

**Université de Bourgogne**

**UFR des Sciences de la Santé**

**L'offre de soins en gynécologie proposée par les sages-femmes libérales  
exerçant dans 4 départements de la Région Auvergne-Rhône-Alpes :**

**Le Cantal, l'Isère, la Loire et la Savoie**

**Mémoire présenté à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon  
pour l'obtention du Master Santé Publique et Environnement  
Spécialité PERINATALITE: MANAGEMENT ET PEDAGOGIE**

**Soutenu le 27 Septembre 2016  
Par DAUNAIS Carole épouse LECONTE**



**Université de Bourgogne**

**UFR des Sciences de la Santé**

**L'offre de soins en gynécologie proposée par les sages-femmes libérales  
exerçant dans 4 départements de la Région Auvergne-Rhône-Alpes :**

**Le Cantal, l'Isère, la Loire et la Savoie**

**Mémoire présenté à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon  
pour l'obtention du Master Santé Publique et Environnement  
Spécialité PERINATALITE: MANAGEMENT ET PEDAGOGIE**

**Soutenu le 27 Septembre 2016**

**Par DAUNAI Carole épouse LECONTE**



***« La santé reproductive et sexuelle est un droit fondamental et un pilier au développement économique et social de tous les pays »***

*Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique (FIGO) 2009*

## Remerciements

J'adresse mes plus sincères remerciements à ma Directrice de mémoire, Madame Chantal SEGUIN, Directrice de l'école de Sages-Femmes de Grenoble et Présidente du CIROSF du secteur V. Je lui suis reconnaissante pour le temps qu'elle m'a accordé, ses qualités pédagogiques et ses encouragements qui m'ont été précieux lors de l'élaboration de ce travail.

Je remercie chaleureusement mon Maître de stage, Madame le Docteur Géraldine JANODY, Médecin inspecteur de Santé Publique à l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes, de m'avoir accueillie au sein de son équipe durant ces quatre mois de stage. Sa confiance, sa bienveillance, ses conseils avisés et son écoute furent déterminants dans la réalisation de ce mémoire.

Un grand merci à toutes les sages-femmes libérales exerçant dans le Cantal, l'Isère, la Loire et la Savoie sans lesquelles cette étude n'aurait pu se concrétiser. Merci pour leurs messages de soutien et l'intérêt porté à ce mémoire.

Je remercie l'ensemble des professionnels de l'ARS pour leur accueil bienveillant et les connaissances qu'ils m'ont transmises pendant ces quelques mois de stage. Merci à Rachel GARWIG qui m'a aidée pour la mise en place de l'enquête et l'analyse statistique des données.

Je souhaite également remercier toute l'équipe pédagogique du Master PMP pour la qualité de l'enseignement durant ces deux années.

Merci à toute la promotion PMP 2014-2016 et plus particulièrement à Christine, Béatrice, Ernestine et Lilian pour leur amitié, leur soutien et notre complicité.

J'adresse mes remerciements à Madame le Docteur Agnès LACASSIE-DECHOSAL, Médecin Directeur de la PMI-Promotion de la Santé au Conseil départemental de Haute-Savoie et plus particulièrement à Charlotte et mes collègues qui m'ont soutenue dans cette belle aventure.

Merci au Docteur Grégoire THERY, Gynécologue-obstétricien, à Laurine RIVOALAN, Laurence LEGER, Chantal REY-GARIN et Céline TUTTINO, Sages-femmes libérales.

Merci à mes amis, ma famille, mes filles Mélissa et Hélène qui ont toujours cru en moi et enfin, à Yves, mon mari qui a été ma plus grande aide et mon plus grand soutien.

# Sommaire

Glossaire.....	4
Introduction .....	6
<b>Première partie : le contexte de la gynécologie.....</b>	<b>8</b>
1. Contexte national .....	8
2. Contexte régional .....	9
<b>Deuxième partie : l'étude .....</b>	<b>17</b>
1. Hypothèses .....	18
2. Objectifs.....	19
2.1.Objectif principal.....	19
2.2.Objectifs secondaires.....	20
3. Matériel et Méthode.....	20
3.1.Type d'étude.....	20
3.2.Population .....	20
3.3.Outil de recueil et variables étudiées .....	21
4. Déroulement de l'étude .....	21
5. Aspect éthique et règlementaire .....	24
6. Calendrier de l'étude .....	24
7. Analyse statistique .....	24
8. Résultats.....	25
8.1.Participation.....	25
8.2.Profil des sages-femmes libérales proposant une offre de soins de gynécologie (n=111).25	
8.2.1.Caractéristiques socio professionnelles.....	26
8.2.2.Caractéristiques selon l'exercice professionnel .....	26
8.3.Activité de gynécologie (n=111) .....	27
8.4.Facteurs influençant la pratique de la gynécologie par les sages-femmes libérales .....	29
8.4.1.Facteurs socio professionnels .....	30
8.4.2.Facteurs liés à l'exercice professionnel de la sage-femme libérale.....	31
8.4.3.Facteurs influençant le recours aux sages-femmes libérales .....	32
8.4.4.Facteurs associés à la baisse de la démographie médicale.....	33
8.4.5.Facteurs associés à la coopération médicale .....	33
8.5.Les freins et motivations à la pratique d'une activité de gynécologie .....	34
8.5.1.Freins à la pratique de la gynécologie (n=161) .....	34
8.5.1.1.Par les SFL répondantes qui proposent une offre de soins de gynécologie (n=111) .....	34
8.5.1.2.Par les SFL répondantes qui ne proposent pas d'offre de soins en gynécologie (n=50).35	
8.5.2.Motivations à la pratique de la gynécologie (n=161).....	35
8.5.2.1.Par les SFL répondantes qui proposent une offre de soins en gynécologie (n=111) .....	35
8.5.2.2.Par les SFL répondantes qui ne proposent pas d'offre de soins de gynécologie (n=50).36	
8.6.Commentaires libres .....	36
<b>Troisième partie .....</b>	<b>37</b>
1. Discussion .....	37
1.1.Méthode .....	37
1.2.Les limites et les points forts de l'étude.....	37
1.3.Les résultats .....	38
1.3.1.Représentativité des SFL ayant participé à notre étude .....	38
1.3.2.Profil des sages-femmes libérales répondantes .....	38
1.3.3.Activité de gynécologie.....	39
1.3.4.Facteurs influençant la pratique de la gynécologie par les sages-femmes libérales .....	40
1.3.4.1.Influence des facteurs socio professionnels .....	40
1.3.4.2.Influence de l'exercice professionnel.....	40
1.3.4.3.Facteurs influençant le recours aux sages-femmes libérales.....	41
1.3.4.4.Influence de la baisse de la démographie médicale.....	42
1.3.4.5.Influence de la coopération inter professionnelle .....	43
1.3.5.Les leviers et résultats positifs.....	43

1.3.6.Les points à améliorer.....	45
2. Préconisations.....	45
2.1.Favoriser l’installation des sages-femmes libérales dans les zones « fragiles » et de « vigilance » .....	46
2.1.1.Adapter le zonage conventionnel à l’élargissement de compétences des sages-femmes et à la démographie des gynécologues.....	46
2.1.2.Définir un Contrat d’Engagement de Service Public (CESP) .....	47
2.2.Favoriser le travail en réseau en facilitant l’installation des sages-femmes libérales en Maisons de Santé Pluri professionnelles (MSP) .....	47
<b>Conclusion .....</b>	<b>49</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>51</b>
<b>Liste des figures et tableaux.....</b>	<b>54</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>56</b>
<b>Annexe I</b> Courriel d’information aux sages-femmes libérales et demande d’autorisation pour l’utilisation de leur adresse mail .....	56
<b>Annexe II</b> Auto-questionnaire adressé aux sages-femmes libérales.....	57
<b>Annexe III</b> Mail de Relance envoyé aux sages-femmes non répondantes le 12 mai 2016 .....	65
<b>Annexe IV</b> Mail de Relance envoyé aux sages-femmes non répondantes le 25 mai 2016.....	66
<b>Annexe V</b> Démographie médicale.....	67
<b>Annexe VI</b> Evolution des actes de gynécologie effectués par les sages-femmes libérales et recours aux consultations de gynécologie dans les 4 départements étudiés .....	70
<b>Annexe VII</b> Résultats étude .....	72
<b>Annexe VIII</b> Plaquette d’information - Campagne nationale compétences sage-femme .....	78

## Glossaire

### A

ANDPC	Agence nationale du Développement Professionnel Continu
ARS	Agence Régionale de Santé
AuRA	Auvergne-Rhône-Alpes

### C

CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CDOSF	Conseil Départemental de l'Ordre des Sages-Femmes
CES	Certificat d'Etudes Spécialisées
CESP	Contrat d'Engagement de Service Public
CIROSF	Conseil Inter Régional de l'Ordre des Sages-Femmes
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNOSF	Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

### D

D.E.	Diplôme d'Etat
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
D.I.U.	Diplôme Inter Universitaire
DPC	Développement Professionnel Continu
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
D.U.	Diplôme Universitaire

### E

ECN	Epreuves Classantes Nationales
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles

### F

FCU	Frottis Cervico Utérin
-----	------------------------

### G

GM	Gynécologues Médicaux
GO	Gynécologues Obstétriciens

### H

HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital, Patient, Santé, Territoire

### I

Insee	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse

### M

MG	Médecins Généralistes
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle

### N

NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
------	--

### O

ODS	Offre De Soins
-----	----------------

### P

PMI	Protection Maternelle et Infantile
-----	------------------------------------

PRADO PRogramme d'Accompagnement du Retour à DOmicile  
PRAPS Projet Régional de l'Accès à la Prévention et aux Soins  
PRS Projet Régional de Santé

**R**

RPPS Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

**S**

SFL Sage-Femme Libérale  
SROS Schéma Régional de l'Offre de Soins

**U**

URPS Union Régionale des Professions de Santé

## Introduction

La question de l'accès aux soins occupe une place prépondérante dans le système de santé français actuel. Afin de lutter contre les difficultés et les inégalités d'accès aux soins, des mesures législatives et réglementaires ont été mises en place dans la dernière décennie :

- La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 (1)
- Les Pactes Santé Territoire 1 et 2 (2,3)
- Et plus récemment, la Loi du 26 janvier 2016 de Modernisation de notre système de Santé (4)

Afin de piloter et de mettre en œuvre cette politique nationale de Santé, l'Agence Régionale de Santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes (AuRA) doit tenir compte des spécificités de la région afin de rendre l'organisation locale la plus adaptée possible aux besoins présents et à venir de la population.

Sur le territoire de la nouvelle région Auvergne-Rhône-Alpes, son action s'appuie sur le **Projet Régional de Santé (PRS)** arrêté le 04 août 2011 et défini pour la période 2012 – 2017 (5); ce projet détermine 18 priorités en santé articulées autour de trois grands axes:

- Développer des démarches préventives notamment en santé environnementale
- Faciliter l'accès à une offre de soins adaptée et efficiente
- Fluidifier le parcours, la prise en charge et l'accompagnement

Le PRS Auvergne-Rhône-Alpes prévoit un **accès aux soins qui s'appuie sur l'offre libérale de premier recours et qui lutte contre les inégalités intra-régionales de santé et d'offre de soins.**

La santé globale des Rhône-Alpins était plutôt favorable en 2011 avec des indicateurs de l'état de santé majoritairement supérieurs à la moyenne nationale (6). Des études ont mis en évidence une disparité territoriale de cette offre de soins et les projections nationales de la démographie médicale, laissent présager des difficultés d'accès aux soins inévitables si aucune mesure n'est envisagée par les pouvoirs publics. C'est le cas notamment, pour l'offre de soins de gynécologie.

Un état des lieux sur la démographie des gynécologues médicaux exerçant en Auvergne-Rhône-Alpes réalisé en 2015 montre que plus de 96% d'entre eux sont âgés de plus de 55 ans et susceptibles de partir en retraite dans les 10 années à venir. Le nombre de nouveaux professionnels ne suffisant pas à pallier cette baisse de leur démographie, la question de la prise en charge future des actes réalisés dans cette spécialité se pose (7).

Cette situation potentiellement génératrice d'inégalités aux soins, voire de renoncements à ceux-ci, implique d'étudier quelles sont les ressources disponibles en terme d'offre de soins dans le domaine de la gynécologie et de trouver des solutions permettant d'anticiper les besoins de la population régionale (3).

## **Quels sont les leviers qui pourraient permettre de maintenir l'offre de soins en gynécologie dans la Région Auvergne-Rhône-Alpes ?**

Dans un premier temps, nous avons réalisé un état des lieux de la démographie des gynécologues médicaux (GM), obstétriciens (GO), des médecins généralistes (MG) et des sages-femmes en exercice libéral ou mixte dans la région AuRA. Nous avons étudié plus particulièrement la démographie de ces professionnels dans quatre départements de la nouvelle région: le Cantal, la Loire, l'Isère et la Savoie du fait d'une faible démographie des gynécologues et sages-femmes libéraux dans les deux premiers contrairement aux deux derniers.

Dans un deuxième temps, seront présentés les résultats d'une étude menée du 27 avril au 31 mai 2016 auprès des sages-femmes libérales (SFL) en exercice dans ces quatre départements. L'objectif principal de cette étude est de décrire leur pratique de la gynécologie en 2016. L'objectif secondaire est de décrire les facteurs influençant cette activité.

Ce travail vise à émettre des préconisations qui devraient permettre le maintien d'une offre de soins facilitant le parcours des femmes et que nous vous présenterons dans un troisième temps.

## Première partie : le contexte de la gynécologie

### 1. Contexte national

En France, les soins de gynécologie sont en accès direct et ne nécessitent pas pour la femme d'être orientée par son médecin traitant. Cette mesure vise à faciliter et fluidifier le parcours de soins. Cependant, une étude réalisée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) en septembre 2015, montre un allongement du délai de rendez-vous avec le gynécologue allant de 40 jours en moyenne, à trois mois et demi dans 10% des cas. Dans cette étude, le premier recours vers le gynécologue est remis en cause par certains professionnels estimant que l'orientation par le médecin généraliste réduirait ce délai (8).

Deux autres facteurs repérés comme générateurs d'inégalité aux soins seraient géographique et social d'autant plus que selon les secteurs de résidence, les médecins généralistes ne sont plus en mesure d'accueillir de nouvelles patientes (9).

Afin d'anticiper ces difficultés d'accès aux soins, la loi HPST du 21 juillet 2009 a donné une place plus importante à la médecine ambulatoire et à la coopération des professionnels de santé. Elle a légalisé les transferts de compétences en élargissant celles des sages-femmes au domaine de la gynécologie de prévention (1):

*" L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique".*

Ces mesures, réaffirmées par le Pacte Territoire Santé 2 (3) ont été renforcées par un rapport parlementaire de juillet 2015 soulignant « *l'importance de reconnaître la place de la sage-femme comme acteur de premier recours dans la santé génésique des femmes tout au long de leur vie, et son rôle, notamment dans la prévention des grossesses non désirées et des cancers gynécologiques* » (10), **en complémentarité des médecins.**

La nouvelle Loi de modernisation de notre système de Santé modifiée par le Décret N° 2016-743 du 2 juin 2016 (11) renforce ces compétences par la possibilité pour les sages-femmes, de prescrire l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) médicamenteuse, sous réserve de la publication de l'arrêté révisant la liste des médicaments que les sages-femmes peuvent prescrire. Ces mesures viennent donc renforcer le rôle prépondérant de cette professionnelle médicale pour la santé génésique des femmes. Elles s'inscrivent dans le prolongement du rapport dit « Berland », préconisant « *d'adapter les tâches au niveau de compétences, de ne pas multiplier les métiers et de substituer la primauté des diplômés en imposant la démarche métier* ». Les besoins de la population féminine

doivent donc amener à réfléchir sur les besoins en compétences afin de définir les missions des professionnels (12).

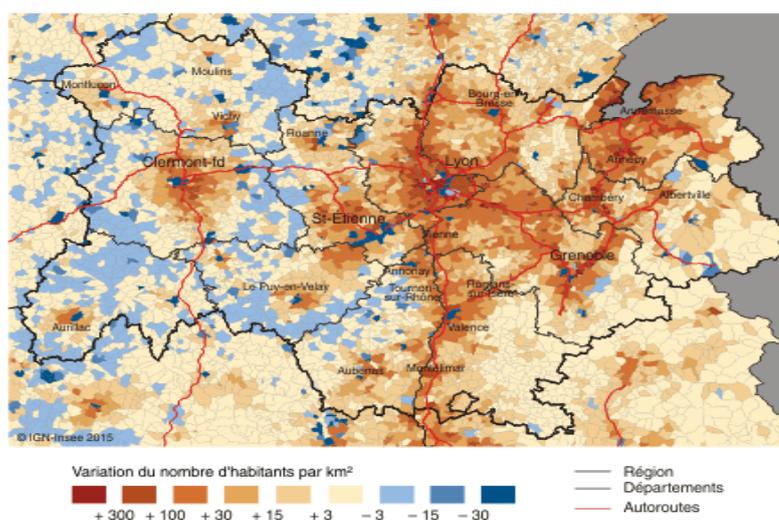
Le champ de compétences des sages-femmes dépasse ainsi, celui de la grossesse physiologique et de la naissance qui représentait le cœur même du métier depuis des siècles (13,14)

Avant de faire un état des lieux sur l'activité de gynécologie des SFL dans quatre départements de la région, nous vous proposons de commencer par celui de la démographie féminine puis des professionnels en charge de proposer cette offre de soins.

## 2. Contexte régional

### 2.1. La démographie féminine

Deuxième région la plus peuplée de France, la région AuRA compte 12% de la population métropolitaine et occupe 13% du territoire métropolitain<sup>1</sup>. Sa croissance démographique est de 0,8% par an (*Figure 1*). L'accroissement naturel de la population et les flux migratoires expliquent cette augmentation de la population.



**Figure 1 : Carte - Nette densification des territoires péri urbains  
Variation de population par km<sup>2</sup> entre 1982 et 2012**

*Source : Insee, Recensements de la population 1982 et 2012*

Cette croissance profite surtout aux espaces bénéficiant de grands pôles urbains ; les zones rurales et isolées restent à l'écart de cette croissance démographique, notamment l'ouest de la région. Aujourd'hui, 85% de la population vit dans des espaces urbains ou sous influence urbaine. Néanmoins, l'emprise des zones rurales et montagneuses, très peu denses, recouvre 13% du territoire<sup>2</sup>.

Afin de tenir compte de la démographie des femmes les plus susceptibles d'avoir recours aux soins de

<sup>1</sup> ORS Auvergne . Santé \_Auvergne\_Rhône\_Alpes.pdf (Réf 18 biblio)

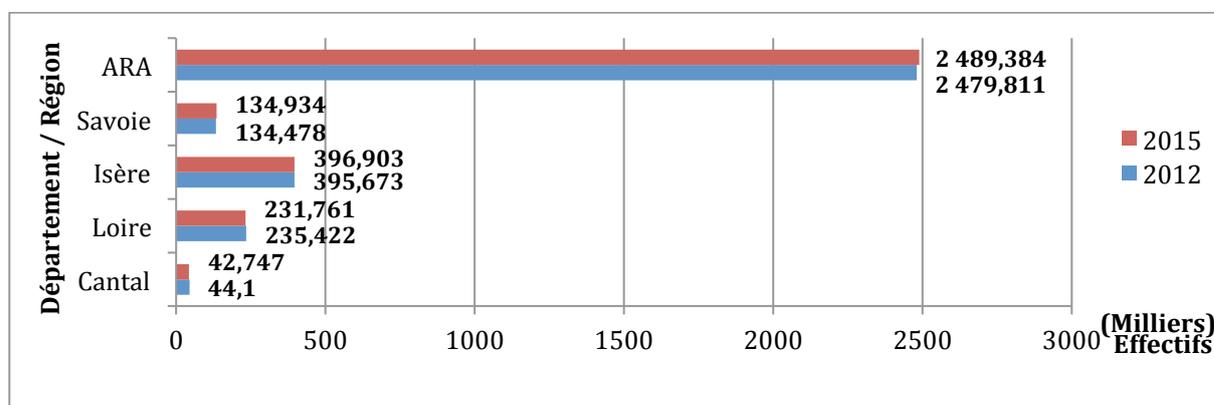
<sup>2</sup> Source Insee

gynécologie, nous avons retenu comme référence, les femmes âgées de 15 à 64 ans qui sont la cible des différentes campagnes de prévention gynécologique.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2015, un tiers de la population était constituée de femmes âgées de 15 à 64 ans. Parmi ces femmes, 69% ont moins de 50 ans<sup>3</sup> et toutes sont susceptibles d'avoir recours aux consultations gynécologiques. Cette population a augmenté de 0,4% entre 2012 et 2015, mais de façon inégale selon les territoires et les départements (Figure 2).

Le choix du territoire de notre étude, s'est porté sur quatre départements de la région, du fait de la variété de leur configuration territoriale et de la densité des professionnels de santé libéraux: gynécologues, et plus particulièrement les gynécologues médicaux, les médecins généralistes et les sages-femmes<sup>4</sup>.

➤ *Focus de la démographie des femmes de 15 – 64 ans dans nos quatre départements d'étude*



**Figure 2 : Evolution de l'effectif de la population de femmes de 15 – 64 ans en région Auvergne-Rhône-Alpes et les 4 départements étudiés**

Source Insee

➤ *Les projections démographiques des femmes âgées de 15 à 64 ans*

Selon l'Insee, le scénario central<sup>5</sup> qui tient compte d'un maintien du taux de fécondité, du taux de mortalité et des quotients migratoires entre régions métropolitaines, prévoit une augmentation de l'effectif régional des femmes âgées de 15 à 64 ans de + 1,3% en 2025 et de + 1,8% en 2030 par rapport à l'effectif de 2015. Ces données nous montrent une accélération globale de la croissance démographique de cette tranche de la population.

Cependant, entre 2015 et 2025, les projections seraient en faveur:

- d'une baisse de l'effectif des femmes de cette tranche d'âge dans le Cantal (- 11,3%) et dans la Loire (- 0,7%)
- Par contre les deux autres départements enregistreraient une hausse de (+ 0,4%) en Isère et (+ 3,1%) pour la Savoie

<sup>3</sup> Source Insee

<sup>4</sup> Tableau 5 – Annexe V

<sup>5</sup> Source Insee selon le modèle de projection OMPHALE 2010

Même si ces projections n'ont pas valeur de prévisions, il est malgré tout important d'en tenir compte afin de pouvoir adapter au mieux l'offre de soins de gynécologie aux besoins de cette population.

Comment cette offre libérale se présente-t-elle en 2016, dans la région AuRA, le Cantal, la Loire, l'Isère et la Savoie?

## 2.2. La démographie médicale

Etudions maintenant la démographie des différents professionnels qui exercent la gynécologie: les gynécologues médicaux et obstétricaux, les médecins généralistes et les sages-femmes<sup>6</sup>.

### 2.2.1. Les gynécologues médicaux

En 2015<sup>8</sup>, 352 gynécologues médicaux, dont 71% de femmes, étaient inscrits aux Tableaux des Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM) de la région AuRA. Cette spécialité a vu ses effectifs globalement diminuer de 8 % entre 2013 et 2015. 86% d'entre eux ont un exercice libéral et sont majoritairement installés en zone urbaine et semi-urbaine.

#### ➤ Focus dans les quatre départements :

La grande majorité des gynécologues médicaux exerce en libéral ou exercice mixte: Le Cantal (80%), la Loire (77%), l'Isère (90%) et la Savoie (78%).

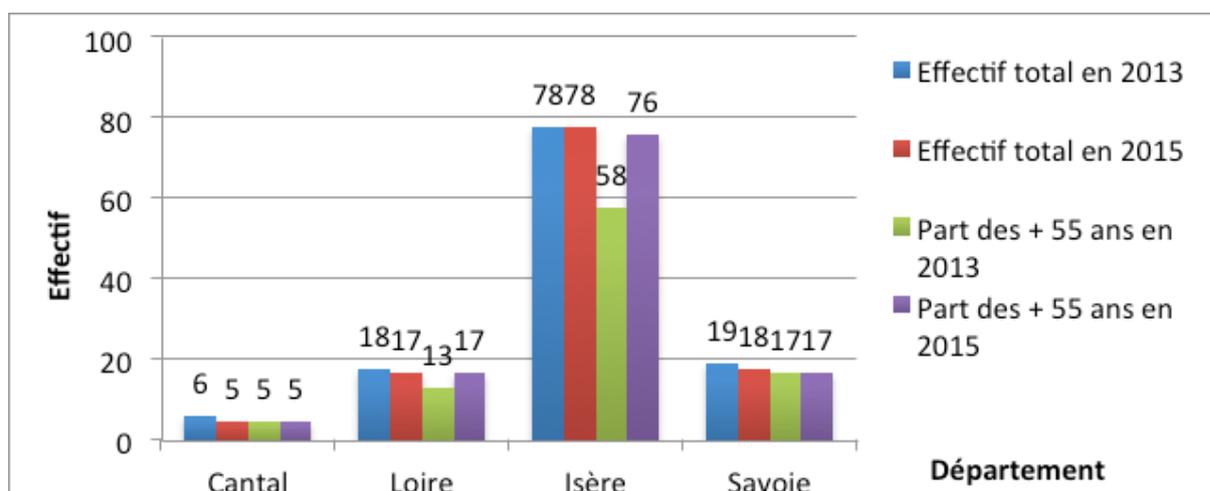


Figure 3 : Evolution des effectifs et de la répartition des gynécologues médicaux âgés de + 55 ans entre 2013 et 2015 dans le Cantal, la Loire, l'Isère et la Savoie

En France, cette spécialité apparue en 1931 et enseignée dès 1960, par un Certificat d'Etudes Spécialisées (CES), constituait une spécialité à part entière en charge de la Santé Génésique des femmes (15). Sa formation disparaît en 1987 alors qu'une réforme des études médicales place la

<sup>6</sup> Voir Tableau 5 – Annexe V

<sup>8</sup> Sources: ASIP Santé – RPPS traitement DREES 2015 – Tableau 6 en Annexe V

Gynécologie-Obstétrique comme spécialité chirurgicale. Le CES de gynécologie médicale est alors remplacé par un Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) ouverts aux internes qui dure quatre ans.

### 2.2.2. Les gynécologues-obstétriciens

Entre 2011 et 2016, une quinzaine de places de gynécologie médicale a été ouverte aux Epreuves Classantes Nationales (ECN) dans les Facultés de Médecine de la région (Clermont-Ferrand, Grenoble, Lyon et Saint-Etienne) *versus 41 au niveau national*<sup>9</sup>. Malgré une augmentation de ces effectifs, le flux d'entrée ne permet pas un renouvellement des praticiens exerçant dans la région: durée des études médicales, incertitude sur la zone et le mode d'installation de ces praticiens. Cette spécialité pourrait même être amenée à disparaître.

En 2015<sup>10</sup>, 538 gynécologues obstétricaux, dont la moitié de femmes, exerçaient en région AuRA ; la majorité (60%), en secteur libéral ou mixte. Leur densité est de 13,7 / 100 000 femmes âgées de 15 à 64 ans *versus 13,0 / 100 000 femmes âgées de 15 à 64 ans dans la France entière*. Ces spécialistes sont, pour 73% d'entre eux, âgés de moins de 55 ans. Cette spécialité a vu ses effectifs augmenter de +8 % et se féminiser (+ 2,7%) entre 2013 et 2015.

Entre 2008 et 2014, le nombre de places de gynécologie-obstétrique ouvertes aux ECN ne cesse d'augmenter dans la région AuRA (+35%). L'effectif des nouveaux praticiens ne suffira cependant pas à compenser les départs à la retraite des gynécologues médicaux.

➤ *Focus dans les quatre départements :*

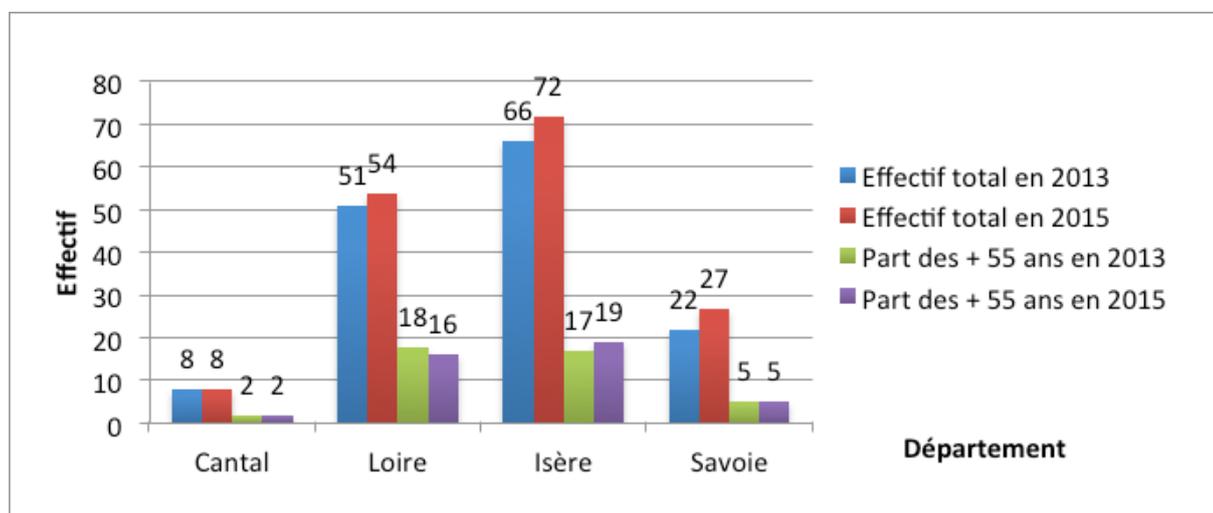


Figure 4 : Evolution des effectifs et de la répartition des gynécologues obstétriciens âgés de + 55 ans entre 2013 et 2015 dans le Cantal, la Loire, l'Isère et la Savoie

La majorité d'entre eux pratique en exercice libéral ou mixte dans la Loire (56%) et l'Isère (53%), par contre ce mode d'exercice est minoritaire dans les deux autres départements: Le Cantal (38%) et la Savoie (41%) qui sont 2 départements dans lesquels la baisse des effectifs des gynécologues médicaux est importante.

<sup>9</sup> Source: Arrêtés fixant le nombre de postes offerts aux ECN publiés chaque année au mois de Juillet

<sup>10</sup> Sources: ASIP Santé – RPPS traitement DREES 2015 - Tableau 6 en Annexe V

### 2.2.3. Les médecins généralistes

Alors qu'entre 2008 et 2015, la population Rhône-Alpine a augmenté de + 1,8%, le nombre de médecins généralistes a diminué de 2,8%. Cependant, entre 2013 et 2015, cette spécialité a vu ses effectifs de nouveau augmenter de +1,7% et se féminiser (+1,6%).

En 2015<sup>12</sup>, 8 143 médecins généralistes, dont 40% de femmes, étaient en exercice libéral dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. Leur âge moyen était de 50,3 ans et leur densité de 347,7 / 100 000 femmes âgées de 15 à 64 ans. Leur répartition est très inégale sur le territoire.

➤ Focus dans les quatre départements :

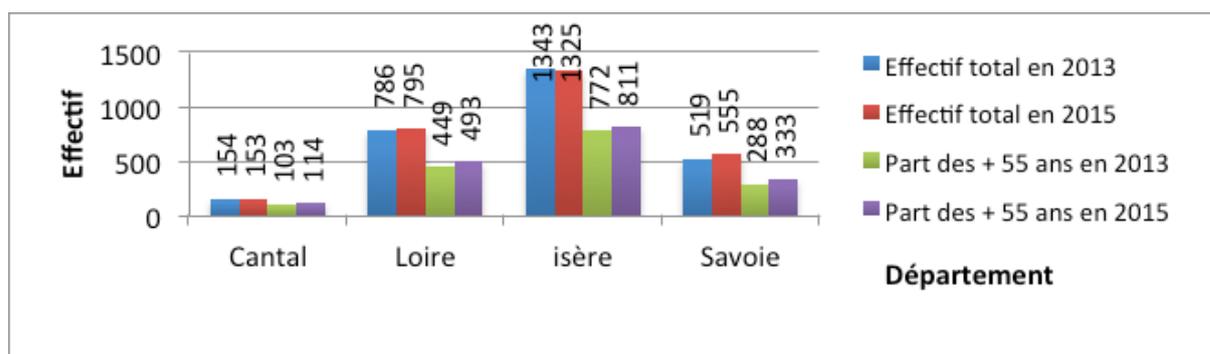


Figure 5 : Evolution des effectifs et de la répartition des médecins généralistes âgés de + 55 ans entre 2013 et 2015 dans le Cantal, la Loire, l'Isère et la Savoie

Concernant le domaine de la gynécologie, différentes études ont décrit les freins existants en France au suivi gynécologique par le médecin généraliste, de la part des femmes, mais également de la part des professionnels (13,14,16,17). La féminisation des médecins généralistes pourrait peut-être représenter un levier, mais la population régionale vieillissant, leurs missions ne cessent d'augmenter notamment dans le domaine des pathologies chroniques; quelle place, et surtout quelle disponibilité pour le suivi gynécologique ?

### 2.2.4. Les sages-femmes

Au 1<sup>er</sup> Janvier 2015<sup>14</sup>, la région compte 2 948 sages-femmes en activité<sup>15</sup> inscrites aux tableaux des Conseils Départementaux de l'Ordre des Sages-Femmes (CDOSF).

A cette même date, 73% des sages-femmes sont salariées et 27% ont une activité libérale. Leur âge moyen est de 41,8 ans. La profession compte 2,7% d'hommes. Parmi ces derniers, 3,7% ont une activité libérale *versus* 2,6% au niveau national.

On peut noter une grande variabilité de leur densité selon les départements en 2015 (Tableau 1).

<sup>12</sup>Sources: ASIP Santé – RPPS traitement DREES 2015 - Tableau 6 en Annexe V

<sup>14</sup> Source: RPPS - DREES

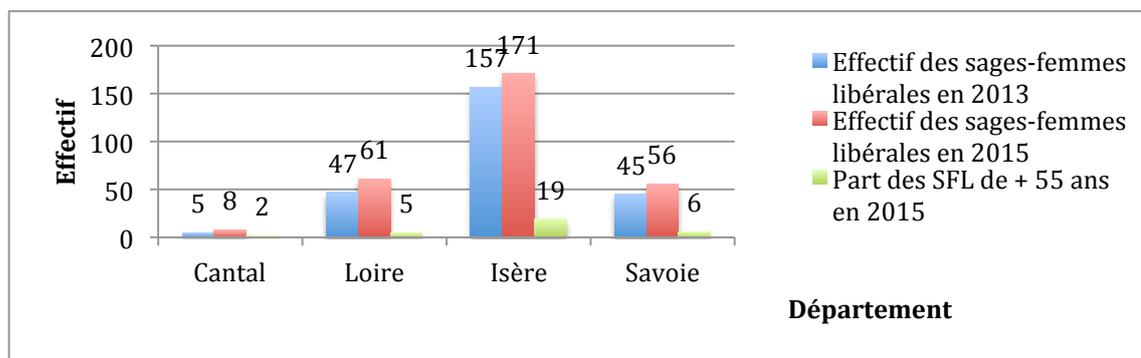
<sup>15</sup> Source :RPPS - DREES

**Tableau 1: Démographie des sages-femmes exerçant en France et en Région Auvergne-Rhône-Alpes en 2015**

	Sages-femmes		Proportion Libérales (%)			Moyenne D'âge libérales (années)	Densité /100 000 femmes âgées de 15 à 64 ans Libérales / tous Modes exercice	Evolution entre Le 1 <sup>er</sup> /01/2013 et le 1 <sup>er</sup> /01/2015 (%)
	Tous modes Exercice	Libérales	Département	Région AuRA	France			
CANTAL	41	8	19,5	1,0		41,1	18,2 / 93,2	+ 60,0
LOIRE	290	61	21,0	7,5	1,1	39,5	26,0 / 123,5	+ 29,8
ISERE	471	171	36,3	21,2	3,1	41,9	48,0 / 132,2	+ 8,9
SAVOIE	175	56	32,0	6,9	1,0	41,5	41,7 / 130,4	+ 24,4
Région AuRA	2 948	805		27,3	14,4	41,8	34,4 / 125,9	+ 23,5
FRANCE	21 632	5 577			25,8	42,6	26,3 / 102,2	+ 25,0

Source: DREES –RPPS 2015 (ces données incluent les sages-femmes remplaçantes)

La densité des sages-femmes exerçant en Région Auvergne-Rhône-Alpes est très variable d'un département à l'autre, même si leur répartition géographique est très proche des constats nationaux: 51% des sages-femmes libérales exercent dans une unité urbaine de plus de 100 000 habitants et seulement 12% dans des communes rurales<sup>16</sup>.



**Figure 6 : Evolution des effectifs et de la part des sages-femmes libérales âgées de + 55 ans entre 2013 et 2015 dans le Cantal, la Loire, l'Isère et la Savoie**

<sup>16</sup> Source DREES – RPPS au 1er Janvier 2015. Ces données incluent les sages-femmes ayant un exercice libéral exclusif - mixte et les remplaçantes

➤ *Focus sur l'exercice libéral*

Au 1<sup>er</sup> janvier 2015, 433 SFL (soient 54%) exercent en cabinet individuel dans la région<sup>17</sup>.

Comme nous l'avons vu précédemment, leur répartition géographique et leur densité sont très variables selon les 12 départements de la région, mais se concentrent essentiellement dans des zones urbaines et semi-urbaines.

Pour réduire ces inégalités d'accès à une SFL, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) a mis en place des mesures de régulation. Leurs objectifs sont la régulation de l'installation de nouveaux cabinets et l'incitation à s'installer dans des zones dites « moins de 350 naissances », « très sous-dotées » ou « sous-dotées ». Ces mesures sont inscrites dans l'avenant 1 de la Convention nationale des sages-femmes paru au Journal officiel le 14 mars 2012 (18). Celui-ci permet aux sages-femmes conventionnées installées, ou qui souhaitent s'installer en cabinet individuel, en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP), de bénéficier, sous certaines conditions, d'un contrat incitatif (19). Ce dernier consiste en une aide forfaitaire à l'équipement de 3 000 euros et d'une participation aux cotisations familiales. En contrepartie, la sage-femme s'engage à exercer au moins 2/3 de son activité auprès d'une patientèle localisée dans l'une de ces 3 zones pendant trois ans minimum et télétransmettre au moins 75% de son activité.

Cette mesure est basée sur la densité de sages-femmes libérales pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans et ne tient pas compte des nouvelles missions et compétences des sages-femmes dans les domaines de la prévention tels que la gynécologie et la vaccination.

➤ *Focus sur la formation en gynécologie des sages-femmes*

L'enseignement de la gynécologie est intégré dans la formation initiale depuis 2009. Ainsi, les étudiants diplômés depuis 2011 en ont tous bénéficié. Les sages-femmes diplômées avant cette date doivent entreprendre une formation complémentaire dans ce domaine. A ce jour, le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF) reconnaît 17 Diplômes Universitaires (DU) ou Interuniversitaires (DIU) dispensant cette formation continue.

A l'issue de leur formation, les sages-femmes, après inscription au tableau du Conseil Départemental de l'Ordre des Sages-Femmes (CDOSF), sont habilitées à pratiquer leurs compétences et missions. Les compétences nécessaires à la réalisation d'une consultation de contraception et de suivi gynécologique sont définies par la « Situation 7 » du Référentiel Métier et Compétences des sages-femmes (20).

---

<sup>17</sup> Source DREES . [www.data.drees.sante.gouv.fr](http://www.data.drees.sante.gouv.fr)

Comme toute profession médicale, ces professionnelles de santé doivent obligatoirement participer au programme de Développement Professionnel Continu (DPC) (21). Celui-ci doit permettre de répondre aux exigences de qualité et de sécurité des soins prodigués aux femmes, entre autre dans le domaine de la gynécologie. D'autant plus qu'il n'existe pas de recommandations spécifiques concernant la bonne pratique d'une consultation de gynécologie de prévention, ni de programme de certification médicale à celle-ci, pour les praticiens libéraux.

➤ *Formation en Région Auvergne-Rhône-Alpes :*

La région bénéficie de quatre écoles de sages-femmes rattachées à trois universités : Lyon, Grenoble et Clermont-Ferrand.

Elles sont implantées à:

- Lyon qui forme, chaque année, 38 étudiants
- Grenoble, 37 étudiants
- Clermont-Ferrand, 30 étudiants depuis la rentrée universitaire 2013-2014
- Bourg-en-Bresse, 21 étudiants

La région formera dès la rentrée prochaine 12% des étudiants français en Maïeutique (22).

Cependant, depuis 2010, la profession voit arriver sur le marché de l'emploi, des sages-femmes formées à l'étranger. C'est ainsi qu'en 2010, plus d'une sage-femme sur 10 (majoritairement françaises) avait obtenu son diplôme, pour la plupart d'entre elles, entre 2006 et 2009 en Belgique (23). Ce constat est un critère à prendre en compte dans la pratique des actes de gynécologie car ces compétences ne sont pas intégrées à la formation initiale des autres pays européens. Le droit de prescription de contraceptifs n'est autorisé aux sages-femmes qu'en France, Norvège et Suède (24).

## Deuxième partie : l'étude

Dans un contexte régional de pénurie annoncée des gynécologues médicaux à l'horizon 2025 alors que la nécessité de faciliter l'accès aux soins et d'en réduire les inégalités, est devenue une priorité nationale, il est impératif de réfléchir à de nouvelles alternatives et stratégies pour permettre le maintien de l'offre de soins de gynécologie. Ceci est d'autant plus indispensable que les projections démographiques régionales présagent d'une augmentation des femmes âgées de 15 à 64 ans de + 1,3% en 2025 et de + 1,8% en 2030 par rapport à l'effectif de 2015.

En France, la gynécologie repose, depuis des décennies, sur les compétences des gynécologues médicaux et obstétriciens et, dans une moindre mesure, celles des médecins généralistes.

Dans le Cantal, la Loire, l'Isère et la Savoie, cette offre de soins est surtout proposée par la médecine de ville puisque plus des trois-quarts des gynécologues médicaux ont une activité libérale ou mixte.

La Loi Hôpital Patient Santé Territoire du 21 juillet 2009 (1) a légalisé des transferts de compétences en élargissant celles des sages-femmes au domaine de la gynécologie de prévention. Ces nouvelles compétences nécessitent des liens de coopération étroits entre médecins et sages-femmes pour la prise en charge de la pathologie dépitée par ces praticiennes.

**Quels sont les leviers qui pourraient permettre de maintenir cette offre de soins de gynécologie dans la Région Auvergne-Rhône-Alpes ? Comment favoriser la mise en œuvre des compétences en gynécologie des sages-femmes libérales exerçant dans quatre départements: le Cantal, la Loire, l'Isère et la Savoie?**

Nous nous sommes posé la question de savoir si, aujourd'hui, sept ans après l'adoption de la Loi HPST, les sages-femmes se sont emparées de ces nouvelles compétences en gynécologie?

Dans un premier temps, une recherche bibliographique nous a montré des résultats très contrastés selon le lieu et le mode d'exercice des sages-femmes. Peu d'études proposent un état des lieux de cette activité au niveau d'une région ou de plusieurs départements. Une étude, réalisée dans le cadre d'un mémoire D.E. Sage-femme, menée en 2013 auprès de 170 sages-femmes de Seine Maritime (libérales, salariées et PMI) montrait que seulement 10% d'entre elles exerçaient leurs compétences dans le domaine de la gynécologie (27). Une enquête exploratoire menée en 2012 par Florence DOUGUET, sociologue, auprès de sages-femmes libérales exerçant dans plusieurs départements de l'Est et de l'Ouest français, faisait état du fait que *"la Loi HPST, en élargissant les compétences des sages-femmes au domaine de la gynécologie avait nourri espoirs et désillusions pour les professionnelles interrogées"* (28).

Dans un deuxième temps, nous avons effectué des recherches sur la base des données de l'Assurance Maladie (SniirAM et ERASME)<sup>18</sup>. Celles-ci nous montrent une augmentation du nombre des SFL exerçant dans la Loire, l'Isère et la Savoie, qui effectuent des actes de gynécologie ainsi qu'une augmentation du nombre des actes qu'elles ont effectués entre 2014 et 2015. Le faible effectif de SFL exerçant dans le Cantal ne nous a pas permis l'accès à ces données. Par ailleurs, la pose d'un implant contraceptif bénéficiant, dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), d'une cotation identique (SF 6) à celle de certains cours de préparation à la naissance et à la parentalité n'a pas permis d'en estimer le nombre.

Si l'étude de ces données fait état d'une augmentation du nombre de recours aux SFL dans ces quatre départements entre 2013 et 2015, celles-ci sont difficilement exploitables, les consultations pour motif gynécologique n'étant pas différenciées de celles pour motif obstétrical.

Une baisse du nombre de consultations de gynécologie effectuées par les gynécologues médicaux et obstétriciens apparaît dans les *tableaux 11 et 12 – Annexe VI*. Est-ce en lien avec la baisse amorcée de leur démographie? Un changement de mode de recours des femmes vers le secteur hospitalier, les médecins généralistes et/ou les sages-femmes? Un moindre recours des femmes aux consultations de gynécologie du fait de divers facteurs: délai d'attente d'une consultation, raisons financières, meilleure connaissance des compétences des sages-femmes?

Ces difficultés de recueil de données, nous ont amenées à mettre en place une étude auprès des sages-femmes libérales exerçant dans les quatre départements: le Cantal, la Loire, l'Isère et la Savoie afin de faire un état des lieux de leur pratique de la gynécologie en 2016.

## 1. Hypothèses

Nous formulons les hypothèses suivantes :

- Depuis sept années les SFL installées dans le Cantal, la Loire, l'Isère et la Savoie, se sont emparées de leurs nouvelles compétences en gynécologie et les praticiennes formées depuis 2011, les ont inscrites dans leur pratique libérale
- Devant les difficultés croissantes d'accès aux consultations de gynécologie par le médecin, les femmes résidant dans ces quatre départements sollicitent de plus en plus les sages-femmes libérales pour leur suivi gynécologique

---

<sup>18</sup> Tableaux 10 – 11 – 12 - Annexe VI

- Les sages-femmes libérales qui exercent dans les 2 départements présentant la démographie médicale la moins favorable (Cantal et Loire), proposent une offre de soins de gynécologie plus conséquente que dans les deux autres départements (Isère et Savoie)

## 2. Objectifs

Pour tenter de répondre à ces hypothèses, nous avons interrogé les sages femmes libérales sur leur pratique dans ce domaine et évalué leur activité de gynécologie dans quatre des douze départements de la Région Auvergne-Rhône-Alpes:

- Deux départements présentant une faible densité de GM et SFL: le Cantal et la Loire (situés en zone dite "fragile")
- Deux départements présentant une plus forte densité de GM et SFL: l'Isère et la Savoie

### 2.1. Objectif principal

Décrire l'activité gynécologique des SFL exerçant dans le Cantal, la Loire, l'Isère et la Savoie

#### ➤ *Critères de jugement*

- Taux de SFL pratiquant des consultations de gynécologie
- Taux de SFL constatant une augmentation de la demande de suivi gynécologique
- Taux de SFL pratiquant des consultations de gynécologie dans le Cantal et la Loire d'une part, comparativement aux SFL exerçant en Isère et en Savoie

Afin de définir la consultation gynécologique, nous nous sommes basées sur la "Situation 7" présentée dans le référentiel Métier et Compétences des sages-femmes.

La réalisation d'une consultation gynécologique est définie comme l'ensemble des compétences nécessaires à:

- **la réalisation d'un diagnostic:** considérant que, de par sa formation initiale, la sage-femme avait acquis les compétences nécessaires à la réalisation de l'anamnèse, nous avons retenu les actes réalisés dans le cadre de l'examen clinique: pose du spéculum, toucher vaginal, prise de la pression artérielle, palpation mammaire, frottis cervico-utérin (FCU), dépistage et traitement des Infections Sexuellement Transmissibles (IST)
- **La décision de l'indication et d'une stratégie de prise en charge et d'accompagnement :** palpation mammaire, frottis cervico-utérin, dépistage et traitement des IST, prescription et renouvellement de la contraception
- **Le suivi et la continuité de la prise en charge de la femme:** la facilité ou non d'adressage à un médecin lorsqu'est dépistée une pathologie gynécologique

## 2.2. Objectifs secondaires

Décrire les facteurs influençant la pratique des SFL dans le domaine de la gynécologie

## 3. Matériel et Méthode

### 3.1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude transversale à visée descriptive du 27 avril au 31 mai 2016 sur les quatre départements de la région AuRA: 2 à forte densité et 2 à faible densité médicales.

### 3.2. Population

270 SFL (exercice exclusif et mixte) sont enregistrées dans le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) sur ces 4 départements :

- Pour le Cantal: 6 sages-femmes
- Pour la Loire: 59 sages-femmes
- Pour l'Isère: 158 sages-femmes
- Pour la Savoie: 47 sages-femmes

#### ➤ *Critères d'inclusion*

Notre population d'étude est constituée des sages-femmes présentant les caractéristiques suivantes:

- Exerçant dans le Cantal, la Loire, l'Isère ou la Savoie
- Ayant un mode d'exercice libéral exclusif ou mixte
- Inscrites au tableau du CDOSF et sur le répertoire RPPS

#### ➤ *Critères de non-inclusion*

Sont exclues de notre étude:

- Les sages-femmes ayant manifesté le refus de ne pas participer à l'étude
- Les sages-femmes n'ayant aucune activité libérale
- Les sages-femmes remplaçantes
- Les sages-femmes exerçant dans un autre département que les quatre retenus
- Les sages-femmes ayant exclusivement une activité de soins infirmiers

Nous avons choisi l'exhaustivité du fait des faibles effectifs de SFL dans ces quatre départements.

### 3.3. Outil de recueil et variables étudiées

Afin d'interroger les SFL sur leur activité, nous avons choisi l'enquête par questionnaire adressé par voie informatique.

#### ➤ *Le questionnaire*

Le questionnaire (*Annexe II*), est constitué de 4 parties:

1. Caractéristiques de la sage-femme
2. Exercice professionnel
3. Activité
4. Commentaires libres

#### 4. Déroulement de l'étude

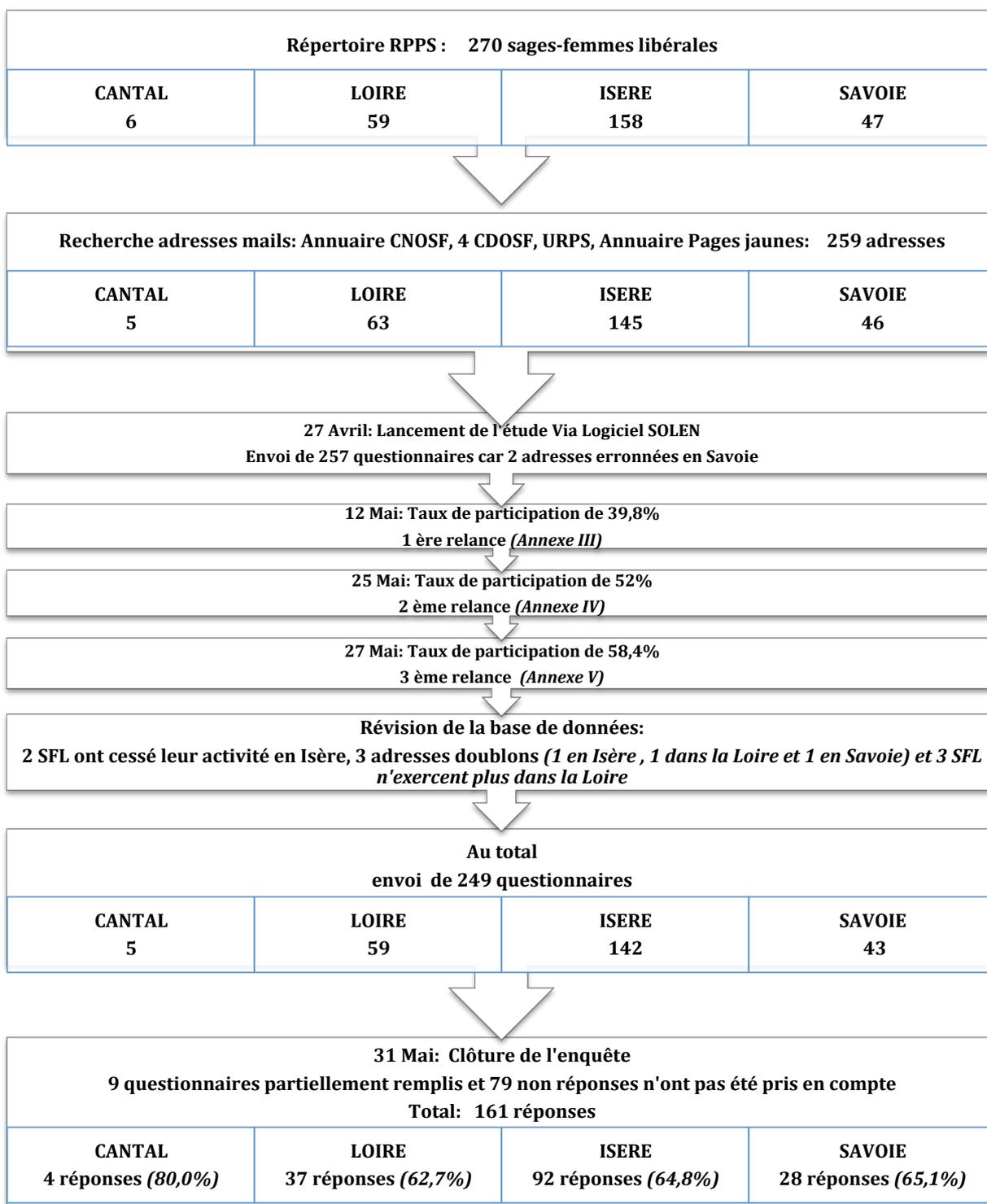
- Après avoir effectué une recherche bibliographique, contacté des pairs (quatre SFL et un gynécologue-obstétricien praticien hospitalier exerçant en Haute-Savoie), la Présidente et la Vice-Présidente de l'Union Régionale des Professions de Santé (URPS), la Présidente du Conseil Inter Régional de l'Ordre des Sages-femmes du Secteur 5 (CIROSF 5), nous avons rédigé le protocole de l'étude.
- Un questionnaire de type déclaratif (*Annexe II*) a été testé par trois SFL volontaires et des professionnelles du "Pôle études et prospective" de l'ARS afin d'évaluer le temps de remplissage et d'émettre des remarques qui permettraient un réajustement de celui-ci. Après ce test, seul le titre du questionnaire a été modifié.
- Afin de pouvoir adresser aux 270 professionnelles de notre étude le questionnaire informatisé sur le logiciel SOLEN de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, nous avons recherché leurs adresses mails en recoupant:
  - L'annuaire du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF)
  - Les pages jaunes de l'annuaire téléphonique
  - l'Union Régionale des Professions de Santé (URPS)
  - Les Conseils Départementaux de l'Ordre des Sages-Femmes (CDOSF) des quatre départements concernés par notre étude ont également été contactés par mail afin de les informer et les solliciter pour ce recueil. Une demande d'autorisation (*Annexe I*) expliquant le sujet et les modalités de l'étude leur a été adressée par courriel afin d'être transmise aux SFL de leur département. Après avis de Madame le Docteur Janody, Médecin inspecteur de Santé

Publique au service de l'Offre de soins, il a été décidé que ce courriel serait signé et envoyé au nom de la sage-femme enquêtrice, sous couvert de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes

- Un certain nombre d'adresses nous ont ainsi été communiquées directement par les sages-femmes et celles dont les adresses étaient manquantes ont été systématiquement contactées par téléphone pour leur expliquer l'objectif de l'étude.

Ces démarches nous ont permis de recueillir 259 adresses mails:

- ✓ Pour le Cantal: 5 (une seule sage-femme n'a pu être jointe par téléphone)
- ✓ Pour la Loire: 63
- ✓ Pour l'Isère: 145 (12 sages-femmes n'ont pu être jointes par absence de coordonnées téléphoniques et 1 sage-femme a manifesté son refus de participer à l'étude)
- ✓ Pour la Savoie: 46 (1 adresse mail n'a pu être recueillie)



Au final, le taux de participation était:

- 64,7% sur le total des questionnaires envoyés
- 59,9% sur l'effectif de notre population cible

- Le 31 Mai, extraction des données recueillies pour traitement et analyse statistiques
- Evaluation finale des résultats: processus, résultats
- Rédaction du rapport final et communication des résultats aux sages-femmes participantes ainsi qu'aux partenaires

## 5. Aspect éthique et règlementaire

Chaque SFL participant à l'étude a reçu un courriel l'informant des objectifs, modalités de l'étude et l'informant qu'elle disposait d'un droit d'accès et de communication.

## 6. Calendrier de l'étude

Durée de l'étude: du 27 Avril au 31 mai 2016

Tâches	2016					
	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet
Recherche bibliographique						
Avis de pairs						
Rédaction du protocole d'étude						
Construction et test du questionnaire						
Recueil des mails Demande d'autorisation aux CDOSF d'accéder aux adresses mails des sages-femmes libérales concernées par l'étude Appels téléphoniques des sages-femmes libérales						
Présentation du questionnaire pour validation						
Lancement de l'étude						
Envoi des questionnaires par courriels						
Relances par courriels à J+15 puis J+28 puis J+30						
Clôture de l'étude						
Traitement des données recueillies						
Evaluation finale du dispositif (processus, résultats)						
Rédaction du rapport et diffusion des résultats aux partenaires						

## 7. Analyse statistique

Les analyses présentées ici, portent sur les SFL exerçant dans le Cantal, la Loire, l'Isère ou la Savoie, ayant répondu aux questions relatives à leur activité, principalement de gynécologie, à leur mode d'exercice et à leurs caractéristiques socio-professionnelles.

Après recueil des questionnaires, tous sauf ceux qui avaient été partiellement remplis, ont été analysés.

Les non répondants ont également été pris en compte et identifiés selon l'âge (âge moyen – classes d'âge), le sexe, la date d'obtention du diplôme, le niveau géographique (zonage conventionnel).

Les variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne et leur Ecart-Type.

Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectif et de fréquence (%) avec un Intervalle de Confiance à 95%.

Une analyse multivariée, a permis d'étudier les facteurs influençant ou non l'activité de gynécologie.

Les comparaisons sont faites par le test de Chi2 avec un seuil de signification fixé à  $p < 0,05$ .

Nous nous sommes interrogées sur l'influence que pouvaient avoir sur la pratique de gynécologie par les SFL la moyenne d'âge, la date et le lieu d'obtention du D.E., les formations complémentaires suivies dans le domaine de la gynécologie ou autres.

Concernant l'exercice libéral, il nous semblait intéressant de déterminer si la situation du cabinet selon la zone d'exercice ou le zonage conventionnel, le fait d'exercer dans un département présentant une faible ou une forte densité de sages-femmes et de gynécologues libéraux, le temps d'activité hebdomadaire, le temps d'exercice libéral et le mode d'installation pouvaient être des facteurs influençant cette pratique.

Enfin, nous avons interrogé les SFL proposant ou non cette offre de soins, sur leurs freins et motivations pour cette activité.

Toutes ces analyses ont été réalisées avec le logiciel Question DATA.

## 8. Résultats

### 8.1. Participation

Sur 270 sages-femmes libérales exerçant dans le Cantal, la Loire, l'Isère ou la Savoie, 249 d'entre elles ont été incluses dans notre étude. Parmi elles, 79 n'ont pas rempli notre questionnaire d'enquête (31,7%) et neuf ne l'ont rempli que partiellement et de ce fait, n'ont pas été pris en compte dans l'analyse.

Après l'analyse des questionnaires, **161 SFL** ont participé à notre étude, soit **64,7% des SFL incluses** dans notre étude, représentant **59,9% de la population générale des praticiennes libérales exerçant dans les quatre départements étudiés**. Les sages-femmes de chacun des quatre départements se sont bien mobilisées, nous permettant d'obtenir un taux de participation respectivement de 66,7% dans le Cantal, 62,7% dans la Loire, 58,2% en Isère et 59,6% en Savoie.

### 8.2. Profil des sages-femmes libérales proposant une offre de soins de gynécologie

(n=111)

Sur les 161 sages-femmes ayant participé à notre enquête, **111 déclarent pratiquer des consultations de gynécologie, soient 69% IC95% [61,2 – 76,0], dont 89% des SFL diplômées à partir de 2011 IC95% [65,3 – 98,6]**. Parmi elles, 78% proposent des consultations de gynécologie répondant à la définition donnée par le Référentiel Métier et Compétences des sages-femmes. Plus de 97% des SFL proposent tous les actes nécessaires à la consultation de gynécologie et de dépistage des cancers gynécologiques ou d'IST (*Figure 10 Page 31*).

### 8.2.1. Caractéristiques socio professionnelles

L'âge moyen des 111 SFL proposant une ODS en gynécologie est de 40,4 ans (E-T : 9,4) (Minimum : 24 ans – Maximum : 61 ans) *versus* 44,6 ans (E-T : 10,1) ( Minimum : 27 ans - Maximum : 67 ans) pour les SFL qui ne proposent pas une ODS en gynécologie.

Date moyenne d'obtention du diplôme : 1999 (E-T : 9,44) Minimum :1979 ; Maximum : 2015  
Elles ont majoritairement obtenu leur diplôme dans la Région AuRA (61%) , en France (29%), en Union Européenne (9%) et hors Union Européenne ( 1%).

### 8.2.2. Caractéristiques selon l'exercice professionnel

#### ○ Département d'exercice

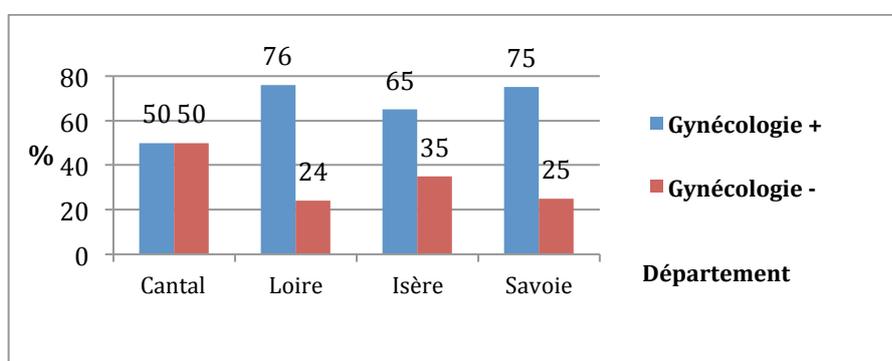


Figure 7 : Répartition de l'offre de soins en gynécologie par les sages-femmes libérales selon leur département d'exercice entre le 27 Avril et le 31 Mai 2016 (n=161)

#### ○ Situation du cabinet

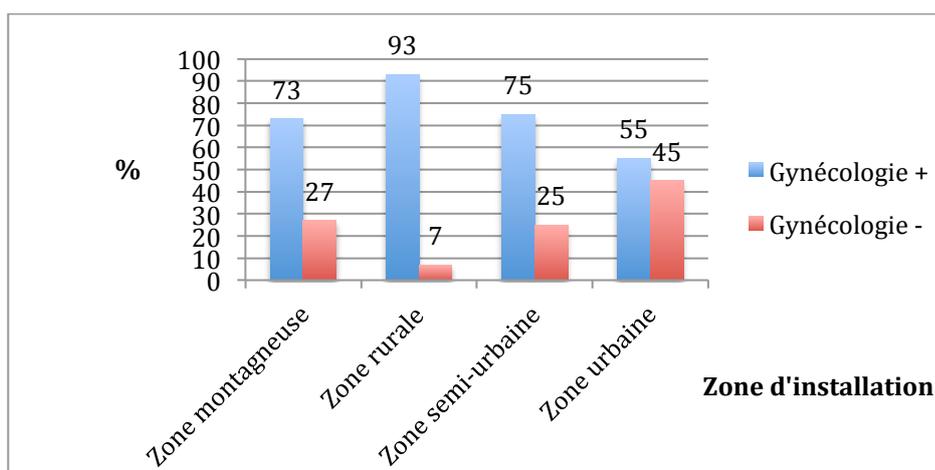


Figure 8 : Répartition de l'offre de soins en gynécologie par les sages-femmes libérales selon la zone d'exercice dans le Cantal, la Loire, l'Isère et la Savoie entre le 27 Avril et le 31 Mai 2016 (n=161)

- Mode d'installation

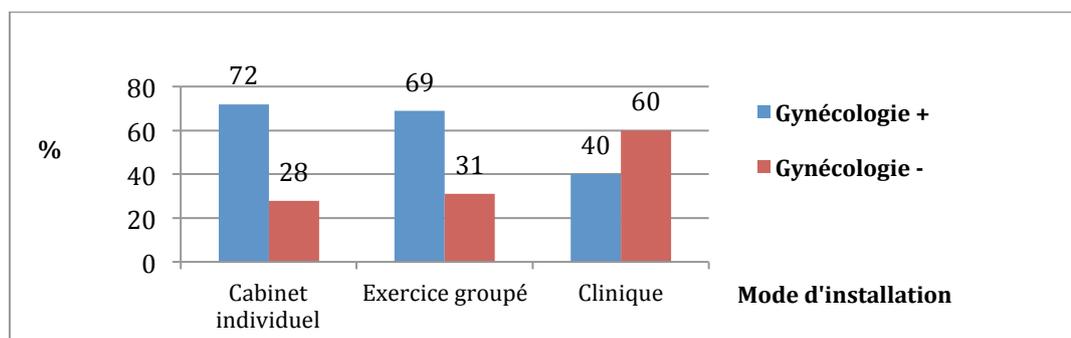


Figure 9 : Répartition du mode d'installation des sages-femmes libérales exerçant dans le Cantal, la Loire, l'Isère et la Savoie selon qu'elles proposent ou non une offre de soins de gynécologie (n=161)

### 8.3. Activité de gynécologie (n=111)

- Nombre moyen d'actes de gynécologie effectués par semaine estimé par les SFL proposant une ODS en gynécologie (n=101) :

Neuf sages-femmes sur dix l'ont estimé à 7 actes / semaine (médiane: 5 et E-T: 6,8), loin derrière les actes d'obstétrique dont la moyenne est évaluée 24 actes / semaine (E-T : 16,5). Ces actes de gynécologie représentent un peu plus de 20% de l'activité totale des SFL proposant cette offre de soins (E-T: 26,2)

Tableau 2 : Estimation par les SFL du nombre moyen d'actes effectués par semaine en fonction du département, de la situation du cabinet et du zonage conventionnel (n=101)

	Nbre d'actes			
	Moyen / semaine (n=)	Ecart-Type	Minimum	Maximum
<b>Département</b>				
Cantal	11,0	12,7	2	20
Isère	5,8	4,7	0	19
Loire	8,4	6,8	0	25
Savoie	8,1	10,9	1	50
<b>Situation du cabinet</b>				
Zone montagneuse	6,1	3,9	1	10
Zone rurale	7,5	5,5	1	20
Zone semi-urbaine	7,7	9,1	0	50
Zone urbaine	6,2	5,9	1	25
<b>Zonage conventionnel</b>				
Zone très sous dotée	9,7	9,0	0	20
Zone intermédiaire	8,0	5,8	1	25
Zone très dotée	6,3	3,5	3	10
Zone sur-dotée	6,0	7,4	0	50

- Effectif des SFL pratiquant ces actes en consultation de gynécologie (n=111)

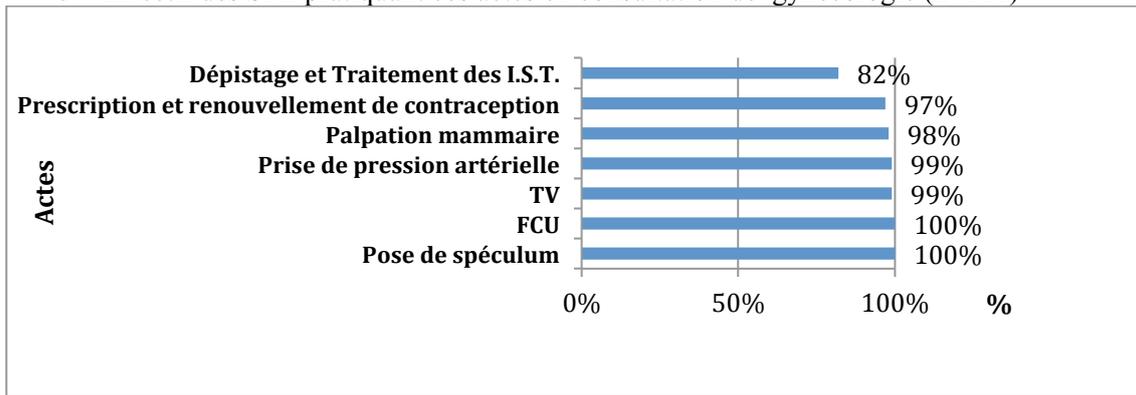


Figure 10 : Proportion de SFL pratiquant ces actes en consultation de gynécologie (n=111)

- Evaluation par les SFL de la demande de consultation de gynécologie

96% des SFL proposant une offre de soins de gynécologie estiment que la demande de consultations dans ce domaine augmente depuis plusieurs mois, voire plusieurs années

Ce constat est fait quelque soit la zone ou le département d'exercice des SFL.

- Estimation du nombre total moyen de patientes suivies par an en consultation de gynécologie (n=77) : 96 femmes (Ecart-Type : 136,5)
- Estimation de la part de la patientèle sans suivi antérieur par un médecin (n=103) : 25,6% (Ecart-Type : 23,0)
- Motifs de consultation invoqués par les patientes, selon les SFL (n=111)

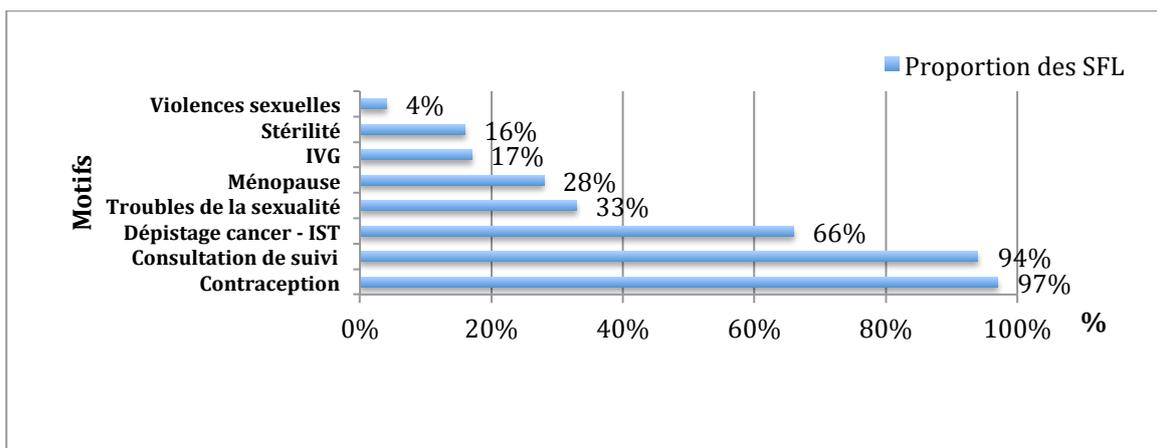
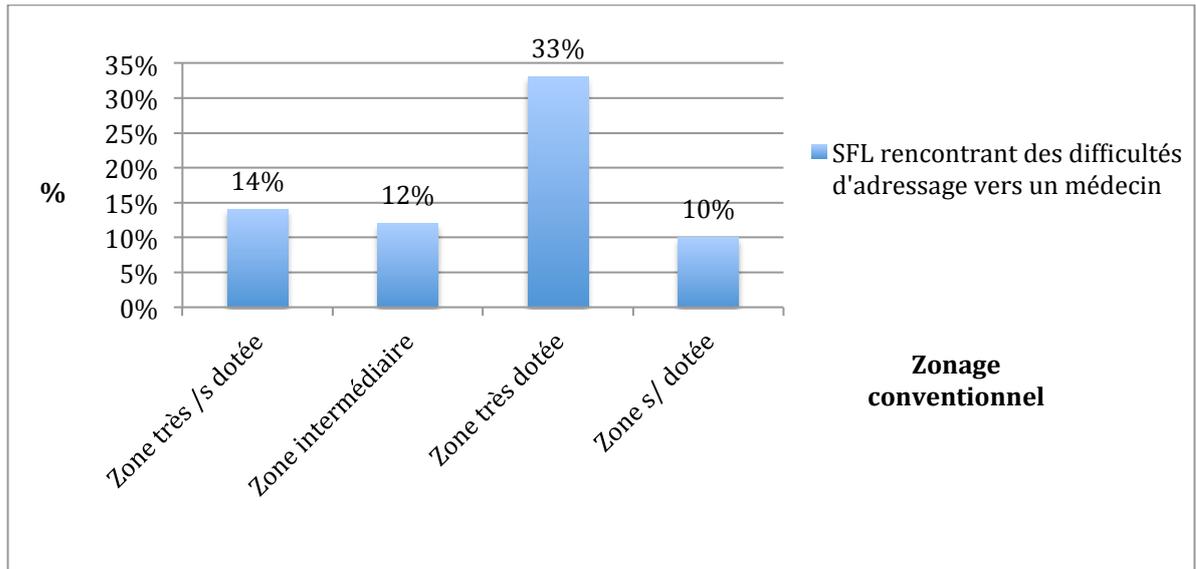


Figure 11 : Motifs de consultations selon les SFL (n=111)

- Continuité des soins (n=110)

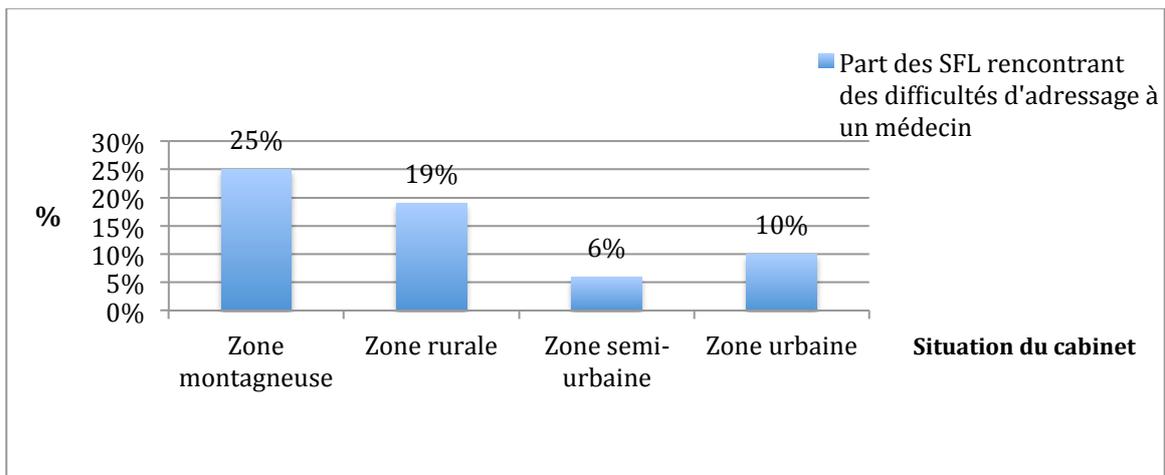
13 SFL (11,8%) déclarent rencontrer des difficultés d'adressage de leurs patientes à un médecin après avoir dépisté une pathologie

- **En fonction du zonage conventionnel :**



**Figure 12 : Part des SFL rencontrant des difficultés d'adressage vers un médecin après avoir dépisté une pathologie gynécologique, selon le zonage conventionnel (n=111)**

- **En fonction de la situation du cabinet :**



**Figure 13 : Part des SFL rencontrant des difficultés d'adressage à un médecin après avoir dépisté une pathologie gynécologique selon la situation du cabinet (n=111)**

#### 8.4. Facteurs influençant la pratique de la gynécologie par les sages-femmes libérales

Certains résultats de notre étude multivariée vous sont présentés dans *les tableaux 3 et 4 ci-dessous*.

### 8.4.1. Facteurs socio professionnels

**Tableau 3 : Facteurs socio-professionnels influençant la pratique d'une activité de gynécologie chez les sages-femmes libérales ayant participé à l'enquête et exerçant dans le Cantal, la Loire, l'Isère et la Savoie entre le 27 avril et le 31 mai 2016 (n=161)**

	SFL Pratiquant la gynécologie (n= 111)		SFL Ne pratiquant pas la gynécologie (n= 50)		p
	(%)	[IC95%]	(%)	[IC95%]	
<b>Sexe féminin</b> (n=152)	66	[57,8 - 73,3]	28	[21,1 - 34,9]	0.102*
<b>Classes d'âge (Années)</b> (n= 161)					
25-34 (n = 47)	21	[14,7 - 27,9]	8	[3,8 - 12,2]	0.195
35-44 (n = 49)	23	[16,5 - 29,5]	7	[3,1 - 10,9]	
45-54 (n = 45)	19	[12,9 - 25,1]	9	[4,6 - 13,4]	
55 et + (n = 20)	6	[2,3 - 9,7]	7	[2,3 - 9,7]	
<b>Formation initiale</b> (n = 161)					
DE à partir de 2011 (n=18)	89	[65,3 - 98,6]	11	[1,4 - 34,7]	<b>0,0244</b>
<b>Lieu d'obtention du DE SF</b> (n = 161)					
En AuRA (n = 107)	42	[34,4 - 49,6]	24	[17,4 - 30,6]	0.308
France Hors AuRA (n = 43)	20	[13,8 - 26,2]	7	[3,1 - 10,9]	
U. E. (n = 10)	6	[2,3 - 9,7]	0	[0,0 - 0,0]	
Hors U.E. (n = 1)	1	[0,0 - 2,5]	0	[0,0 - 0,0]	
<b>Formation complémentaire</b> (n = 92):					
DU Gynéco - contraception + autres formations gynéco (n = 43)	25	[18,3 - 31,7]	1	[0,0 - 2,5]	<b>0.00001</b>
DU (n = 69)	32	[24,8 - 39,2]	11	[6,2 - 15,8]	0.238

n= effectifs

IC95%= Intervalle de Confiance à 95% P= Test de CHI2 avec seuil de signification < 0,05

\*Test de Fisher exact

Plusieurs facteurs sont apparus significativement comme des facteurs influençant cette pratique avec un degré de signification  $p < 0,05$

- L'âge : les SFL proposant une ODS de gynécologie ont une moyenne d'âge significativement inférieure à celle des SFL n'en proposant pas ( $p=0,0104$ ).

Les données recueillies nous montrent que les sages-femmes âgées de 55 ans et plus : 7%

IC95% [2,3 - 9,7]), auraient tendance (différence non significative :  $p=0,1950$ ) à moins proposer d'ODS de gynécologie et déclarent majoritairement ne pas souhaiter se former pour cette pratique.

- La formation initiale : l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme à partir de 2011 favorise de manière significative le fait de proposer une ODS en gynécologie ( $p=0,0244$ ).

L'année d'obtention du diplôme de sage-femme influence de manière significative l'activité de gynécologie: ( $p=0,0076$ ) ; les SFL qui proposent une ODS de gynécologie ont obtenu leur diplôme en moyenne plus tard que celles qui n'en proposent pas

- La formation complémentaire: le fait d'avoir suivi une formation complémentaire dans le domaine de la gynécologie est apparu comme facteur favorisant l'activité de gynécologie avec une différence significative ( $p=0,00001$ ). Cependant, le fait d'être titulaire d'un DU dans d'autres domaines de compétences ne représente pas un facteur influençant significativement la pratique

d'une activité de gynécologie (p=0,238). Les sages-femmes déclarant ne pas avoir effectué de Diplôme Universitaire déclarent de manière significative (p=0,021), une patientèle plus importante.

#### 8.4.2. Facteurs liés à l'exercice professionnel de la sage-femme libérale

**Tableau 4 : Facteurs liés à l'exercice professionnel influençant la pratique d'une activité de gynécologie chez les sages-femmes libérales ayant participé à l'enquête et exerçant dans le Cantal, la Loire, l'Isère et la Savoie entre le 27 avril et le 31 mai 2016 (n=161)**

	SFL Pratiquant la gynécologie (n= 111)		SFL Ne pratiquant pas la gynécologie (n= 50)		p
	(%)	[IC 95%]	(%)	[IC 95%]	
<b>Exercice libéral (n = 161)</b>					
<b>Situation cabinet :</b>					
Zone rurale (n = 28)	16	[10,3 - 21,7]	1	[0,0 - 2,5]	0.002
Zone urbaine (n = 74)	26	[18,3 - 31,7]	21	[13,8 - 26,2]	
Zone semi-urbaine (n = 48)	22	[15,6 - 28,4]	7	[3,1 - 10,9]	
Zone montagneuse (n = 11)	5	[1,6 - 8,4]	2	[0,0 - 4,2]	
<b>Départements (n=161)</b>					
Faible densité médicale (n = 41)	19	[12,9 - 25,1]	7	[3,1 - 10,9]	0.498
Forte densité médicale (n = 120)	50	[42,3 - 57,7]	24	[17,4 - 30,6]	
<b>Zonage conventionnel (n=161)</b>					
Moins 350 naissances (n= 0)	0	[0,0 - 0,0]	0	[0,0 - 0,0]	0.628
Très sous-doté (n= 10)	4	[1,0 - 7,0]	2	[0,0 - 4,2]	
Sous-doté (n= 0)	0	[0,0 - 0,0]	0	[0,0 - 0,0]	
Intermédiaire (n= 57)	26	[19,2 - 32,8]	9	[4,6 - 13,4]	
Très doté (n= 3)	2	[0,0 - 4,2]	0	[0,0 - 0,0]	
Sur-doté (n= 91)	37	[29,5 - 44,5]	20	[13,8 - 26,2]	
<b>Temps d'activité (n=161)</b>					
Jusqu'à 50% inclus (n = 63)	28	[21,1 - 34,9]	11	[6,2 - 15,8]	0.329
Plus de 50% à 80% (n = 61)	24	[17,4 - 30,6]	14	[8,6 - 19,4]	
Plus de 80% (n = 37)	17	[11,2 - 22,8]	6	[2,3 - 9,7]	
<b>1<sup>er</sup> exercice libéral (n = 14)</b>	7	[3,1 - 10,9]	2	[0,0 - 4,2]	0.415*
<b>Mode d'installation (n=161)</b>					
Cabinet individuel (n = 85)	38	[30,5 - 45,5]	15	[9,5 - 20,5]	0.052
Exercice groupé (n = 71)	30	[22,9 - 37,1]	14	[8,6 - 19,4]	
Clinique (n = 5)	1	[0,0 - 2,5]	2	[0,0 - 4,2]	

n= effectifs IC95%= Intervalle de Confiance à 95% P= Test de CHI2 avec seuil de signification < 0,05 \*Test de Fisher exact

- La zone d'exercice: dans notre enquête, 93% des SFL exerçant en zone rurale proposent une offre de soins en gynécologie avec une différence significative (p=0,002), à contrario, 45% des sages-femmes dont le cabinet est situé en zone urbaine n'en proposent pas.

Les SFL qui exercent en zone montagneuse ou rurale proposent une ODS en gynécologie significativement plus importante que les SFL exerçant en zone semi-urbaine ou urbaine (p=0,00182)

Cependant, le constat d'une augmentation de la demande de suivi n'est pas significativement différent selon la zone d'exercice puisque toutes les sages-femmes interrogées estiment qu'elle est en augmentation quelle que soit la zone d'exercice (p=0,482)

- Le mode d'installation n'est pas apparu dans notre étude, comme un facteur influençant significativement l'activité de gynécologie ( $p=0,052$ ). L'analyse croisée du mode d'exercice avec la zone d'installation nous montre qu'en zone rurale et de montagne, les SFL exercent le plus souvent en cabinet individuel alors qu'en zone urbaine, le cabinet de groupe est plus fréquent
- Le département d'exercice: le fait d'exercer dans un département, à faible ou forte densité de sages-femmes ou gynécologues libéraux, n'est pas apparu comme un facteur influençant significativement l'activité de gynécologie ( $p= 0,498$ ). Les praticiennes installées dans le Cantal ou la Loire ne proposent pas d'offre de soins de gynécologie plus importante et ne déclarent pas significativement, suivre plus de patientes que les sages-femmes exerçant dans les départements mieux dotés ( $p=0,1519$ ). Cependant, l'augmentation de la demande est constatée par :
  - 100% des SFL exerçant dans le Cantal
  - 97% des SFL exerçant en Isère
  - 96% des SFL exerçant dans la Loire
  - 95% de celles exerçant en Savoie
- La pratique d'actes de prévention: parmi les sages-femmes interrogées, 52% IC95% [ 43,6 – 59,5 ] déclarent pratiquer des actes de prévention et parmi elles, 83% proposent des consultations de gynécologie. Le fait de s'investir dans la prévention est apparu comme un facteur influençant l'activité de gynécologie de manière significative ( $p=0,0000598$ ).

#### 8.4.3. Facteurs influençant le recours aux sages-femmes libérales

Selon les SFL répondantes :

- Motifs de l'orientation vers la SFL (n=111)

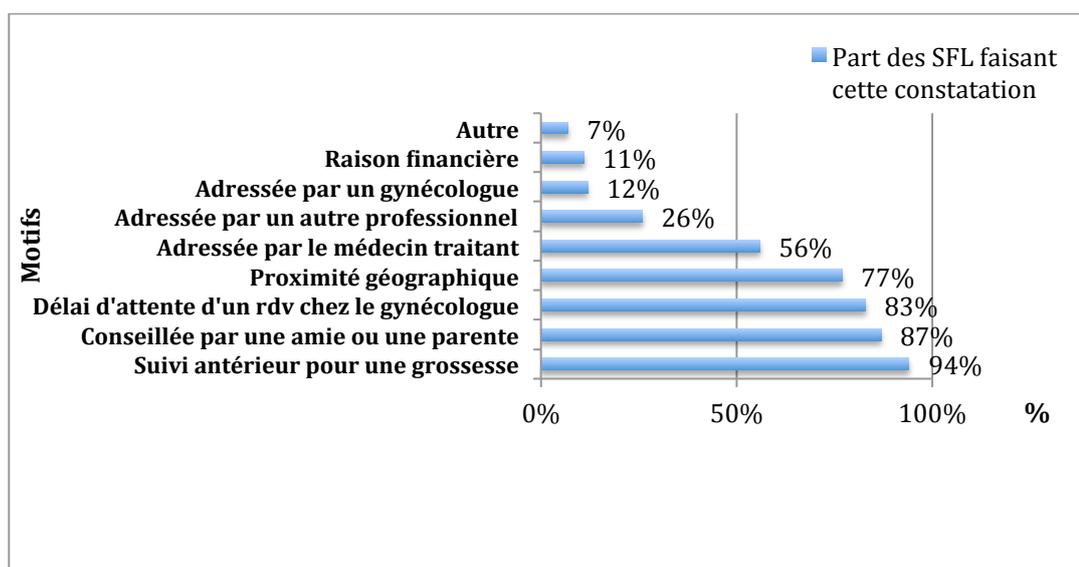


Figure 14 : Part des SFL déclarant ces motifs d'orientation vers la SFL (n=111)

- Motifs principaux de l'augmentation de la demande (*Plusieurs réponses possibles*)

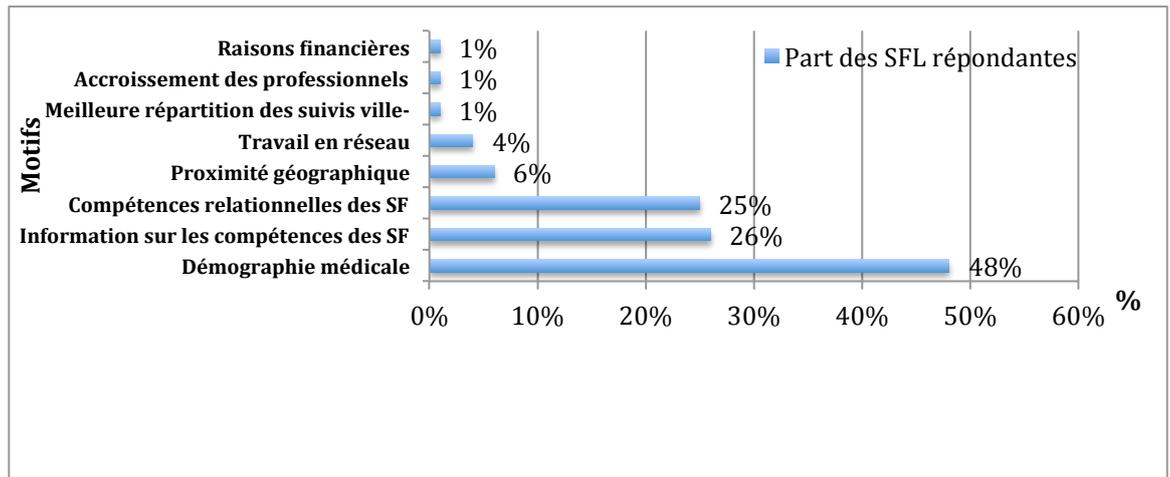


Figure 15 : Part des SFL répondantes estimant un lien entre l'augmentation de la demande et les motifs ci-dessus (n=110)

L'installation du cabinet en fonction du zonage conventionnel est apparu comme un facteur influençant le nombre de patientes de manière significative; les sages-femmes estimant le plus grand effectif de patientes sont installées en "zone intermédiaire" et celles en estimant le plus faible effectif, en "zone sur-dotée" ( $p=0,028$ ).

#### 8.4.4. Facteurs associés à la baisse de la démographie médicale

La baisse de la démographie médicale est estimée par 48% des SFL comme le premier motif d'augmentation de la demande de consultations de gynécologie, le deuxième facteur déclencheur de l'orientation de la femme vers la SFL (délai d'attente d'un rendez-vous chez le gynécologue, le non remplacement des gynécologues partis à la retraite, le manque d'écoute) et la première raison invoquée par les 13 SFL concernées, comme difficulté d'adressage des femmes après dépistage d'une pathologie. Nous n'avons pas pu établir de lien significatif entre le département, la situation du cabinet et les sages-femmes qui évoquent des difficultés démographiques ( $p=0,351$ ).

#### 8.4.5. Facteurs associés à la coopération médicale

Les liens de coopération médecins-sages-femmes libérales: les médecins généralistes exerçant dans les départements à faible démographie de gynécologues orienteraient plus volontiers les femmes vers la SFL mais la différence n'est pas significative ( $p=0,052$ ). Par contre, dans les zones très-sous-dotées, cette orientation est significative ( $p=0,022$ ), ce qui n'a pas été vérifié pour la zone d'exercice ( $p=0,554$ ).

Nous avons cherché à savoir si les difficultés d'adressage des femmes vers un médecin après le dépistage d'une pathologie étaient liées à une zone d'exercice en particulier; nous n'avons pas pu établir de lien significatif ( $p=0,55424$ ).

Nous avons interrogé les 13 SFL concernées par ces difficultés d'adressage sur les raisons selon elles ; la première cause invoquée est le délai d'obtention d'un rendez-vous (n=5), puis les difficultés relationnelles avec certains praticiens (n=4), la distance géographique avec le gynécologue le plus proche (n=3) puis le manque de connaissance du réseau de professionnels existant pour cette prise en charge (n=3).

## 8.5. Les freins et motivations à la pratique d'une activité de gynécologie

### 8.5.1. Freins à la pratique de la gynécologie (n=161)

*Questions ouvertes. Plusieurs réponses étaient envisageables.*

#### 8.5.1.1. Par les SFL répondantes qui proposent une offre de soins de gynécologie (n=111)

Les SFL ont exprimé de nombreux freins à la réalisation d'une activité de gynécologie.

Parmi les SFL qui proposent déjà cette offre de soins, les premiers freins, par ordre décroissant, sont en lien avec:

- **La formation:**
  - La formation initiale (n=16) est décrite comme insuffisante à la maîtrise de toutes les compétences en gynécologie notamment sur certains thèmes comme la ménopause, certaines pathologies et leur prise en charge et sur des gestes techniques comme la pose de Dispositif Intra Utérin (DIU) ou d'implant contraceptif
  - La formation continue (n=16): certaines SFL l'évaluent comme difficilement accessible (longue et parfois coûteuse)
- **Les liens de coopération** (n=12): les difficultés relationnelles entre certains médecins et sages-femmes génèrent des difficultés d'adressage des patientes en cas de pathologie
- **Responsabilité médico-légale supplémentaire** (n=11): peur de l'erreur de diagnostic d'autant plus que certaines SFL expriment le besoin d'un éclaircissement sur la limite entre la physiologie – pathologie. De ce fait, la limitation du droit de prescription est vécue comme un frein
- **La démographie médicale** engendre une inégalité de la demande selon les secteurs (n=6). A contrario, certaines SFL ne se sentent pas suffisamment disponibles (temps) pour répondre à cette demande
- **Information du public sur ces compétences** (n=6): certaines SFL ressentent une méconnaissance des femmes sur les compétences gynécologiques des SF
- **L'expérience professionnelle** (n=5): l'activité de gynécologie est vécue comme une évolution professionnelle après avoir conforté ses compétences en obstétrique
- **L'installation** (n=1): le fait de ne pas disposer d'un cabinet professionnel et d'exercer uniquement en visite à domicile représente un frein à cette activité.

### 8.5.1.2. *Par les SFL répondantes qui ne proposent pas d'offre de soins en gynécologie (n=50)*

Aucune SFL n'a déclaré ne recevoir aucune demande de suivi gynécologique de la part des femmes.

*Par ordre décroissant en terme de fréquence:*

- La moitié des SFL (n=31) a exprimé son **absence de motivation à développer cette activité**
- Pour 7 SFL, le **manque de disponibilité** ne permet pas cet élargissement de l'offre de soins
- **La formation** représente un frein par l'absence de formation et d'acquisition de compétences dans ce domaine notamment la pose de DIU (n=5)
- **L'aspect financier**: coût du matériel (n=2), cette activité est vécue comme non attractive financièrement
- **Pas de frein** (n=2)
- **L'installation**: le fait de ne pas disposer d'un cabinet professionnel et d'exercer uniquement en visite à domicile représente un frein à cette activité
- **La spécialisation**: notamment en échographie ne permet pas de proposer cette offre de soins; cependant certaines SFL échographistes ont exprimé le souhait d'élargir leurs compétences dans le domaine de l'échographie gynécologique
- **Les liens de coopération**: les difficultés relationnelles avec certains médecins représentent un frein. Par contre, certaines SFL font le choix de proposer leur offre de soins en fonction de leurs collaborateurs aussi bien médecins que SFL (non concurrence et service rendu aux femmes)
- **La démographie médicale** n'est présentée comme un frein que par une seule SFL.

### 8.5.2. *Motivations à la pratique de la gynécologie (n=161)*

#### 8.5.2.1. *Par les SFL répondantes qui proposent une offre de soins en gynécologie (n=111)*

- **Suivi global de la femme à chaque étape de sa vie** avec un savoir-faire relationnel, savoir-être (n=56 + 24 +10)
- **Varier les activités et augmenter l'attractivité professionnelle** (n=25)
- **Pratiquer des actes techniques** (n=25)
- **Répondre à une demande des patientes** (n=24) et les aider dans la prise en charge de leur santé, les informer pour mieux choisir (n=5)
- **Répondre aux missions de service public des SFL, améliorer l'accès au suivi et réduire les inégalités d'accès aux soins gynéco** (n=13)
- **Missions de prévention** (n=13)
- **Reconnaissance professionnelle par les femmes** (n=5)
- **Intérêt financier**: augmentation de la patientèle (n=4)
- **Travail de coopération avec les médecins** (n=2)

8.5.2.2. *Par les SFL répondantes qui ne proposent pas d'offre de soins de gynécologie (n=50)*

47% des SFL déclarent envisager une formation sur la gynécologie dans les années à venir ou ne pas savoir.

8.6. Commentaires libres

Nous avons recueilli des commentaires libres accessibles *Pages 80 et 81 - Annexe VII.*

## Troisième partie

### 1. Discussion

#### 1.1. Méthode

- Le recueil des adresses mails s'est avéré laborieux car l'information n'est pas systématiquement renseignée et/ou mise à jour dans le RPPS → afin de compléter ces données un contact téléphonique avec les sages-femmes libérales s'est avéré nécessaire, excluant d'emblée les SFL dont nous n'avons pu obtenir les coordonnées téléphoniques. Ce contact direct s'est révélé positif, comme le choix d'une sage-femme comme expéditeur du courriel, car cette démarche nous a permis de présenter l'étude et son intérêt pour la profession
- Le délai d'un mois pour participer à l'enquête était très court. Les sages-femmes libérales des quatre départements se sont cependant fortement mobilisées
- Le choix de l'outil de recueil informatique a pu générer un biais de sélection selon l'équipement informatique des sages-femmes destinataires du questionnaire et leur maîtrise de l'outil. Nous avons notamment pu remarquer que les sages-femmes libérales âgées de plus de 60 ans avaient moins participé à notre enquête; ceci s'explique peut-être par un moindre intérêt pour la pratique de la gynécologie comme ont pu nous le signaler certaines sages-femmes de cette tranche d'âge, mais peut-être aussi par un moindre attrait de l'équipement informatique

#### 1.2. Les limites et les points forts de l'étude

Il existe très peu d'études actuellement sur l'offre de soins en gynécologie proposée par les sages-femmes libérales à l'échelle de plusieurs départements ou d'une région.

Le faible effectif de SFL représente une limite pour analyser finement certaines données et établir des comparaisons entre départements ou certaines zones, notamment les zones conventionnelles qui n'étaient pas toutes représentées dans notre population d'étude. La zone d'exercice nous est apparue comme un meilleur indicateur de cette offre de soins.

L'absence de Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) sage-femme jusqu'au 11 Mars 2016 (29) a représenté un frein au recueil de données quantifiées sur les actes de gynécologie. Notre questionnaire nous a permis de recueillir des données déclaratives avec le risque de biais, notamment par oublis, erreurs d'appréciation, de mémorisation ou de sous et sur-déclaration.

La mobilisation des SFL ayant participé à notre étude montre l'intérêt que porte la profession à ce domaine de compétences. Les SFL manifestent majoritairement le souhait de l'investir afin de répondre à leur mission de Santé Publique et permettre aux femmes d'accéder à cette offre de soins pour en diminuer les inégalités d'accès. Celle proposée par les SFL est fortement corrélée à la volonté de s'inscrire comme acteur de prévention pour la santé génésique de la femme.

## 1.3. Les résultats

### 1.3.1. Représentativité des SFL ayant participé à notre étude

Ayant fait le choix de l'exhaustivité, nous avons comparé les caractéristiques des sages-femmes ayant participé à l'enquête, avec les caractéristiques de la population générale des sages-femmes libérales exerçant dans ces quatre départements, par l'intermédiaire du RPPS. Ces résultats vous sont présentés dans les *tableaux 14 et 15 - Annexe VII*.

La population des SFL ayant participé à notre enquête est représentative de la population des SFL en exercice dans le Cantal, la Loire, l'Isère et la Savoie, entre le 27 Avril et le 31 Mai 2016, par rapport aux critères d'âge, de sexe, du département d'exercice, de la formation initiale (Diplôme d'Etat (DE) à partir de 2011), de la première installation en libéral (sauf entre 10 et 20 ans) et du zonage conventionnel.

### 1.3.2. Profil des sages-femmes libérales répondantes

Leur âge moyen est de 41,7 ans, très légèrement inférieur à l'âge des SFL exerçant dans les quatre départements.

La date moyenne d'obtention du Diplôme d'Etat (DE) de sage-femme était en 1998 (E-T : 10,1), Médiane : 2000, variant de 1969 à 2015. 66,5% d'entre elles l'ont obtenu dans la région AuRA et 7% en Union Européenne (U.E.) ou hors UE<sup>19</sup>.

La majorité d'entre elles (89%) a obtenu son DE avant 2011 et n'a donc pas bénéficié de l'enseignement initial de la gynécologie. 57 % ont complété leur formation initiale par un Diplôme Universitaire, dont 45% un DU "Contraception-Gynécologie", six SFL un DU "Sexologie", une SFL un "Certificat universitaire de contraception" et une praticienne a suivi une formation "contraception, IVG, Sexualité" (*Figure 20 et Tableau 13 – page Annexe VII*).

Concernant, l'exercice libéral, 64 % des sages-femmes répondantes sont installées en libéral depuis moins de 10 ans et la moitié d'entre elles après 2010. La moyenne se situe en 2007 (Ecart-Type: 7,3), variant de 1980 à 2016. Ces données confirment les tendances régionale et nationale d'un développement important de ce mode d'exercice depuis une dizaine d'années. Il est à noter que 16% des SFL exerçant dans les quatre départements sont installés depuis moins de deux ans.

Comme au niveau national, les SFL ont fait le choix de l'exercice libéral après un parcours professionnel, le plus souvent comme salariées d'un établissement de santé public ou privé.

L'exercice libéral est le premier mode d'exercice professionnel pour 9% d'entre elles.

22 SFL (14%) ont une activité libérale à temps plein et la majorité d'entre elles exerce cette activité à mi-temps (27%). La moyenne de demi-journées hebdomadaires travaillées est de 6,9 (ET: 2,1)

---

<sup>19</sup> Figure 22 – Annexe VII

Elles exercent majoritairement en zone urbaine (46%), comme 51% des praticiennes exerçant dans la région. La proportion de celles exerçant en zone rurale (17%) est cependant supérieure à la proportion régionale qui est de 12%.

Le mode d'exercice des SFL répondantes est similaire aux tendances nationales : le cabinet individuel est le mode d'exercice majoritaire dans cette population (53 % IC 95% [45.1 – 60.5] *versus* 54% *au niveau régional en 2015*).

### 1.3.3. *Activité de gynécologie*

Le taux de 69% des SFL proposant des consultations de gynécologie et le souhait de formation des 25% de celles n'en proposant pas encore sont des arguments en faveur d'un levier possible pour répondre en partie à la pénurie de gynécologues dans ces quatre départements. Cette étude nous montre un investissement dans ce domaine des plus jeunes SFL diplômées depuis 2011 puisque 89% d'entre elles proposent cette offre de soins.

**Ces résultats nous permettent de vérifier notre première hypothèse** et nous montrent le potentiel que représentent les SFL comme professionnelles de premier recours pour le suivi gynécologique des femmes.

Ils tendent à confirmer les données recueillies auprès du Sniiram et Erasme <sup>20</sup> montrant une augmentation des actes de gynécologie effectués par les SFL et le nombre de recours des femmes auprès de ces praticiennes. 96% d'entre elles constatent une augmentation de la demande quel que soit le lieu d'exercice. **Ces résultats nous permettent de vérifier notre deuxième hypothèse.**

Cette activité qui représente en moyenne 20% de l'activité totale reste cependant minoritaire en comparaison de l'activité d'obstétrique qui reste le cœur du métier. Les taux indiqués par les SFL interrogées sont basés sur une évaluation déclarative sujette à de nombreux biais. Le fait que certaines SFL aient renseigné « 0 acte » nous interroge. La mise en place de la CCAM sage-femme devrait permettre d'évaluer plus précisément cette activité par des études ultérieures.

Les premiers motifs de consultations concernent la contraception (97%), la consultation de suivi (94%) et le dépistage des cancers et IST (66%).

Plus de 82% des SFL interrogées effectuent la totalité des actes nécessaires à la pratique d'une consultation de gynécologie : la pose d'un spéculum et le Frottis Cervico Utérin (FCU) (100%), le Toucher Vaginal et la prise de la Pression Artérielle (99%), la palpation mammaire (97%), le dépistage et le traitement des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) (82%).

La prescription et le renouvellement de la contraception sont pratiqués par 97% d'entre elles. En effet, la Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé a autorisé les sages-femmes à prescrire tous les contraceptifs

---

<sup>20</sup> Tableaux 10-11-12 Annexe VI

hormonaux et à en assurer elles-mêmes le suivi et la surveillance. Selon notre étude, les SFL se sont appropriées ces compétences.

Ces résultats tendent à répondre aux objectifs du rapport sénatorial de juillet 2015 (10) recommandant « *de mettre en valeur le rôle de la sage-femme comme partenaire indispensable de la santé des femmes tout au long de la vie de celles-ci, même en dehors des périodes de grossesse et d'allaitement* ».

#### *1.3.4. Facteurs influençant la pratique de la gynécologie par les sages-femmes libérales*

##### *1.3.4.1. Influence des facteurs socio professionnels*

Un élément important et positif de cette étude est la confirmation de l'impact de l'âge, de l'enseignement de la gynécologie dans la formation initiale en Maïeutique et de la formation complémentaire. Même si la formation initiale est décrite comme insuffisante par 14% des SFL dans certains domaines tels que la ménopause, les pathologies, leur prise en charge et la pratique d'actes techniques, 89% des SFL diplômées depuis 2011 proposent de manière significative une ODS en gynécologie. Ces résultats laissent présager d'une augmentation de cette offre de soins au fur et à mesure de l'installation de nouveaux diplômés dans la Région AuRA.

Un facteur qu'il nous semblerait intéressant d'analyser plus finement concerne la formation complémentaire suivie par les sages-femmes libérales, notamment diplômées hors de France, qui proposent cette offre de soins. Dans notre étude, les SFL n'ayant pas déclaré avoir suivi de DU dans ce domaine de compétences sont celles qui déclarent une patientèle plus importante. Bien que nous n'ayons pas observé de différence significative ( $p=0,308$ ), la totalité des SFL formées hors de France, mais en Union Européenne ( $n=10$ ) proposent une ODS en gynécologie bien que seules 2 d'entre elles déclarent avoir suivi une formation complémentaire pour cette pratique. Cet élément nous interroge sur les formations suivies dans le domaine de la gynécologie, l'équivalence des diplômes au niveau européen et les mesures de contrôle de compétences à mettre en place afin que toute femme qui consulte une sage-femme puisse être assurée d'une égale qualité et sécurité des soins.

##### *1.3.4.2. Influence de l'exercice professionnel*

Le département et le zonage conventionnel ne sont pas apparus dans notre étude comme des facteurs influençant l'offre de soins de gynécologie par les SFL.

Ce second résultat peut être lié au fait que toutes les zones n'étaient pas représentées dans notre étude (« Moins de 350 naissances » et « sous-dotée ») et certaines zones présentaient de faibles effectifs. Les SFL étaient principalement installées en zones « intermédiaires » et « sur-dotée ».

La zone d'exercice est apparue comme un meilleur indicateur puisque cette ODS est significativement plus importante en zones rurale (93%), semi-urbaine (75%), montagneuse (73%) et dans une moindre mesure en zone urbaine (55%). Cet élément est à mettre en lien avec la proximité géographique citée par les SFL comme un facteur influençant le recours vers leurs consultations.

Notre étude confirme les données régionales de la prédominance de l'installation en cabinet individuel et le développement de l'exercice groupé, surtout en zone urbaine, deux fois plus fréquent chez les SFL proposant des consultations de gynécologie. Le mode d'exercice n'est pas apparu comme un facteur favorisant cette activité mais il serait intéressant de différencier le type d'exercice groupé (coopération de SFL ou coopération pluri-disciplinaire) afin de déterminer si celui-ci influence la pratique de gynécologie des SFL. Le fait que certaines SFL ne disposent pas de cabinet et exercent uniquement en visites à domicile représente un frein au développement d'une ODS en gynécologie.

La spécialisation telle que l'échographie est déclarée comme un frein à la pratique de cette ODS. Cependant certaines SFL échographistes ont exprimé le souhait de développer leur activité d'échographie dans ce domaine.

#### *1.3.4.3. Facteurs influençant le recours aux sages-femmes libérales*

Notre étude révèle une meilleure connaissance du public des compétences des sages-femmes. 94% des SFL interrogées estiment que le 1<sup>er</sup> motif d'orientation vers leurs consultations de gynécologie est le suivi antérieur d'une grossesse et pour 87%, le bouche à oreille. Les résultats obtenus tendent à confirmer l'impact des mesures prises depuis 2012 sur le recours vers la SFL: la mise en place du PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile (PRADO) (30) et les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur le parcours de soins des grossesses à bas risque plaçant la sage-femme comme professionnelle de 1<sup>er</sup> recours de la physiologie (31). Les compétences relationnelles et la disponibilité des sages-femmes sont également appréciées et citées par un quart des SFL comme motif explicatif de l'augmentation des demandes de consultations.

Le délai d'attente d'un rendez-vous chez le gynécologue est cité par 83% des SFL et la proximité géographique par 77% d'entre elles. Cette offre de soins permet aux femmes les plus éloignées des équipements, notamment sanitaires, de bénéficier de soins de prévention (contraception, dépistage des cancers gynécologiques et IST, vaccinations, maladies cardio-vasculaires *première cause de mortalité féminine* (26,32,33). Cet élargissement de l'offre de soins de prévention va dans le sens du Plan cancer 2014-2019 dont les objectifs sont d'atteindre un taux de dépistage du cancer du col utérin de 80%, du cancer du sein de 75% et d'obtenir une couverture vaccinale contre le Human Papilloma Virus de 60% d'ici 2019.

Le travail en réseau représente le 5<sup>ème</sup> motif de recours vers la SFL pour le suivi gynécologique loin devant les raisons financières citées par 11% des praticiennes.

#### *1.3.4.4. Influence de la baisse de la démographie médicale*

Dans notre étude, nous n'avons pas pu établir de lien significatif entre le fait d'exercer dans un département à faible densité de gynécologues et l'activité de gynécologie des SFL. Le département ne nous est pas apparu comme un bon indicateur pour vérifier ces résultats potentiellement en lien avec le faible effectif de SFL exerçant dans le département du Cantal (4 SFL).

**Ces résultats ne nous ont pas permis de vérifier notre troisième hypothèse.**

La baisse de la démographie médicale est invoquée par la moitié des SFL interrogées comme facteur influençant l'augmentation de la demande de consultations (délai d'attente d'un rendez-vous chez le gynécologue, le non remplacement des praticiens partis en retraite, le manque d'écoute qui peut être lié à une augmentation de l'activité et donc une moindre disponibilité de ces spécialistes).

La plupart des SFL répondent à une augmentation de la demande des femmes et un besoin en santé qui n'est actuellement pas satisfait puisqu'elles estiment en moyenne qu'un quart de leur patientèle suivie en gynécologie par an, n'a pas de suivi antérieur par un médecin (36% dans la Loire, 25% en Isère, 15% en Savoie et 10% dans le Cantal).

L'activité de gynécologie par les SFL est significativement liée à la zone d'installation du cabinet en lien avec la démographie des médecins :

- En zones rurale, montagneuse où la démographie des gynécologues est moindre, voire inexistante, les SFL proposent une ODS de gynécologie plus importante
- Les SFL déclarant suivre le plus grand effectif de patientes exercent en zone intermédiaire alors que celles en déclarant le moins exercent en « zone sur-dotée »
- En zone urbaine et semi-urbaine, où l'offre de soins ambulatoire et hospitalière dans ce domaine est la plus nombreuse, cette activité est la moins développée par les SFL : les médecins restent les praticiens de premier recours pour les femmes

Dans les 10 années à venir, avec le départ à la retraite des gynécologues médicaux, cette ODS libérale risque de diminuer en zone urbaine. Les structures de soins existantes suffiront-elles à absorber cette demande ou faudra-t-il former plus de sages-femmes et médecins généralistes libéraux à cette pratique ?

Selon notre étude, la baisse de la démographie des médecins, associée à l'isolement géographique et l'éloignement des équipements sanitaires (34), est génératrice de difficultés d'adressage des patientes suivies en zones montagneuses et rurales (délai d'obtention d'un rendez-vous, distance géographique avec le gynécologue le plus proche).

#### 1.3.4.5. *Influence de la coopération inter professionnelle*

La coopération interprofessionnelle est déclarée comme deuxième motif d'orientation vers la SFL. Si ce travail en réseau semble bien identifié par les médecins généralistes, (56% des SFL estiment que les femmes leur sont orientées par ce professionnel de santé surtout en zones très sous dotées), il ne l'est pas par les gynécologues. Seules 12% des SFL déclarent que les patientes leur sont adressées par ce spécialiste. Cet argument est cité comme un frein à la pratique de la gynécologie par les SFL qui proposent des consultations de gynécologie et celles qui n'en proposent pas: les difficultés relationnelles avec certains gynécologues font craindre des difficultés d'adressage des femmes après le dépistage d'une pathologie.

Ces difficultés existent également en zone très dotée, où elles sont réelles pour un tiers des SFL déclarant les rencontrer. Elles confirment les propositions du Rapport « Berland » (12) d'une redéfinition du parcours de soins des femmes entre le premier et le deuxième recours afin de « libérer du temps médecin » pour le diagnostic et le traitement de la pathologie.

Cette discontinuité dans le parcours de soins constituent une possible perte de chances pour les femmes suivies par ces praticiennes. Cet élément représente un frein au développement de cette activité à fortes responsabilités qui nécessite, pour être efficiente et optimale, un réel lien de coordination, de confiance et de respect mutuel entre professionnels.

Même si le mode d'installation n'est pas apparu comme un facteur influençant la pratique gynécologique des SFL, certaines d'entre elles ont déclaré adapter leur offre de soins en fonction des professionnels collaborateurs (médecins et sages-femmes) dans un souci de non-concurrence et de complémentarité pour les femmes.

Le fait de ne pas avoir posé la question du type d'exercice groupé (Société SFL, Maison de Santé Pluri-disciplinaire) ne nous a pas permis d'étudier si ce mode de coopération influençait cette pratique. Le cabinet individuel ne facilitant pas les liens de coopération entre professionnels de santé, des modes de coopération doivent être organisés pour faciliter et optimiser le parcours de soins coordonnés des femmes.

#### 1.3.5. *Les leviers et résultats positifs*

- Selon les résultats de l'étude, l'effectif des SFL proposant une ODS de gynécologie est supérieur à celui des gynécologues médicaux libéraux dans deux départements : la Savoie et la Loire classé comme département « fragile » au niveau de la démographie médicale (*Figure 23 – Annexe VII*). Il est supérieur à celui des gynécologues médicaux et obstétriciens âgés de plus de 55 ans dans les quatre départements. Leur densité pour 100 000 femmes âgées de 15 à 64 ans a dépassé celle des gynécologues médicaux libéraux en Savoie et dans la Loire (*Tableau 16 – Annexe VII*)

- L'installation des SFL en zones rurales, montagneuses et sous-dotées participe à faciliter l'accès à la prévention pour les femmes les plus isolées géographiquement qui n'y avaient pas accès auparavant
- En suivant des femmes qui ne bénéficiaient d'aucun suivi antérieur par un médecin, les SFL participent à la réduction des inégalités d'accès aux soins
- Majoritairement investies dans le suivi gynécologique dans les quatre départements, les SFL voient cette activité comme une évolution professionnelle motivante au service des femmes et des missions de service public
- Elles manifestent le souhait de se former pour développer cette offre de soins. L'enseignement de la gynécologie et l'accès aux formations complémentaires dans ce domaine pour les SFL diplômées avant 2011 représentent un levier favorisant l'activité de gynécologie par les SFL à ne pas négliger. Elle laisse présager d'une augmentation de cette offre de soins dans les années à venir par l'installation d'une génération de jeunes sages-femmes ayant bénéficié de son enseignement initial.
- Notre étude nous a démontré que l'information du public et des professionnels de santé sur les compétences des sages-femmes représentait un vecteur favorisant l'orientation des femmes vers la sage-femme libérale. La campagne mise en place en juillet 2015<sup>21</sup> devrait permettre un meilleur repérage de la sage-femme comme professionnel de premier recours pour les femmes
- L'ODS proposée par les SFL ayant participé à notre étude concerne des femmes de tous âges comme nous le montrent les motifs d'orientation
- Les compétences relationnelles et la disponibilité des SFL proposant cette offre de soins sont appréciées des femmes qui font le choix de les consulter
- Dans les zones sous-dotées et de moindre densité de gynécologues, les médecins généralistes orientent significativement les femmes vers les SFL – intérêt de renforcer la place du médecin traitant pour l'orientation des femmes pour le suivi gynécologique
- Les SFL manifestent le souhait de coopérer avec les médecins dans un souci de complémentarité et non de concurrence

---

<sup>21</sup> Annexe VIII

- L'activité de gynécologie est vécue comme renforçant l'attractivité de la profession, comme source de reconnaissance professionnelle par les femmes et présentant un intérêt financier par l'augmentation de la patientèle

### *1.3.6. Les points à améliorer*

- La formation : le Développement Professionnel Continu (DPC) représente une obligation indispensable pour garantir une formation adaptée garantissant la qualité et la sécurité des soins. Il doit être réfléchi et développé pour ce nouveau domaine de compétences (définition de la limite de compétences). Il est d'ailleurs plébiscité par les SFL ayant participé à notre étude: Evaluation de Pratiques Professionnelles (EPP), stage de pratique gynécologique
- La coopération avec les médecins: bien que minoritaires dans notre étude, les difficultés relationnelles et d'adressage des femmes constituent un frein à la pratique d'une activité de gynécologie par les SFL
- Le parcours de soins : Les difficultés d'accès aux spécialistes demandent à ce que soit redéfini le parcours de soins des femmes entre le premier et le deuxième recours afin de « libérer du temps médecin » pour le diagnostic et le traitement de la pathologie

## 2. Préconisations

Cette étude nous a permis de faire l'état des lieux de la pratique en gynécologie des sages-femmes libérales exerçant dans quatre départements. Si l'offre de soins en gynécologie proposée par les sages-femmes libérales semble pouvoir apporter une réponse à la pénurie annoncée de gynécologues, l'analyse des résultats nous amène à préconiser des mesures urgentes visant à pérenniser cette offre de soins. Sa visibilité et son accessibilité représentent une priorité identifiée dans le volet ambulatoire du Schéma Régional de l'Offre de Soins (SROS) (35,36) et dans le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) (37) de la Région AuRA.

Plusieurs mesures pourraient être envisagées afin de réguler l'installation de nouveaux professionnels, favoriser une continuité des soins et répondre aux besoins de la population féminine de ces quatre départements.

## 2.1. Favoriser l'installation des sages-femmes libérales dans les zones « fragiles » et de « vigilance »

### 2.1.1. *Adapter le zonage conventionnel à l'élargissement de compétences des sages-femmes et à la démographie des gynécologues*

L'article L.1434-7 du code de la santé publique précise qu'il appartient aux ARS de définir les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire régional.

Actuellement, la régulation de l'installation des sages-femmes libérales est déterminée par l'avenant n°1 à la convention nationale des sages-femmes libérales (approuvé par l'arrêté du 12 Mars 2012) qui s'appuie sur les zones d'emploi définies par l'Insee et qui définit six zones permettant de bénéficier ou non d'un contrat incitatif. Ces dernières ne tiennent pas compte de la délégation de compétences aux sages-femmes dans les domaines de prévention tels que la gynécologie et la vaccination. Elles s'appuient sur la densité de sages-femmes libérales pour 100 000 naissances domiciliées.

Selon cette étude, même si la demande de recours aux consultations de gynécologie proposée par les SFL augmente dans ces quatre départements, elle reste inégale selon les territoires. Elle est plus importante dans les zones présentant une moindre démographie de gynécologues et de médecins généralistes (rurales, montagneuses, semi-urbaines) qu'en zone urbaine. Les résultats confirment également la tendance nationale d'une augmentation importante du nombre d'installations de sages-femmes dans les quatre départements et la nécessité d'une régulation.

Actuellement, les sages-femmes échographistes souhaitant s'installer en zone « sur-dotée » bénéficient d'une dérogation en fonction de l'analyse de l'offre de soins existante et des besoins de la population. Afin de maintenir une ODS en gynécologie dans les zones déficitaires, les sages-femmes libérales titulaires d'un titre justifiant d'une formation en gynécologie reconnue par le CNOSF, (comme le sont actuellement certains D.U.) et/ou par la commission scientifique de l'Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (Agence nationale du DPC) pourraient bénéficier d'une autorisation d'exercice libéral dans une des zones conventionnées en tenant compte de la démographie des femmes âgées de 15 à 64 ans sur un territoire à redéfinir et de la démographie des gynécologues. L'avenant conventionnel pourrait alors déterminer un pourcentage de son activité que la sage-femme dédierait à cette offre de soins.

La révision du zonage et des autorisations d'installation serait ainsi évolutive et permettrait, par des enquêtes statistiques, d'adapter l'offre de soins aux besoins de la population féminine (possible maintenant grâce à la mise en œuvre de la CCAM sage-femme depuis le 11 Mars 2016), tout en participant à l'optimisation de la qualité et de la sécurité des soins sur le territoire.

Dans les zones urbaines et semi-urbaines qui présentent dans notre étude les plus fortes densités de professionnels médicaux, cette mesure permettrait selon les besoins, l'installation de sages-femmes libérales proposant cette offre de soins. Cette disposition pourrait compenser une part de la baisse de

démographie des gynécologues médicaux sans avoir à attendre la cessation ou réduction d'activité de sages-femmes libérales déjà installées qui proposent ou non cette offre de soins.

### *2.1.2. Définir un Contrat d'Engagement de Service Public (CESP)*

Le contexte actuel de contrainte budgétaire a généré une diminution du nombre de postes salariés dans les établissements de santé depuis quelques années. De ce fait, les sages-femmes nouvellement diplômées rencontrent de vraies difficultés à intégrer le monde du travail et accéder à l'emploi salarié (38). Comme nous avons pu le constater dans cette étude, de plus en plus de jeunes diplômés se tournent vers l'exercice libéral et proposent une offre de soins en gynécologie.

Dans ce contexte, un CESP pourrait être étendu aux étudiants en Maïeutique qui souhaitent s'orienter vers le mode d'exercice libéral, se former en gynécologie et s'investir dans cette activité de prévention. Cette mesure permettrait de les inciter à s'installer dans des zones « fragiles » où, comme nous l'indiquent les résultats de l'étude, le partenariat avec le médecin généraliste est déjà effectif. Cette disposition permettrait ainsi de fidéliser les jeunes professionnels dans ces zones déficitaires et de répondre aux besoins de la population féminine la plus éloignée des zones bien dotées en gynécologues. Dans le Cantal, département majoritairement rural, cette disposition pourrait permettre de limiter la baisse de l'offre de soins en gynécologie consécutive au départ à la retraite des gynécologues médicaux dans les dix années à venir.

Un autre impact de cette mesure serait de favoriser l'exercice coordonné indispensable à la continuité du parcours de soins des femmes.

### *2.2. Favoriser le travail en réseau en facilitant l'installation des sages-femmes libérales en Maisons de Santé Pluri professionnelles (MSP)*

D'après cette étude, bien que la coopération interprofessionnelle soit citée comme deuxième motif d'orientation des femmes vers les sages-femmes libérales, elle représente cependant un frein au développement d'une activité de gynécologie par les sages-femmes libérales qui la proposent déjà et celles qui ne la pratiquent pas : difficultés relationnelles avec les gynécologues, difficultés d'adressage des femmes à ces spécialistes après le dépistage d'une pathologie, éloignement géographique (39).

Afin de permettre l'accès aux soins, la fluidité et l'optimisation du parcours de soins des femmes, cette articulation entre la gradation des compétences des professionnels de premier et de deuxième recours est primordiale d'autant plus que, dans cette étude :

- le délai d'obtention d'un rendez-vous est cité comme premier motif générateur de difficultés d'adressage des femmes vers le médecin
- les SFL qui proposent l'ODS en gynécologie exercent majoritairement en zone rurale et en cabinet individuel, ce mode d'installation ne facilitant pas les liens de coopération avec les gynécologues majoritairement installés en zone urbaine

Depuis avril 2008, la Haute Autorité de Santé (HAS) (39–41) a élaboré des recommandations dans l'objectif de développer de nouvelles formes de coopération permettant d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients. C'est le cas des Maisons de Santé Pluri professionnelles (MSP) (42). Ce nouveau mode de coopération permet à des professionnels de santé, dont au minimum deux médecins généralistes et un professionnel paramédical, regroupés ou non dans les mêmes locaux, de définir ensemble un projet de santé conforme au cahier des charges national ainsi qu'au Projet Régional de Santé (PRS) (43). L'ARS est chargée d'en vérifier la conformité.

En intégrant ces structures, que ce soit en Maison de Santé Pluri professionnelles monosite ou multisite, les sages-femmes libérales participent à l'élaboration du projet de santé réfléchi en équipe, centré sur les besoins et l'accès aux soins de la population d'un territoire défini. Ce projet évolutif permet d'adapter l'offre de soins à la demande, de coordonner la prise en charge des patients afin de la rendre optimale et efficiente. En élaborant des protocoles de coopération avec des professionnels exerçant dans la structure ou extérieurs à celle-ci, ce dispositif peut permettre, en intégrant des gynécologues libéraux ou salariés, de diminuer les difficultés d'adressage exprimées par les SFL ayant participé à l'étude et de favoriser pour les SFL l'accès à la recherche et à la formation continue, indispensables à la qualité et la sécurité de la prise en charge des femmes. Ce projet met l'accent sur les missions de prévention et de santé publique et permet de définir le rôle, les missions, les responsabilités de chaque professionnel exerçant dans la structure selon ses compétences.

D'après l'analyse des résultats de l'étude, ce mode de coopération représenterait une réponse adaptée aux freins exprimés par les sages-femmes libérales et apporterait une plus-value à la profession par la reconnaissance de la place de la sage-femme comme acteur de premier recours et de prévention. Ces protocoles de coopération représentent également un levier à ne pas négliger pour la mise en œuvre des nouvelles compétences des sages-femmes dans le domaine de l'IVG médicamenteuse et son accès pour les femmes les plus éloignées des structures d'orthogénie.

## Conclusion

La loi HPST du 21 juillet 2009 et plus récemment la loi du 26 janvier 2016 dite de modernisation de notre système de santé prévoient la lutte contre les difficultés et les inégalités d'accès aux soins sur le territoire national en mettant l'accent sur la prévention.

Dans la Région Auvergne-Rhône-Alpes, la mise en œuvre de cette politique nationale de santé s'inscrit dans le Projet Régional de Santé qui s'appuie sur l'offre libérale de premier recours et qui lutte contre les inégalités intra régionales de santé.

Le non renouvellement des 96% de gynécologues médicaux susceptibles de partir à la retraite dans les dix années à venir impose d'appuyer l'offre de soins en gynécologie sur l'ensemble des professionnels médicaux compétents dans ce domaine. Les sages-femmes bénéficient de cet élargissement de compétences depuis 2009.

Une étude à visée descriptive a été menée auprès des 270 sages-femmes libérales exerçant dans deux départements présentant de faibles densités de gynécologues médicaux et de sages-femmes libérales: le Cantal et la Loire, et deux départements à plus fortes densités: l'Isère et la Savoie. Elle visait à faire l'état des lieux de leur activité en gynécologie, de connaître les facteurs influençant cette pratique et d'émettre des préconisations pour maintenir cette offre de soins.

L'enquête réalisée par questionnaires informatisés entre le 27 Avril et le 31 Mai 2016 révèle que 69% des sages-femmes libérales interrogées proposent déjà cette offre de soins et que 25% de celles ne pratiquant pas cette activité souhaitent se former. La moyenne d'âge, l'année d'obtention du diplôme de sages-femmes, les formations suivies dans ce domaine de compétences, la sensibilisation à la prévention et la situation du cabinet interfèrent significativement avec cette pratique. Ainsi, 93% des sages-femmes libérales installées en zone rurale proposent déjà cette offre de soins ainsi que 73% de celles installées en zone montagnaise. Pour 96% des sages-femmes interrogées, cette demande est en augmentation dans les quatre départements et répond à la demande de femmes qui rencontrent des difficultés d'accès au gynécologue et qui, pour 26% d'entre elles n'avaient pas de suivi antérieur par un médecin. Notre étude a révélé une meilleure connaissance des compétences des sages-femmes par les femmes et les professionnels puisque le premier motif d'orientation vers ces praticiennes est le suivi antérieur d'une grossesse, le bouche à oreille puis l'orientation par un professionnel notamment le médecin généraliste dans les zones très sous dotées.

Parmi les freins exprimés par les sages-femmes, nous avons noté la formation, décrite comme insuffisante à l'acquisition de toutes les compétences et difficilement accessible, les difficultés de coopération avec certains médecins qui génèrent des difficultés d'adressage des femmes après le dépistage d'une pathologie et que 12% des sages-femmes rencontrent, et la démographie des médecins qui entraîne une inégalité des demandes selon les territoires d'exercice.

Les projections démographiques étant difficilement réalisables à l'échelle d'une région et a fortiori à d'un département du fait des faibles effectifs de sages-femmes libérales, il ne nous a pas été possible de déterminer si l'offre de soins proposée par ces praticiennes pourra pallier le manque de médecins

dans les dix années à venir même si leurs effectifs, en 2016, dépassent celle des gynécologues médicaux âgés de 55 ans et plus dans les quatre départements étudiés.

Afin de favoriser le maintien de cette offre de soins sur ces quatre départements, une stratégie consisterait à faciliter l'installation des sages-femmes libérales dans des zones à moindre densité de gynécologues, étendre le Contrat d'Engagement de Service Public aux étudiants en Maïeutique et encourager l'installation des sages-femmes libérales dans des Maisons de Santé Pluri professionnelles. Afin de connaître l'impact de ces mesures sur l'offre de soins, des études ultérieures analysant les besoins et les recours des femmes vers les différents praticiens permettraient d'adapter l'offre de soins en gynécologie sur la Région Auvergne-Rhône-Alpes.

## Bibliographie

1. France. Code de la santé publique. Article L4151-1 Créé par LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009. JORF n° 0167 du 22 juillet 2009, p. 12184.
2. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Pacte territoire santé 1. [en ligne]. Paris; 2012 [cité 3 février 2016]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/pacte-territoire-sante/article/2015>
3. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Pacte territoire santé 2 [en ligne]. Paris; 2015 [cité 31 juillet 2016]. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/brochure\\_a5\\_pts\\_2\\_-\\_26-11-2015](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/brochure_a5_pts_2_-_26-11-2015)
4. France. Code de la Santé Publique. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JORF n° 0022 du 27 janvier 2016, p.
5. Lyon. Agence Régionale de Santé. Arrêté ARS n° 2011-3161 du 4 Août 2011 relatif au Plan Stratégique Régional de Santé [en ligne]. Lyon; 2011 [cité 23 octobre 2015]. Disponible sur: [http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc\\_strategie\\_projets/PRS\\_Programmes\\_CNP/PSRS/DSPRO\\_2011](http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_strategie_projets/PRS_Programmes_CNP/PSRS/DSPRO_2011)
6. Observatoire Régional de la Santé, Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes. Etat des lieux préalable à l'élaboration du Plan Régional de Santé Rhône-Alpes [en ligne]. Lyon, France: ORS - ARS; 2011 mars [cité 31 juillet 2016]. 151 p. Disponible sur: <http://www.prs-rhonealpes.fr/fileadmin/2011>
7. Agence Régionale de Santé Rhône Alpes. Etat des lieux démographique des gynécologues médicaux et des gynécologues-obstétriciens en Région Rhône-Alpes [en ligne]. Rhône-Alpes; 2014 [cité 4 février 2016]. 37 p. Disponible sur: [http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc\\_effic\\_offre\\_soins/Prof\\_sante\\_qualite\\_perf/Acrobat/ORDPS/Etudes/2014](http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_effic_offre_soins/Prof_sante_qualite_perf/Acrobat/ORDPS/Etudes/2014)
8. Evelyne Cash, Cash R, Dupilet C, Pinilo M, Richard T. Enquête qualitative préalable à la mise en place d'un dispositif statistique sur la mesure des délais d'attente dans l'accès aux soins. Paris: DREES Doc Travaux Série «Statistiques [en ligne]; 2015 [cité 3 février 2016];(133). Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt133>
9. Jalma. Observatoire jalma de l'accès aux soins [en ligne]. Edition 2014; 2014 [cité 29 février 2016]. Disponible sur: <http://www.jalma.com/wp-content/uploads/2014>
10. Billon A, Laborde F. Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes. [en ligne]. Paris: Sénat; 2015 [cité 8 mars 2016] 71 p. Report No.: 592. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r14-592>
11. France. Code de la Santé Publique. Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination | Légifrance [en ligne]. JORF n° 0130 du 5 juin 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/6/2/AFSP1608429D/jo/texte>
12. Henart L, Berland Y, Cadet D. Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaires - Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers: des pistes pour avancer [en ligne]. Paris; 2011 [cité 6 juin 2016]. 57 p. Disponible sur: <http://paca-corse.ordremk.fr/files/2012>
13. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. Santé Publique. 2005 mars;17(1):109-19.
14. Badet-Phan A, Moreau A, Colin C, Canoui-Poitrine F, Schott-Pethelaz AM, Flori M. Obstacles au dépistage du cancer du col de l'utérus rencontrés par les médecins généralistes chez les femmes âgées de 50 à 65 ans. Pratiques et Organisation des Soins. 2012 octobre;43(4):261-8.

15. Organisation Mondiale de la Santé. Définition Santé sexuelle et génésique [en ligne]. 2016 [cité 15 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011>
16. Kalecinski J, Régnier-Denois V, Ouédraogo S, Dabakuyo-Yonli TS, Dumas A, Arveux P, et al. Dépistage organisé ou individuel du cancer du sein ? Attitudes et représentations des femmes. Santé Publique. 2015 juin ;27(2):213-20.
17. Amsellem-Mainguy Y. Contraception et grossesses à l'adolescence : vers une reconnaissance du droit à l'intimité des jeunes. Politique Sociale et Familiale. 2011 octobre ;100(165-166):156-63.
18. Améli. ameli.fr - Le contrat incitatif sage-femme [en ligne]. 2014 [cité 9 février 2016]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/sages-femmes/votre-convention/le-contrat-incitatif-sage-femme.php>
19. Solutions Médicales .fr. La carte de France des sages-femmes libérales [en ligne]. 2015 [cité 28 mars 2016]. Disponible sur: <http://solutionsmedicales.fr/s-installer-en-liberal/la-carte-de-france-des-sages-femmes-liberales/2015>
20. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, Collectif des Associations et Syndicats de Sages-Femmes. Référentiel Métier et Compétences des sages-femmes. Paris; 2010. 34 p.
21. Haute Autorité de Santé. Haute Autorité de Santé - Les fiches méthodes de DPC [en ligne]. HAS; 2015 [cité 26 octobre 2015]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1356682/fr/les-fiches-methodes-de-dpc](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1356682/fr/les-fiches-methodes-de-dpc)
22. France. Code de la Santé Publique. Arrêté du 21 décembre 2015 fixant le nombre de places offertes pour l'année universitaire 2016-2017 pour l'admission en deuxième année des études médicales, odontologiques, pharmaceutiques ou de sage-femme. JORF n° 299 du 26 décembre 2015, p. 24033.
23. Jakoubovitch S. Le parcours des étudiants en école de sages-femmes. 2011 [cité 3 février 2016]; Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/12492>
24. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Etude des régulateurs européens de sages-femmes [en ligne]. Paris: CNOSF; 2010 [cité 6 mars 2016] p. 1-28. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/11/Etude-NEMIR-2010>
25. Bajos N, Oustry P, Leridon H, Bouyer J, Job-Spira N, Hassoun D, et al. Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France. Population. 2004 juin ;59(3):479-502.
26. Haut Conseil de la Santé publique. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité [en ligne]. 2009 décembre [cité 18 avril 2016]. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112>
27. Van Coppenolle Perrine. Les sages-femmes et le suivi gynécologique de prévention et de contraception.87f. Mémoire de sage-femme: Université de Reims Champagne-Ardenne: 2011.
28. Douguet F, Vilbrod A. La profession de sage-femme libérale et la loi HPST : entre espoirs et désillusions. In Lille: CREAPS; 2012 [cité 26 sept 2015]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00958897>
29. Caisse Nationale Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Document de synthèse: les grands principes de la CCAM pour les sages-femmes [en ligne]. Paris: CNAMTS; 2016 [cité 29 avril 2016]. Disponible sur: [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents)
30. Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique: Sortie de maternité après accouchement: conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés [en ligne]. HAS; 2014 [cité 27 décembre 2015]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveaux-nes](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveaux-nes)

31. Haute Autorité de Santé. Haute Autorité de Santé - Parcours de soins en périnatalité : pour une prise en charge optimale de la mère et de l'enfant [en ligne]. 2014 [cité 31 juillet 2016]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1752054/fr/parcours-de-soins-en-perinatalite-pour-une-prise-en-charge-optimale-de-la-mere-et-de-l-enfant](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1752054/fr/parcours-de-soins-en-perinatalite-pour-une-prise-en-charge-optimale-de-la-mere-et-de-l-enfant)
32. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. Mesurer l'accès aux soins de premier recours à une échelle géographique locale: L'indicateur d'Accessibilité Localisée (APL) aux principales professionnels de soins premier recours [en ligne]. 2012 [cité 16 février 2016]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/document.aspx?ReportId=544>
33. Collin C, Barlet M, Bigard M, Lévy D. Offre de soins de premier recours: proximité ne rime pas toujours avec accessibilité. DREES Document Travail Série «Statistiques. 2012;(817):1-4.
34. Gras D, Vallès Vincent. Auvergne-Rhône-Alpes: une croissance démographique soutenue en région Auvergne-Rhône-Alpes. Insee Analyses. 2016 janvier;(1):1-4.
35. Agence Régionale de Santé Auvergne. Schéma Régional d'Organisation des Soins [Internet]. ARS Auvergne; 2012 [cité 9 février 2016]. Disponible sur: [http://www.ars.auvergne-rhone-alpes.sante.fr/fileadmin/AUVERGNE/ARS\\_auvergne/votre\\_ars/PRS\\_MINI\\_SITE/documents/ARS\\_Sros](http://www.ars.auvergne-rhone-alpes.sante.fr/fileadmin/AUVERGNE/ARS_auvergne/votre_ars/PRS_MINI_SITE/documents/ARS_Sros)
36. Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes. Schéma Régional d'Organisation des Soins [en ligne]. Lyon, France: ARS Rhône Alpes; 2012 [cité 31 juillet 2016]. 504 p. Disponible sur: [http://www.prs-rhonealpes.fr/fileadmin/Documents/Supports\\_PRS\\_Telechargement/SROS](http://www.prs-rhonealpes.fr/fileadmin/Documents/Supports_PRS_Telechargement/SROS)
37. ARS Rhône Alpes. Accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) [en ligne]. [cité 23 octobre 2015]. Disponible sur: <http://www.prs-rhonealpes.fr/4-programmes-regionaux/acces-a-la-prevention-et-aux-soins-des-plus-demunis-praps.html>
38. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Note de synthèse - Le marché du travail des sages-femmes: transition ou déséquilibre? [en ligne]. 2014 [cité 27 février 2016]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015>
39. Haute Autorité de Santé. Protocole de coopération entre professionnels de santé - Mode d'emploi [en ligne]. Paris: HAS; 2012 [cité 17 février 2016]. p. 1-6. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012>
40. Haute Autorité de Santé. Nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé Rapport de synthèse des évaluations quantitatives et recueil de l'avis du malade [en ligne]. Paris: HAS; 2008 [cité 26 juin 2016] p. 1-119. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008>
41. Haute Autorité de Santé, Observatoire National Des Professions de Santé. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes de coopération entre professionnels de santé? Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS [en ligne]. Paris: HAS; 2008 [cité 26 juin 2016] p. 1-61. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reco\\_cooperation\\_vvd\\_16\\_avril\\_2008](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008)
42. Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé. Maison et Pôle de Santé [en ligne]. 2013 [cité 1 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.ffmps.fr/index.php>
43. Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes. Auvergne-Rhône-Alpes. Une nouvelle ARS Auvergne-Rhône-Alpes au 1er janvier 2016 [en ligne]. ARS Auvergne-Rhône-Alpes; 2015 [cité 17 février 2016]. Disponible sur: [http://www.ars.auvergne.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/AuvergneRhôneAlpes/1.L\\_ARS\\_ARA/Presentation/2015](http://www.ars.auvergne.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/AuvergneRhôneAlpes/1.L_ARS_ARA/Presentation/2015)

## Liste des figures et tableaux

<b>FIGURE 1</b> : CARTE – NETTE DENSIFICATION DES TERRITOIRES PERI URBAINS VARIATION DE POPULATION PAR KM <sup>2</sup> ENTRE 1982 ET 2012.....	<b>9</b>
<b>FIGURE 2</b> : EVOLUTION DE L'EFFECTIF DE LA POPULATION DE FEMMES DE 15 – 64 ANS EN REGION AUVERGNE-RHONE-ALPES ET LES 4 DEPARTEMENTS ETUDIES.....	<b>10</b>
<b>FIGURE 3</b> : EVOLUTION DES EFFECTIFS ET DE LA REPARTITION DES GYNECOLOGUES MEDICAUX AGES DE + 55 ANS ENTRE 2013 ET 2015 DANS LE CANTAL, LA LOIRE, L'ISERE ET LA SAVOIE .....	<b>11</b>
<b>FIGURE 4</b> : EVOLUTION DES EFFECTIFS ET DE LA REPARTITION DES GYNECOLOGUES OBSTETRICIENS AGES DE + 55 ANS ENTRE 2013 ET 2015 DANS LE CANTAL, LA LOIRE, L'ISERE ET LA SAVOIE .....	<b>12</b>
<b>FIGURE 5</b> : EVOLUTION DES EFFECTIFS ET DE LA REPARTITION DES MEDECINS GENERALISTES AGES DE + 55 ANS ENTRE 2013 ET 2015 DANS LE CANTAL, LA LOIRE, L'ISERE ET LA SAVOIE .....	<b>13</b>
<b>TABLEAU 1</b> : DEMOGRAPHIE DES SAGES-FEMMES EXERÇANT EN FRANCE ET EN REGION AUVERGNE-RHONE-ALPES EN 2015 ..	<b>14</b>
<b>FIGURE 6</b> : EVOLUTION DES EFFECTIFS ET DES LA PART DES SAGES-FEMMES LIBERALES AGEES DE + 55 ANS ENTRE 2013 ET 2015 DANS LE CANTAL, LA LOIRE, L'ISERE ET LA SAVOIE .....	<b>14</b>
<b>FIGURE 7</b> : REPARTITION DE L'OFFRE DE SOINS EN GYNECOLOGIE PAR LES SAGES-FEMMES LIBERALES SELON LEUR DEPARTEMENT D'EXERCICE ENTRE LE 27 AVRIL ET LE 31 MAI 2016 (N=161) .....	<b>26</b>
<b>FIGURE 8</b> : REPARTITION DE L'OFFRE DE SOINS EN GYNECOLOGIE PAR LES SAGES-FEMMES LIBERALES SELON LA ZONE D'EXERCICE DANS LE CANTAL, LA LOIRE, L'ISERE ET LA SAVOIE ENTRE LE 27 AVRIL ET LE 31 MAI 2016 (N=161) .....	<b>26</b>
<b>FIGURE 9</b> : REPARTITION DU MODE D'INSTALLATION DES SAGES-FEMMES LIBERALES EXERÇANT DANS LE CANTAL, LA LOIRE, L'ISERE ET LA SAVOIE SELON QU'ELLES PROPOSENT OU NON UNE OFFRE DE SOINS DE GYNECOLOGIE (N=161) .....	<b>27</b>
<b>TABLEAU 2</b> : ESTIMATION PAR LES SFL DU NOMBRE MOYEN D'ACTES EFFECTUES PAR SEMAINE EN FONCTION DU DEPARTEMENT, DE LA SITUATION DU CABINET ET DU ZONAGE CONVENTIONNEL (N=101).....	<b>27</b>
<b>FIGURE 10</b> : PROPORTION DE SFL PRATIQUANT CES ACTES EN CONSULTATION DE GYNECOLOGIE (N=111) .....	<b>28</b>
<b>FIGURE 11</b> : MOTIFS DE CONSULTATIONS SELON LES SFL (N=111).....	<b>28</b>
<b>FIGURE 12</b> : PART DES SFL RENCONTRANT DES DIFFICULTES D'ADRESSAGE VERS UN MEDECIN APRES AVOIR DEPISTE UNE PATHOLOGIE GYNECOLOGIQUE, SELON LE ZONAGE CONVENTIONNEL (N=111) .....	<b>29</b>
<b>FIGURE 13</b> : PART DES SFL RENCONTRANT DES DIFFICULTES D'ADRESSAGE A UN MEDECIN APRES AVOIR DEPISTE UNE PATHOLOGIE GYNECOLOGIQUE SELON LA SITUATION DU CABINET (N=111) .....	<b>29</b>
<b>TABLEAU 3</b> : FACTEURS SOCIO-PROFESSIONNELS INFLUENÇANT LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITE DE GYNECOLOGIE CHEZ LES SAGES-FEMMES LIBERALES AYANT PARTICIPE A L'ENQUETE ET EXERÇANT DANS LE CANTAL, LA LOIRE, L'ISERE ET LA SAVOIE ENTRE LE 27 AVRIL ET LE 31 MAI 2016 (N=161) .....	<b>30</b>
<b>TABLEAU 4</b> : FACTEURS LIES A L'EXERCICE PROFESSIONNEL INFLUENÇANT LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITE DE GYNECOLOGIE CHEZ LES SAGES-FEMMES LIBERALES AYANT PARTICIPE A L'ENQUETE ET EXERÇANT DANS LE CANTAL, LA LOIRE, L'ISERE ET LA SAVOIE ENTRE LE 27 AVRIL ET LE 31 MAI 2016 (N=161).....	<b>31</b>
<b>FIGURE 14</b> : PART DES SFL DECLARANT CES MOTIFS D'ORIENTATION VERS LA SFL (N=111) .....	<b>32</b>
<b>FIGURE 15</b> : PART DES SFL REpondantes ESTIMANT UN LIEN ENTRE L'AUGMENTATION DE LA DEMANDE ET LES MOTIFS CI-DESSUS (N=110).....	<b>33</b>
<b>TABLEAU 5</b> : EFFECTIFS DES PROFESSIONNELS LIBERAUX DANS LE DOMAINE DE LA GYNECOLOGIE – REGION AUVERGNE-RHONE-ALPES – LE CANTAL, LA LOIRE, L'ISERE, LA SAVOIE ET LA FRANCE ENTIERE EN 2015 .....	<b>67</b>

<b>TABLEAU 6</b> : INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES MEDECINS – SAGES-FEMMES ET TAUX DE CROISSANCE DES EFFECTIFS ENTRE 2013 ET 2015 – FRANCE ENTIERE, REGION AUVERGNE-RHONE-ALPES ET 4 DEPARTEMENTS : LE CANTAL, LA LOIRE, L'ISERE ET LA SAVOIE (TOUS MODES D'EXERCICE) .....	<b>67</b>
<b>TABLEAU 7</b> : EVOLUTION DU MODE D'INSTALLATION DES SAGES-FEMMES LIBERALES ENTRE 2012 ET 2013 EN FRANCE – REGION AUVERGNE-RHONE-ALPES ET LES QUATRE DEPARTEMENTS : LE CANTAL, LA LOIRE, L'ISERE ET LA SAVOIE .....	<b>68</b>
<b>TABLEAU 8</b> : LES SAGES-FEMMES ET LES MAISONS DE SANTE PLURI PROFESSIONNELLES (MSP) EN 2015 .....	<b>68</b>
<b>TABLEAU 9</b> : NOMBRE DE CONTRATS INCITATIFS SIGNES PAR LES SAGES-FEMMES LIBERALES EXERÇANT DANS LE CANTAL, LA LOIRE, L'ISERE ET LA SAVOIE – 2014 ET 2015 .....	<b>68</b>
<b>FIGURE 16</b> : EVOLUTION DU NOMBRE DIFFERENTIEL D'INSTALLATIONS ET DE CESSATIONS D'ACTIVITE DES SAGES-FEMMES LIBERALES DANS LE CANTAL, L'ISERE, LA LOIRE ET LA SAVOIE ENTRE 2008 ET 2016 .....	<b>69</b>
<b>TABLEAU 10</b> : EVOLUTION DU NOMBRE DE SAGES-FEMMES LIBERALES REALISANT DES ACTES DE GYNECOLOGIE ET DU NOMBRE DE CES ACTES PRATIQUES PAR LES SAGES-FEMMES LIBERALES DANS L'ISERE, LA LOIRE ET LA SAVOIE ENTRE 2014 ET 2015 .....	<b>70</b>
<b>TABLEAU 11</b> : RECOURS AUX CONSULTATIONS DE GYNECOLOGIE EN 2013 DANS LE CANTAL, LA LOIRE, L'ISERE, LA SAVOIE ET EN REGION AuRA – TOUS REGIMES .....	<b>71</b>
<b>TABLEAU 12</b> : RECOURS AUX CONSULTATIONS DE GYNECOLOGIE EN 2015 DANS LE CANTAL, LA LOIRE, L'ISERE, LA SAVOIE ET EN REGION AuRA – TOUS REGIMES .....	<b>71</b>
<b>FIGURE 17</b> : PROFIL DES SAGES-FEMMES LIBERALES REpondANTES EXERÇANT DANS LE CANTAL, LA LOIRE, L'ISERE ET LA SAVOIE PAR TRANCHE D'AGE (N=155) .....	<b>72</b>
<b>FIGURE 18</b> : PROFIL DES SAGES-FEMMES REpondANTES EXERÇANT DANS LE CANTAL, LA LOIRE, L'ISERE ET LA SAVOIE SELON LE SEXE (N=143) .....	<b>72</b>
<b>FIGURE 19</b> : LIEU D'OBTENTION DU DIPLOME DES SAGES-FEMMES LIBERALES REpondANTES (N=161).....	<b>72</b>
<b>FIGURE 20</b> : PART DES SAGES-FEMMES LIBERALES REpondANTES AYANT OBTENU UN DIPLOME UNIVERSITAIRE (N=161).....	<b>73</b>
<b>TABLEAU 13</b> : FORMATIONS COMPLEMENTAIRES SUIVIES PAR LES SAGES-FEMMES LIBERALES PARTICIPANT A L'ENQUETE ENTRE LE 27 AVRIL ET LE 31 MAI 2016 (N=92) .....	<b>73</b>
<b>TABLEAU 14</b> : COMPARAISON DES CARACTERISTIQUES SELON LE SEXE, L'AGE ET LA DATE D'OBTENTION DU DIPLOME DES SAGES-FEMMES LIBERALES AYANT PARTICIPE A L'ENQUETE DU 27 AVRIL AU 30 MAI 2016, AVEC L'ENSEMBLE DES SAGES-FEMMES LIBERALES EXERÇANT DANS LE CANTAL, LA LOIRE, L'ISERE ET LA SAVOIE (N = 161) .....	<b>74</b>
<b>TABLEAU 15</b> : COMPARAISON DES CARACTERISTIQUES SELON LE DEPARTEMENT D'EXERCICE, LA PREMIERE INSTALLATION, LA SITUATION DU CABINET D'EXERCICE ET LE MODE D'INSTALLATION DES SAGES-FEMMES LIBERALES AYANT PARTICIPE A L'ENQUETE DU 27 AVRIL AU 30 MAI 2016, AVEC L'ENSEMBLE DES SAGES-FEMMES LIBERALES EXERÇANT DANS LE CANTAL, LA LOIRE, L'ISERE ET LA SAVOIE (N = 161) .....	<b>74</b>
<b>FIGURE 21</b> : ZONE D'INSTALLATION DU CABINET PRINCIPAL DES SAGES-FEMMES LIBERALES REpondANTES PAR DEPARTEMENT (N=161).....	<b>75</b>
<b>FIGURE 22</b> : MODE D'INSTALLATION DES SAGES-FEMMES LIBERALES REpondANTES SELON LE DEPARTEMENT D'EXERCICE (N=161).....	<b>75</b>
<b>FIGURE 23</b> : EFFECTIF DES GYNECOLOGUES LIBERAUX ET SAGES-FEMMES LIBERALES PROPOSANT UNE OFFRE DE SOINS DE GYNECOLOGIE DANS LE CANTAL, LA LOIRE, L'ISERE ET LA SAVOIE ENTRE LE 27 AVRIL ET LE 31 MAI 2016 .....	<b>75</b>

# Annexes

## Annexe I

### Courriel d'information aux sages-femmes libérales et demande d'autorisation pour l'utilisation de leur adresse mail



Carole LECONTE  
Sage-femme  
Etudiante Master 2 PMP  
Université de Bourgogne  
04 27 86 55 35  
carole.leconte@ars.sante.fr

Lyon, le 30 Mars 2016

Madame, Monsieur,

Etudiante en 2<sup>ème</sup> année de Master Périnatalité Management et Pédagogie à l'Université de Bourgogne, j'effectue un stage de 4 mois au sein de l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes.

Dans ce cadre, je souhaite réaliser une étude sur l'activité des Sages-femmes, et en particulier, si compte tenu de l'élargissement de nos compétences par la Loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 Juillet 2009, celles-ci ont orienté une part de leur activité vers la gynécologie afin de répondre au besoin de suivi gynécologique des femmes de la région.

Cette étude, soutenue par l'Union Régionale des Professions de Santé et le Conseil Inter Régional de l'Ordre des Sages-femmes du Secteur V, représente un enjeu important pour notre profession.

Compte tenu de la taille de la région Auvergne Rhône Alpes, j'ai ciblé mon étude sur l'activité des Sages-femmes libérales de 4 départements:

- 2 départements moins bien dotés en sages-femmes libérales: le Cantal et la Loire
- 2 départements mieux dotés en sages-femmes libérales: l'Isère et la Savoie.

Afin de faciliter le recueil puis l'analyse de vos réponses, un questionnaire peut vous être adressé par voie numérique, mais pour cela, il m'est nécessaire de disposer de vos adresses mails. C'est pourquoi, je sollicite votre autorisation pour les recueillir par le biais de votre Conseil Départemental de l'Ordre. Votre adresse mail ne sera utilisée qu'à cette fin.

Vous remerciant pour l'attention portée à ma demande, je vous adresse, chère consœur, cher confrère, mes cordiales salutations

Carole Leconte  
Sage-femme

---

Madame, Monsieur .....

Donne l'autorisation

Ne donne pas l'autorisation

Au Conseil Départemental de l'Ordre des Sages-femmes de transmettre mon adresse mail à l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes pour l'étude réalisée par Madame Carole Leconte, sage-femme dans le cadre de son Master 2 PMP.

*Réponse à adresser par mail à Carole LECONTE et à votre CDOSF.*

*Merci d'avance*

Fait à ..... le.....

Signature

## Annexe II

### Auto-questionnaire adressé aux sages-femmes libérales



### **Enquête sur l'activité des Sages-femmes libérales dans 4 départements de la région Auvergne-Rhône-Alpes Cantal, Isère, Loire et Savoie**

Chère consoeur, cher confrère,

En stage à l'Agence Régionale de Santé Auvergne Rhône Alpes, je prépare un mémoire de fin d'études, Master « Périnatalité Management Pédagogie », consacré à la pratique des actes de gynécologie par les sages-femmes libérales exerçant dans 4 départements de la région : le Cantal, la Loire, l'Isère et la Savoie.

Cette étude, soutenue par l'Union Régionale des Professions de Santé et le Conseil Inter Régional de l'Ordre des Sages-femmes du Secteur V, représente un enjeu important pour notre profession et pour l'offre de soins proposée aux femmes résidant dans notre région.

Afin de décrire votre activité dans le domaine de la gynécologie, depuis l'élargissement de nos compétences par la Loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 Juillet 2009, j'ai besoin de recueillir votre point de vue par le biais d'un questionnaire.

Votre participation à cette enquête est précieuse, que vous pratiquiez ou que vous ne pratiquiez pas de consultations de gynécologie.

Je vous remercie de bien vouloir remplir le questionnaire en cliquant sur le bouton "Je participe" avant le 15 Mai prochain. Son remplissage ne vous prendra que quelques minutes.  
Toutes les informations que vous nous communiquerez resteront confidentielles et ne seront exploitées qu'à des fins d'études universitaires.

Les résultats et l'analyse des données vous seront transmis par mail pour information.

Je vous remercie de votre participation à cette étude et vous prie d'accepter, Madame, Monsieur, mes cordiales salutations.

Carole Leconte  
Sage-femme

Contact mail : [carole.leconte@ars.sante.fr](mailto:carole.leconte@ars.sante.fr)

**Je participe !**

## Enquête sur l'activité des sages-femmes libérales dans 4 départements de la région Auvergne-Rhône-Alpes

Cantal, Isère, Loire et Savoie

### Profil

Âge :

Sexe :

Homme

Femme

### Formation initiale

Année d'obtention de votre diplôme : \*

Lieu d'obtention du diplôme : \*

Région Auvergne-Rhône-Alpes

France hors Auvergne-Rhône-Alpes

Union Européenne

Hors Union Européenne

### Formation complémentaire

Diplôme universitaire : \*

Oui

Non

Si oui, le(s)quel(s) \*

Acupuncture obstétricale

Contraception - Gynécologie

Echographie obstétricale

Hypnose médicale

Mécaniques et techniques obstétricales

Nutrition

Addictologie

Ethique et déontologie

Homéopathie

Lactation et allaitement

Médecine foetale

Périnatalité

Sexologie

Rééducation périnéale

Autre :



### Exercice professionnel

Situation de votre cabinet principal \*

- Zone rurale
- Zone urbaine
- Zone semi-urbaine
- Zone montagnaise

Nombre de demi-journées d'exercice libéral par semaine : \*

Année d'installation en libéral : \*

Est-ce votre premier exercice de sage-femme ? \*

- Oui
- Non

Si non, avant votre exercice libéral, vous avez exercé en :

- Etablissement de santé public
- Etablissement de santé privé
- PMI

Autre :

Vous exercez principalement : \*

- En cabinet individuel
- En cabinet groupé - société
- En clinique



## Enquête sur l'activité des sages-femmes libérales dans 4 départements de la région Auvergne-Rhône-Alpes

Cantal, Isère, Loire et Savoie

### Activité

**Avez vous une activité obstétricale ? \***  
(consultations prénatales, EPP, préparation à la naissance et à la parentalité, échographie, suivi de grossesse pathologique...)

- Oui  
 Non

**Nombre d'actes obstétricaux effectués en moyenne par semaine (la semaine dernière par exemple)**

**Constatez vous que cette demande de suivis obstétricaux augmente ?**

- Oui  
 Non

**Si oui, depuis combien de temps ?**

- Quelques années  
 Quelques mois

Autre :

**Pratiquez vous des accouchements ? \***

- Oui  
 Non

**Nombre d'accouchements dans l'année en établissement avec plateau technique**

**Nombre d'accouchements dans l'année à domicile**

**Pratiquez vous des actes de prévention et d'éducation pour la santé ? \***

- Oui  
 Non

**Si oui, lesquels ?**

- Vaccination  
 Information diététique  
 Sevrage tabagique  
 Conduites à risque  
 Sensibilisation aux violences conjugales  
 Prévention IST  
 Prévention collective auprès des jeunes



## Enquête sur l'activité des sages-femmes libérales dans 4 départements de la région Auvergne-Rhône-Alpes

Cantal, Isère, Loire et Savoie

Pratiquez vous des consultations de gynécologie ? \*

- Oui  
 Non

Aotes pratiqués en consultation \*

- Pose spéculum  
 Toucher vaginal  
 Prise pression artérielle  
 Palpation mammaire  
 Frottis cervico-utérin  
 Dépistage et traitement d'IST  
 Prescription et renouvellement de contraception

Motifs de consultation invoqués par les patientes ? \*

- Contraception  
 Consultation de suivi gynécologique  
 Stérilité  
 IVG  
 Violences sexuelles  
 Dépistage cancers, IST  
 Troubles de la sexualité  
 Ménopause

Si prescription de contraception, laquelle ? \*

- Pose et/ou retrait de DIU  
 Pose et/ou retrait d'implant contraceptif  
 Contraception orale  
 Patch contraceptif  
 Anneau vaginal  
 Autres modes

Selon vous, quelle part de votre patientèle n'avait pas de suivi antérieur par un médecin ? (%)

Pour quelle(s) raison(s) les patientes se sont-elles orientées vers vous pour des aotes gynécologiques ? \*

- Délai d'attente d'un rendez-vous chez le médecin  
 Proximité géographique  
 Adressées par le gynécologue  
 Adressées par le médecin traitant  
 Adressées par un autre professionnel  
 Suivi antérieur pour une grossesse  
 Raison financière  
 Conseillées par une amie, une parente

Autre :



\* questions obligatoires

Nombre d'actes de gynécologie pratiqués en moyenne par semaine :

Nombre total de patientes suivies en consultation de gynécologie sur l'année :

Constatez-vous que cette demande de consultations gynécologiques augmente ? \*

Oui

Non

Si oui, depuis combien de temps ? \*

Quelques années

Quelques mois

Autre :

Quelle en est la principale raison selon vous ?

Selon vous, quels seraient les actes qui nécessiteraient une formation complémentaire dans votre pratique de la gynécologie ? \*

Aucun

Examen mammaire

Pose et/ou retrait de DIU

Pose et/ou retrait d'implant contraceptif

Frottis cervico-utérin

Examen pelvien

Autre :

Lorsque vous dépistez une pathologie gynécologique, rencontrez-vous des difficultés pour adresser votre patiente à un médecin ? \*

Oui

Non

Non concerné

Si oui, pour quelles raisons ? \*



Quels sont vos principaux freins à la pratique de la gynécologie ?

Quelles sont vos principales motivations à la pratique de la gynécologie ?

Avez vous d'autres commentaires à nous soumettre ?

Cliquez ci-dessous pour valider vos réponses



\* questions obligatoires

Si vous ne pratiquez pas d'acte de gynécologie, quels en sont vos freins ? \*

- Ne le souhaite pas
- Manque de disponibilité
- Pas de demande
- Coût de la formation
- Coût du matériel
- Pas de frein à cette pratique

Autre :

Envisagez vous une formation pour cette pratique dans les  
années à venir ? \*

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Avez vous d'autres commentaires à nous soumettre ?

Cliquez ci-dessous pour valider vos réponses



## Annexe III

Mail de Relance envoyé aux sages-femmes non répondantes

le 12 mai 2016



### **Enquête sur l'activité des sages-femmes libérales dans 4 départements de la région Auvergne-Rhône-Alpes**

**Cantal, Isère, Loire et Savoie**

Chère consoeur, cher confrère,

Je vous rappelle mon précédent envoi concernant la pratique des actes de gynécologie.

En stage à l'Agence Régionale de Santé Auvergne Rhône Alpes, je prépare un mémoire de fin d'études consacré à la pratique des actes de gynécologie par les sages-femmes libérales exerçant dans les départements du Cantal, de la Loire, de l'Isère et de la Savoie.

Cette étude, représente un enjeu important pour notre profession. Cet état des lieux de notre activité doit permettre de déboucher sur des préconisations concernant l'offre de soins de gynécologie pour les femmes résidant en Auvergne-Rhône-Alpes.

**Votre participation à cette enquête est précieuse, que vous pratiquiez ou que vous ne pratiquiez pas de consultations de gynécologie.**

A ce jour, nous enregistrons un taux de participation légèrement supérieur à 39% ce qui ne nous permet pas encore d'obtenir des données probantes qui puissent être analysées et exploitées.

**Votre participation est plus que nécessaire.**

Merci de bien vouloir remplir le questionnaire ci-joint en cliquant sur le bouton "Je participe" avant le 15 Mai prochain. Son remplissage ne vous prendra que quelques minutes.

Très cordialement

Carole Leconte  
Sage-femme

Contact mail : [carole.leconte@ars.sante.fr](mailto:carole.leconte@ars.sante.fr)

Annexe IV

Mail de Relance envoyé aux sages-femmes non répondantes

le 25 mai 2016



**Enquête sur l'activité des sages-femmes  
libérales dans 4 départements de la  
région Auvergne-Rhône-Alpes  
Cantal, Isère, Loire et Savoie**

Chère consœur, cher confrère,

Je vous rappelle mon précédent envoi concernant la pratique des actes de gynécologie.

En stage à l'Agence Régionale de Santé Auvergne Rhône Alpes, je prépare un mémoire de fin d'études consacré à la pratique des actes de gynécologie par les sages-femmes libérales exerçant dans les départements du Cantal, de la Loire, de l'Isère et de la Savoie.

Cette étude, représente un enjeu important pour notre profession. Cet état des lieux de notre activité doit permettre de déboucher sur des préconisations concernant l'offre de soins de gynécologie pour les femmes résidant en Auvergne-Rhône-Alpes.

**Votre participation à cette enquête est précieuse, que vous pratiquiez ou que vous ne pratiquiez pas de consultations de gynécologie.**

**A ce jour, nous enregistrons un taux de participation légèrement supérieur à 52% ce qui ne nous permet pas encore d'obtenir des données probantes qui puissent être analysées et exploitées.**

**Votre participation est plus que nécessaire. Pour cela, nous vous laissons un délai supplémentaire jusqu'au 30 Mai.**

Merci de bien vouloir remplir le questionnaire ci-joint en cliquant sur le bouton "Je participe" avant le 30 Mai prochain. Son remplissage ne vous prendra que quelques minutes.

Très cordialement

Carole Leconte  
Sage-femme

Contact mail : [carole.leconte@ars.sante.fr](mailto:carole.leconte@ars.sante.fr)

## Annexe V

## Démographie médicale

**Tableau 5 : Effectifs des professionnels libéraux dans le domaine de la gynécologie – Région Auvergne-Rhône-Alpes – le Cantal, la Loire, l'Isère, la Savoie et la France entière en 2015**

	Gynécologues médicaux (Libéraux + Mixtes) (Densité / 100 000 femmes âgées de 15 – 64 ans)	Gynécologues obstétriciens (Libéraux + Mixtes) (Densité / 100 000 femmes âgées de 15 – 64 ans)	Médecins généralistes (Libéraux + Mixtes) (Densité / 100 000 femmes âgées de 15 – 64 ans)	Sages-femmes (Libérales + Mixtes) (Densité / 100 000 femmes âgées de 15 – 64 ans)
Cantal	4 (9,4)	3 (6,8)	153 (347,9)	8 (18,2)
Loire	13 (5,6)	30 (12,9)	795 (338,7)	61 (26,0)
Isère	70 (17,6)	38 (9,6)	1 325 (372,0)	171 (48,0)
Savoie	14 (10,4)	11 (8,2)	555 (413,6)	56 (41,7)
Région AuRA	303 (12,9)	321 (13,7)	8 143 (347,7)	805 (34,4)
France	2 817 (13,3)	2 753 (13,0)	69 010 (325,9)	5 434 (25,7)

Sources: ASIP Santé – RPPS traitements DREES 2015

Diamant RPPS: 1<sup>er</sup>/01/2015 – Données extraites le 26/06/2015 (pour Rhône-Alpes) et le 05/02/2016 pour (Auvergne) –CNOSF**Tableau 6 : Indicateurs démographiques Médecins – Sages-femmes et Taux de croissance des effectifs entre 2013 et 2015 – France entière, Région Auvergne-Rhône-Alpes et 4 départements : le Cantal, la Loire, l'Isère et la Savoie (tous modes d'exercice)**

Territoire		GM	GO	MG	SF
<b>FRANCE</b>	<b>Effectif</b>	<b>3 311</b>	<b>4 577</b>	<b>102 485</b>	<b>21 616</b>
	TC (2013-2015) (%)	-8,0	+7,6	+0,6	+6,8
	TCAM (%)	-4,0	+3,8	+0,3	+3,4
	Part des femmes (%)	2 384 (72,0)	2 088 (45,6)	44 607 (43,5)	21 052 (97,4)
	Part <35 ans (%)	106 (3,2)	686 (15,0)	10 092 (9,8)	8 356 (38,6)
	Part >55 ans (%)	3 062 (92,5)	1 427 (31,2)	47 206 (46,1)	3 020 (14,0)
<b>AuRA</b>	<b>Effectif</b>	<b>352</b>	<b>538</b>	<b>12 300</b>	<b>2 948</b>
	TC (2013-2015) (%)	-8,0	+8,0	+1,7	+7,4
	TCAM (%)	-4,0	+4,0	+0,9	+3,7
	Part des femmes (%)	251 (71,3)	262 (48,7)	5 788 (47,1)	2 869 (97,3)
	Part <35 ans (%)	5 (1,4)	90 (16,7)	1 480 (12,0)	1 119 (38,0)
	Part >55 ans	339 (96,3)	145 (27,0)	5 205 (42,3)	495 (16,8)
<b>CANTAL</b>	<b>Effectif</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>245</b>	<b>41</b>
	TC (2013-2015) (%)	-16,6	+0	+1,2	+5,1
	TCAM (%)	-8,3	+0	+0,6	+2,6
	Part des femmes (%)	4 (80,0)	3 (37,5)	87 (35,5)	41 (100,0)
	Part <35 ans (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	28 (11,4)	10 (24,4)
	Part >55 ans (%)	5 (100,0)	2 (25,0)	114 (46,5)	9 (22,0)
<b>LOIRE</b>	<b>Effectif</b>	<b>17</b>	<b>54</b>	<b>1 239</b>	<b>290</b>
	TC (2013-2015) (%)	-5,5	+5,9	+0,2	+9,0
	TCAM (%)	-2,8	+2,9	+0,1	+4,5
	Part des femmes (%)	14 (82,4)	20 (37,0)	606 (48,9)	285 (98,3)
	Part <35 ans (%)	0 (0,0)	11 (20,4)	168 (13,6)	112 (38,6)
	Part >55 ans (%)	17 (100,0)	16 (29,6)	423 (34,1)	51 (17,6)
<b>ISERE</b>	<b>Effectif</b>	<b>78</b>	<b>72</b>	<b>1 978</b>	<b>471</b>
	TC (2013-2015) (%)	+0,0	+9,0	-0,1	+6,5
	TCAM (%)	+0,0	+4,5	-0,1	+3,3
	Part des femmes (%)	58 (74,4)	39 (54,2)	999 (50,5)	455 (96,6)
	Part <35 ans (%)	1 (1,3)	13 (18,1)	235 (11,9)	165 (35,0)
	Part >55 ans (%)	76 (97,4)	19 (26,4)	811 (41,0)	66 (14,0)
<b>SAVOIE</b>	<b>Effectif</b>	<b>18</b>	<b>27</b>	<b>806</b>	<b>175</b>
	TC (2013-2015) (%)	-5,3	+22,7	+5,8	+12,2
	TCAM (%)	-2,7	+11,4	+2,9	+6,1
	Part des femmes (%)	11 (61,1)	13 (48,1)	388 (48,1)	166 (94,9)
	Part <35 ans (%)	0 (0,0)	4 (14,8)	126 (15,6)	81 (46,3)
	Part >55 ans (%)	17 (94,4)	5 (18,5)	333 (41,3)	16 (9,1)

Source : RPPS – Traitement DREES 2015

TC= Taux de Croissance (%) - TCAM = Taux de Croissance Annuel Moyen (%)

**Tableau 7 : Evolution du mode d'installation des sages-femmes libérales entre 2012 et 2013 en France - Région Auvergne-Rhône-Alpes et les quatre départements : le Cantal, la Loire, l'Isère et la Savoie**

Territoire	2012			2013			2014			2015		
	Effectif global	Cabinet individuel	Groupe Société	Effectif global	Cabinet individuel	Groupe Société	Effectif global	Cabinet individuel	Groupe Société	Effectif global	Cabinet individuel	Groupe Société
<b>Cantal</b>	42		4	39		5	41	6	0	41	6	0
<b>Loire</b>	265		36	266		47	286	23	19	290	23	24
<b>Isère</b>	429		146	442		157	455	77	57	471	76	65
<b>Savoie</b>	148		33	156		45	170	28	15	175	28	18
<b>AuRA</b>	2 655		564	2 745		652	2 844	415	192	2 948	433	237
<b>France</b>	19535		3 974	20235		4 460	20991	3 055	1 236	21632	3 151	1 572

Source : DREES

**Tableau 8 : Les sages-femmes et les Maisons de Santé Pluri professionnelles (MSP) en 2015**

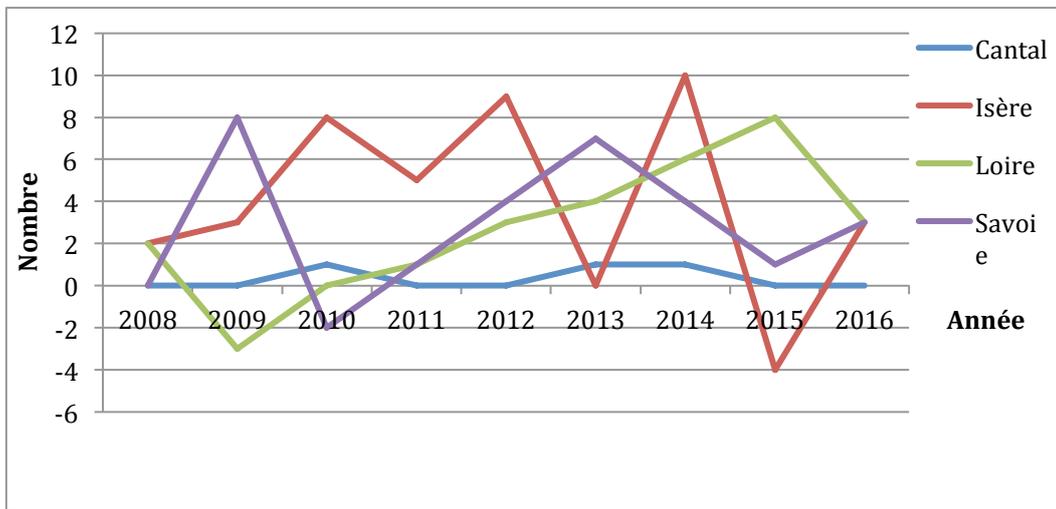
Département	Nombre total de MSP	MSP avec SFL	Nombre de sages-femmes libérales	Zone fragile	Zone vigilance	Zone non retenue
<b>Cantal</b>	5	Condat	1			
<b>Isère</b>	13	Lans en Vercors	1 x 2		2	
<b>Loire</b>	7	St Etienne de Montreynaud	1	1		
		St Germain Laval	1	1		
<b>Savoie</b>	20	Chambéry	1 x 3			3
		Chindrieux	1	1		
		Lescheraines	1	1		
		St Pierre d'Albigny	1		1	
<b>Total</b>	<b>45</b>		<b>11</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

Source : ARS - ARA

**Tableau 9 : Nombre de contrats incitatifs signés par les sages-femmes libérales exerçant dans le Cantal, la Loire, l'Isère et la Savoie en 2014 et 2015**

Département	2014	2015	Total
Cantal	0	2	2
Loire	3	0	3
Isère	0	0	0
Savoie	0	0	0
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>5</b>

Source SNIIRAM - DAMIR 2014 et 2015



**Figure 16 : Evolution du nombre différentiel d'installations et de cessations d'activité des sages-femmes libérales dans le Cantal, l'Isère, la Loire et la Savoie entre 2008 et 2016**

## Annexe VI

## Evolution des actes de gynécologie effectués par les sages-femmes libérales et recours aux consultations de gynécologie dans les 4 départements étudiés

Tableau 10 : Evolution du nombre de sages-femmes libérales réalisant des actes de gynécologie et du nombre de ces actes pratiqués par les sages-femmes libérales dans l'Isère, la Loire et la Savoie entre 2014 et 2015

Département (Effectif Sages-Femmes Libérales)	Actes	Sages-femmes libérales Ayant réalisé au moins une fois cet acte sur la période				Nombre total d'actes réalisés / Sages-Femmes libérales			
		2014		2015		2014		2015	
		Effectif	Proportion Sages-femmes libérales (%)	Effectif	Proportion Sages-femmes libérales (%)	Effectif	Proportion Actes réalisés / SFL (%)	Effectif	Proportion Actes réalisés / SFL (%)
<b>Isère</b> (N SFL=172)	Prélèvement cervico-vaginal (FCU)	36	20,9	55	32,0	243	NC	734	1,4
	Pose ou changement d'un DIU	57	33,1	71	41,3	590	NC	984	9,9
	Ablation d'un DIU par matériel de Préhension par voie vaginale	11	6,4	12	7,0	48	NC	75	7,5
	Ablation ou changement d'implant contraceptif Sous cutané	18	10,5	19	11,0	126	NC	183	39,4
<b>Loire</b> (N SFL=62)	Prélèvement cervico-vaginal (FCU)	11	17,7	24	38,7	88	NC	289	0,8
	Pose ou changement d'un DIU	22	35,5	34	54,8	291	NC	733	14,0
	Ablation d'un DIU par matériel de Préhension par voie vaginale	7	11,3	15	24,2	17	NC	66	7,3
	Ablation ou changement d'implant contraceptif Sous cutané	8	12,9	17	27,4	23	NC	65	4,9
<b>Savoie</b> (N SFL=51)	Prélèvement cervico-vaginal (FCU)	11	21,6	13	25,5	49	NC	179	0,9
	Pose ou changement d'un DIU	25	49,0	25	49,0	264	NC	473	12,1
	Ablation d'un DIU par matériel de Préhension par voie vaginale	4	7,8	3	5,9	12	NC	19	3,7
	Ablation ou changement d'implant contraceptif Sous cutané	18	35,3	19	37,3	126	NC	183	25,0

Source: ERASME

**Tableau 11 : Recours aux consultations de gynécologie en 2013 dans le Cantal, la Loire, l'Isère, la Savoie et en Région AuRA - Tous régimes**

	Nbre total de Cs gynéco	Effectif total de femmes ayant bénéficié d'au moins une Cs gynéco	Effectif de femmes ayant eu recours à au moins une cs gynéco. auprès d'un médecin libéral (cotée en C ou CS) ou d'une cs (gynéco -obstétrique cotée en C) auprès d'une sage-femme libérale (%)			Nbre total de Cs cotées en C ou CS (médecins) En C (sage-femme)		
			Gynécologue (méd et Obst)	Médecin généraliste	Sage-femme	Gynécologue (méd et Obst)	Médecin généraliste	Sage-femme
<b>Cantal</b>	18 893	13 059	12 698	NC	361	17 974	NC	919
<b>Loire</b>	102 441	62 563	58 229	NC	4 334	91 125	NC	11 316
<b>Isère</b>	256 646	166 172	154 124	NC	12 048	225 855	NC	30 791
<b>Savoie</b>	67 593	48 234	45 349	NC	2 885	61 088	NC	6 505

Source : SNIIRAM

Cs = Consultations

NC = Non connu

**Tableau 12 : Recours aux consultations de gynécologie en 2015 dans le Cantal, la Loire, l'Isère, la Savoie et en Région AuRA - Tous régimes**

	Nbre total de Cs gynéco	Effectif total de femmes ayant bénéficié d'au moins une Cs gynéco	Effectif de femmes ayant eu recours à au moins une cs gynéco. auprès d'un médecin libéral (cotée en C ou CS) ou d'une cs (gynéco -obstétrique cotée en C) auprès d'une sage-femme libérale (%)			Nbre total de Cs		
			Gynécologue	Médecin généraliste	Sage-femme	Gynécologue	Médecin généraliste	Sage-femme
<b>Cantal</b>	15 700	11 388	10 859	NC	529	14 166	NC	1 534
<b>Loire</b>	103 279	61 418	53 575	NC	7 843	83 775	NC	19 504
<b>Isère</b>	238 539	161 017	144 425	NC	16 592	198 142	NC	40 397
<b>Savoie</b>	67 253	46 444	41 601	NC	4 843	56 384	NC	10 869

Source : SNIIRAM

Cs = Consultations

NC = Non connu

Résultats étude

Caractéristiques des sages-femmes répondantes

1) Age moyen des sages-femmes libérales des 4 départements (n = 155)

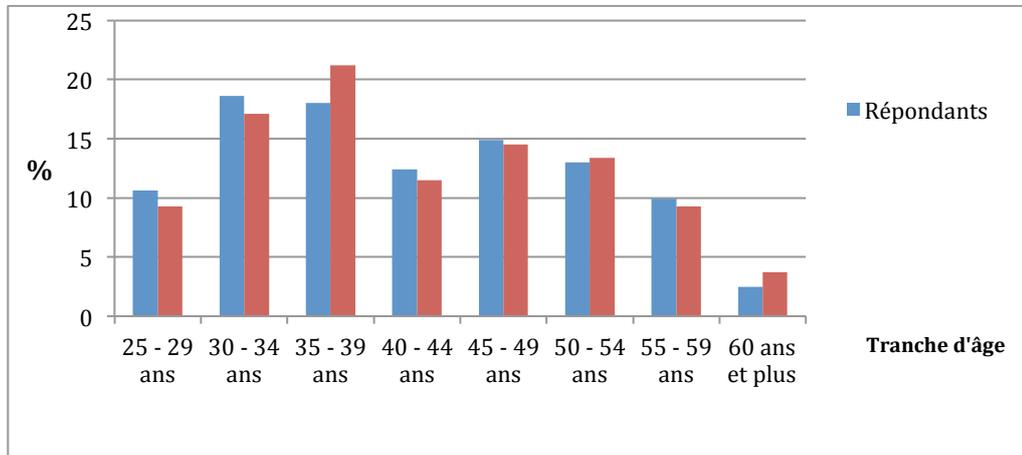


Figure 17 : Profil des sages-femmes libérales par répondantes exerçant dans le Cantal, la Loire, l'Isère et la Savoie par tranche d'âge (n=155)

2) Profil selon le sexe (n = 143)

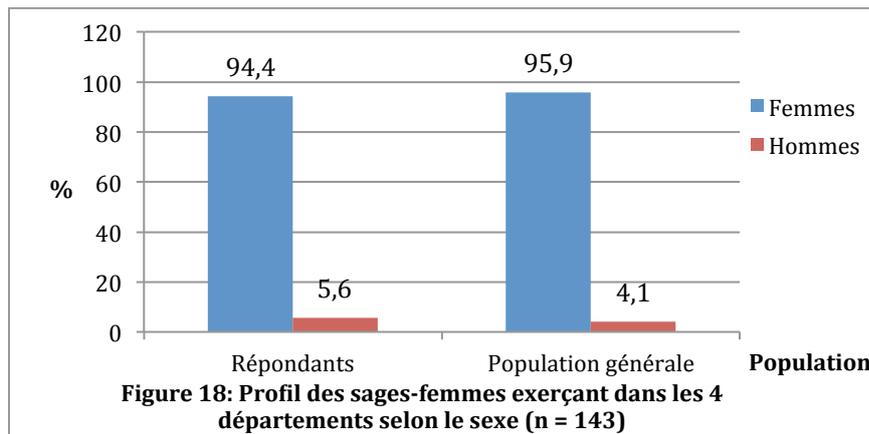


Figure 18: Profil des sages-femmes exerçant dans les 4 départements selon le sexe (n = 143)

Figure 18 : Profil des sages-femmes répondantes exerçant dans le Cantal, la Loire, l'Isère et la Savoie selon le sexe (n=143)

3) Lieu d'obtention du diplôme (n = 161)

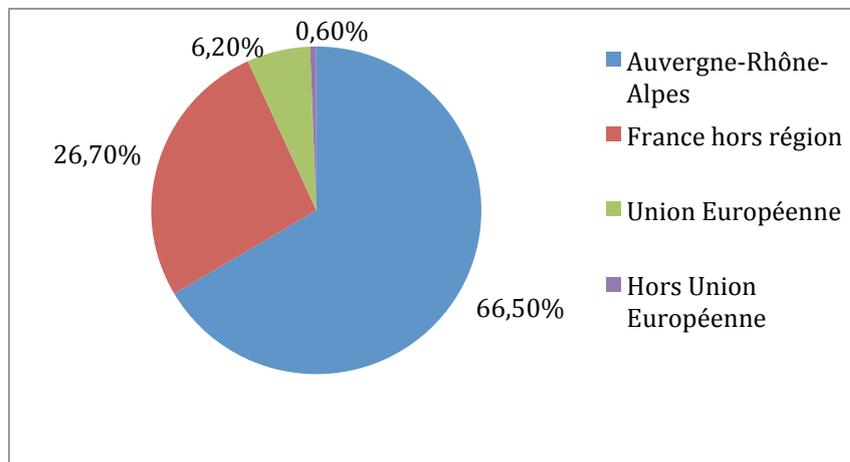


Figure 19 : Lieu d'obtention du diplôme des sages-femmes libérales répondantes (n=161)

#### 4) Formations complémentaires (n = 161)

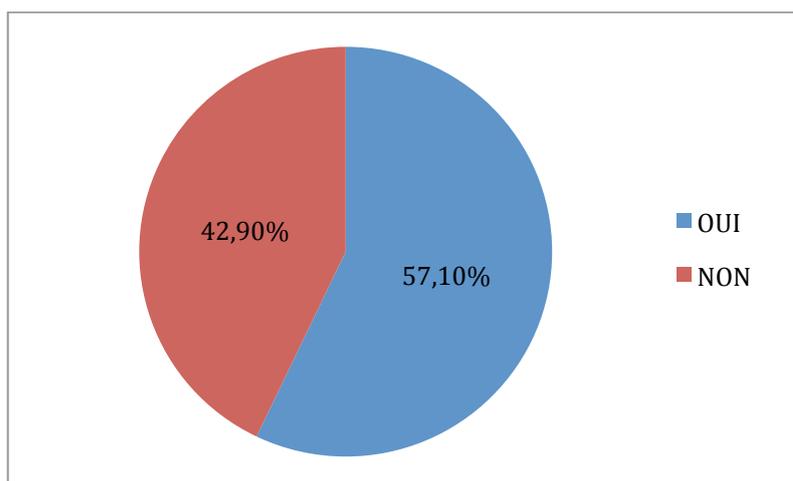


Figure 20 : Part des sages-femmes libérales répondantes ayant obtenu un Diplôme Universitaire (n=161)

Tableau 13 : Formations complémentaires suivies par les sages-femmes libérales participant à l'enquête entre le 27 avril et le 31 mai 2016 (n=92)

Formation complémentaires	Effectif (n = 143)	Pourcentage Des D.U. (%)
<b>D.U.</b>	<b>126</b>	<b>100</b>
Contraception - Gynécologie	41	33
Echographie obstétricale	19	15
Acupuncture obstétricale	17	13
Rééducation périnéale	13	10
Médecine foetale	9	7
Lactation et allaitement	8	6
Sexologie	6	5
Homéopathie	6	5
Nutrition	2	2
Mécaniques et techniques obstétricales	2	2
Addictologie	1	1
Périnatalité	1	1
<b>Autres formations</b>	<b>17</b>	
Certificat universitaire de contraception	1	
Contraception, IVG, Sexualité	1	
Psychopérinatalité	2	
AEU pathologie maternelle et grossesse	1	
Consultante en lactation IBCLC	1	
Grossesse et pathologies	1	
Licence de psychologie	1	
Santé solidarité précarité	1	
Prise en charge par les sages-femmes des grossesses à risque	1	
Suivi de grossesse	1	
Yoga, sophrologie	1	
Sophrologie	1	
Phyto-aromathérapie	1	
Maitrise de biologie	1	
Homéopathie en cours	1	
Haptonomie fleurs de Bach eutonie	1	

## Représentativité des sages-femmes répondantes

Tableau 14 : Comparaison des caractéristiques selon le sexe, l'âge et la date d'obtention du diplôme des sages-femmes libérales ayant participé à l'enquête du 27 Avril au 30 Mai 2016, avec l'ensemble des sages-femmes libérales exerçant dans le Cantal, la Loire, l'Isère et la Savoie (n = 161)

	Répondantes (n= 161)		Population générale des SFL (n = 270)		p
	n	(%)	n	(%)	
<b>Sexe Féminin</b>	152	<b>(94,4)</b>	259	<b>(95,9)</b>	0,13
<b>Classes d'âge (Années)</b>					
25-29	17	<b>(10,6)</b>	24	<b>(8,9)</b>	0,24
30-34	30	<b>(18,6)</b>	47	<b>(17,4)</b>	0,52
35-39	29	<b>(18,0)</b>	57	<b>(21,1)</b>	0,13
40-44	20	<b>(12,4)</b>	31	<b>(11,5)</b>	0,56
45-49	24	<b>(14,9)</b>	39	<b>(14,4)</b>	0,79
50-54	21	<b>(13,0)</b>	36	<b>(13,3)</b>	0,90
50-59	16	<b>(9,9)</b>	26	<b>(9,6)</b>	0,83
60 et +	4	<b>(2,5)</b>	10	<b>(3,7)</b>	0,20
<b>Age moyen (Années) m (E-T)</b>	41,7		42,2		
	<b>(ET = 9,8)</b>		<b>(ET = 9,9)</b>		
<b>Formation initiale</b>					
DE à partir de 2011	18	<b>(11,2)</b>	26	<b>(9,6)</b>	0,29

n = effectif de sujets pour la variable étudiée m = moyenne  
E-T = Ecart-Type IC 95% = Intervalle de Confiance à 95%  
P : Test de CHI 2 avec un seuil de signification < 0,05

Tableau 15 : Comparaison des caractéristiques selon le département d'exercice, la première installation, la situation du cabinet d'exercice et le mode d'installation des sages-femmes libérales ayant participé à l'enquête du 27 Avril au 30 Mai 2016, avec l'ensemble des sages-femmes libérales exerçant dans le Cantal, la Loire, l'Isère et la Savoie (n = 161)

	Répondantes (n= 161)		Population générale des SFL (n = 270)		p
	n	(%)	n	(%)	
<b>Département d'exercice</b>					
Cantal	4	<b>(2,5)</b>	6	<b>(2,2)</b>	0,72
Loire	37	<b>(23,0)</b>	60	<b>(22,2)</b>	0,72
Isère	92	<b>(57,1)</b>	157	<b>(58,1)</b>	0,68
Savoie	28	<b>(17,4)</b>	47	<b>(17,4)</b>	0,99
<b>Première installation en libéral</b>					
Moins de 2 ans	25	<b>(15,5)</b>	42	<b>(15,6)</b>	0,99
De 2 à 10 ans	78	<b>(48,4)</b>	144	<b>(53,3)</b>	<b>0,05</b>
De 10 à 20 ans	41	<b>(25,5)</b>	55	<b>(20,4)</b>	<b>0,01</b>
Plus de 20 ans	15	<b>(9,3)</b>	29	<b>(10,7)</b>	0,36
Inconnu	2	<b>(1,2)</b>	/		
<b>Situation cabinet (%) [IC 95%] (n = 161)</b>					
Zone rurale (n = 28)	17,4	<b>[11.5 - 23.3]</b>			NC
Zone urbaine (n = 74)	46,0	<b>[38.3 - 53.7]</b>			NC
Zone semi-urbaine (n = 48)	29,8	<b>[22.7 - 36.8]</b>			NC
Zone montagne (n = 11)	6,8	<b>[2.9 - 10.7]</b>			NC
<b>Zonage conventionnel</b>					
Moins 350 naissances	0	<b>(0,0)</b>	2	<b>(0,7)</b>	0,08
Très sous-doté	10	<b>(6,2)</b>	16	<b>(5,9)</b>	0,81
Sous-doté	0	<b>(0,0)</b>	0	<b>(0,0)</b>	
Intermédiaire	57	<b>(35,4)</b>	93	<b>(34,4)</b>	0,69
Très doté	3	<b>(1,9)</b>	4	<b>(1,5)</b>	0,53
Sur-doté	91	<b>(56,5)</b>	155	<b>(57,4)</b>	0,72
<b>Mode d'installation (%) [IC 95%] (n = 161)</b>					
Cabinet individuel (n = 85)	52,8	<b>[45.1 - 60.5]</b>			NC
Cabinet de groupe - société (n = 71)	44,1	<b>[36.4 - 51.7]</b>			NC
Clinique (n = 5)	3,1	<b>[0.4 - 5.8]</b>			NC

n = effectif de sujets pour la variable étudiée E-T = Ecart-Type IC 95% = Intervalle de Confiance à 95%  
P : Test de CHI 2 avec un seuil de signification < 0,05  
NC = Non Connu

1) Situation du cabinet des SFL répondantes selon le département d'exercice

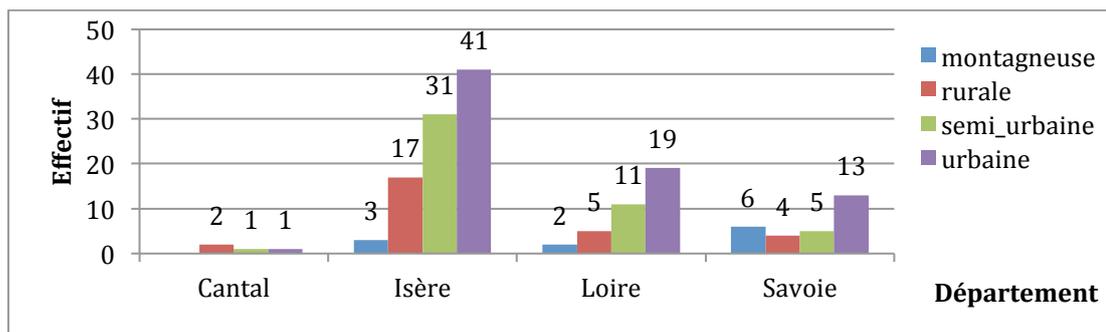


Figure 21 : Zone d'installation du cabinet principal des sages-femmes libérales répondantes par département (n=161)

2) Mode d'exercice selon le département

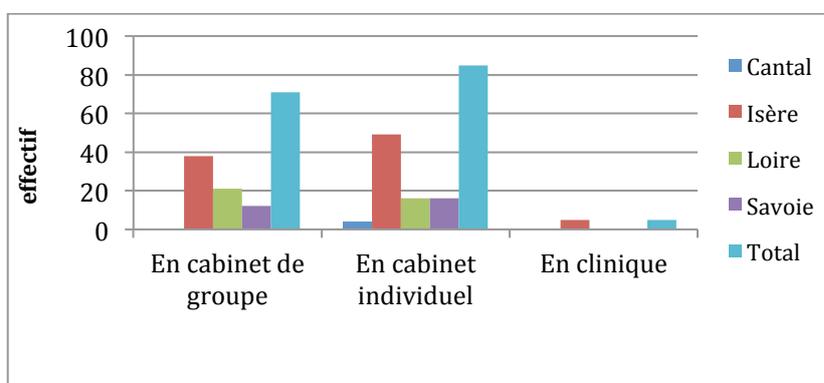


Figure 22 : Mode d'installation des sages-femmes libérales répondantes selon le département d'exercice (n=161)

3) Effectif des SFL proposant une ODS de gynécologie dans le Cantal, la Loire, l'Isère et la Savoie

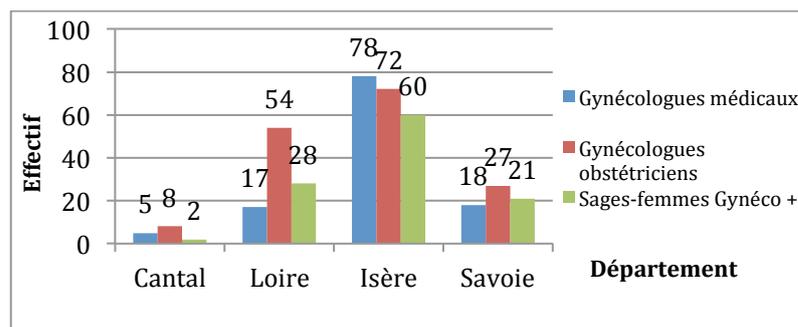


Figure 23 : Effectif des gynécologues libéraux et sages-femmes libérales proposant une offre de soins de gynécologie dans le Cantal, la Loire, l'Isère et la Savoie entre le 27 Avril et le 31 mai 2016

**Tableau 16 : Effectifs et densité pour 100 000 femmes âgées de 15 à 64 ans des gynécologues médicaux – obstétricaux libéraux- et sages-femmes libérales proposant une ODS en gynécologie dans le Cantal, la Loire, l'Isère et la Savoie entre le 27 Avril et le 31 Mai 2016**

	Gynécologues médicaux* (Libéraux + Mixtes) (Densité / 100 000 femmes âgées de 15 – 64 ans)	Gynécologues obstétriciens* (Libéraux + Mixtes) (Densité / 100 000 femmes âgées de 15 – 64 ans)	Sages-femmes (Libérales + Mixtes) <b>Gynéco +</b> (Densité / 100 000 femmes âgées de 15 – 64 ans)
	(n) (%)	(n) (%)	(n) (%)
Cantal	4 (9,4)	3 (6,8)	2 (4,7)
Loire	13 (5,6)	30 (12,9)	28 (12,1)
Isère	70 (17,6)	38 (9,6)	60 (15,1)
Savoie	14 (10,4)	11 (8,2)	21 (15,6)

\*Sources: Diamant RPPS: 1<sup>er</sup>/01/2015 – Données extraites le 26/06/2015 (pour Rhône-Alpes) et le 05/02/2016 pour (Auvergne) – CNOSF

## Commentaires finaux

### Les SFL proposant une activité de gynécologie

#### Formation

- EPP: sur compétences et limites de compétences
- Nécessaire avant de proposer une offre de soins de gynécologie car formation initiale insuffisante
- DPC: Gynécologie = vaste domaine → proposer une offre de formation adaptée et qui permette de répondre aux critères de qualité et de sécurité des soins
- Demande de stage comme les internes pour répondre à l'exigence de qualité et sécurité des nouvelles compétences
- Organisation de formation sur un territoire proche du lieu d'exercice

#### Elargissement de l'offre de soins – spécialisation?

- Une SFL a déclaré dédier 2/3 de son activité professionnelle à une activité de gynécologie et d'acupuncture

#### Adaptation des règles déontologiques avec la pratique professionnelle

- Le droit de prescription et les limites entre physiologie et pathologie sont à éclaircir car:
  - Le droit de prescription ne semble pas clair pour toutes les praticiennes (TTT IST, antalgiques?) → Améliorer les connaissances déontologiques, les EPP des SF
  - La limite entre prévention et curatif difficile à expliquer aux femmes

#### Coopération entre praticiens et notamment avec les gynécologues

- Souhait ++ d'un travail de coopération, en réseau pour la santé des femmes: complémentarité ≠ concurrence
- Importance de la place du médecin traitant pour l'orientation des femmes pour leur suivi gynécologique

## **Information des femmes, du public, des professionnels partenaires pour faciliter l'accès et le parcours de soins**

Les SFL se sentent peu connues et reconnues +++

- Les femmes
- Le médecin traitant
- Les gynécologues sur nos compétences de prévention et non dans le curatif
  - Propositions: campagne nationale d'information sur les compétences des SF
  - Demande d'une reconnaissance tarifaire de la consultation de prévention qui est chronophage et mal rémunérée

### **Prévention**

- Sage-femme = acteur de prévention (formation ASM)

### **Parcours de soins**

- Mieux définir le parcours de soins pour les femmes entre gynécologues (spécialistes de la pathologie) et SF (spécialistes de la physiologie) → la SF reçoit des femmes pour des pathologies et rencontrent des difficultés à les adresser aux gynécologues over bookés par le suivi de grossesses physiologiques. Demande d'une cohérence dans ce parcours de soins

### ***Les SFL ne pratiquant pas de gynécologie***

#### **Formation**

- La date d'obtention du diplôme = critère pour se former car les SFL ayant obtenu leur diplôme bien avant 2011 ne sont pas forcément dans la démarche d'une nouvelle formation longue, voire coûteuse pour proposer cette offre de soins à leurs patientes
- Malgré la formation effectuée, une SFL dit ne pas être intéressée pour développer cette activité
- De plus en plus de SFL se forment à différents DU et se disent intéressées par la gynécologie

#### **Coordination**

- Choix des SFL installées en société de proposer une offre de soins complémentaire et non similaire
- La présence et la bonne coopération entre SFL et gynéco peut influencer la pratique de la gynéco par les SFL: une SFL adresse ses patientes à la gynéco qui exerce à 200 mètres et, de ce fait, ne ressent pas le besoin de se former, ce qu'elle ne souhaite pas, à priori
- Crainte de difficultés relationnelles avec certains médecins peut représenter un frein à cette pratique

#### **Contexte actuel**

Une SFL exprime le fait que la profession doit s'adapter au contexte social actuel (ex IVG) pour garantir la pérennité d'un accès aux soins pour toutes les femmes

Demande ++ de dépistage / FCU en zone rurale et pas de disponibilité pour une SFL qui pratique le suivi global (y compris accouchements) de répondre à cette demande

#### **Intérêt de la gynécologie pour les SFL échographistes**

Souhait de proposer une offre de soins d'échographie de gynécologie

Spécialisation de certains échographistes pour la gynécologie, l'obstétrique seule ou la gynécologie-obstétrique

Plaquette d'information

Campagne nationale compétences sage-femme

**Le rôle méconnu des sages-femmes et leurs compétences**

Nous connaissons toutes (et tous) le rôle essentiel d'une sage-femme au moment d'une grossesse et d'un accouchement : ce sont elles qui réalisent 80% des accouchements normaux en France. La sage-femme vous accompagne et vous prend en charge, du début de la grossesse à la période postnatale. On connaît moins bien en revanche toute l'étendue des compétences médicales des sages-femmes. Présentes non seulement en maternité mais aussi près de chez vous, en cabinet, en service de Protection maternelle et infantile (PMI), en Centre de planification ou d'éducation familiale (CPEF), elles accompagnent et prennent en charge de façon globale la santé des femmes et orientent vers un autre praticien en cas de situation particulière.

**Le saviez-vous ?**

**5 ans de formation**

La formation au métier de sage-femme est une formation universitaire de cinq ans dont la première année est commune à toutes les études en santé (médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens).

**Accompagner les jeunes filles**

La sage-femme peut assurer l'information de la jeune fille en matière d'éducation sexuelle, de contraception, de prévention des infections sexuellement transmissibles. Elle prescrit tous les moyens de contraception et pratique les vaccinations nécessaires.

**Un métier d'hommes aussi !**

Parmi les sages-femmes qui exercent, 2% sont des hommes. Ils sont appelés également « sages-femmes » car le terme signifie « qui connaît les femmes ».

**L'accès aux sages-femmes**

Les sages-femmes sont des professionnels médicaux qui participent à l'offre de soins de premier recours. Leurs actes font l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie. Elles exercent très majoritairement sans dépassements d'honoraires.

CONTACTS UTILES

**L'Ordre national des sages-femmes**  
Pour plus d'information sur les sages-femmes rendez-vous sur [www.ordre-sages-femmes.fr](http://www.ordre-sages-femmes.fr)

**L'Assurance Maladie**  
Pour trouver votre sage-femme rendez-vous sur [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

**Les Centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF)**  
Retrouvez le CPEF le plus proche de chez vous sur [www.choisirsacontraception.fr](http://www.choisirsacontraception.fr)

Pour en savoir plus, rendez-vous sur [www.social-sante.gouv.fr/sages-femmes](http://www.social-sante.gouv.fr/sages-femmes)



**Au moins 6 bonnes raisons de consulter une sage-femme**

5 ANS POUR DEVENIR SAGE-FEMME

UN ENGAGEMENT POUR LA SANTÉ DES FEMMES



5 ANS POUR DEVENIR SAGE-FEMME

UN ENGAGEMENT POUR LA SANTÉ DES FEMMES



[www.social-sante.gouv.fr/sages-femmes](http://www.social-sante.gouv.fr/sages-femmes)

**POURQUOI CONSULTER UNE SAGE-FEMME ?**



**Pour un suivi gynécologique de prévention, chez la femme en bonne santé**

La sage-femme assure le suivi gynécologique de la femme en bonne santé et l'oriente vers un médecin lorsqu'elle dépiste une pathologie. De consultation en consultation, vous pourrez aborder avec elle toute question concernant la sexualité, la contraception, les infections sexuellement transmissibles. La sage-femme réalise un examen clinique et procède à des dépistages (frottis du col, examen des seins...).

**Pour un suivi médical de la grossesse et de l'accouchement**

La sage-femme assure les consultations de suivi médical, de la déclaration de grossesse à l'examen postnatal réalisé dans les 2 mois suivant la naissance.

Dans le cadre de ses compétences, la sage-femme peut réaliser des échographies. Elle adresse les femmes aux médecins en cas de situation pathologique et peut ainsi participer à la surveillance de la grossesse.

Elle accompagne également la femme et le couple tout au long de la grossesse, en proposant au premier trimestre un entretien prénatal, puis des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

La sage-femme pratique l'accouchement normal et assure, après la naissance, les soins médicaux de la mère et de son bébé. Elle participe à la réalisation des examens cliniques de la mère et du nouveau-né. Elle pratique les premiers dépistages chez le nouveau-né (maladies rares et vérification de l'audition).



**Pour une prise en charge de la mère et du bébé**

La sage-femme assure le suivi médical de la mère et du bébé au retour à la maison.

Ce suivi peut être réalisé au domicile ou en cabinet et comprend l'examen clinique de la maman, l'accompagnement de l'allaitement et la surveillance du bon développement du nouveau-né. Elle réalise également l'examen postnatal de la mère dans les 2 mois qui suivent la naissance. Elle peut pratiquer également la rééducation périnéale, dans les semaines qui suivent l'accouchement mais aussi à distance de celui-ci.



**Pour une prescription et un suivi de contraception**

La sage-femme prescrit et assure le suivi de tous les moyens contraceptifs.

Elle accompagne les femmes dans le choix de leur contraception. Elle pose et retire les implants contraceptifs et les dispositifs intra utérin (stérilets).



**Pour la réalisation d'une IVG médicamenteuse**

La sage-femme peut désormais réaliser les IVG par méthode médicamenteuse.

À cet effet, elle informe, accompagne et prend en charge tout au long de ce parcours les femmes qui souhaitent interrompre leur grossesse.

**Pour se faire vacciner<sup>(1)</sup>**

La sage-femme pratique des vaccinations chez les femmes et les nouveau-nés.

Elle peut désormais aussi vacciner l'entourage de votre bébé afin de le protéger de certaines maladies infectieuses.

(1) Femmes: RCR, Méningite, diphtérie, polio, coqueluche, Hépatite B, grippe, infection à papillomavirus (HPV), méningocoque C. Nouveau-né: BCG, Hépatite.

**Pour avoir un soutien face à l'alcool, au tabac...**

La sage-femme informe les femmes et les couples sur les comportements à risque qui peuvent nuire à leur santé ou à celle de leur enfant.

Si elle détecte des problèmes de consommation excessive, voire d'addiction (alcool, tabac, cannabis, etc.), elle peut alors vous prendre en charge et vous accompagner, en lien avec les spécialistes de ces addictions, vers un arrêt de votre/vos consommation(s).





# L'offre de soins en gynécologie proposée par les sages-femmes libérales exerçant dans 4 départements de la Région Auvergne-Rhône-Alpes :

Le Cantal, l'Isère, la Loire et la Savoie

## Résumé

**Introduction :** Dans la Région Auvergne-Rhône-Alpes, 96% des gynécologues médicaux sont susceptibles de partir à la retraite dans les dix années à venir, menaçant l'accessibilité aux soins en gynécologie. La loi HPST ayant élargi les compétences des sages-femmes dans ce domaine, cette étude avait pour objectifs de décrire l'activité gynécologique des sages-femmes libérales et d'identifier les facteurs influençant cette pratique afin d'émettre des préconisations visant à maintenir cette offre de soins.

**Méthodes :** Cette étude descriptive transversale a été réalisée dans le Cantal, l'Isère, la Loire et la Savoie entre le 27 avril et le 31 mai 2016. Sur 270 sages-femmes libérales exerçant dans ces quatre départements, 249 ont été interrogées de façon exhaustive par questionnaire informatisé. Les données recueillies concernaient leurs caractéristiques socioprofessionnelles, l'exercice professionnel, leur activité et des commentaires libres sur les freins et les motivations pour cette activité.

**Résultats :** Sur 161 sages-femmes libérales ayant participé à l'étude, 111 (69%) proposaient une offre de soins de gynécologie dont 93% des praticiennes exerçant en zone rurale. 96% d'entre elles estimaient que la demande augmentait dans les quatre départements et que 26% de leurs patientes n'avaient pas de suivi antérieur par un médecin. Les motifs principaux de consultation concernaient la contraception (97%), la consultation de suivi (94%) et le dépistage des cancers et des IST (66%). 12% des sages-femmes déclaraient rencontrer des difficultés d'adressage de leurs patientes au médecin après dépistage d'une pathologie. La moyenne d'âge ( $p=0,0104$ ), la date d'obtention du diplôme de sage-femme ( $p=0,0244$ ), les formations suivies dans le domaine de la gynécologie-contraception ( $p=0,00001$ ), la sensibilité à la prévention ( $p=0,0000598$ ) et la situation du cabinet ( $p=0,002$ ) sont apparus significativement liés à la pratique de cette activité.

**Conclusion :** Les sages-femmes libérales participent déjà à l'offre de soins en gynécologie dans les quatre départements. Elles manifestent le souhait de développer cette activité pour en faciliter l'accès et en réduire les inégalités d'accès. Des mesures de régulation et d'incitation à l'installation dans des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles pourraient participer au maintien de cette offre de soins par ces praticiennes dans les années à venir.

**Mots-clés :** Démographie ; sages-femmes libérales ; gynécologie ; offre de soins ; Auvergne-Rhône-Alpes ; zonage ; mesures incitatives ; coopération

**Keywords :** Demography ; liberal midwives ; gynaecology ; supply of care ; Auvergne-Rhône-Alpes ; zoning ; incentive measures ; cooperation

DAUNAIS Carole épouse LECONTE