sage-femme et 6% par un médecin généraliste. Il est intéressant de noter que, dans notre population, trois fois plus de femmes se font suivre par une sage-femme. L'hypothèse avancée pour expliquer cette tendance repose sur le nombre plus important de sages-femmes libérales pour le nombre total de femmes dans le Bas-Rhin (30,1 pour 100 000 femmes) qu'en région PACA (24,1 pour 100 000 femmes) (29). De plus, la grande majorité de notre échantillon (69%) choisit de se faire suivre en libéral, ceci étant probablement lié à l'importante installation en libéral des professionnels concernés et à la distance géographique plus importante entre le lieu d'habitation et la structure hospitalière la plus proche en milieu rural.

c. Difficultés rencontrées pour avoir accès au suivi gynécologique

La présence du professionnel de santé responsable du suivi gynécologique est une thématique largement retrouvée au sein de notre étude. Outre la proximité géographique, il est important de prendre également en compte le délai d'obtention de rendez-vous et le manque de praticiens, qui sont cités comme les principales difficultés rencontrées quand il s'agit d'avoir accès au suivi gynécologique.

À propos de la proximité géographique, nous avons utilisé un instrument de mesure des disparités d'offre de soins développé par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS) et l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES) appelé Accessibilité Potentielle Localisée (APL). Il s'agit d'un indicateur local, calculé pour chaque commune, intégrant les notions de proximité et de disponibilité de certaines catégories de professionnels de santé libéraux concernés. Il prend en compte le temps d'accès, l'estimation de l'activité des praticiens, leur âge ainsi que celui de la population locale (30). Cet indicateur, appliqué à la profession des sages-femmes, est exprimé en nombre d'équivalents temps-plein accessibles pour 100 000 habitantes standardisées, et permet de calculer leur niveau d'accessibilité. Avec l'appui de la figure 21, nous constatons que l'offre de soins est réduite en milieu rural par rapport au milieu urbain dans le Bas-Rhin (31). Cependant, il faudrait également prendre en considération l'APL des gynécologues et des médecins généralistes pratiquant des consultations gynécologiques afin de conclure à l'offre de soins gynécologiques dans les territoires ruraux dans le Bas-Rhin. Nous ne disposons malheureusement pas de ces données, ne nous permettant donc pas une analyse complète pour étudier le lien entre l'offre de soins disponible et les besoins de la population locale.

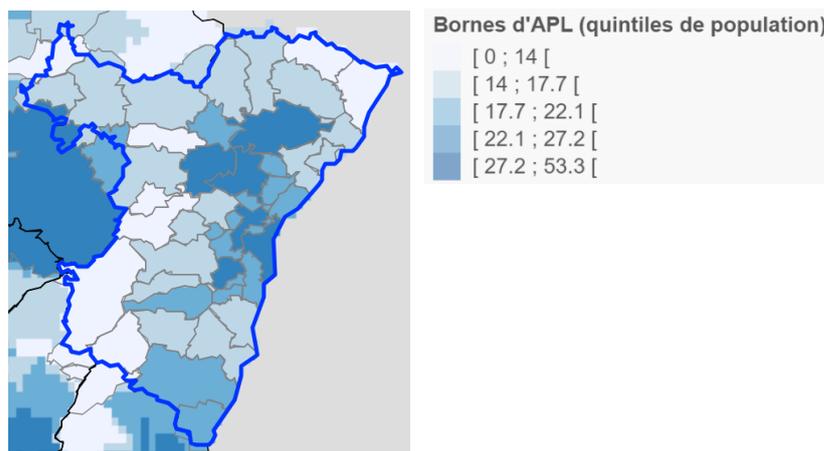


Figure 21 : Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes libérales de moins de 65 ans en 2022 (unité : nombre d'équivalents temps-plein accessibles pour 100 000 habitantes standardisées).

Source : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

Selon une étude de la DRESS datant de 2018, le délai médian d'obtention d'un rendez-vous chez un gynécologue, tous motifs confondus, est de 32 jours (32). Il s'agirait (avec d'autres spécialités telles que l'ophtalmologie, la dermatologie, la cardiologie et la rhumatologie) d'une des spécialités médicales pour lesquelles les délais d'attente sont les plus longs. Bien que les gynécologues ne soient pas les seuls praticiens consultés dans notre étude, ceci paraît cohérent, car 58% des participantes ont déclaré attendre plus d'un mois entre la prise de rendez-vous et la consultation gynécologique. Outre le fait que le délai entre la prise de rendez-vous et la consultation ne semble pas avoir diminué en cinq ans, ces femmes rencontrent plus de difficultés que la population française à obtenir un rendez-vous rapide. Il est en effet précisé dans le rapport de la DRESS qu'au sein des communes dans lesquelles l'accessibilité aux professionnels de santé est plus faible, les délais d'obtention d'un rendez-vous sont plus importants.

Il est intéressant de noter que les deux critères les plus cités concernant la sélection du praticien responsable du suivi gynécologique sont la proximité géographique (pour 49% des femmes) et la disponibilité (pour 34%). Par ailleurs, parmi les femmes ayant déjà changé de praticien au cours de leur vie, 42% expliquent l'avoir fait en raison de la non-disponibilité (retraite, décès...) ou au manque de disponibilité de ce dernier. De plus, parmi les problèmes rencontrés pour avoir accès au suivi gynécologique, 58% des femmes citent le délai important de rendez-vous et 29% le manque de professionnels. Il s'agit donc là de critères discriminants pour choisir le

professionnel de santé et pouvant conduire à en changer, mais étant considérés par beaucoup comme des difficultés rencontrées pour accéder au suivi gynécologique.

Outre ces difficultés rencontrées, il existe aussi des freins liés à la patiente elle-même, tels que le manque de temps, le manque d'intérêt, le manque de connaissance concernant la fréquence recommandée et l'appréhension de la consultation. Des raisons personnelles similaires ont été évoquées dans l'étude qualitative réalisée par Adeline DURANTHON, à propos des difficultés rencontrées pour avoir accès au suivi gynécologique et de la place de la sage-femme auprès des femmes habitant dans le Cher (10).

d. Opinion des femmes sur la place de la sage-femme en gynécologie

Dans le sondage réalisé par le CNOSF, il a été mis en évidence qu'en 2014, seules 49% des femmes déclaraient connaître les compétences des sages-femmes concernant la gynécologie (27). Ce nombre avait augmenté en 2017, avec un taux s'élevant alors à 54%. Il est intéressant de noter qu'au moment de notre étude, c'est-à-dire en 2023, 64% des femmes habitant en milieu rural dans le Bas-Rhin déclarent connaître ces compétences. Nous observons ainsi une augmentation du nombre de femmes ayant connaissance de ces compétences au fil des ans, pouvant être expliquée grâce aux campagnes d'information nationales au sujet du rôle et des compétences des sages-femmes. Par exemple, en 2016, une campagne nationale lancée par le Ministère des Affaires sociales et de la Santé avait pour but de faire connaître la diversité des missions des sages-femmes (consultations gynécologiques, contraception, suivi de grossesse et d'accouchement, vaccination, IVG médicamenteuses...) (33). D'autres campagnes de communication ont été menées, mais au niveau régional. Ainsi, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de Moselle a lancé en 2021 une campagne d'affichage sur les réseaux de bus messins et sarregueminois, ainsi qu'une campagne digitale sur les réseaux sociaux, dont le message était : « Les sages-femmes, elles aussi, sont habilitées à réaliser un suivi gynécologique, tout comme les médecins et les gynécologues » (34). De plus, à l'occasion de la journée mondiale de la contraception en 2023, l'Agence Régionale de Santé (ARS) Bretagne a diffusé des affiches, dépliants, articles et vidéos dont le slogan était : « Sage-femme, c'est plus qu'accompagner la naissance » (35).

Toujours d'après l'étude menée par le CNOSF (27), 59% des femmes se disaient favorables à être suivies par une sage-femme en 2014, et 69% en 2017. Selon nos résultats, 91% des femmes interrogées en milieu rural dans le Bas-Rhin le seraient en 2023. Cette augmentation progressive peut être expliquée par les campagnes d'information réalisées, permettant au grand public de

connaître les compétences des sages-femmes et de les considérer comme actrices de premier recours pour la santé génésique. L'ensemble des femmes suivies par une sage-femme pour leur suivi gynécologique recommanderaient à des connaissances d'être également suivies par une sage-femme, démontrant une réelle satisfaction du suivi effectué par ces professionnelles de santé.

e. Ouverture et projets d'action

Selon notre étude, les femmes habitant en milieu rural dans le Bas-Rhin arrivent à maintenir un suivi gynécologique adapté. Néanmoins, nous avons identifié un certain nombre de problèmes liés à une méconnaissance de l'importance d'un suivi régulier : 35% ne prennent pas le temps de prendre rendez-vous, 31% n'y pensent pas et 22% n'en voient pas l'intérêt. Pour lever ces freins, il pourrait être intéressant de renforcer la communication à propos de l'importance du suivi gynécologique, quel que soit l'âge de la femme.

De nombreux projets ont été mis en place dans d'autres régions de France. Par exemple, les équipes des CPAM des Pays de la Loire ont organisé en 2022 une campagne intitulée « Parcours de santé intime des femmes », en collaboration avec l'Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de la Loire (URML) et l'Union Région des Professionnels de Santé Sages-femmes Pays de la Loire. Elle avait pour objectif de rappeler l'importance du suivi gynécologique et d'orienter les femmes dans leur parcours de santé ainsi que de les informer sur les professionnels de santé intervenant (36). Le centre Oscar Lambret, hôpital universitaire lillois et référence nationale en cancérologie, a également lancé en 2020 une campagne de sensibilisation et d'information « On a toutes un bon motif de faire son suivi gynéco ! ». Elle invitait les femmes à se renseigner, à consulter et à se faire dépister via le « Challenge des Cancers Féminins » disponible sur les réseaux sociaux. Cette initiative avait pour but d'informer la population sur les cancers du col de l'utérus, de l'endomètre, des ovaires et du sein, tout en sensibilisant la population sur l'importance d'un suivi gynécologique régulier (37). Il serait donc intéressant de mettre en place de telles initiatives au sein du Bas-Rhin pour informer les femmes du caractère essentiel du suivi gynécologique, à tout âge.

Outre ce manque de connaissance sur l'importance du suivi gynécologique, il existe un problème d'accès aux professionnels de santé : 58% des femmes jugent le délai de rendez-vous insatisfaisant, 29% estiment qu'il n'y a pas assez de praticiens et 15% que la distance géographique est un frein.

Différents moyens pourraient être instaurés afin de surmonter cette difficulté. Tout d'abord, les sages-femmes, dont les compétences permettent d'effectuer un suivi gynécologique, pourraient contribuer à améliorer l'accès aux soins des femmes. En effet, leur contribution paraît aujourd'hui essentielle afin d'améliorer la prise en charge gynécologique des femmes. Le Bas-Rhin est, comparativement aux autres départements français, bien doté car la densité de sages-femmes par femme est une des plus élevée de France (30,1 sages-femmes libérales pour 100 000 femmes de plus de 15 ans alors que la moyenne nationale est à 25,4 pour 100 000) (29). Des aides ont été mises en place pour les sages-femmes libérales installées dans des zones caractérisées par une offre de soins jugée insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins (38), permettant ainsi à la population locale de bénéficier des soins de cette profession en plein dynamisme démographique. Des contrats incitatifs et des exonérations fiscales sont également possibles pour les gynécologues et les médecins généralistes exerçant en zones sous-dotées, avec un engagement demandé en contrepartie. Des bourses, telles que le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP), sont aussi proposées aux étudiants en santé, dans la mesure où ils acceptent de s'engager à s'installer, à la fin de leurs études, dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante (39). Cependant, ces mesures coûteuses ne semblent actuellement pas suffisantes pour attirer et maintenir les soignants et ne permettent donc pas de subvenir aux besoins de la population locale.

La téléconsultation, de plus en plus utilisée, permet d'aborder certains motifs de consultation, tels que le renouvellement d'ordonnances, la prescription liée à une infection vaginale ou urinaire, l'interprétation d'un examen gynécologique ou un entretien de prévention. Grâce à leur flexibilité pour le professionnel de santé comme pour la patiente, les téléconsultations favorisent donc un suivi plus régulier et rassurent les patientes ayant des difficultés à consulter. Pour les femmes peinant à avoir accès aux soins à cause de l'éloignement géographique, cela pourrait être une solution, ne remplaçant certes pas une consultation avec examen clinique, mais permettant d'établir un contact avec un professionnel de santé (40). Il s'agirait d'un projet d'action réalisable par les professionnels libéraux, compte tenu du faible taux de femmes (6%) ayant déjà utilisé ce moyen de consultation d'après nos résultats.

La médecine itinérante pourrait être une autre solution pour lutter contre le phénomène de désertification médicale et pallier aux difficultés d'accès au dépistage des cancers gynécologiques. Dans certaines régions, des camions transportant le matériel nécessaire ont été mis en place et pourraient être testés dans le Bas-Rhin. Ainsi, un camion nommé Mammobile a sillonné les départements de l'Eure, du Calvados, de la Manche et de la Seine-Maritime à titre

expérimental de mars 2022 à octobre 2023 afin d'offrir la possibilité d'avoir accès au dépistage organisé du cancer du sein et d'en réduire les inégalités d'accès (41). Ce dispositif pourrait être maintenu et même étendu à d'autres régions selon les résultats obtenus, qui devraient paraître au printemps 2024. Le regroupement pluriprofessionnel (dont les maisons de santé sont un bon exemple) pourrait également contribuer à attirer différents praticiens dans les régions rurales et à offrir aux habitants une offre de soins de premier recours.

Le rôle des pouvoirs publics, mais aussi des professionnels de santé, est de délivrer les informations suffisantes au sujet du suivi gynécologique et de la contraception, afin que les femmes puissent être actrices de leur parcours de santé (27). Il est primordial de rappeler l'importance de l'inter-professionnalisme entre gynécologues, sages-femmes et médecins généralistes, dans le but de promouvoir et d'assurer la santé des femmes sur le territoire (42,43).

Il serait intéressant, dans des travaux de recherche ultérieurs, de se concentrer sur d'autres régions ou départements. Nous pouvons en effet anticiper que les problématiques observées dépassent la population rurale bas-rhinoise. Une approche coordonnée au niveau national, basée sur les différentes pistes évoquées, pourrait faire sens et permettre de déployer des moyens ciblés aux besoins de chaque territoire.

V. Conclusion

La pénurie médicale actuelle, conjuguée aux inégalités territoriales d'offre de soins, affecte l'accès aux soins et la possibilité d'avoir un bon suivi médical, en particulier pour les populations vivant en milieu rural en France. Ces difficultés n'épargnent pas le domaine de la gynécologie, dont le rôle est pourtant essentiel à chaque âge de la vie.

Nous avons cherché à savoir si les femmes vivant en milieu rural dans le Bas-Rhin étaient impactées par la baisse de la démographie médicale pour assurer leur suivi gynécologique en 2023. Afin de mener à bien cette recherche, nous avons effectué une étude quantitative épidémiologique descriptive transversale auprès de 501 femmes, à l'aide de questionnaires disponibles dans des pharmacies situées en milieu rural dans le département. Il s'avère que 78% d'entre elles arrivent à maintenir un suivi gynécologique régulier. Toutefois, plus des trois quarts de notre population d'étude reconnaît avoir des difficultés d'accès, liées majoritairement au délai d'obtention de rendez-vous, au manque de professionnels de santé et à la distance géographique pour se rendre en consultation. Concernant les compétences gynécologiques des sages-femmes, 64% des femmes ont déclaré en avoir connaissance, grâce aux informations délivrées par d'autres professionnels de santé, au bouche-à-oreille et à des recherches personnelles. De plus, 91% de notre cohorte déclarent être prêtes à être suivies par une sage-femme.

Afin d'améliorer l'accès au suivi gynécologique des femmes dans les territoires ruraux, des leviers d'action existent et ont d'ailleurs été abordés lors de sessions ordinaires au Sénat (5).

Le développement de la médecine itinérante, de la téléconsultation et des centres de proximité permettrait de réduire certaines difficultés d'accès. La mise en place de campagnes de communication à grande échelle dans le Bas-Rhin contribuerait à faire connaître l'importance d'un suivi gynécologique régulier, quel que soit l'âge de la femme, comme cela a été fait dans d'autres régions françaises. Grâce à notre travail, nous avons constaté qu'un des critères les plus importants pour sélectionner son professionnel de santé est la compétence. Il paraît donc essentiel d'informer la population du rôle essentiel qu'ont les sages-femmes dans la prise en charge de la santé génésique des femmes, en dehors du contexte de périnatalité. Bien que la proportion de femmes en ayant connaissance ne fasse qu'augmenter au fil des années, il est primordial de poursuivre ces campagnes d'information.

De plus, même si la liberté d'installation des praticiens est primordiale, il faut continuer à les inciter à s'installer en milieu rural, en leur accordant des conditions d'installation favorables.

Enfin, il reste évidemment essentiel d'accroître la coordination entre les différents acteurs de santé, qu'ils soient gynécologues, médecins généralistes ou sages-femmes. Il ne s'agit pas d'empiéter sur les compétences de chacun, mais de collaborer afin d'éviter les absences ou retards de diagnostic et offrir aux femmes un suivi gynécologique régulier ainsi qu'une prise en charge de qualité, rapide et optimale.

VI. Références bibliographiques

1. Agence Régionale de Santé Bretagne [En ligne]. Le suivi gynécologique et de prévention; 2023. Disponible sur: <https://www.bretagne.ars.sante.fr/le-suivi-gynecologique-et-de-prevention>. Consulté le 4 nov 2023
2. Haute Autorité de Santé [En ligne]. IST : la HAS recommande un dépistage systématique de l'infection à Chlamydia trachomatis chez les jeunes femmes; 2018. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2879454/fr/ist-la-has-recommande-un-depistage-systematique-de-l-infection-a-chlamydia-trachomatis-chez-les-jeunes-femmes. Consulté le 18 nov 2023
3. Haute Autorité de Santé [En ligne]. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le test HPV-HR recommandé chez les femmes de plus de 30 ans; 2020. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3192618/fr/depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-le-test-hpv-hr-recommande-chez-les-femmes-de-plus-de-30-ans. Consulté le 18 nov 2023
4. Haute Autorité de Santé [En ligne]. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage; 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage. Consulté le 5 fév 2023
5. Arnaud JM, Belin B, Havet N, Médevielle P, Monier MP, Pantel G, Poncet Monge R, Varailles MC. Femmes et ruralités : en finir avec les zones blanches de l'égalité [En ligne]. Rapport d'information no 60 (2021-2022), tome I, déposé le 14 oct 2021. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r21-060-1/r21-060-128.html>. Consulté le 11 nov 2022
6. Polton D, Chaput H, Portela M (DREES). Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques - Les leçons de la littérature internationale [En ligne]. Dossier no 89, déposé le 9 déc 2021. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/remedier-aux-penuries-de-medecins-dans-certaines-zones>. Consulté le 11 nov 2023
7. Chevillard G, Mousquès J, Lucas-Gabrielli V, Bourgueil Y, Rican S, Salem G. Dépeuplement rural et offre de soins de premiers recours : quelles réalités et quelles solutions ? Espace Populations Sociétés [En ligne]. Publié le 20 mars 2016 (2015/3-2016/1). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/eps/6177>. Consulté le 5 fév 2023
8. Institut national de la statistique et des études économiques [En ligne]. Une nouvelle définition du rural...pour mieux rendre compte des réalités des territoires et de leurs transformations; 2021. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/5360126>. Consulté le 6 janv 2024
9. Bouba-Olga O, école normale supérieure de Lyon. Qu'est-ce que le « rural » ? Analyse des zonages de l'Insee en vigueur depuis 2020 [En ligne]. Publié le 25 mai 2021. Disponible sur: <https://geoconfluences.ens-lyon.fr/actualites/eclairage/grille-densite-zonage-aires-urbaines-definition-rural>. Consulté le 6 janv 2024
10. Duranthon A. Suivi gynécologique de prévention en milieu rural: difficultés rencontrées et place de la sage-femme: Étude qualitative auprès de femmes ayant consulté une sage-femme

dans le département du Cher. Clermont-Ferrand (FR): école de sages-femmes - Clermont-Auvergne; 2020.

11. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes [En ligne]. Les compétences des sages-femmes. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>. Consulté le 11 nov 2022
12. Observatoire des territoires - ANCT [En ligne]. Indicateurs : cartes, données et graphiques – Grille communale de densité en 7 niveaux. Disponible sur: <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/#bbox=660155,6320531,295258,181601&c=indicator&i=grid7.gridens7&view=map53>. Consulté le 21 mars 2023
13. Beck S, De Bellefon MP, Forest J, Gerardin M, Levy D. La grille communale de densité à 7 niveaux [En ligne]. Document de travail no 2022-18, publié le 5 janv 2023. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6686472>. Consulté le 21 mars 2023
14. Eurostat. Applying the Degree of Urbanisation — A methodological manual to define cities, towns and rural areas for international comparisons — 2021 edition [En ligne]. Disponible sur: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-manuals-and-guidelines/-/ks-02-20-499>. Consulté le 6 janv 2024
15. Assurance Maladie [En ligne]. Accès aux droits et aux soins; 2023. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/action/acces-soins>. Consulté le 7 févr 2024
16. Insee Flash Pays de la Loire. L'accès aux soins se dégrade dans les zones rurales [En ligne]. Dossier no 137, paru le 14 mars 2023. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6966398>. Consulté le 18 janv 2024
17. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux [En ligne]. Numéro 1206, publié en septembre 2021. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/ER1206.pdf>. Consulté le 18 janv 2024
18. Observatoire des territoires - ANCT [En ligne]. Indicateurs : cartes, données et graphiques – Typologie urbain/rural des régions européennes. Disponible sur: https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/#bbox=2912712,3036795,2237730,1333621&c=indicator&i=e_urb_rur.typo&view=map32. Consulté le 6 janv 2024
19. Observatoire des territoires – ANCT [En ligne]. Rapports et portraits de territoires – Chiffres clés – Espaces urbains, espaces ruraux, comment me situer ?. Disponible sur: <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/#c=report&chapter=p01&report=r01&selgeo1=dep.67>. Consulté le 6 janv 2024
20. Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens [En ligne]. La ménopause et après. Disponible sur: <https://cngof.fr/espace-grand-public/la-menopause-et-apres/>. Consulté le 28 janv 2024

21. Doiezie M. Les femmes face à la ménopause : un suivi médical souvent insuffisant en France. J'ai piscine avec Simone [En ligne]. 2021. Disponible sur: <https://www.jaipiscineavecsimone.com/les-femmes-face-a-la-menopause-un-suivi-medical-souvent-insuffisant-en-france/>. Consulté le 28 janv 2024
22. Institut national de la statistique et des études économiques [En ligne]. Dossier complet – Département du Bas-Rhin (67); 2024. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-67#chiffre-cle-4>. Consulté le 25 févr 2024
23. Institut national de la statistique et des études économiques [En ligne]. Diplômes - Formation en 2020; 2023. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7633108?geo=FRANCE-1>. Consulté le 25 févr 2024
24. Institut national de la statistique et des études économiques [En ligne]. Le recensement de la population évolue : de l'état matrimonial légal à la situation conjugale de fait; 2017. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3146177>. Consulté le 28 janv 2024
25. Fédération Nationale des collèges de gynécologie médicale. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique [En ligne]. Sondage réalisé en mai 2008. Disponible sur: https://www.bva-xsight.com/wp-content/uploads/2017/02/fichier_ressenti_des_femmes_a_legard_du_suivi_gynecologiquee0a78.pdf. Consulté le 25 févr 2024
26. Opinion way [En ligne]. Les femmes et l'accès à la santé, sondage pour la MGEN et la LMDE. Disponible sur: <https://www.opinion-way.com/fr/sondage-d-opinion/sondages-publies/marketing/sante/les-femmes-et-l-acces-a-la-sante-pour-la-mgen-et-la-lmde.html>. Consulté le 29 janv 2024
27. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Contraception : les femmes sont-elles suffisamment informées ? [En ligne]. 2017. Disponible sur: https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2017/09/Dossier_contraception.pdf. Consulté le 29 janv 2024
28. Lardanchet S. Connaissance des femmes sur le suivi gynécologique de prévention : étude menée en région PACA. Marseille (FR): école universitaire de maïeutique Marseille Méditerranée; 2019.
29. Observatoire des territoires – ANCT [En ligne]. Indicateurs : cartes, données et graphiques – Densité de sages-femmes libérales (pour 100 000 femmes de plus de 15 ans) 2020. Disponible sur: https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/#c=indicator&i=offre_sante.dens_nb_sgf&s=2020&view=map9. Consulté le 25 févr 2024
30. Lucas-Gabrielli V, Chevillard G. « Déserts médicaux » et accessibilité aux soins : de quoi parle-t-on ? Med Sci (Paris). 2018 ;34(6-7) : 599-603. Doi : 10.1051/medsci/20183406022
31. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [En ligne]. Accessibilité potentielle localisée aux sages-femmes libérales. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/carto-apl/>. Consulté le 4 nov 2023

32. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste [En ligne]. Numéro 1085, publié en octobre 2018. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/prises-de-rendez-vous-medicaux-delaiss-dattente-moyens-de-2-52-jours>. Consulté le 1 févr 2024
33. Ministère du travail, de la santé et des solidarités [En ligne]. Sages-femmes. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/archives/archives-metiers-et-concours/les-fiches-metiers/sages-femmes/>. Consulté le 1 févr 2024
34. Républicain Lorrain [En ligne]. Face à la baisse de gynécologues, les sages-femmes prennent le relais; 2021. Disponible sur: <https://www.republicain-lorrain.fr/sante/2021/09/21/face-a-la-baisse-de-gynecologues-les-sages-femmes-prennent-le-relais>. Consulté le 18 janv 2024
35. Agence Régionale de Santé Bretagne [En ligne]. Contraception, suivi gynécologique : et si j'allais voir une sage-femme ?; 2023. Disponible sur: <https://www.bretagne.ars.sante.fr/contraception-suivi-gynecologique-et-si-jallais-voir-une-sage-femme>. Consulté le 1 févr 2024
36. Assurance Maladie [En ligne]. Parcours de santé intime. Disponible sur: <https://parcours-sante-intime.fr/>. Consulté le 14 mars 2024
37. Centre Oscar Lambret [En ligne]. Cancers féminins : le Centre lance une campagne pour sensibiliser le grand public; 2020. Disponible sur: <https://www.centrosocarlabret.fr/actualites/cancers-feminins-centre-lance-campagne>. Consulté le 14 mars 2024
38. Assurance Maladie [En ligne]. Les avenants à la convention nationale des sages-femmes; 2024. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sage-femme/textes-referance/convention/avenants>. Consulté le 11 mars 2024
39. Centre National de Gestion [En ligne]. Le Contrat d'engagement de service public (CESP); 2023. Le Contrat d'engagement de service public (CESP). Disponible sur: <https://www.cng.sante.fr/candidats/contrat-dengagement-service-public-cesp/contrat-dengagement-service-public-cesp>. Consulté le 3 avril 2024
40. Egora, la voix des médecins [En ligne]. Renoncement aux soins gynéco : une étude chiffre l'ampleur du problème; 2022. Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-pro/acces-aux-soins/71389-renoncement-aux-soins-gyneco-une-etude-chiffre-l-ampleur-du-probleme>. Consulté le 1 févr 2024
41. Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers de Normandie [En ligne]. Mammobile le cabinet de radiologie mobile pour dépistage du cancer du sein. Disponible sur: <https://mammobile-normandie.fr/>. Consulté le 16 mars 2024
42. 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 [En ligne]. Mai 2021. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ondps_labers_la_sage-femme_le_generaliste_et_le_gynecologue.pdf. Consulté le 25 févr 2024

43. InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale et Association Nationale des Étudiantes Sages-Femmes. L'interprofessionnalité au profit de la santé de la femme [En ligne]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/100612-Interprofessionnalit%C3%A9-et-Sant%C3%A9-de-la-femme-Contribution-commune-ANESF-ISNAR-IMG-1.pdf>. Consulté le 25 févr 2024

VII. Annexes

Annexe I – Questionnaire

Accès au suivi gynécologique des femmes en milieu rural

Bonjour Mesdames,

Je m'appelle Marie et je suis actuellement étudiante à l'école de sages-femmes de Strasbourg. Je réalise mon mémoire de fin d'études sur le thème de l'**accès au suivi gynécologique des femmes vivant en milieu rural dans le Bas-Rhin**.

Il s'agit d'un sujet qui me tient à cœur compte tenu de la généralisation des déserts médicaux et des répercussions que cela peut avoir sur la population.

Je sollicite donc votre aide en vous demandant de bien vouloir répondre à un questionnaire strictement anonyme en cochant la réponse souhaitée. Il ne vous faudra que 5 minutes environ pour répondre à ce questionnaire, composé de 4 parties (sur votre profil, votre suivi gynécologique, les éventuels freins que vous rencontrez et vos connaissances sur les compétences des sages-femmes). Vos réponses m'aideront beaucoup pour la réalisation de mon étude.

Je vous remercie chaleureusement pour votre participation ! Bonne lecture,

Marie NOËL

Données socio-démographiques

1. Etes-vous :

- Une femme Un homme

2. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ? :

- Moins de 18 ans 18 à 20 ans 21 à 30 ans 31 à 40 ans
 41 à 50 ans 51 à 60 ans Plus de 60 ans

3. Quel est votre niveau d'études ? :

- Brevet des collèges ou pas de diplôme
 BEP ou CAP
 Baccalauréat (général, technique ou professionnel)
 Baccalauréat + 2 ans (DEUG, BTS, DUT, DEUTS)
 Baccalauréat + 3 ou 4 ans (BUT, licence, maîtrise, master 1)
 Baccalauréat +5 ans ou plus (DESS, DEA, Master 2, doctorat)

4. Etes-vous :

- Célibataire En couple/concubinage Pacsée
 Mariée Veuve

5. Combien d'enfants avez-vous ? :

- Je n'ai pas d'enfant 1 enfant 2 enfants 3 enfants
 4 enfants ou plus

6. Où résidez-vous (*nom de la commune*) ? _____

7. Quel est votre code postal ? _____

8. Par quel moyen de transport vous rendez-vous à vos consultations gynécologiques ?

- A pied En vélo
 En transport en commun En voiture

9. Combien de temps vous faut-il pour vous rendre en voiture chez le professionnel de santé responsable de votre suivi gynécologique ? :

- Moins de 5 minutes de route 5 à 10 minutes de route
 10 à 20 minutes de route Plus de 20 minutes de route

Consultation gynécologique

10. Considérez-vous avoir un suivi gynécologique régulier ? :

- Oui (passez à la question 10a) Non (passez à la question 10b)

10a. Si oui, à quelle fréquence consultez-vous pour votre suivi gynécologique ? :

- Environ 1 fois par an Environ 1 fois tous les 3 ans
 Environ 1 fois tous les 5 ans Ponctuellement, seulement quand j'en ressens le besoin

10b. Si non, pour quelle(s) raison(s) ? (*plusieurs réponses possibles*) :

- Je n'en vois pas l'intérêt
 Je n'y pense pas
 Je ne sais pas à quelle fréquence il faut consulter pour avoir un bon suivi
 Pour des raisons économiques
 Par peur (souvenir d'une mauvaise expérience lors d'une consultation...) ou pudeur

- Par manque de confiance
- Je n'ai ou ne prends pas le temps
- Je ne connais pas de professionnel de santé qui pourrait me suivre
- Il me faut trop de temps pour me rendre chez mon professionnel de santé
- La personne qui me suivait n'est plus disponible (à la retraite, plus de créneaux, a déménagé...)

11. D'après vous, quelle est la fréquence recommandée pour effectuer son suivi gynécologique ? :

- 1 fois tous les 6 mois
- 1 fois par an
- 1 fois tous les 3 ans
- 1 fois tous les 5 ans
- Uniquement s'il y a un motif de consultation

12. La plupart des professionnels de santé responsables du suivi gynécologique recommandent une consultation de suivi 1 fois par an. Si vous consultez moins fréquemment que ce qui est recommandé, quelle en est la raison ? (*plusieurs réponses possibles*) :

- Je n'en vois pas l'intérêt
- Je ne savais pas à quelle fréquence il faut consulter pour avoir un bon suivi
- Pour des raisons économiques
- Je n'ai ou ne prends pas le temps
- J'appréhende les consultations
- Je ne connais pas de professionnel de santé qui pourrait me suivre
- Il me faut trop de temps pour me rendre chez mon professionnel de santé
- La personne qui me suivait n'est plus disponible (à la retraite, plus de créneaux, a déménagé...)

13. Quels sont vos motifs les plus fréquents de consultation gynécologique ? (*plusieurs réponses possibles*) :

- Contraception
- Problèmes liés aux règles
- Suivi de routine
- Suspicion d'infection
- Suivi de pathologie
- Dépistage de cancer

14. Quel est le professionnel responsable de votre suivi gynécologique ? :

- Un gynécologue à l'hôpital
- Un gynécologue en libéral
- Une sage-femme à l'hôpital
- Une sage-femme en libéral
- Un médecin généraliste

19. Avez-vous déjà effectué une/des consultation(s) en visio pour votre suivi gynécologique ? :

- Oui (passez à la question 19a) Non (passez à la question 20)

19a. Si oui, pour quelle(s) raison(s) ? (*plusieurs réponses possibles*) :

- Lors de la pandémie du Covid, pour continuer à bénéficier d'un suivi gynécologique malgré les confinements
- Pour un renouvellement d'ordonnance (contraception...)
- Pour avoir un rendez-vous sans avoir à se déplacer
- Autre : _____

Satisfaction et freins rencontrés

20. Avez-vous déjà dû renoncer à des soins gynécologiques ? :

- Oui Non

21. Si vous rencontrez des difficultés pour avoir accès à un suivi gynécologique, quelles sont-elles ? (*question non obligatoire, plusieurs réponses possibles*) :

- Distance géographique
- Manque de professionnel (départ à la retraite, déménagement...)
- Délai de rendez-vous
- Réalisation d'examen complémentaires (prises de sang, mammographies...)
- Coût
- Autre : _____

22. Globalement, êtes-vous satisfaite de l'accès au suivi gynécologique dans votre département ? :

- Oui Non

23. En cas de situation gynécologique urgente (suspicion d'infection, saignements inhabituels...), savez-vous vers qui vous tourner pour avoir un rendez-vous rapide (hors urgences de l'hôpital) ? :

- Oui Non

Connaissances sur les compétences des sages-femmes

24. Saviez-vous que la sage-femme est un professionnel que vous pouvez consulter pour votre suivi gynécologique si vous n'avez pas de maladie gynécologique particulière ? :

- Oui (passez à la question 24a) Non (passez à la question 25)

24a. Si oui, comment l'avez-vous su ? (*plusieurs réponses possibles*) :

- Grâce à un autre professionnel de santé Par les médias
 Grâce aux campagnes d'informations/prévention Par du bouche-à-oreille
 Suite à des recherches personnelles
 Autre : _____

25. *Depuis 2009, les sages-femmes peuvent assurer le suivi gynécologique simple et prescrire ou réaliser les examens nécessaires au dépistage du cancer du col de l'utérus ou du sein et des IST (infections sexuellement transmissibles). Elles peuvent également prescrire l'ensemble des moyens contraceptifs et effectuer la pose, la surveillance et le retrait des dispositifs intra-utérins (DIU), implants, diaphragmes et capes.*

Seriez-vous prête à être suivie par une sage-femme pour votre suivi gynécologique ? :

- Oui Non

26. Si vous êtes déjà suivie par une sage-femme, recommanderiez-vous à votre entourage une sage-femme pour leur suivi gynécologique ? :

- Oui Non

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire ! Si vous souhaitez être informée des résultats de cette enquête ou si vous avez des questions, vous pouvez me contacter à l'adresse suivante : marie.noel@etu.unistra.fr



ENQUÊTE SUR L'ACCÈS AU SUIVI GYNECOLOGIQUE CHEZ LES FEMMES EN MILIEU RURAL



Questionnaire pour toutes les femmes
majeures vivant en milieu rural

Vous aiderez une étudiante sage-femme
à réaliser son mémoire et cela ne vous
prendra que 5 minutes !

Annexe III – Données récoltées

Caractéristiques	Numéro de la question	Ensemble des femmes		
		n=501	%=100%	
Données socio-démographiques				
Sexe	1	Femme	501	100%
		Homme	0	0%
Âge	2	18 - 20 ans	18	4%
		21 - 30 ans	104	21%
		31 - 40 ans	168	34%
		41 - 50 ans	109	22%
		51 - 60 ans	61	12%
		Plus de 60 ans	41	8%
Niveau d'études	3	Brevet des collèges ou aucun diplôme	18	4%
		BEP ou CAP	45	9%
		Baccalauréat	82	16%
		Baccalauréat + 2 ans	120	24%
		Baccalauréat + 3 ou 4 ans	117	23%
		Baccalauréat + 5 ans ou plus	119	24%
Situation matrimoniale	4	Célibataire	56	11%
		En couple/concubinage	102	20%
		Pacsée	79	16%
		Mariée	257	51%
		Veuve	7	1%
Nombre d'enfants par femme	5	0	134	27%
		1	96	19%
		2	198	40%
		3	59	12%
		4 ou plus	14	3%
Lieu de résidence	6 et 7	Bourg rural	342	68%
		Commune rurale à habitat dispersé	159	32%
		Commune rurale à habitat très dispersé	0	0%
Moyen de locomotion	8	A pied	8	2%
		En vélo	7	1%
		En transport en commun	23	5%
		En voiture	463	92%
Temps pour se rendre en voiture chez le professionnel de santé responsable du suivi gynécologique	9	< 5 min	122	24%
		5 - 10 min	144	29%
		10 - 20 min	131	26%
		> 20 min	104	21%

Consultation gynécologique				
Considère avoir un suivi gynécologique régulier		10		
	<i>Oui</i>	10	390	78%
	<i>1 fois/an</i>	10a	345	88%
	<i>1 fois/3 ans</i>		35	9%
	<i>1 fois/5 ans</i>		2	1%
	<i>Ponctuellement</i>		8	2%
	<i>Non</i>	10	111	22%
	<i>Pas d'intérêt</i>	10b	24	
	<i>N'y pense pas</i>		34	
	<i>Fréquence recommandée non connue</i>		16	
	<i>Raisons économiques</i>		6	
	<i>Peur/pudeur</i>		19	
	<i>Manque de confiance</i>		6	
	<i>Manque de temps</i>		39	
	<i>Pas de praticien connu</i>		13	
	<i>Trop de temps pour y aller</i>		12	
	<i>Praticien plus disponible</i>		29	
Fréquence idéale estimée		11		
	<i>1 fois/6 mois</i>		9	2%
	<i>1 fois/an</i>		432	86%
	<i>1 fois/3 ans</i>		38	8%
	<i>1 fois/5 ans</i>		5	1%
	<i>Uniquement si motif de consultation</i>		17	3%
Raisons pour lesquelles la fréquence estimée est différente de la fréquence recommandée		12		
	<i>Pas d'intérêt</i>		21	
	<i>Fréquence recommandée non connue</i>		21	
	<i>Raisons économiques</i>		3	
	<i>Manque de temps</i>		17	
	<i>Appréhension</i>		13	
	<i>Pas de praticien connu</i>		4	
	<i>Trop de temps pour y aller</i>		6	
	<i>Praticien plus disponible</i>	13		

Motifs de consultation				
	<i>Contraception</i>			274
	<i>Règles</i>			94
	<i>Suivi de routine</i>	13		390
	<i>Suspicion d'infection</i>			63
	<i>Suivi de pathologie</i>			39
	<i>Dépistage de cancer</i>			106
Professionnel responsable				
	<i>Gynécologue hospitalier</i>			144 29%
	<i>Gynécologue libéral</i>	14		257 51%
	<i>Sage-femme hospitalière</i>			10 2%
	<i>Sage-femme libérale</i>			80 16%
	<i>Médecin généraliste</i>			10 2%
Ancienneté du suivi par ce professionnel				
	<i>< 1 an</i>	15		101 20%
	<i>1 - 5 ans</i>			146 29%
	<i>> 5 ans</i>			254 51%
Changement de professionnel de santé		16		
	<i>Oui</i>	16		374 75%
	<i>1 fois</i>			126 34%
	<i>1 fois</i>	16a		78 21%
	<i>3 fois</i>			93 25%
	<i>4 fois ou plus</i>			77 21%
Raisons évoquées				
	<i>Praticien plus disponible</i>			167
	<i>Déménagement du praticien</i>			15
	<i>Manque de disponibilité</i>	16b		46
	<i>Praticien ne convenait plus</i>			116
	<i>Autre praticien qui convenait plus</i>			103
	<i>A déménagé</i>			138
	<i>Suite au suivi de grossesse</i>			3
	<i>Non</i>	16		127 25%

Critères de sélection du praticien				
	<i>Compétence</i>		358	
	<i>Expérience</i>		162	
	<i>Réputation</i>		77	
	<i>Relationnel</i>	17	429	
	<i>Disponibilité</i>		169	
	<i>Proximité géographique</i>		246	
	<i>Homme/femme</i>		114	
	<i>Coût</i>		29	
	<i>Habitude</i>		26	
Délai d'obtention de rendez-vous				
	<i>< 1 semaine</i>		9	2%
	<i>1 - 2 semaines</i>	18	67	13%
	<i>2 - 4 semaines</i>		135	27%
	<i>> 1 mois</i>		290	58%
Téléconsultations		19		
Oui		19	31	6%
	<i>Du au COVID</i>		10	
	<i>Pour un renouvellement d'ordonnance</i>	19a	13	
	<i>Pour ne pas se déplacer</i>		16	
Non		19	470	94%
Satisfaction et freins rencontrés				
Renoncement aux soins gynécologiques				
	<i>Oui</i>	20	58	12%
	<i>Non</i>		443	88%
Difficultés pour avoir accès au suivi gynécologique				
	<i>Distance géographique</i>		76	
	<i>Manque de professionnels</i>	21	145	
	<i>Délai de rendez-vous</i>		291	
	<i>Réalisation d'examens complémentaires</i>		24	
	<i>Coût</i>		18	
Satisfaction de l'accès au suivi gynécologique dans le Bas-Rhin				
	<i>Oui</i>	22	385	77%
	<i>Non</i>		116	23%
Accès en cas de situation gynécologique urgente				
	<i>Oui</i>	23	305	61%
	<i>Non</i>		196	39%
Connaissances sur les compétences des sages-femmes				
Connaissances sur les compétences des sages-femmes		24		
	<i>Oui</i>	24	319	64%
	<i>Par un autre professionnel de santé</i>		128	
	<i>Par les médias</i>		19	
	<i>Par les campagnes d'informations/prévention</i>	24a	48	
	<i>Par le bouche-à-oreille</i>		99	
	<i>Suite à des recherches personnelles</i>		74	
	<i>Suite au suivi de grossesse/rééducation périnéale</i>		41	
	<i>Non</i>	24	182	36%
Prête à être suivie par une sage-femme pour le suivi gynécologique				
	<i>Oui</i>	25	454	91%
	<i>Non</i>		47	9%
Recommande le suivi gynécologique par une sage-femme				
	<i>Oui</i>	26	90	100%
	<i>Non</i>		0	0%

RÉSUMÉ

Titre : Accès au suivi gynécologique des femmes vivant en milieu rural dans le Bas-Rhin : étude quantitative

Introduction : Dans le contexte de baisse de démographie médicale et d'inégalités territoriales d'offre de soins, nous avons souhaité savoir si les femmes vivant en milieu rural dans le Bas-Rhin bénéficient d'un suivi gynécologique adapté. Nous avons également cherché à définir les difficultés qu'elles peuvent rencontrer pour y accéder et à évaluer leur niveau de connaissance concernant les compétences gynécologiques des sages-femmes.

Méthode : Une étude transversale quantitative observationnelle a été menée auprès de 501 femmes majeures vivant en milieu rural dans le Bas-Rhin, selon la grille communale développée par l'INSEE, à l'aide de questionnaires disponibles dans les pharmacies.

Résultats : Parmi les femmes interrogées, 78% ont déclaré avoir un suivi gynécologique régulier, les 22% restant l'expliquant par un manque de temps, d'intérêt ou de praticiens et de l'oubli de l'importance de se faire suivre. Sur l'ensemble de la cohorte, 79% des femmes ont estimé rencontrer des difficultés, les plus citées étant les délais importants d'obtention de rendez-vous, le manque de professionnels de santé disponibles et la distance géographique. À propos de l'accès au suivi gynécologique dans le Bas-Rhin, 77% de la population d'étude s'est dite satisfaite. De plus, 64% des femmes ont affirmé connaître les compétences gynécologiques des sages-femmes, grâce aux informations délivrées par d'autres professionnels de santé, au bouche-à-oreille et à des recherches personnelles, et 91% se sont dites prêtes à être suivies par une sage-femme.

Conclusion : La majorité des femmes questionnées ont un suivi gynécologique régulier bien que confrontées à certaines difficultés. Afin de surmonter ces obstacles, des campagnes de communication sur l'importance du suivi gynécologique ainsi que le développement de la médecine itinérante, des téléconsultations et des centres de proximité doivent être déployés. La coordination entre les différents acteurs de santé (gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes), doit plus que jamais être renforcée afin de garantir une offre de soins optimale aux femmes.

Mots clefs : Suivi gynécologique de prévention, milieu rural, démographie médicale, accès aux soins, sage-femme