

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2015

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE
PAR

NOM : GIRARDOT ép. CHAREYRON Prénom : Anne
Date et Lieu de naissance : 29/10/1985 à Poissy (78)

Présentée et soutenue publiquement le 8 octobre 2015

**Connaissance des compétences des sages-femmes libérales
par les internes de médecine générale d'Île-de-France**

Président de thèse : Professeur LUTON Dominique

Directeur de thèse : Docteur JAMIL Jamila

DES de médecine générale

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2015

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE
PAR

NOM : GIRARDOT ép. CHAREYRON Prénom : Anne
Date et Lieu de naissance : 29/10/1985 à Poissy (78)

Présentée et soutenue publiquement le 8 octobre 2015

**Connaissance des compétences des sages-femmes libérales
par les internes de médecine générale d'Île-de-France**

Président de thèse : Professeur LUTON Dominique

Directeur de thèse : Docteur JAMIL Jamila

DES de médecine générale

Remerciements

À M. le professeur LUTON pour avoir accepté de présider ma thèse.

À tous les membres du jury, M. le professeur LUTON, M. le professeur LEENHARDT et Mme. le professeur NICOLAS CHANOINE, qui me font l'honneur de juger ma thèse.

À ma directrice de thèse, le Dr JAMIL. Merci infiniment d'avoir accepté de me suivre dans cette aventure. Travailler avec toi fût un vrai plaisir. Ton écoute et tes remarques bienveillantes m'ont été très utiles. Merci d'avoir écouté et compris mon histoire personnelle.

Au Dr MICHEL, pour votre aide précieuse dans l'analyse statistique de ma thèse et vos réponses à mes innombrables questions.

À mon mari, Charly qui m'a rencontrée, suivie et épousée pendant la longue route des études de médecine. Merci pour ta patience et ton amour. Je t'aime infiniment.

À ma fille, Constance. Tu es venue illuminer ma vie il y a 3 ans... La vie ne t'a pas épargnée dès ton entrée dans le monde, mais tu pourras toujours compter sur ta maman. Je t'aime.

À ma grande sœur, Sandrine. Si aujourd'hui, je suis docteur, c'est grâce à toi. Là où toi, il t'a manqué une grande sœur, moi je t'avais. Merci infiniment pour ton soutien depuis le premier jour où j'ai choisi de devenir médecin. Cette thèse aurait pu être ta thèse.

À mes parents. Merci pour votre soutien et votre amour pendant ces longues études. Merci de m'avoir soutenue dans mon choix de devenir médecin. Merci de m'avoir aidée dans mon rôle de maman, pour me permettre d'achever ce travail de thèse, et devenir docteur...

À ma grande sœur, Maud. Merci d'être toujours là pour partager mes joies et mes peines... Ce n'est qu'avec toi que je peux « danser » et « délirer » jusqu'au bout de la nuit comme on l'a fait lors de nos joies et nos peines.

À mon frère. En espérant que tu trouves l'apaisement et l'équilibre que tu recherches tant, malgré ta maladie.

À mon Papy. Connaissant ta pudeur et ta retenue, je sais à quel point tu es fier d'avoir une petite fille « toubib ». C'est une chance de t'avoir à quelques kilomètres de notre maison et de pouvoir écouter des belles, incroyables et passionnantes histoires...

À mes beaux-parents. En me mariant avec Charly, j'ai eu la chance d'avoir une nouvelle famille. Merci tout particulièrement à vous, Joëlle, pour votre aide dans ce travail. Merci à Joëlle et Michel pour leur présence, leur aide pendant mon internat et de votre implication auprès de Coco.

À mes belles-sœurs et beaux-frères.

À mes neveux : Pierre-Hugo, Thibaut, Marie, Elliot, Etienne, Alexandre et Eléonore. Leurs sourires, depuis le début de mes études, ont toujours été un réconfort, surtout dans mes moments de doute...

À Emma. Ma vie m'a donnée une autre sœur... Merci d'avoir été là pour me consoler et rire aux éclats depuis le début de mes études.

A ma marraine. Merci de m'avoir toujours accueillie à bras ouverts. Merci pour ton écoute, ta fierté envers moi et tes encouragements pendant ces longues années...

À mes popines de Lyon : Pat', Aurélie, Claire, Chachoo. Rencontrées sur les bancs de la fac dans nos jeunes années, la vie nous a rapprochées.

À Pat : la marraine de ma Coco. Difficile de ne plus t'avoir à quelques encablures de chez nous... Mais c'est toujours un vrai plaisir de te retrouver pour un petit thé « Mariage Frères, of course »... et des papotages prolongés au téléphone. Merci pour ton écoute et ton soutien auprès de notre Coco...

À Aurélie, ma VP déco préférée : la rencontre improbable de mes études... Notre amitié est inaltérable. Merci de m'avoir écoutée et soutenue dans les meilleurs et les pires moments de ces dernières années, surtout lorsque Coco a été hospitalisée. La pédiatrie a de la chance de t'avoir dans ses rangs...

À Claire... une sœur de galère. De l'ESSA à Paris, nos routes sont similaires... un vrai plaisir d'être encore une de tes popines malgré les années qui filent à la vitesse du vent... Tes brioches aromatisées coco, avec les kinders, pendant nos révisions d'internat, me manquent...

À ma Chachoo... À nos soirées médecine endiablées... À nos soirées arrosées de mojito... À nos week-ends de filles... À nos longues conversations téléphoniques... Tu me manques à Paris... C'est une chance de te compter parmi mes amies...

À mes copines légionnaires : Sophie, Babeth, Léo et Diane. Eloignées pendant mes années lyonnaises, toujours un plaisir de vous retrouver...

À mes co-internes. Et plus particulièrement ma petite Abi pour notre belle amitié... et Anne-Line.

À mes lecteurs et relecteurs de thèse, mention spéciale à : Joëlle, Tado, Emma, Sandrine et Charly...

"Guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours"
Ambroise Paré (1510-1590)

À mes patients qui m'ont fait devenir le docteur que je suis devenue aujourd'hui...
Aux médecins qui m'ont formée tout au long de mes stages d'internes...

TABLE DES MATIÈRES

I) LISTE DES ABRÉVIATIONS	11
II) INTRODUCTION	13
III) CONTEXTE.....	15
1. LES SAGES-FEMMES.....	15
1.1. DÉMOGRAPHIE.....	15
1.2. FORMATION INITIALE	17
1.3. COMPÉTENCES EN GYNÉCOLOGIE	18
1.4. RÉMUNÉRATION DES ACTES DE GYNÉCOLOGIE AMBULATOIRE	23
2. LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES	24
2.1. DÉMOGRAPHIE.....	24
2.2. FORMATION INITIALE	25
2.3. COMPÉTENCES EN GYNÉCOLOGIE	29
2.4. RÉMUNÉRATION DES ACTES DE GYNÉCOLOGIE AMBULATOIRE	30
3. LES GYNÉCOLOGUES.....	31
3.1. DÉMOGRAPHIE.....	31
3.2. FORMATION INITIALE	33
3.3. COMPÉTENCES	34
3.4. RÉMUNÉRATION DES ACTES DE GYNÉCOLOGIE AMBULATOIRE.....	35
4. LE SUIVI GYNÉCOLOGIQUE ET LE SUIVI DE GROSSESSE: COMPÉTENCES PARTAGÉES PAR LES GYNÉCOLOGUES, LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET LES SAGES-FEMMES.....	36
4.1. EN FRANCE	36
4.1.1. LA GROSSESSE PHYSIOLOGIQUE	36
4.1.1.1. LE SUIVI DE GROSSESSE	36
4.1.1.2. LE CHOIX DE L'INTERVENANT	40
4.1.2. LE SUIVI GYNÉCOLOGIQUE ET LA CONTRACEPTION.....	44
4.1.2.1. LES PROFESSIONNELS CHARGÉS DU SUIVI GYNÉCOLOGIQUE ET DE LA CONTRACEPTION	44
4.1.2.2. LE CHOIX DE L'INTERVENANT.....	44
4.2. AILLEURS	47
5. LA RELATION INTERPROFESSIONNELLE ENTRE LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET LES SAGES-FEMMES	49

IV) MATÉRIEL ET MÉTHODE	51
1. <i>METHODE D'INTERVENTION</i>	<i>51</i>
1.1. MODALITÉS DE RECRUTEMENT	51
1.2. L'INCLUSION	52
1.3. RECUEIL ET ANALYSE DES DONNÉES.....	52
1.4. FINANCEMENT ET COÛT DE L'ÉTUDE.....	53
2. <i>LE QUESTIONNAIRE.....</i>	<i>54</i>
2.1. PREMIÈRE PARTIE : LES QCM.....	54
2.2. SECONDE PARTIE : DESCRIPTION DE LA POPULATION INTERROGÉE	57
3. <i>TYPE D'ÉTUDE</i>	<i>58</i>
4. <i>LA POPULATION.....</i>	<i>58</i>
4.1. CRITÈRES D'INCLUSION.....	58
4.2. CRITÈRE D'EXCLUSION.....	58
5. <i>LE CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL</i>	<i>59</i>
6. <i>LES FACTEURS INFLUENÇANT LE CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL</i>	<i>59</i>
7. <i>RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE</i>	<i>60</i>
V) RÉSULTATS.....	61
1. <i>TAUX DE RÉPONSES</i>	<i>61</i>
2. <i>CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION GLOBALE.....</i>	<i>62</i>
2.1. L'ÂGE	62
2.2. LE SEXE	63
2.3. LA FACULTÉ D'ORIGINE	64
2.4. LE SEMESTRE D'ORIGINE	65
2.5. LA FORMATION DES INTERNES.....	66
2.6. L'ORIENTATION DES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE QUI NE PRATIQUERONT PAS DE MÉDECINE GÉNÉRALE	67

3.	<i>CONNAISSANCE GLOBALE DES COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES LIBÉRALES PAR LES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE</i>	68
4.	<i>FACTEURS INFLUENÇANT LA CONNAISSANCE GLOBALE DES COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES LIBÉRALES PAR LES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE</i>	69
4.1.	<i>L'ANALYSE MONOVARIÉE</i>	69
4.1.1.	<i>SELON L'ÂGE</i>	69
4.1.2.	<i>SELON LE SEXE</i>	70
4.1.3.	<i>SELON LA FACULTÉ D'ORIGINE</i>	71
4.1.4.	<i>SELON LE SEMESTRE D'ORIGINE</i>	72
4.1.5.	<i>SELON LE STAGE AMBULATOIRE DE NIVEAU 1</i>	73
4.1.6.	<i>SELON LE STAGE AMBULATOIRE DE NIVEAU 2</i>	74
4.1.7.	<i>SELON LE STAGE DE GYNÉCOLOGIE</i>	75
4.1.8.	<i>SELON LE SUIVI D'UN ENSEIGNEMENT DE GYNÉCOLOGIE</i>	76
4.1.9.	<i>SELON QUE L'INTERNE DE MÉDECINE GÉNÉRALE DÉCLARE CONNAÎTRE LES COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES</i>	77
4.1.10.	<i>SELON L'ENVOI D'UNE PATIENTE VERS LA SAGE-FEMME PAR L'INTERNE DE MÉDECINE GÉNÉRALE</i>	79
4.1.11.	<i>SELON LA VOLONTÉ DE L'INTERNE DE MÉDECINE GÉNÉRALE QUE LA SAGE-FEMME SOIT UN INTERLOCUTEUR PRIVILÉGIÉ DANS SA PRATIQUE FUTURE</i>	81
4.1.12.	<i>SELON QUE L'INTERNE DE MÉDECINE GÉNÉRALE ESTIME QUE LES COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES DOIVENT ÊTRE ENSEIGNÉES PENDANT LEUR DES</i>	83
4.1.13.	<i>L'ANALYSE MONOVARIÉE EN RÉSUMÉ</i>	85
4.2.	<i>L'ANALYSE MULTIVARIÉE</i>	86
5.	<i>LA CONNAISSANCE DE CHACUNE DES COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES LIBÉRALES PAR LES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE</i>	88
6.	<i>COMPÉTENCES POUR LESQUELLES LES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE ADRESSERAIENT LEURS PATIENTES VERS UNE SAGE-FEMME</i>	92
VI)	DISCUSSION	94
1.	<i>QUALITÉ DE LA METHODOLOGIE</i>	94
1.1.	<i>BIAIS DE SÉLECTION</i>	94
1.2.	<i>BIAIS D'ANALYSE</i>	95
1.3.	<i>BIAIS DE MESURE</i>	97
2.	<i>CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION INCLUSE</i>	98
2.1.	<i>LE SEXE DE L'INTERNE</i>	98
2.2.	<i>LA RÉORIENTATION DES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE</i>	99

3.	CONNAISSANCE DES COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES PAR LES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE.....	100
4.	LES FACTEURS INFLUENÇANT LA CONNAISSANCE GLOBALE DES COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES LIBÉRALES PAR LES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE.....	106
4.1.	LES FACTEURS INFLUENÇANT SIGNIFICATIVEMENT LA CONNAISSANCE GLOBALE DES COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES LIBÉRALES PAR LES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE	106
4.2.	LES FACTEURS N'INFLUENÇANT PAS SIGNIFICATIVEMENT LA CONNAISSANCE GLOBALE DES COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES LIBÉRALES PAR LES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE	112
VII)	CONCLUSION	117
VIII)	BIBLIOGRAPHIE.....	119
IX)	Annexes.....	133
1.	Annexe 1.....	133
2.	Annexe 2.....	134
3.	Annexe 3.....	143

I) LISTE DES ABRÉVIATIONS

BCG : bacille Calmette et Guérin

CAF : caisse d'allocations familiales

CASSF : collectif des associations et de syndicats de sages-femmes

CNOSF : conseil national de l'Ordre des sages-femmes

DCEM1 : deuxième cycle des études de médecine 1^{ère} année

DCEM2 : deuxième cycle des études de médecine 2^{ème} année

DCEM3 : deuxième cycle des études de médecine 3^{ème} année

DCEM4 : deuxième cycle des études de médecine 4^{ème} année

DES : diplôme d'études spécialisées

DESC : diplôme d'études spécialisées complémentaires

DFASM1 : diplôme de formation approfondie en sciences médicales 1^{ère} année

DFASM2 : diplôme de formation approfondie en sciences médicales 2^{ème} année

DFASM3 : diplôme de formation approfondie en sciences médicales 3^{ème} année

DFGSM2 : diplôme de formation générale aux sciences médicales 2^{ème} année

DFGSM3 : diplôme de formation générale aux sciences médicales 3^{ème} année

DIU : dispositif intra utérin

DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

ECN : examen classant national

FCV : frottis cervico-vaginal

FNCGM : fédération nationale des collèges de gynécologie médicale

HPST : loi « hôpital, patients, santé et territoires »

HPV : herpes papilloma virus

IC : intervalle de confiance

Institut BVA : institut Brulé Ville et Associé

OD : odds ratio

PACES : première année commune aux études de santé

PCEM2 : premier cycle d'études médicales 2 année

PIFO : Paris Île-de-France Ouest

PMI : protection maternelle et infantile

QCM : questionnaire à choix multiples

UFC : union fédérale des consommateurs

II) INTRODUCTION

La démographie des gynécologues médicaux diminue progressivement depuis plusieurs années [1]. Au fil des années, la gynécologie ambulatoire tend à être prise en charge par les médecins généralistes. Dans la pratique, les délais pour obtenir une consultation gynécologique s'allongent de plus en plus et les médecins généralistes ne peuvent répondre à l'ensemble de cette demande de soins [2]. D'une part, leur propre démographie ne peut y répondre [1]. D'autre part, tous ne souhaitent pas ou ne savent pas réaliser l'ensemble des actes de gynécologie, tels que le suivi gynécologique avec les examens cliniques gynécologiques, les frottis cervico-utérins ou le suivi des grossesses physiologiques [3;4].

Le 21 juillet 2009, l'Assemblée Nationale et le Sénat adoptent la loi réformant l'hôpital et relative aux patients, à la santé et au territoire, dite loi HPST [5]. Dans cette loi, les sages-femmes ont acquis, en plus du suivi des grossesses physiologiques, de nouvelles compétences. Ces nouvelles compétences, dont le suivi gynécologique physiologique et la prescription de la contraception, sont définies dans leur référentiel métier, édité entre 2009 et 2010 [6].

En 2008, L. Bertrand explique, dans son mémoire de sage-femme, que les médecins généralistes ne pratiquent pas, de manière courante, une collaboration avec les sages-femmes, mais qu'une amorce de relations interprofessionnelles a vu le jour en ville [7]. La méconnaissance des compétences des sages-femmes, par les médecins généralistes, semble être un frein aux échanges nécessaires à une prise en charge optimale des femmes. L'apprentissage de cette offre de soins, par les médecins généralistes, devrait être envisagé lors de leur formation initiale [7].

L'hypothèse de cette thèse est que les internes de médecine générale, se destinant à être médecin généraliste, méconnaissent les différentes compétences des sages-femmes libérales, définies dans leur référentiel métier. Ce travail a pour objectif de faire un état des lieux de la connaissance des compétences des sages-femmes libérales par les internes de médecine générale souhaitant exercer la médecine générale.

III) CONTEXTE

1. LES SAGES-FEMMES

1.1. DÉMOGRAPHIE

En France, au 1^{er} janvier 2014, il existe 27 116 sages-femmes inscrites au conseil de l'ordre des sages-femmes, dont 21 360 (77,6 %) en activité [8]. Ce chiffre augmente plus vite au cours de ces vingt dernières années, que le nombre de femmes en âge de procréer [9]. En maintenant constant le comportement des sages-femmes et en l'absence de nouvelles décisions des pouvoirs publics (scénario tendanciel), le nombre de sages-femmes en activité devrait continuer à augmenter jusqu'en 2030, mais à un rythme moins soutenu [10].

Source CNOSF 01-2010 à 01-2014

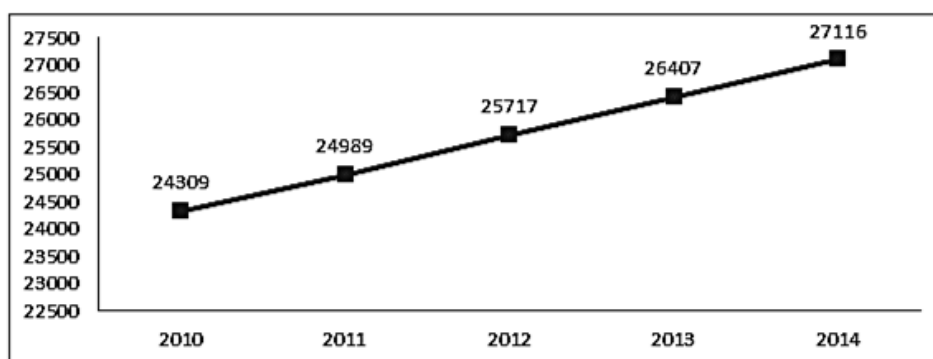


Fig.1 Évolution du nombre de sages-femmes de 2010 à 2014

Le nombre de sages-femmes est passé de 24 309, en 2010, à 27 116, en 2014, soit une augmentation de 11,5 %. 97,6 % des sages-femmes sont des femmes. L'âge moyen des sages-femmes actives est de 40,8 ans [11].

Les sages-femmes peuvent avoir trois modes d'exercices différents [8]:

- un mode salarié, dans une structure publique ou privée (77 % - 16 370),
- un mode mixte, salarié et libéral (7 % - 1 566),
- un mode libéral, exclusif (16 % - 3 424). Ce mode d'activité a augmenté de 40 % en 4 ans.

Source CNOSF 01-2010 à 01-2014

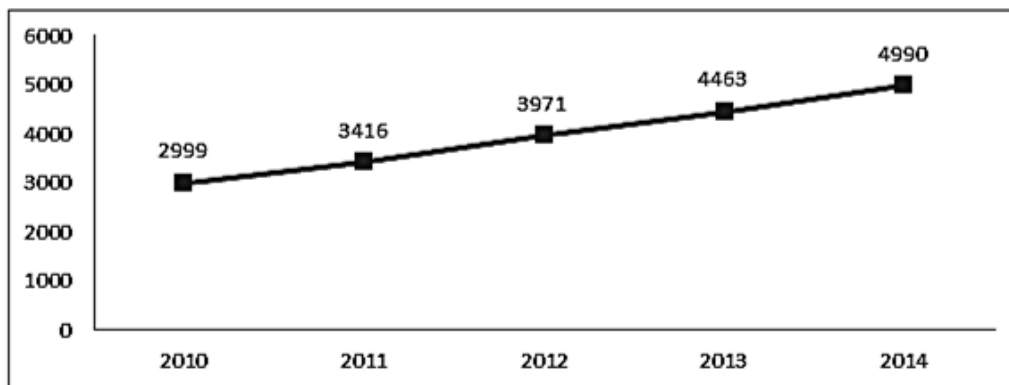


Fig. 2 Évolution du nombre de sages-femmes ayant un exercice libéral de 2010 à 2014

Le nombre de sages-femmes, ayant un exercice libéral, passe de 2 999 en 2010, à 4 990 en 2014, soit une évolution de 66,4 % (1 991) en 4 ans [9].

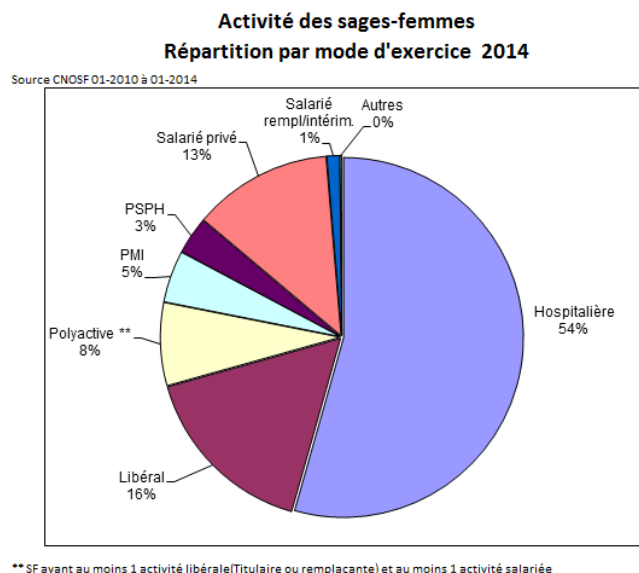
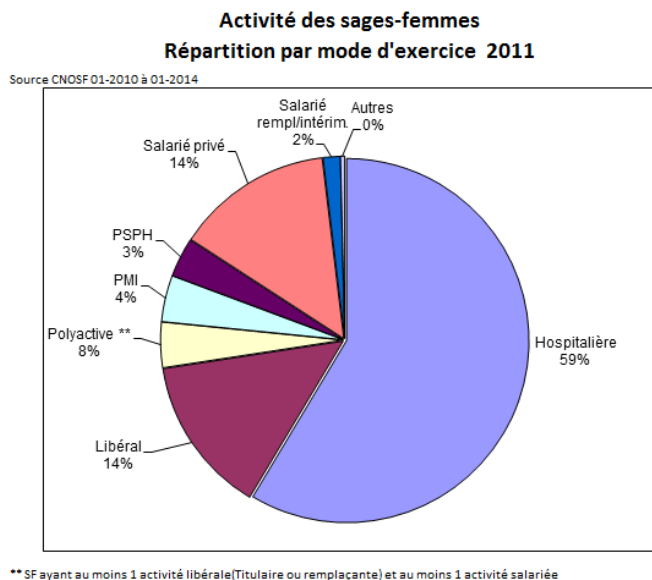


Fig. 3 Activité des sages-femmes selon le mode d'exercice en 2011 et en 2014

L'effectif des sages-femmes libérales progresse en raison de l'augmentation de l'effectif total des sages-femmes diplômées et du choix plus fréquent de ce mode d'activité, depuis le début des années 2000. En 2030, une sur trois exercerait en libéral [9,10].

1.2. FORMATION INITIALE

En France, la formation des sages-femmes débute par une année appelée, PACES, commune aux médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes, composée de deux semestres associant des enseignements théoriques et dirigés, sanctionnée par un concours.

Puis, les étudiants sages-femmes étudient 4 années au sein d'une école de sages-femmes, dont :

- 2 années consacrées à la physiologie et à l'eutocie,
- puis 2 années consacrées au dépistage et à la prévention dans les domaines de l'obstétrique, de la gynécologie et de la pédiatrie.

Au cours de leur formation, les sages-femmes ont des cours théoriques, des travaux pratiques et des travaux dirigés. En plus de cette formation universitaire, elles ont des stages obligatoires qui se déroulent dans les établissements de santé ou auprès de sages-femmes libérales.

Leur cursus est sanctionné par des épreuves écrites, une épreuve clinique, des épreuves orales et la soutenance d'un mémoire de fin d'études [12].

1.3. COMPÉTENCES EN GYNÉCOLOGIE

En France, les sages-femmes appartiennent au corps des professions médicales, au même titre que les médecins, les pharmaciens et les chirurgiens-dentistes. Le Code de la Santé publique définit leur champ d'intervention. Initialement, il recouvrait uniquement l'obstétrique physiologique. Des évolutions de la loi ont donné, progressivement, de nouvelles compétences aux sages-femmes :

- La loi du 19 mai 1982 a modifié la loi du 28 décembre 1967, relative à la régulation des naissances. En conséquence, les mots "anticonceptionnels" et "propagande anticonceptionnelle" ont été supprimés. L'article 3 de la loi du 28 décembre 1967 modifiée dispose que : «Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les diaphragmes, les capes, ainsi que les contraceptifs locaux. La première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par un médecin ou une sage-femme» [13].
- Un arrêté du 17 octobre 1983 a autorisé la réalisation des frottis cervico-vaginaux par les sages-femmes, dans le cadre du suivi de grossesse [14].
- À partir du décret du 8 août 1991, les sages-femmes ont pu se former à la pratique de l'échographie fœtale, dans le cadre de la surveillance des grossesses physiologiques. Elles ont pu réaliser l'examen morphologique fœtal à partir d'une ordonnance ministérielle notifiée dans le Journal Officiel du 3 juin 1999 [15].

- Le 22 juin 2000, un grand nombre d'articles de la loi du 28 décembre 1967 a été abrogé. Seul l'article 3 de cette loi, cité précédemment, a été remplacé par l'article L.5134-1 du code de la santé publique, et dispose des mêmes principes.
- L'arrêté du 23 février 2004, modifié le 12 octobre 2011, a autorisé les sages-femmes à prescrire une liste non exhaustive de médicaments [16].
- La loi du 9 août 2004 a élargi les compétences des sages-femmes et a initié la prescription de la contraception par les sages-femmes dans les articles L4151-1 et L5134-1 du Code de la Santé Publique en incluant que [17] :
 - « l'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme, si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique »
 - « les sages-femmes sont habilitées à prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen postnatal et après une interruption volontaire de grossesse ».

Par ailleurs, cette loi a permis à la sage-femme de réaliser le premier examen prénatal, d'attester l'état de grossesse et de signer la déclaration de grossesse.

- Le décret du 17 octobre 2006 a autorisé les sages-femmes à réaliser un frottis cervico-vaginal au cours de la grossesse et lors de l'examen post-natal [18].
- La loi du 21 juillet 2009 a élargi le champ de compétences des sages-femmes, avec la réalisation de consultations gynécologiques de prévention et la prescription de l'ensemble des contraceptifs, sous réserve que les sages-femmes adressent leurs patientes à un médecin en cas de pathologie. En l'absence d'antécédents personnels et familiaux notables de la patiente, la sage-femme peut prescrire une contraception hormonale, sans restriction, en procédant aux examens complémentaires éventuellement nécessaires. Mais, d'après cette loi, « la surveillance et le suivi biologique (de la contraception) sont assurés par le médecin traitant ». La sage-femme devait, alors, renvoyer sa patiente vers

son médecin traitant pour la surveillance au long cours de la contraception hormonale et le suivi biologique, recommandé tous les 5 ans, en l'absence d'antécédents [5].

- La loi du 29 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale a permis la suppression de l'alinéa concernant le suivi de la contraception, permettant aux sages-femmes d'exercer pleinement leur compétence dans le domaine de la contraception de la femme. Le parcours de soins pour les femmes a alors été simplifié [19].
- Enfin, le décret du 17 juillet 2012 réforme le code santé publique pour appliquer la loi de 2009. Pour l'exercice de ses compétences, la sage-femme est autorisée à pratiquer l'insertion, le suivi et le retrait des dispositifs intra-utérins, ainsi que les implants contraceptifs [20].

Les compétences des sages-femmes sont énumérées dans leur référentiel métier [21]. Il a été élaboré en 2009 et actualisé en janvier 2010. Il a été réalisé à l'initiative du collectif des associations et de syndicats de sages-femmes (CASSF) avec la participation du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF). Ce référentiel a pour but de promouvoir la profession de sage-femme, dont les compétences semblent être peu connues, en France. On retrouve cette même méconnaissance des compétences des sages-femmes dans d'autres pays européens [22], aux Etats-Unis [23] et en Australie [24].

Ce référentiel a été établi à partir de 8 situations cliniques différentes :

- Conduire une consultation prénatale.
- Organiser et animer une séance collective de préparation à la naissance et à la parentalité.
- Assurer une consultation d'urgence pour douleurs abdominales au cours du 3^{ème} trimestre.

- Diagnostiquer et suivre le travail, réaliser l'accouchement et surveiller ses suites (pour une grossesse à terme à priori normale).
- Diagnostiquer et prendre en charge l'hémorragie de la délivrance (quel que soit le lieu et au-delà du post-partum immédiat).
- Assurer un suivi mère-enfant dans les suites de couche jusqu'à la visite postnatale.
- Réaliser une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention.
- Réaliser une réanimation néonatale.

Le référentiel souligne le fait, que ces situations cliniques ont été décrites, et établies avec les dernières recommandations et les données actuelles de la science.

Il permet d'extraire 17 compétences spécifiques aux sages-femmes libérales :

- 1^{ère} compétence : le conseil en contraception,
- 2^{ème} compétence : la prescription de toutes les contraceptions,
- 3^{ème} compétence : le suivi gynécologique physiologique,
- 4^{ème} compétence : la réalisation des frottis cervico-utérins,
- 5^{ème} compétence : la pose d'un implant sous cutané contraceptif,
- 6^{ème} compétence : la prescription des examens biologiques ou radiologiques nécessaires au suivi gynécologique physiologique,
- 7^{ème} compétence : le suivi de grossesse physiologique et ses 8 consultations prénatales,
- 8^{ème} compétence : la déclaration de grossesse auprès de la sécurité sociale et de la CAF,
- 9^{ème} compétence : la prescription des examens paracliniques d'imagerie et de laboratoire, nécessaire au suivi de grossesse non pathologique,
- 10^{ème} compétence : le suivi échographique après une formation complémentaire universitaire diplômante,

- 11^{ème} compétence : la vaccination selon le calendrier vaccinal habituel lors du suivi gynécologique ou du suivi de grossesse,
- 12^{ème} compétence : la prescription d'un arrêt de travail de 15 jours qui ne devrait pas être renouvelé,
- 13^{ème} compétence : la vaccination à la naissance contre l'hépatite B et la vaccination contre le BCG à un mois des nourrissons,
- 14^{ème} compétence : la vaccination contre HPV,
- 15^{ème} compétence : la consultation du postpartum huit semaines après l'accouchement,
- 16^{ème} compétence : la rééducation périnéale,
- 17^{ème} compétence : la pose d'un DIU.

Les compétences ont été actualisées avec la loi du 29 décembre 2011 et le décret du 17 juillet 2012, cités précédemment.

1.4. RÉMUNÉRATION DES ACTES DE GYNÉCOLOGIE AMBULATOIRE

Les tarifs des honoraires des sages-femmes libérales, pris en charge par l'assurance maladie, (appliqués au 1/1/2015,) sont [26] :

- pour une consultation : 23 €,
- pour une visite à domicile : 23 €,
- pour une séance de suivi postnatal : 18,55 € (maximum 2 séances),
- pour une séance de préparation à l'accouchement : 1^{ère} séance à 42 € et les autres séances de préparation à l'accouchement de 16,80 à 33,60 €, selon le nombre de participantes à la séance (maximum 8 séances),
- pour une séance de rééducation périnéale : 19,60 €,
- pour les indemnités kilométriques : 0,45 à 3,95 € / km,
- pour les indemnités forfaitaires de déplacement : 4 €,
- pour le forfait journalier de sortie précoce : 33,60 à 58,80 €,
- pour un prélèvement cervico-vaginal : 11,48 € ou 5,74 €, s'il s'ajoute à une consultation,
- pour la pose ou le changement de DIU : 38,36 €,
- pour la pose d'un implant sous-cutané : 16,80 €,
- pour l'ablation ou le change d'implant sous-cutané : 41,72 €.

2. LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

2.1. DÉMOGRAPHIE

90 630 médecins généralistes sont inscrits au conseil de l'Ordre des médecins, au 1er janvier 2014, soit une baisse de 6,5 % des effectifs depuis 2007 [1] dont :

- 58 % (52 760) avec une activité libérale, dont 66 % (34 756) d'hommes et 34 % (18 004) de femmes,
- 7 % (6 164) avec une activité mixte, dont 63 % (3 882) d'hommes et 37 % (2 282) de femmes,
- 35 % (31 631) avec une activité salariée, dont 40 % (12 635) d'hommes et 60 % (18 996) de femmes.

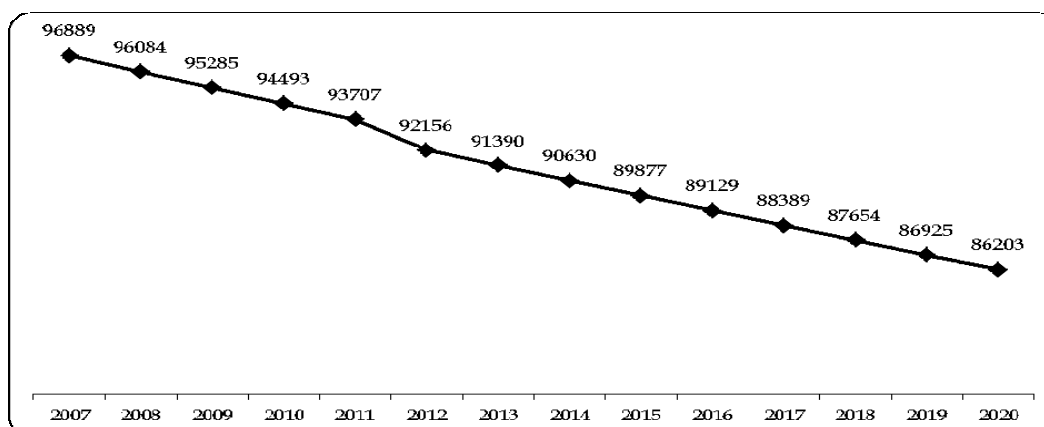


Fig. 4 Variation des effectifs en médecine générale sur la période 2007-2014

L'intégralité des régions françaises enregistre une baisse de la densité des médecins généralistes. En 2007, la densité était de 157,1 médecins généralistes pour 100 000 habitants. En 2014, on compte une densité de 132,7 médecins généralistes pour 100 000 habitants [1].

2.2. FORMATION INITIALE

Les études médicales sont composées de trois cycles qui portent les études de 9 à 11 années, suivant la filière choisie.

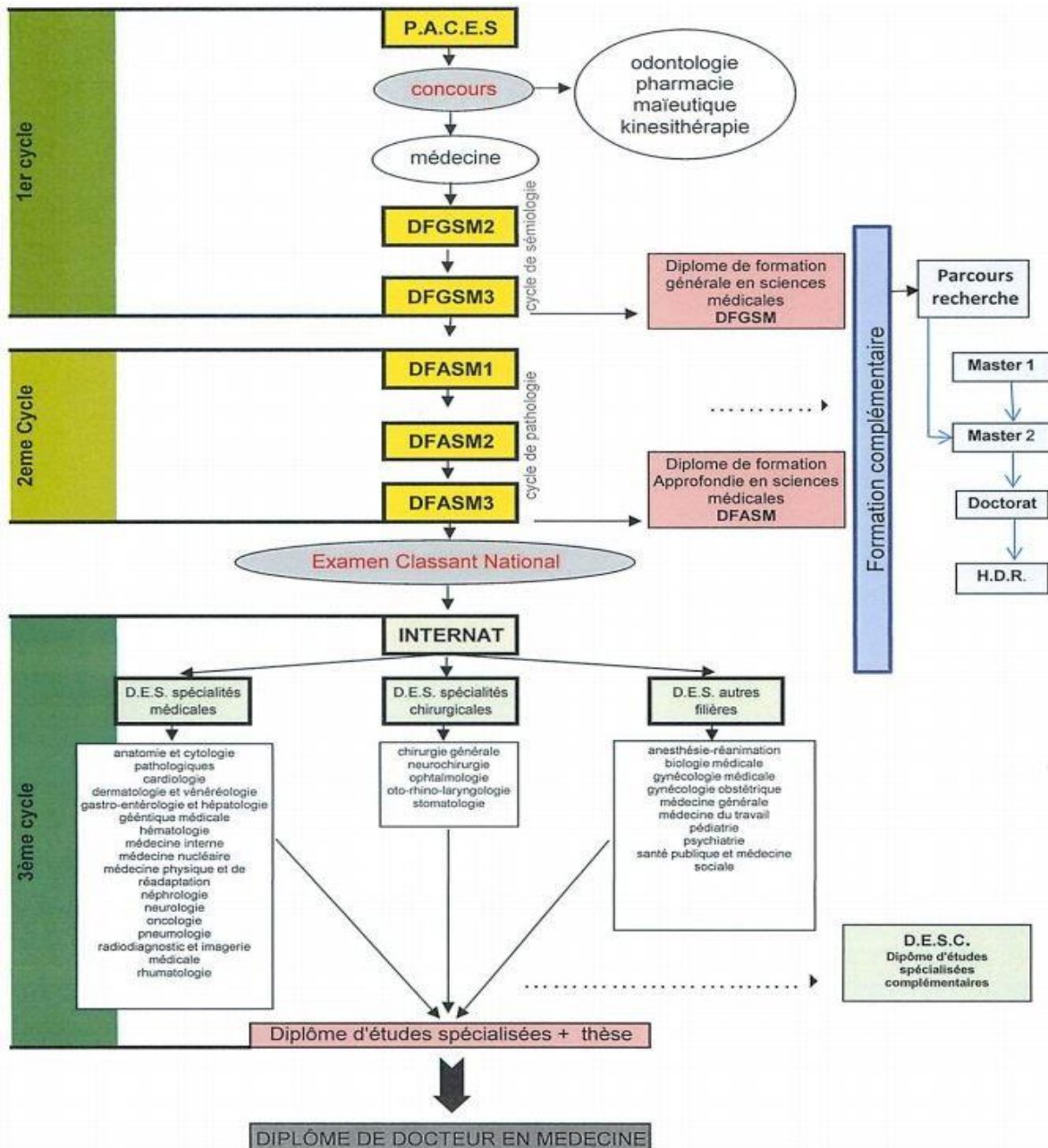


Fig. 5 Schéma des études de médecine en France

Au cours de la formation des études médicales, deux concours ponctuent le cursus : le concours, à la fin de la PACES et l'ECN, à la fin du deuxième cycle des études médicales [27].

Le premier cycle se déroule en 3 années dont [27]:

- la PACES : la première année d'accès aux études de santé,
- la DFGSM2 (ex-PCEM2), au cours de laquelle se déroulent un stage infirmier de 1 mois, des cours théoriques, des enseignements dirigés et l'enseignement de l'anglais médical,
- la DFGSM3 (ex-DCEM1), au cours de laquelle se déroulent des stages hospitaliers, en plus de cours théoriques.

Le deuxième cycle est constitué de 3 années : la DFASM1 (ex-DCEM2), la DFASM2 (ex-DCEM3) et la DFASM3 (ex-DCEM4), essentielles pour l'apprentissage clinique. Pendant ces années, les étudiants en médecine suivent des enseignements théoriques et des stages hospitaliers de 2 à 4 mois avec des terrains de stages obligatoires. Parmi les stages, un stage de 2 mois minimum en gynécologie-obstétrique est obligatoire. Les enseignements recouvrent 11 modules transversaux, créés pour reprendre les grandes étapes de l'existence humaine ou la relation médecin-malade [27]:

- Module 1 : Apprentissage de l'exercice médical
- Module 2 : De la conception à la naissance
- Module 3 : Maturation et vulnérabilité
- Module 4 : Handicap, incapacité, dépendance
- Module 5 : Vieillesse
- Module 6 : Douleur, soins palliatifs, accompagnement
- Module 7 : Santé et environnement, maladies transmissibles
- Module 8 : Immuno-pathologie, maladies inflammatoires

- Module 9 : Athérosclérose, hypertension, thrombose
- Module 10 : Cancérologie, onco-hématologie
- Module 11 : Synthèse clinique et thérapeutique, de la plainte du patient à la décision thérapeutique, urgences

Enfin, après l'ECN, le troisième cycle, appelé DES, véritable cadre de la formation professionnelle, dure trois ans pour les médecins généralistes avec la possibilité de faire, par la suite, un DESC (article 13 du décret n° 2004-67 précisé par l'article 1^{er} et l'article 4 de l'Arrêté du 29 avril 1988). La durée de l'enseignement théorique pour chaque interne de médecine générale est de 200 heures. Pendant ce cycle, la réalisation d'une thèse de médecine est obligatoire avant de s'installer dans un cabinet, ou de devenir praticien hospitalier [27].

Les internes de médecine générale doivent suivre une maquette obligatoire de 6 stages, d'une durée de 6 mois, dont 4 obligatoires (article 5 de l'arrêté du 29 avril 1988) :

- un stage en médecine adulte : médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente ou gériatrie de court séjour,
- un stage de gynécologie et/ou de pédiatrie,
- un stage de médecine d'urgence,
- un stage chez le praticien de médecine générale (stage de niveau 1).

La formation des internes de médecine générale passe par la réalisation d'au moins un stage chez le praticien de médecine générale. Il existe deux types de stages ambulatoires, chez le praticien de médecine générale :

- le stage ambulatoire de niveau 1, obligatoire dans leur formation. Ce stage se déroule à partir du 3^{ème} semestre. Les internes les plus anciens dans le cursus sont prioritaires. Le

nombre de postes, mis au choix, est déterminé à chaque semestre par la DRASS. Pendant ce stage, les étudiants reçoivent leur salaire habituel d'interne. Les internes de médecine générale découvrent le malade dans son milieu naturel social et familial. Ils apprennent à connaître l'organisation et le fonctionnement d'un cabinet médical, observent l'organisation des soins primaires et la part spécifique de la médecine générale. Enfin, ils participent à la formation médicale continue et à la recherche d'informations scientifiques, en médecine générale, dans le cadre habituel de l'exercice de la médecine générale. Au début, ils assistent « passivement » à des consultations, puis d'une façon « semi-active » en supervision directe, où ils interviennent, jusqu'à diriger la consultation en présence du maître de stage. Enfin, dans la phase « active », ils consultent seuls. Ces 3 phases se succèdent et s'intriquent dans le temps.

- le stage ambulatoire de niveau 2 ou Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé SASPAS est facultatif dans leur formation. Ce 2^{ème} stage en médecine générale ambulatoire est proposé aux internes de médecine générale ayant déjà validé leur stage ambulatoire de niveau 1. Il s'agit d'un stage en autonomie, effectué en 5^{ème} ou 6^{ème} semestre, pendant lequel l'interne consulte seul. La formation de l'interne est complétée par la supervision indirecte des consultations par le maître de stage. Le stage se déroule à temps plein avec :

- 6 demi-journées consacrées à un travail de consultation en soins primaires ambulatoires (consultation en médecine générale, libérale ou salariée en centre de santé),
- 3 demi-journées consacrées à d'autres activités en soins primaires ambulatoires, en rapport avec ses besoins de formation : la consultation de PMI, le planning familial, l'alcoologie, la toxicomanie ou le travail dans un réseau,

- 2 demi-journées consacrées aux travaux universitaires.

Enfin, les stages de gynécologie sont ouverts à tous les internes de médecine générale, mais s'avèrent non obligatoires pour les internes ayant fait un stage de pédiatrie. Ils ne peuvent pas être réalisés par tous les internes, car les terrains de stage offerts sont peu nombreux. Par exemple, en Île-de-France, 63 postes validant la gynécologie sont proposés pour le semestre de mai 2015 à octobre 2015, pour un total, entre 440 et 590, d'internes entre 440 et 590 par promotion entre 2010 et 2014. On peut noter que certains stages ambulatoires valident cette compétence, mais ils sont très peu nombreux. A Paris 7, il existe 11 maquettes de stage de médecine générale validant la gynécologie.

2.3. COMPÉTENCES EN GYNÉCOLOGIE

La médecine générale revêt un très large champ de compétences, dans diverses spécialités médicales. Pendant sa formation initiale, chaque médecin généraliste est formé en gynécologie, sur les compétences suivantes, qui peuvent varier, selon les facultés de médecine et les enseignements suivis par les étudiants [4]:

- la prescription de la contraception, dont la contraception d'urgence,
- le dépistage des cancers gynécologiques, incluant la réalisation de frottis cervico-utérins et la prescription des mammographies, dans le cadre de la campagne de dépistage organisée,
- la prise en charge des urgences gynécologiques, en particulier les dysménorrhées et les douleurs pelviennes,
- le suivi de grossesse aux 1^{er} et 2^{ème} trimestres et le suivi postpartum,
- la prise en charge de la ménopause,
- la pose et le retrait d'implant sous-cutané,
- la pose et le retrait de dispositifs intra-utérins.

Par la suite, le médecin généraliste peut compléter sa formation. S'il souhaite développer sa compétence en gynécologie, il peut réaliser des diplômes universitaires ou inter-universitaires, proposés dans les différentes facultés de médecine. L'activité gynécologique des médecins généralistes dépend des envies, des compétences acquises du médecin généraliste, mais également de la demande de sa patientèle [4].

2.4. RÉMUNÉRATION DES ACTES DE GYNÉCOLOGIE AMBULATOIRE

Les tarifs des honoraires des médecins généralistes libéraux en secteur 1, pris en charge par l'assurance maladie (appliqués au 1/1/2015), sont [26] :

- pour une consultation : 23 €,
- pour une visite à domicile : 23 €,
- pour la majoration d'une visite à domicile justifiée : 10 €,
- pour la majoration d'acte de nuit de 20h00 à 00h00 : 35 €,
- pour la majoration d'acte de nuit : 40 €,
- pour la majoration d'acte le dimanche et jour férié : 19,06 €,
- pour la majoration d'urgence : 22,60 €,
- pour les indemnités kilométriques : de 0,61 à 4,57 € / km,
- pour les indemnités forfaitaires de déplacement : de 3,81 à 5,34 €,
- pour un prélèvement cervico-vaginal : 12,46 € ou 6,23 € en plus d'une consultation,
- pour la pose ou le changement de DIU : 38,40 €,
- pour la pose d'un implant sous-cutané : 17,99 €,
- pour l'ablation ou le change d'implant sous-cutané : 41,80 €.

3. LES GYNÉCOLOGUES

3.1. DÉMOGRAPHIE

Les gynécologues sont répartis de manière assez homogène sur le territoire français. Leur population vieillissante se féminise. Ils sont répartis, selon leurs pratiques, en 3 types d'activités selon qu'ils exercent une discipline [1] :

- médicale qui regroupe :
 - o la gynécologie médicale et obstétrique,
 - o la gynécologie médicale,
- ou chirurgicale, appelée la gynécologie obstétrique.

- **Les gynécologues obstétriciens, spécialisés en chirurgie**

Les gynécologues obstétriciens sont 4 074 inscrits au conseil de l'Ordre des médecins, au 1^{er} janvier 2014, soit une augmentation de 28,6 % des effectifs, depuis 2007, dont :

- 34,2 % (1 393) avec une activité libérale,
- 23,3 % (951) avec une activité mixte,
- 42,50 % (1 728) avec une activité salariée.

Parmi eux, la majorité est composée d'hommes (55 %) avec un âge moyen à 48 ans (52 ans pour les hommes et 43 ans pour les femmes). Il faut noter une inversion du ratio homme/femme, selon la tranche d'âge. Il passe de 18,56 dans la tranche des 60-64 ans (381 hommes pour 74 femmes), à 0,21 dans la tranche inférieure à 34 ans (85 hommes pour 399 femmes).

Le nombre de nominations à l'internat, pour les gynécologues-obstétriciens, est passé de 155 en 2007, à 208 en 2014 [1].

- **Les gynécologues médicaux et obstétriciens, spécialistes médicaux**

Les gynécologues médicaux et obstétriciens sont 1 513 inscrits au conseil de l'Ordre des médecins, au 1^{er} janvier 2014, soit une baisse de 30 % des effectifs, depuis 2007, dont :

- 61,0 % (922) avec une activité libérale,
- 23,8 % (360) avec une activité mixte,
- 15,20 % (230) avec une activité salariée.

Parmi eux, la majorité sont des femmes (58 % - 870), avec un âge moyen à 60 ans (61 ans pour les hommes et 59 ans pour les femmes) [1].

- **Les gynécologues médicaux**

Les gynécologues médicaux sont 1 356 inscrits au conseil de l'Ordre des médecins, au 1^{er} janvier 2014, soit une baisse de 21,9 % des effectifs, depuis 2007, dont :

- 67,7 % (918) avec une activité libérale,
- 19,1 % (259) avec une activité mixte,
- 13,2 % (179) avec une activité salariée.

Parmi eux, la majorité est composée de femmes (94 % - 1 277) avec un âge moyen de 58 ans, pour les 2 sexes. La formation de ces spécialistes a disparu de 1986 à 2003, expliquant leur faible nombre et leur diminution constante. En 2003, le DES de gynécologie médicale est mis en place [28].

Le nombre de nominations de gynécologues médicaux à l'internat est passé de 20, en 2012 (avec une stagnation à 20 de 2003 à 2012) à 41, en 2014 [1]. Ce nombre est insuffisant pour assurer les besoins en gynécologie médicale et leur renouvellement, tant dans les structures hospitalières qu'en ville (les délais de rendez-vous vont de 2 à 6 mois) [2]. L'alignement sur la médecine européenne, pour la libre circulation des médecins et des patients, faisait craindre la disparition de

ce DES, car la spécialité de gynécologie médicale est couplée à celle de l'obstétrique dans la Communauté Économique Européenne [29]. Mais en 2013, la ministre de la santé, Mme Touraine, a réaffirmé sa volonté de maintenir le DES de gynécologie médicale [2].

Malgré la création du DES de gynécologie médicale, en 2003, et son maintien réaffirmé par la ministre de la santé, elle souffre toujours d'une pénurie de praticiens : en 2020, plus de 60 % des gynécologues médicaux partiront à la retraite car leur moyenne d'âge en 2014 était de 58 ans [2-28].

3.2. FORMATION INITIALE

La formation initiale est la même que celle des médecins généralistes pour le premier et deuxième cycle. Le troisième cycle diffère avec un DES en 4 ou 5 ans [27] :

- Pour les gynécologues-obstétriciens et les gynécologues médicaux et obstétriques, le DES dure 5 ans et couvre toute la gynécologie, qu'elle soit médicale ou chirurgicale.
- Pour les gynécologues médicaux, le DES dure 4 ans et forme à la prise en charge de tous les problèmes gynécologiques médicaux, pendant la vie d'une femme.

3.3. COMPÉTENCES

Lors d'un audit, fait le 25/02/2011, auprès des gynécologues médicaux, la gynécologie médicale est définie comme une spécialité [29]:

- médicale regroupant des compétences gynécologiques, cancérologiques et hormonologiques,
- clinique prenant en charge des pathologies gynécologiques et sénologiques.

Elle exclue l'accouchement et la chirurgie réservés aux gynécologues-obstétriciens.

Une partie des diplômés, en gynécologie obstétrique, oriente en réalité leur activité vers de la gynécologie médicale. Cette remarque constitue une donnée à prendre en compte, pour évaluer le potentiel des soins ambulatoires en gynécologie médicale [29].

L'ensemble des compétences des gynécologues recouvre, à la fois, les compétences des sages-femmes et des médecins généralistes en gynécologie, mais également celles liées à la prise en charge des pathologies gynécologiques sur le plan thérapeutique [29].

3.4. RÉMUNÉRATION DES ACTES DE GYNÉCOLOGIE AMBULATOIRE

Les tarifs des honoraires des gynécologues libéraux en secteur 1, pris en charge par l'assurance maladie (appliqués au 1/1/2015), sont [1]:

- pour une consultation : 25 €,
- pour une visite : 25 €,
- pour la majoration d'une visite à domicile justifiée : 10 €,
- pour la majoration d'acte de nuit de 20h00 à 00h00 : 35 €,
- pour la majoration d'acte de nuit : 40 €,
- pour la majoration d'acte le dimanche et jour férié : 19,06 €,
- pour la majoration d'urgence : 22,60 €,
- pour les indemnités kilométriques : de 0,61 à 4,57 € / km,
- pour les indemnités forfaitaires de déplacement : de 3,81 à 5,34 €,
- pour un prélèvement cervico-vaginal : 12,46 € ou 6,23 € s'il s'ajoute à une consultation,
- pour la pose ou le changement de DIU : 38,40 €,
- pour la pose d'un implant sous-cutané : 17,99 €,
- pour l'ablation ou le change d'implant sous-cutané : 41,80 €.

À noter que la plupart des gynécologues libéraux sont en secteur 2, avec des dépassements d'honoraires [26].

4. LE SUIVI GYNÉCOLOGIQUE ET LE SUIVI DE GROSSESSE: COMPÉTENCES PARTAGÉES PAR LES GYNÉCOLOGUES, LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET LES SAGES-FEMMES

4.1. EN FRANCE

4.1.1. LA GROSSESSE PHYSIOLOGIQUE

4.1.1.1. LE SUIVI DE GROSSESSE

En France, le suivi de grossesse est très règlementé, pour uniformiser les pratiques médicales et améliorer la prise en charge des femmes enceintes. L'ensemble des recommandations a été résumé par l'HAS, dans une recommandation professionnelle [30].

Il est réalisé au cours de 8 consultations dont sept consultations obligatoires et une facultative : deux au premier trimestre (dont une facultative avant 10 semaines d'aménorrhée), puis une par mois, à compter du premier jour du 4^{ème} mois. Au cours du suivi, une échographie trimestrielle est conseillée. Un suivi biologique est conseillé tous les mois, à partir du 4^{ème} mois. Selon la réglementation actuelle, la déclaration doit être faite avant 15 semaines d'aménorrhée. Huit séances de préparation à la naissance et à la parentalité doivent être systématiquement proposées, dont la première consacrée à l'entretien individuel, ou en couple, au début du 2^{ème} trimestre, dit «entretien du 4^{ème} mois».

Les 3 tableaux suivants résument la prise en charge des femmes enceintes.

CONTENU DU SUIVI	Consultation préconceptionnelle	1 ^{re} consultation avant 10 SA	2 ^e consultation avant 15 SA
	-	Établir le diagnostic de grossesse et dater la grossesse	Établir la déclaration de grossesse et fixer la date présumée de l'accouchement
Examens cliniques et biologiques	Examen gynécologique frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	Réaliser un examen clinique général et gynécologique PA ; taille ; poids ; examen des seins ; frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	Réaliser un examen clinique PA ; poids ; hauteur utérine à partir du 4 ^e mois ; si possible bruits du cœur fœtal
	Sérologies prescrites <ul style="list-style-type: none"> groupes sanguins (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) toxoplasmose et rubéole recherche d'agglutinines irrégulières 	Sérologies prescrites obligatoirement (1) <ul style="list-style-type: none"> groupe sanguin (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) toxoplasmose et rubéole syphilis glycosurie et protéinurie recherche d'agglutinines irrégulières, à l'exclusion des Ac dirigés contre les Ag A et B 	Sérologies prescrites <ul style="list-style-type: none"> toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent rubéole en cas de négativité du résultat précédent (jusqu'à 18 SA) glycosurie et protéinurie
	Sérologie proposée VIH (population à risque)	Examens proposés systématiquement (2) <ul style="list-style-type: none"> sérologie VIH 1 et 2 ; information sur les risques de contamination materno-fœtale par le VIH dépistage combiné du 1^{er} trimestre des anomalies chromosomiques fœtales associant mesure de la clarté nucale (1^{re} échographie réalisée entre 11 et 13 SA et 6 jours) et dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et β-hCG libre) Examens proposés éventuellement <ul style="list-style-type: none"> examen cyto bactériologique des urines (ECBU) dépistage d'une anémie (hémogramme) en cas de facteurs de risque 	Examens proposés systématiquement dépistage des anomalies chromosomiques fœtales : marqueurs du 2 ^e trimestre en l'absence d'un dépistage combiné au 1 ^{er} trimestre
Information et prévention	Recherche des facteurs de risque ciblée en particulier sur les pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète)		Proposer systématiquement un entretien individuel ou en couple et rechercher d'éventuels facteurs de stress et toute forme d'insécurité (précarité, insécurité affective au sein du couple ou de la famille)
	Sensibiliser aux effets du tabagisme, de la consommation d'alcool, de l'usage de drogues et de médicaments tératogènes		
	Prévenir des anomalies de fermeture du tube neural (jusqu'à 8 SA) par supplémentation en folates à raison de 400 μ g/jour		
	Informez sur le suivi de la grossesse		
	-	Débuter l'élaboration d'un projet de naissance	Conseiller la participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité

Fig. 6 Tableau récapitulatif du suivi de grossesse selon HAS [22]

Consultation (Cs)	3 ^e Cs	4 ^e Cs	5 ^e Cs	6 ^e Cs	7 ^e Cs
Mois de gestation	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois	7 ^e mois	8 ^e mois
Examen clinique Poids ; PA ; hauteur utérine ; bruits du cœur et mouvements fœtaux ; signes fonctionnels urinaires ; contractions utérines	X	X	X	X	X
Évaluation de la présentation fœtale	-	-	-	-	X
Consultation de pré-anesthésie	-	-	-	-	X
Sérologies à prescrire obligatoirement (1)					
• Glycosurie et protéinurie	X	X	X	X	X
• 2 ^e détermination (si non faite avant) du groupe sanguin	-	-	-	-	X
• RAI, si Rhésus D négatif : à toutes les femmes et si Rhésus D positif, aux femmes avec un passé transfusionnel	-	-	X	-	X
• Toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent	X	X	X	X	X
• Recherche de l'antigène HBs	-	-	X	-	-
• Hémogramme	-	-	X	-	-
Examens à proposer systématiquement					
• 2 ^e échographie (entre 20 et 25 SA)	-	X	-	-	-
• 3 ^e échographie (entre 30 et 35 SA)	-	-	-	X	-
• Prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B (entre 35 et 38 SA)	-	-	-	-	X
• Dépistage d'infections urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire	X	X	X	X	X
Examens à proposer éventuellement ECBU en cas d'antécédents d'infections urinaires, de diabète ou de bandelette urinaire positive	X	X	X	X	X

Fig. 6 bis Tableau récapitulatif du suivi de grossesse selon HAS [22]

Consultation du 9 ^e mois	
	Établir le pronostic obstétrical (mode prévu d'accouchement)
Examens cliniques et biologiques	Réaliser un examen clinique général et obstétrical Poids ; PA ; recherche des signes fonctionnels urinaires ; hauteur utérine ; recherche des bruits du cœur et des mouvements fœtaux ; recherche des contractions utérines ; présentation fœtale (contrôle échographique en cas de doute)
	Sérologies prescrites obligatoirement (1) <ul style="list-style-type: none"> • Toxoplasmose en cas de négativité du résultat à la consultation précédente • Glycosurie et protéinurie
	Examens proposés éventuellement <ul style="list-style-type: none"> • ECBU en cas d'antécédents ou de diabète
Information et prévention	Donner des informations pratiques
	Vérifier l'environnement familial, les conditions de sécurité de la mère et de son enfant

PA : pression artérielle ; Ac : anticorps ; Ag : antigène ; SA : semaines d'aménorrhée ; ECBU : examen cytobactériologique des urines.

(1) décret n°92-143 du 14 février 1992 ; (2) loi n° 2004-808 du 9 août 2004 art. 101/

Fig. 6 ter Tableau récapitulatif du suivi de grossesse selon HAS [22]

4.1.1.2. LE CHOIX DE L'INTERVENANT

Selon le panel EPPM (Etude Permanente de la Prescription Médicale), seulement 8 % des grossesses sont suivies par un généraliste. Les femmes, qui consultent pour leur grossesse, préfèrent s'adresser à un gynécologue [31]. Dans son mémoire de sage-femme, C. Monleon fait le même constat : le suivi de grossesse ne constitue qu'une faible part de l'activité libérale des médecins généralistes et des sages-femmes libérales [32]. De même, M. Humbert, dans sa thèse de médecine générale, constate que peu de grossesses sont suivies par le médecin généraliste ou la sage-femme, au profit des gynécologues [33].

Dans sa thèse de médecine générale, portant sur l'échange de regards entre les médecins généralistes et les sages-femmes, sur le suivi de la grossesse à bas risque, C. Bergeron conclue que :

- les sages-femmes vont effectuer de plus en plus de suivis de grossesses physiologiques,
- les gynécologues obstétriciens de suivis de grossesses pathologiques,
- et les médecins généralistes s'adapteront aux disparités régionales, liées aux décisions des pouvoirs publics, à la démographie médicale, aux changements sociaux et aux demandes et aux besoins des femmes.

À partir de l'analyse des données de focus groups, constitués de médecins généralistes et de sages-femmes, C. Bergeron mesure son propos en expliquant que cette mutation demande du temps. Une collaboration, plus importante, entre sages-femmes et médecins généralistes, doit être mise en route pour accompagner les femmes enceintes, de la meilleure manière possible [34].

La thèse de médecine générale de M. Tesse-Skaf sur les déterminants, conditionnant le choix du praticien par les femmes, pour leur suivi de grossesse, montre, que le suivi de grossesse est fait le plus souvent par les gynécologues, aux dépens du généraliste. Dans sa thèse, 25 % des femmes

sont suivies par un médecin généraliste, pendant leur grossesse, jusqu'au 6^{ème} mois. Selon les médecins et les femmes, les déterminants du choix du praticien sont [35] :

- la « technicisation » du suivi de grossesse,
- le choix ou le manque de formation des médecins généralistes,
- l'absence d'information auprès des femmes enceintes d'un suivi possible par le médecin généraliste,
- l'absence de travail en réseau.

Les grossesses physiologiques sont plus suivies par des gynécologues, aux dépens des médecins généralistes. Dans la thèse de médecine générale de C. Babinet-Boulnois, sur le ressenti du médecin généraliste, 41 % des médecins généralistes suivent moins d'un quart de leurs patientes enceintes [36]. Dans 72 % des cas, ils suivent moins d'une de leurs patientes enceintes sur deux. C. Babinet-Boulnois fait ressortir des déterminants dans le choix du praticien pour le suivi de grossesse, proches de ceux de M. Tesse-Skaf, cités précédemment [36]:

- pas de demande des patientes (81 %),
- manque de formation des médecins généralistes sur le suivi de grossesse (13 %),
- l'absence de volonté de suivre les femmes enceintes (6 %).

Lors de la grossesse, la femme enceinte s'interroge beaucoup sur divers sujets et cherche à avoir un interlocuteur à l'écoute, pour répondre à ses questions et ses attentes. Dans la thèse de médecine générale de I. Prevot-Stimec, sur les attentes des femmes enceintes envers leur médecin généraliste, dans le cadre du suivi de grossesse, les femmes perçoivent leur grossesse comme un moment très particulier de leur vie, unique et évoluant dans le temps, la plaçant hors du cadre des maladies. Elles apprécient que, le médecin généraliste soit disponible, et leur offre un espace-temps pour exprimer leurs angoisses, pendant leur grossesse. Elles savent que, pendant cet espace-temps,

elles pourront se livrer. C'est dans la grande disponibilité du médecin généraliste qu'elles trouvent une satisfaction de leur suivi [37].

Dans la thèse de médecine générale de C. Lethu Abtey, sur la confiance chez les femmes primipares de la grossesse au post partum, les femmes primipares souhaitent un échange personnalisé, où « la dimension humaine est présente, en plus des compétences médicotéchniques exigées du professionnel. Elles aimeraient [...] que les professionnels de santé s'intéressent plus à elles et prennent le temps de les écouter, pour pouvoir entendre ce qu'elles ont à dire. Elles ont souvent besoin d'être rassurées, par plus d'explications et de conseils ». Elles ajoutent que « la sage-femme semble être le professionnel privilégié, qui permet de rassembler les qualités humaines et le savoir médical et qui accorde davantage de temps, de disponibilité et d'écoute aux femmes » [38].

Dans l'enquête de M. Hadji-Kobiyh, auprès de 90 femmes, les médecins généralistes occupent aussi une position privilégiée, pour consacrer du temps et de l'attention à tous les aspects du suivi de grossesse. Les médecins de famille ont une lecture de l'histoire de la patiente très privilégiée. La relation de confiance, qui s'installe ainsi entre le médecin généraliste et la femme enceinte, revêt une importance fondamentale : ainsi, 94 % des femmes, suivies exclusivement par leur médecin généraliste, jugent la prise en charge psychologique de la grossesse bonne ou excellente, versus 67,7 % pour les patientes suivies par d'autres professionnels, comme les gynécologues ou les sages-femmes [39].

Par ailleurs, dans son étude sur l'anxiété au cours de la grossesse, S. Moreau-Jamier déclare que les manifestations d'anxiété sont quasi constantes lors de la grossesse, avec des craintes immotivées et des inquiétudes, au sujet de l'enfant. La place du médecin généraliste est particulière et privilégiée, auprès des femmes enceintes, car la connaissance antérieure de la patiente lui permet d'avoir une approche psychologique adaptée. Cette demande d'écoute manifeste, observée également dans les médias grand public à destination des femmes enceintes, amène même S. Moreau-Jamier à citer,

dans sa thèse, un magazine grand-public : «ce n'est pas en voyant une femme dix minutes et en s'intéressant à l'utérus et au bébé qu'on répond aux attentes des femmes». L'écoute est donc importante [40].

La thèse de H. Yildiz, comme les deux autres thèses citées précédemment, conclut que les femmes, suivies par un médecin généraliste, pour leur grossesse, sont satisfaites et l'ont fait par choix. La grossesse est vécue comme un état de santé particulier, sans être une maladie. Les femmes ont apprécié l'approche généraliste du médecin traitant, centrée sur la globalité de l'enfant, de la femme enceinte et de la famille [41].

Enfin, dans le cadre du suivi prénatal dans la région de son étude, C. Monleon souligne que la collaboration, entre les médecins généralistes et les sages-femmes libérales, n'est pas une pratique courante : ils collaborent davantage avec les maternités des structures hospitalières. Il existe, donc, un réel besoin de coordonner et d'organiser ce suivi, notamment en ville. [32]

4.1.2. LE SUIVI GYNÉCOLOGIQUE ET LA CONTRACEPTION

4.1.2.1. LES PROFESSIONNELS CHARGÉS DU SUIVI GYNÉCOLOGIQUE ET DE LA CONTRACEPTION

En France, le suivi gynécologique et la prescription de la contraception sont réalisables par les gynécologues, les médecins généralistes et les sages-femmes depuis 2009 [6].

4.1.2.2. LE CHOIX DE L'INTERVENANT

A la demande de FNCGM, l'institut de sondage BVA a réalisé, en mai 2008, une enquête portant sur le ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique [42]. Elle s'est déroulée par téléphone, auprès de 1 030 femmes, issues d'un échantillon représentatif de la population française, âgées de 15 ans et plus. Parmi elles, 85 % étaient suivies sur le plan gynécologique. Les 15 % de femmes, non suivies, sont de milieu social plus défavorisé, avec une difficulté d'accessibilité financière aux consultations gynécologiques.

Selon les femmes interrogées lors de cette étude, les gynécologues étaient plus à même d'effectuer le suivi gynécologique, comparativement aux médecins généralistes. Elles les estimaient plus compétents que les médecins généralistes, y compris chez les femmes suivies par les médecins généralistes.

Entre septembre et octobre 2012, l'UFC que choisir a réalisé une étude sur les délais moyens pour obtenir un rendez-vous, auprès d'un médecin gynécologue. Le délai moyen, pour obtenir un rendez-vous de consultation chez un gynécologue, en ambulatoire, est de 40,46 jours, avec des délais

très aléatoires selon les départements, variant de 1 à 198 jours. Le dépassement d'honoraire moyen est de 9,44 €, allant de 0 à 82 € [2].

En 2013, M. Petit a réalisé, pour son mémoire de sage-femme, un état des lieux, auprès des femmes et des sages-femmes de Haute-Normandie, du suivi gynécologique de prévention et des consultations de contraception. Dans son étude, 21 % des femmes n'ont pas de suivi gynécologique régulier. Ces femmes non suivies sont jeunes, le plus souvent étudiantes. Les raisons évoquées sont une difficulté à trouver un professionnel de santé assurant ce suivi (33 %) et une absence d'intérêt pour le suivi gynécologique physiologique (36 %). En outre, les femmes méconnaissent, pour la plupart (76 %), les compétences des sages-femmes en matière de gynécologie, de prévention et de contraception. Une fois informées, les patientes se déclarent, dans cette étude, favorables à un suivi par les sages-femmes, pour 82 % d'entre elles [43].

La possibilité de réaliser un suivi gynécologique physiologique ou de prescrire une contraception, par les sages-femmes, est une décision récente des pouvoirs publics. Dans plusieurs mémoires d'étudiants sages-femmes, les auteurs constatent que les sages-femmes libérales ou hospitalières sont encore peu nombreuses à réaliser ce suivi.

Au travers de ces mémoires de sages-femmes, plusieurs causes sont évoquées :

- le manque de formation initiale des sages-femmes,
- le manque de formation continue des sages-femmes,
- la pratique hospitalière des sages-femmes qui ne développe pas les compétences pour le suivi gynécologique physiologique,
- le manque de reconnaissance des actes de suivi gynécologique physiologique, effectués par des sages-femmes.

L'instauration du nouveau programme d'études, avec la mise en place d'un master, a modifié la formation initiale des sages-femmes. Les nouvelles promotions de sages-femmes seront, probablement, plus efficaces, dans les nouvelles compétences attribuées aux sages-femmes, depuis 2009 [44-47].

Plusieurs mémoires de sage-femme récents démontrent l'importance de la sage-femme, dans la prise en charge à venir de la gynécologie physiologique et de la prévention. Tous ces mémoires soulignent, tout de même, la nécessité d'un renforcement des formations, pour ces compétences, tant en formation initiale que continue [47-49].

4.2. AILLEURS

En Europe, d'après l'étude des régulateurs européens des sages-femmes, datant de février 2010, il existe des disparités, quant aux compétences des sages-femmes et leurs différents modes d'exercice : libéral, salarié ou mixte. Elles travaillent principalement en tant que salariées. Le nombre de naissances par sage-femme par an est disparate, selon les différents pays européens, allant de 11,5 en Belgique à 109,1 en Espagne. L'Autriche, la France et la Belgique sont les pays avec la plus grande proportion de sages-femmes libérales (allant de 7 à 15 %). À noter qu'en Autriche, 44 % des sages-femmes sont à la fois libérales et salariées. En revanche, pour 7 pays (Slovénie, Roumanie, Estonie, Chypre, Croatie, Bulgarie et Espagne), les sages-femmes libérales n'existent pas. Enfin pour le Luxembourg, l'Irlande, le Royaume-Uni et la Slovaquie, les sages-femmes libérales représentent moins de 1 % des sages-femmes [22].

En Europe, les grossesses peuvent être suivies par le médecin généraliste, le gynécologue ou la sage-femme, en ville ou à l'hôpital. Il existe une grande disparité entre les pays quant aux acteurs de la prise en charge des grossesses, et des femmes dans le post-partum.

En Suède, au Royaume-Uni, en Finlande ou en Norvège, le suivi de grossesse est majoritairement fait, soit par les sages-femmes en cabinet libéral ou en centre de santé, soit par les médecins généralistes en collaboration avec les sages-femmes. Inversement, en France et en Italie, le gynécologue est le premier professionnel du suivi de grossesse, sans influence sur la morbidité des femmes et leurs nouveau-nés.

Aux Pays-Bas, les généralistes et les sages-femmes assurent la surveillance de 80 % des grossesses. Alors qu'en Allemagne et en Italie, le suivi de grossesse se fait, préférentiellement, par les gynécologues. En Allemagne, le système s'appuie sur un accès direct aux spécialistes, la

grossesse est surveillée par les gynécologues libéraux et l'accouchement est réalisé, dans un service agréé, par l'obstétricien de garde. En outre, le choix de l'intervenant n'a pas d'influence sur le taux de mortalité maternelle et le taux de mortinatalité. En effet, les résultats sont très bons pour la Suède et l'Italie (environ 3 ‰ pour le taux de mortalité maternelle et le taux de mortinatalité), alors que le suivi se fait par une sage-femme, pour le premier, et un gynécologue-obstétricien, pour le deuxième. Et inversement, ils sont mauvais pour le Royaume-Uni et la France, où l'on retrouve la même différence de professionnels (8 ‰ pour le taux de mortalité maternelle et respectivement 5 ‰ et 9,5 ‰ pour le taux de mortinatalité) [22,50].

De manière plus ciblée, dans leur mémoire de sage-femme :

- C. Leblanc a comparé le métier de sage-femme en Belgique et en France. Sur le plan juridique, les compétences des sages-femmes belges et françaises sont les mêmes. Dans l'exercice quotidien, ces dernières sont considérées, en Belgique, comme des infirmières spécialisées, en raison de leurs cursus universitaires anciennement communs aux infirmières et l'omniprésence du gynécologue, qui empêche une délégation facile de compétences aux sages-femmes. Cependant, des sages-femmes s'installent de plus en plus dans des maisons de naissance et/ou des cabinets libéraux. En France, les femmes tendent à s'orienter, plus souvent vers une sage-femme, que les femmes belges, pour leur suivi de grossesse [51].
- F. Raynel a comparé le suivi de grossesse au Royaume-Uni et en France. Elle démontre que la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Royaume-Uni, avec comme protagoniste principal la sage-femme, n'entraîne pas plus de morbidité et de mortalité qu'en France [52].

5. LA RELATION INTERPROFESSIONNELLE ENTRE LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET LES SAGES-FEMMES

Dans une thèse de médecine générale, datant de 2012, écrite à partir de focus groups regroupant des sages-femmes libérales et des médecins généralistes, C. Bergeron montre que les médecins généralistes sont parfois réticents à adresser leurs patientes à des sages-femmes, pour différentes raisons:

- la faible démographie (l'Île de France est le département le moins bien doté en sages-femmes),
- le plaisir de suivre eux-mêmes leurs patientes,
- les habitudes de travail,
- la mauvaise communication entre ces deux professionnels et la mauvaise connaissance mutuelle de leurs compétences [34].

Par ailleurs, dans le mémoire de sage-femme de L. Bertrand, on retrouve les mêmes conclusions. Elle constate la mauvaise connaissance des compétences des sages-femmes par les médecins généralistes et l'absence de collaboration interprofessionnelle entre les médecins généralistes et les sages-femmes [7].

Une thèse de médecine générale récente, de décembre 2013, écrite par le Dr C. Boissy, a permis l'instauration d'un enseignement commun, à la faculté de Lyon, entre les étudiants sages-femmes, de dernière année et les internes de médecine générale, pendant leur stage chez le praticien de niveau 1, à partir du 3^{ème} semestre. Cette thèse, faite à partir de focus groups regroupant des étudiants sages-femmes, des internes de médecine générale, des enseignants de médecine générale et des formateurs de l'école de sages-femmes, porte sur leurs attentes quant à un projet

d'enseignement commun, lors de leur formation initiale. Elle explique que les sages-femmes et les médecins généralistes sont en recherche de reconnaissance, ce qui entraîne le besoin de renforcer leur identité professionnelle propre, engendrant une rivalité, voir une crainte, vis-à-vis de l'autre profession, cloisonnant ainsi, les deux professions. Tous les participants ont identifié la méconnaissance mutuelle de leurs compétences comme un frein majeur à une collaboration efficiente, pour la prise en charge de la santé de la femme. Cependant, il existe une envie des futurs professionnels de santé de collaborer, ensemble, au travers de cabinets de groupes multidisciplinaires. Selon C. Boissy, il convient de préparer les internes de médecine générale et les sages-femmes à leurs pratiques futures et donc de développer un enseignement commun, lors de leur formation initiale respective, pour que chacun connaisse la profession de l'autre et travaille ainsi plus facilement ensemble [53]. À notre connaissance, la faculté de Lyon reste la seule université où ce type d'enseignement est proposé, depuis 2013.

IV) MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. MÉTHODE D'INTERVENTION

1.1. MODALITÉS DE RECRUTEMENT

Le département de coordination du DES de médecine générale d'Île de France possède les adresses électroniques des internes de médecine générale, inclus dans l'étude. Il a accepté d'inviter les internes à répondre directement au questionnaire. Pour respecter l'anonymat de l'ensemble des internes interrogés, nous n'avons pas eu accès à ces adresses.

Un questionnaire a été modélisé, grâce au logiciel Google Documents[®], et a été hébergé sur le serveur de Google Document[®] permettant une accessibilité en ligne.

La commission de coordination du DES de médecine générale d'Île-de-France a autorisé l'envoi du questionnaire uniquement aux internes de médecine générale, inscrits au 13/04/2015, dans les 4 facultés suivantes :

- l'université Pierre et Marie Curie-Paris 6,
- l'université Paris Diderot-Paris 7,
- l'université Léonard de Vinci, Bobigny-Paris 13,
- l'UFR des Sciences de la Santé Simone Veil-PIFO.

Le département de coordination du DES de médecine générale d'Île de France a adressé un email, à tous les internes de médecine générale d'Île-de-France, avec le lien d'accès direct à l'étude (Annexe 1).

1.2. L'INCLUSION

Un premier email a été envoyé à la population cible le 13/04/2015.

Un second email de rappel a été envoyé le 20/04/2015.

La fin de l'inclusion s'est faite le 27/04/2015, à minuit.

1.3. RECUEIL ET ANALYSE DES DONNÉES

Le recueil des données a été fait sous Excel[®] car Google Documents[®] exporte les données recueillies vers ce logiciel.

Les statistiques ont été réalisées grâce au logiciel R[®] [54], avec en particulier l'extension Épicalc[®] [55].

Les données mesurées, dans notre étude, sont réparties en 3 types :

- Des données discrètes : décrites par leur fréquence, exprimée en pourcentage, avec leur intervalle de confiance à 95%. Elles ont été comparées par le test du χ^2 ou le test exact de Fisher, lorsque l'effectif d'internes était trop faible. Les intervalles de confiance n'ont été réalisés qu'après transformation angulaire.
- Des données numériques : décrites par leur moyenne (avec leur intervalle de confiance à 95%) et leur écart-type.
- Des données continues : comparées par le test de Student après vérification de l'égalité des variances.

En raison du nombre de données recueillies et des nombreuses variables, l'analyse des données a nécessité une analyse multivariée. L'analyse multivariée a été réalisée en régression logistique avec entrée progressive. Pour l'analyse multivariée, la méthode descendante a été utilisée.

Toutes les variables avec un $p < 0.20$, dans l'analyse monovariée, ont été retenues pour cette analyse multivariée. La variable « sexe » a été intégrée de façon systématique, en tant que variable « forcée », dans l'analyse multivariée, car c'est une variable d'intérêt clinique connu.

- L'analyse multivariée, présente dans notre thèse, est celle permettant l'obtention du modèle statistique le plus pertinent possible. Les variables avec $p < 0.05$ sont considérées comme significatives. Les résultats sont présentés sous la forme d'odds ratio avec leur intervalle de confiance.

1.4. FINANCEMENT ET COÛT DE L'ÉTUDE

Aucun coût n'a été engagé pour cette étude. La modélisation du questionnaire a été réalisée à l'aide Google Documents, un outil gratuit disponible en ligne.

2. LE QUESTIONNAIRE

Le questionnaire (annexe 2) a été réalisé en 2 parties :

- la 1^{ère} partie évalue les connaissances des compétences des sages-femmes libérales par l'interne de médecine générale,
- la 2^{nde} partie permet de décrire la population d'internes de médecine générale interrogés.

2.1. PREMIÈRE PARTIE : LES QCM

La 1^{ère} partie du questionnaire permet d'interroger les internes de médecine générale, sur les différentes compétences attribuées aux sages-femmes, à l'aide de QCM. Pour réaliser ces QCM, une liste de 17 compétences de sages-femmes libérales a été établie, à partir du référentiel métier des sages-femmes [6]. Seules les compétences des sages-femmes libérales ont été retenues. L'accouchement, compétence controversée dans l'exercice libéral des sages-femmes, en France, n'a pas été inclus dans le questionnaire.

La première partie du questionnaire, faite de QCM, est réalisé à partir d'un cas clinique de 3 volets, marquant les différentes périodes de la vie gynécologique de la femme :

- le suivi gynécologique physiologique hors grossesse et la prise en charge de la contraception,
- le suivi de la grossesse physiologique,
- le post-partum.

Pour chacune des 17 compétences de sages-femmes étudiées, un QCM interroge l'interne de médecine générale sur les personnels des corps médical et paramédical, susceptibles d'exercer cette compétence.

Le premier volet du questionnaire s'intéresse au suivi gynécologique physiologique. La vignette clinique est la suivante : « Alice, une femme de 25 ans sans antécédent, souhaite démarrer une contraception ». Cette dernière permet de savoir si l'interne de médecine générale connaît les différentes compétences des sages-femmes libérales, suivantes:

- 1^{ère} compétence : le conseil en contraception,
- 2^{ème} compétence : la prescription de toutes les contraceptions,
- 3^{ème} compétence : le suivi gynécologique physiologique,
- 4^{ème} compétence : la réalisation des frottis cervico-utérins,
- 5^{ème} compétence : la pose d'un implant sous cutané contraceptif,
- 6^{ème} compétence : la prescription des examens biologiques ou radiologiques nécessaires au suivi gynécologique physiologique.

Le deuxième volet du questionnaire s'intéresse au suivi de grossesse physiologique. La vignette clinique est la suivante : « Maintenant âgée de 28 ans et après avoir enlevé son implant contraceptif, Alice est enceinte de 10 SA ». Grâce à cette vignette clinique, on demande à l'interne de médecine générale s'il connaît les compétences des sages-femmes libérales suivantes :

- 7^{ème} compétence : le suivi de grossesse physiologique et ses 8 consultations prénatales,
- 8^{ème} compétence : la déclaration de grossesse auprès de la sécurité sociale et de la CAF,
- 9^{ème} compétence : la prescription des examens paracliniques d'imagerie et de laboratoire nécessaires au suivi de grossesse non pathologique,

- 10^{ème} compétence : le suivi échographique après une formation complémentaire universitaire diplômante,
- 11^{ème} compétence : la vaccination selon le calendrier vaccinal habituel,
- 12^{ème} compétence : la prescription d'un arrêt de travail de 15 jours qui ne devrait pas être renouvelé.

Enfin, le dernier volet du questionnaire s'intéresse au postpartum. La vignette clinique est la suivante : « Alice a accouché à terme d'un bébé en bonne santé de 3 kg ». On cherche à savoir si l'interne de médecine générale connaît les compétences des sages-femmes libérales suivantes :

- 13^{ème} compétence : la vaccination à la naissance contre l'hépatite B et la vaccination contre le BCG à un mois des nourrissons,
- 14^{ème} compétence : la vaccination contre l'HPV selon le calendrier vaccinal,
- 15^{ème} compétence : la consultation du postpartum 8 semaines après l'accouchement,
- 16^{ème} compétence : la rééducation périnéale,
- 17^{ème} compétence : la pose d'un DIU.

2.2. SECONDE PARTIE : DESCRIPTION DE LA POPULATION INTERROGÉE

La 2nde partie du questionnaire permet de définir la population d'internes de médecine générale selon plusieurs critères :

- leur sexe,
- leur âge,
- leur semestre actuel,
- leur faculté d'origine,
- leur volonté d'exercer la médecine générale,
- la réalisation du stage ambulatoire de niveau 1,
- la réalisation d'un stage ambulatoire de niveau 2,
- la réalisation d'un stage de gynécologie,
- le suivi d'un enseignement de gynécologie,
- leur impression de bien connaître les compétences des sages-femmes,
- l'envoi d'une de leurs patientes à une sage-femme libérale,
- la volonté que la sage-femme devienne un interlocuteur privilégié dans leur pratique future.

Le sujet de la thèse n'a été donné qu'en fin de questionnaire, afin de ne pas influencer les personnes interrogées.

3. TYPE D 'ÉTUDE

Cette étude est une étude observationnelle, transversale et descriptive. Elle porte sur la connaissance globale des compétences des sages-femmes libérales par les internes de médecine générale d'Île de France, déclarant vouloir exercer, en tant que médecin généraliste.

4. LA POPULATION

4.1. CRITÈRES D'INCLUSION

L'étude inclut l'ensemble des internes de médecine générale de l'université Pierre et Marie Curie-Paris 6, de l'université Paris Diderot-Paris 7, de l'université Léonard de Vinci, Bobigny -Paris 13 et de l'UFR des Sciences de la Santé Simone Veil-PIFO, inscrits au 13 avril 2015, qui ont répondu au questionnaire du 13 au 26 avril 2015, et qui veulent faire de la médecine générale.

4.2. CRITÈRE D'EXCLUSION

Le seul critère d'exclusion retenu est la volonté de l'interne de médecine générale de ne pas exercer en tant que médecin généraliste.

5. LE CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL

Le critère de jugement principal est la connaissance globale des compétences des sages-femmes libérales par les internes de médecine générale d'Île de France, souhaitant exercer la médecine générale.

Nous avons choisi qu'un interne de médecine générale connaît globalement les compétences des sages-femmes libérales lorsqu'il connaît 10 des 17 (59 %) compétences, étudiées, des sages-femmes libérales.

6. LES FACTEURS INFLUENÇANT LE CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL

Les facteurs, influençant le critère de jugement principal, étudiés sont:

- le sexe de l'interne,
- l'âge de l'interne,
- le semestre d'origine de l'interne,
- la faculté d'origine de l'interne,
- la réalisation du stage ambulatoire de niveau 1,
- la réalisation d'un stage ambulatoire de niveau 2,
- la réalisation d'un stage de gynécologie,
- le suivi d'un enseignement de gynécologie,
- leur impression de bien connaître les compétences des sages-femmes,
- l'envoi d'une de leurs patientes à une sage-femme libérale,
- la volonté que la sage-femme devienne un interlocuteur privilégié dans leur pratique future.

Il n'existe pas d'étude similaire à la nôtre, portant sur la connaissance des compétences des sages-femmes libérales par les internes de médecine générale et ses facteurs d'influence. Ainsi, ces facteurs ont été répertoriés dans des thèses de médecine générale et des mémoires de sages-femmes, qui s'intéressent à la formation et à la pratique de la gynécologie des médecins généralistes et des internes de médecine générale. Ces facteurs ont été choisis pour leur pertinence [3,4,36,39].

7. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La recherche bibliographique a été réalisée, essentiellement, par le biais d'internet sur les moteurs de recherches suivants : pubmed[®], googlescholar[®], BIUM[®], thèse.fr[®].

Les mots-clés français utilisés ont été : gynécologie libérale, sage-femme, sage-femme libérale et médecine générale, suivi de grossesse.

Les mots-clés anglais ont été : midwife, general practitioner, pregnancy.

V) RÉSULTATS

1. TAUX DE RÉPONSES

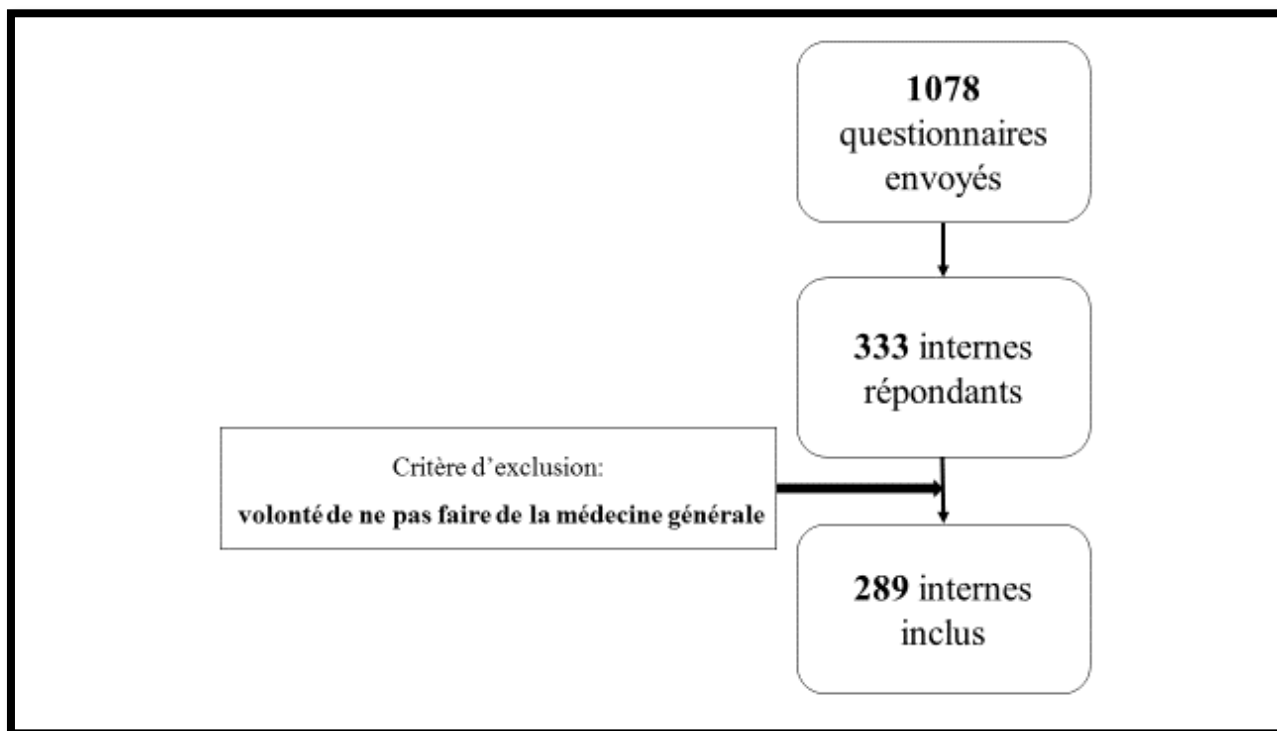


Fig. 7 Diagramme de flux

Le questionnaire a été envoyé à 1 078 internes de médecine générale, issus des 4 facultés participant à l'étude.

Sur les 1 078 internes interrogés, 30,9 % (333) des internes ont répondu, pendant la période d'inclusion.

Sur les 333 internes de médecine générale qui ont répondu au questionnaire, 87 % (289) des internes déclarent vouloir exercer en tant que médecin généraliste et ont donc été inclus dans l'étude.

2. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION GLOBALE

2.1. L'ÂGE

Dans la population incluse dans l'étude :

- la moyenne d'âge est de 27 ans,
- la médiane d'âge est à 27 ans,
- l'âge minimum est de 24 ans
- l'âge maximum est de 44 ans.

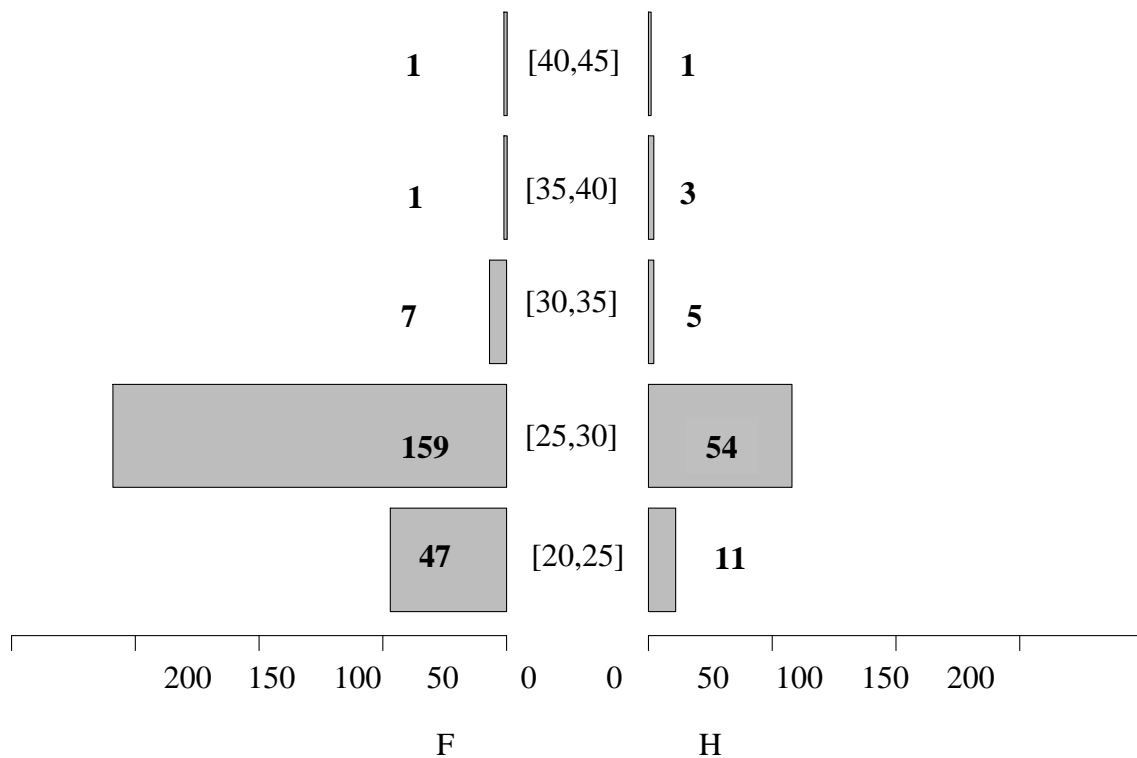


Fig. 8 La pyramide des âges

Chez les femmes, la répartition des internes de médecine générale, par tranche d'âge, est la suivante : 159 internes de 25 à 30 ans, 47 internes de 20 à 25 ans, 7 internes de 30 à 35 ans, 1 interne dans la tranche 35 à 40 ans et 1 interne dans la tranche 40 à 45 ans.

Chez les hommes, la répartition des internes de médecine générale, par tranche d'âge, est la suivante : 54 internes de 25 à 30 ans, 11 internes de 20 à 25 ans, 5 internes de 30 à 35 ans, 3 internes de tranche 35 à 40 ans et 1 interne de 40 à 45 ans.

2.2. LE SEXE

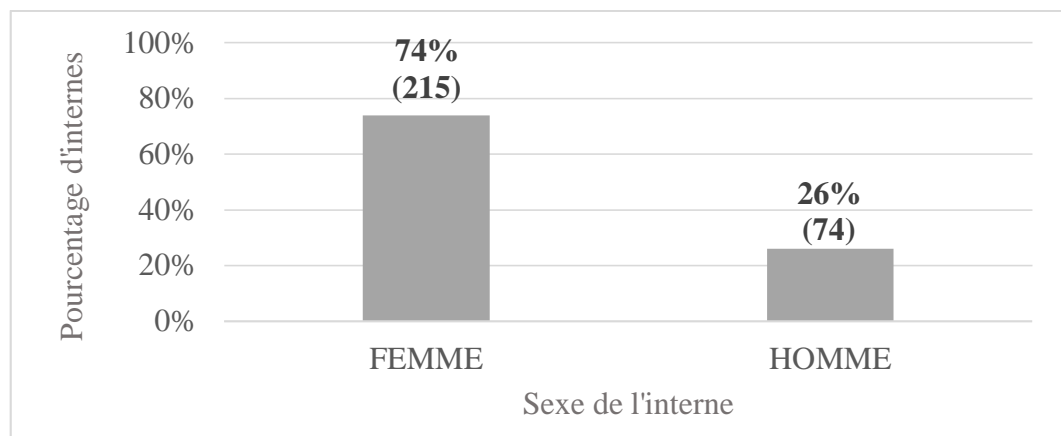


Fig. 9 Pourcentage des femmes et des hommes de la population incluse

Les femmes représentent 74 % (215) et les hommes 26 % (74) de la population incluse. Le sexe ratio Homme/Femme est de 0,34.

2.3. LA FACULTÉ D'ORIGINE

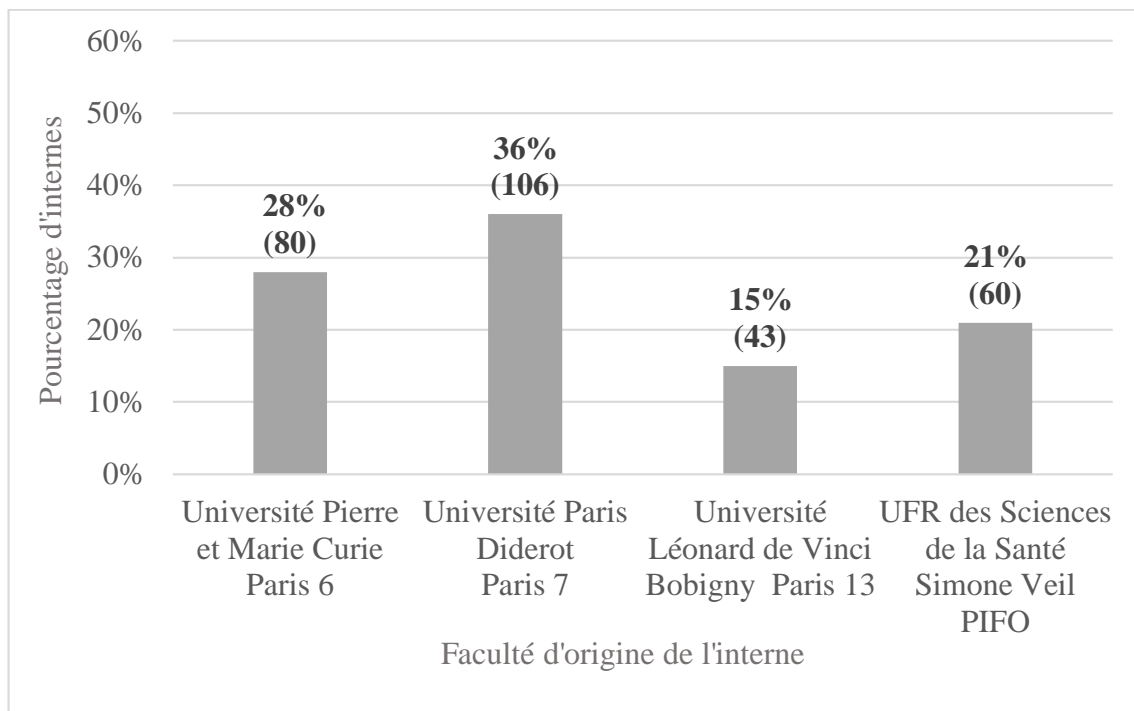


Fig. 11 Répartition des internes de médecine générale selon leur faculté d'origine

Les internes de médecine générale, ayant répondu au questionnaire, sont issus par ordre décroissant de la faculté Paris 7 à 36 % (106), de la faculté Paris 6 à 28 % (80), de la faculté PIFO à 21 % (60) et de la faculté Paris 13 à 15 % (43).

2.4. LE SÉMESTRE D'ORIGINE

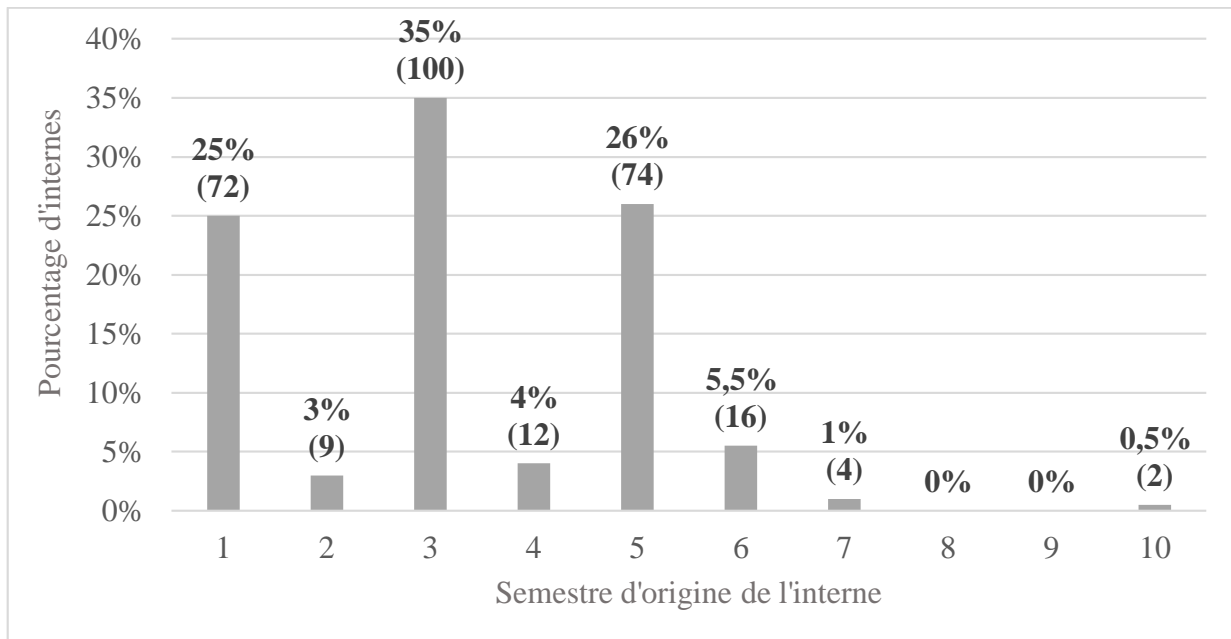


Fig. 10 Répartition des internes de médecine générale selon leur semestre

Les internes de médecine générale représentent 35 % (100) des effectifs en 3^{ème} semestre, 26 % (74) en 5^{ème} semestre et 25 % (72) en 1^{er} semestre.

Puis de manière décroissante, ils représentent 5,5 % (16) des effectifs en 6^{ème} semestre, puis à 4 % (12) en 4^{ème} semestre, puis 3 % (9) en 2^{ème} semestre puis 0,5 % (2) en 10^{ème} semestre et 1 % (4) en 7^{ème} semestre. Aucun n'interne de 8^{ème} et de 9^{ème} semestre n'a répondu au questionnaire.

2.5. LA FORMATION DES INTERNES

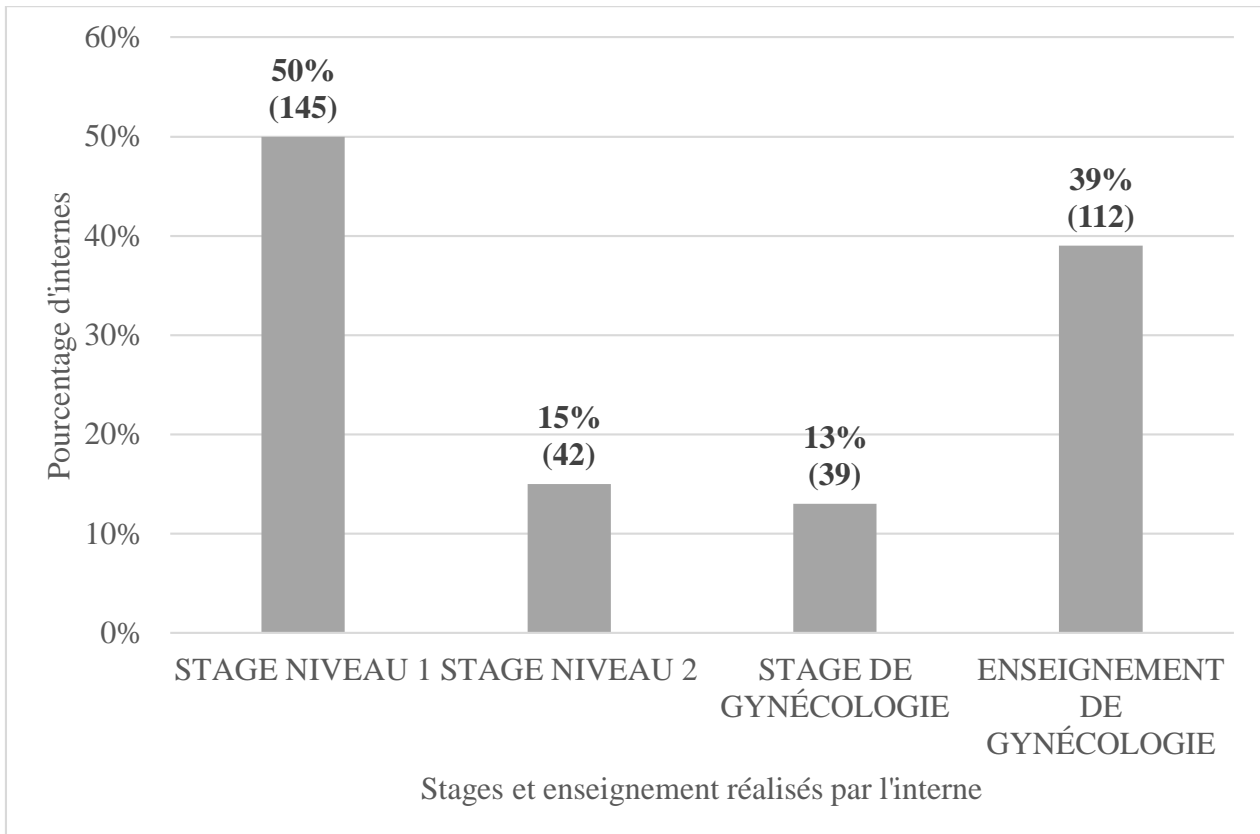


Fig. 12 Formation des internes

Chaque interne de médecine générale peut faire plusieurs stages. La somme des pourcentages du tableau n'est donc pas égale à 100 %.

50 % (145) des internes de médecine générale ont réalisé le stage ambulatoire de niveau 1, stage obligatoire pendant l'internat de médecine générale. 15 % (42) ont réalisé un stage ambulatoire de niveau 2 et 13 % (39) un stage de gynécologie. Enfin, 39 % (112) des internes de médecine générale ont suivi un enseignement de gynécologie.

2.6. L'ORIENTATION DES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE QUI NE PRATIQUERONT PAS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Sur l'ensemble des internes de médecine générale ayant répondu au questionnaire, 13 % (44) des internes ne se destinent pas à la médecine générale dans leur pratique future.

Parmi eux, plusieurs orientations ont été évoquées :

- la médecine d'urgence pour 39 % (17),
- la gériatrie pour 18 % (8),
- l'infectiologie pour 14 % (6),
- la chirurgie pour 7 % (3),
- l'angiologie pour 5 % (2),
- d'autres spécialités comme la pédiatrie (1), la médecine du sport (1), la médecine hospitalière polyvalente (1), la psychiatrie (1), la nutrition (1), les soins palliatifs (1), l'addictologie (1) ou sans orientation (1) pour un total de 17 % (8) de l'ensemble des internes.

3. CONNAISSANCE GLOBALE DES COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES LIBÉRALES PAR LES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Pour rappel, on considère que l'interne de médecine générale connaît globalement les compétences des sages-femmes libérales lorsqu'il connaît 10 des 17 (59 %) compétences étudiées.

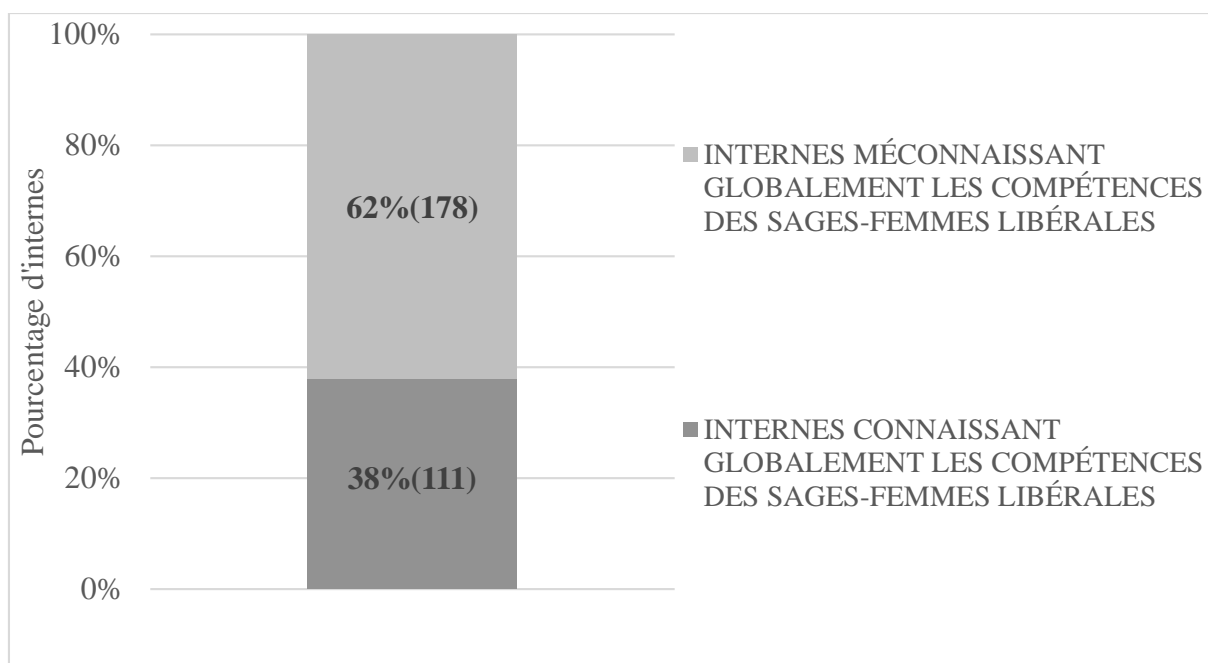


Fig. 13 Connaissance globale des compétences des sages-femmes libérales par les internes de médecine générale

38 % (111) des internes de médecine générale connaissent globalement les compétences des sages-femmes libérales tandis que 62 % (178) des internes de médecine générale méconnaissent globalement les compétences des sages-femmes libérales.

4. FACTEURS INFLUENÇANT LA CONNAISSANCE GLOBALE DES COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES LIBÉRALES PAR LES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

4.1. L'ANALYSE MONOVARIÉE

4.1.1. SELON L'ÂGE

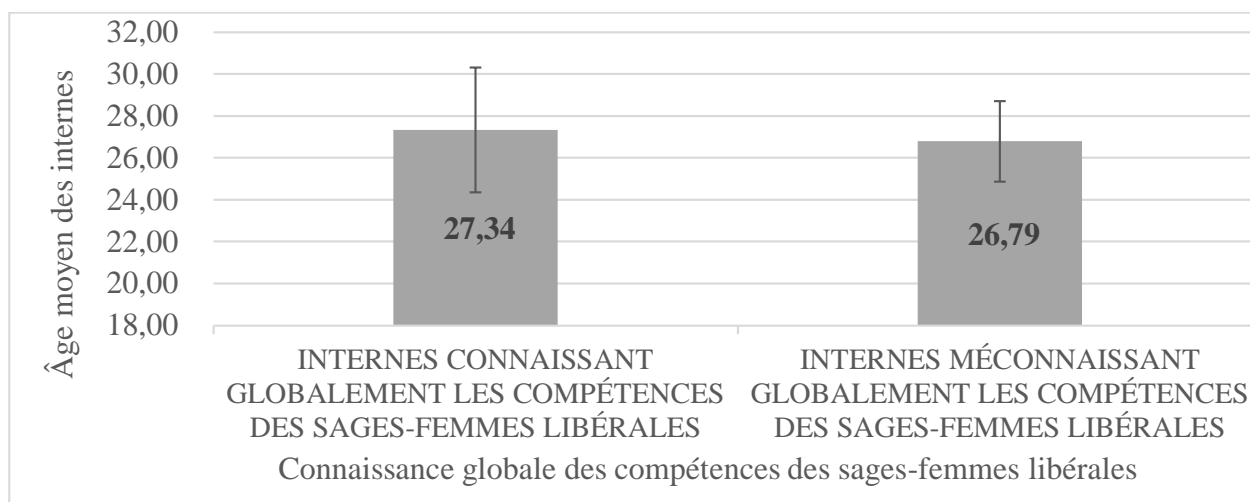


Fig. 14 Âge moyen des internes de médecine générale selon leur connaissance globale des compétences des sages-femmes libérales

L'âge moyen des internes de médecine générale qui connaissent globalement les compétences des sages-femmes libérales est de 27,34 ans ($\pm 2,98$). Tandis que l'âge moyen des internes de médecine générale qui méconnaissent les compétences des sages-femmes libérales est de 26,79 ans ($\pm 1,93$). En analyse monovariée, cette différence n'est pas significative ($p = 0,07892$).

4.1.2. SELON LE SEXE

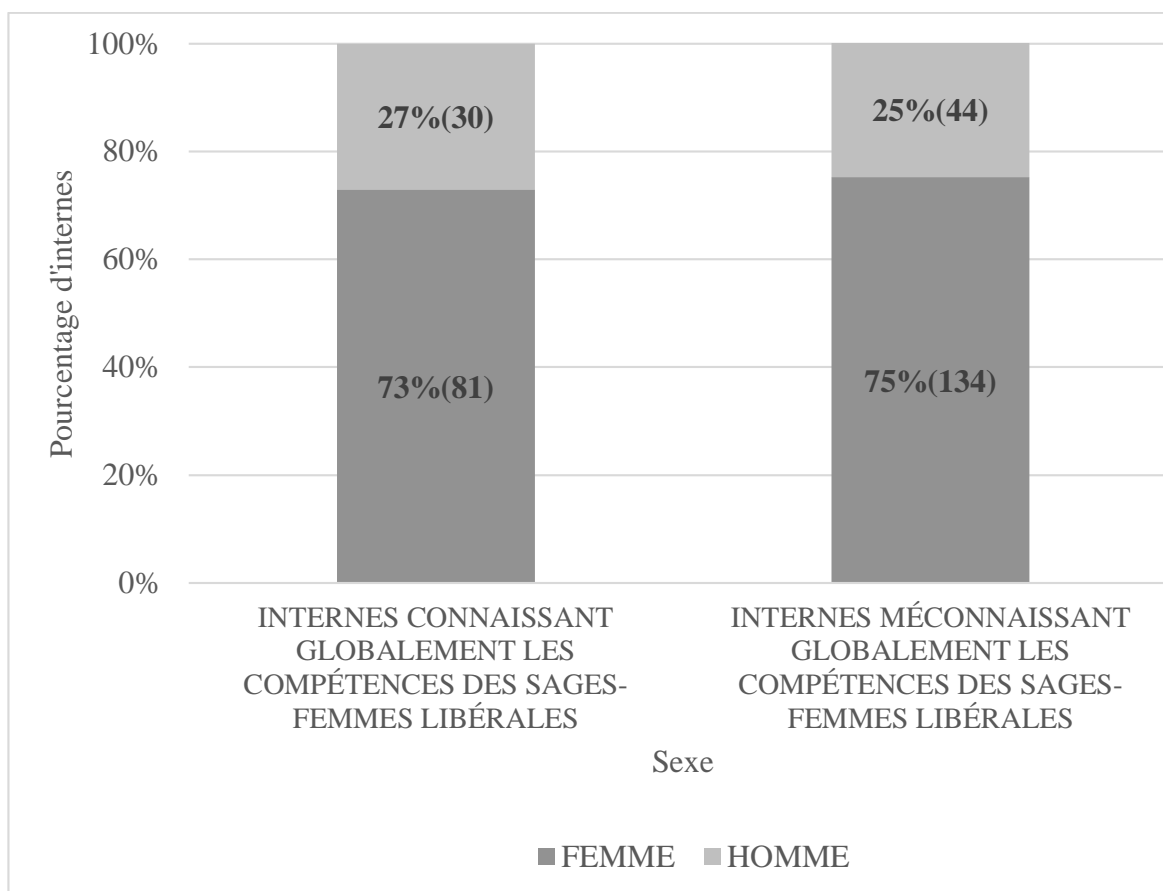


Fig. 15 Pourcentage d'internes de médecine générale connaissant et méconnaissant les compétences des sages-femmes libérales selon leur sexe

Chez les internes de médecine générale, qui connaissent globalement les compétences des sages-femmes libérales, 73 % (81) sont des femmes.

Chez les internes de médecine générale, qui méconnaissent globalement les compétences des sages-femmes libérales, 75 % (134) sont des femmes.

En analyse monovariée, la différence entre les internes de médecine générale, qui connaissent et méconnaissent les compétences des sages-femmes libérales, selon leur sexe n'est pas significative ($p = 0,95900$).

4.1.3. SELON LA FACULTÉ D'ORIGINE

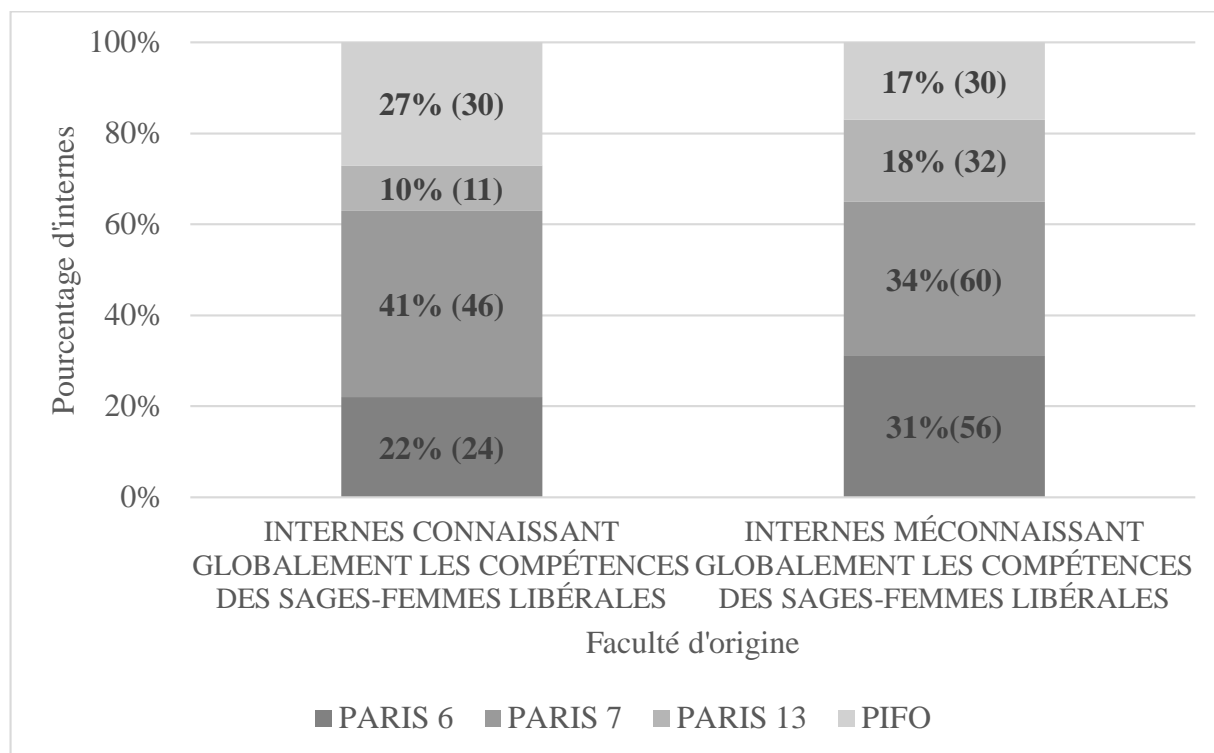


Fig. 16 Pourcentage d'internes de médecine générale connaissant et méconnaissant les compétences des sages-femmes libérales selon leur faculté d'origine

Les internes de médecine générale, qui connaissent globalement les compétences des sages-femmes libérales, sont issus, par ordre décroissant, de la faculté Paris 7 à 41 % (46), PIFO à 27 % (30), Paris 6 à 22 % (24) et Paris 13 à 10 % (11).

Les internes de médecine générale, qui méconnaissent globalement les compétences des sages-femmes libérales, sont issus, par ordre décroissant, de la faculté Paris 7 à 34 % (60), de Paris 6 à 31 % (56) et Paris 13 à 18 % (32) et PIFO à 17 % (30).

En analyse monovariée, la différence entre les internes de médecine générale, qui connaissent et méconnaissent les compétences des sages-femmes libérales, selon leur faculté d'origine est significative ($p=0,01940$).

4.1.4. SELON LE SEMESTRE D'ORIGINE

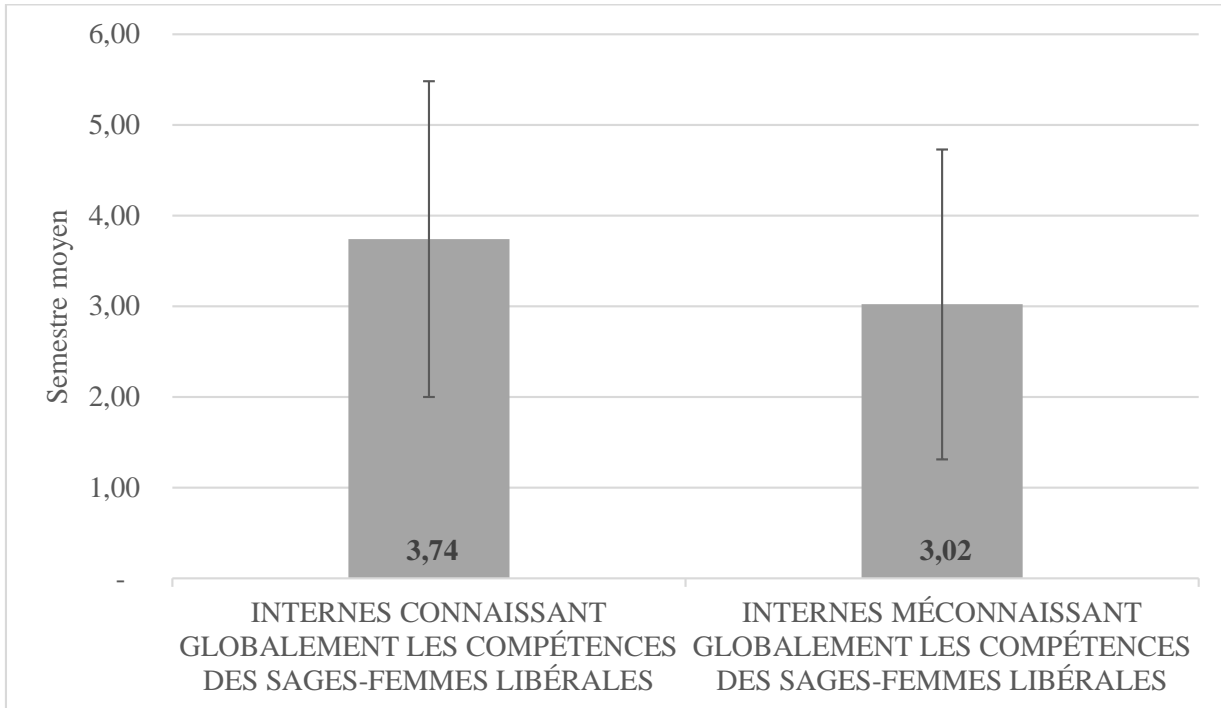


Fig. 17 Semestre moyen des internes de médecine générale, selon leur connaissance globale des compétences des sages-femmes libérales

Le semestre moyen des internes de médecine générale qui connaissent globalement les compétences des sages-femmes libérales est de $3,74 \pm 1,74$.

Le semestre moyen des internes de médecine générale qui méconnaissent globalement les compétences des sages-femmes libérales est de $3,02 \pm 1,71$.

Cette différence de semestre moyen, selon la connaissance globale des compétences de sages-femmes libérales, est significative en analyse monovariée ($p = 0,00061$).

4.1.5. SELON LE STAGE AMBULATOIRE DE NIVEAU 1

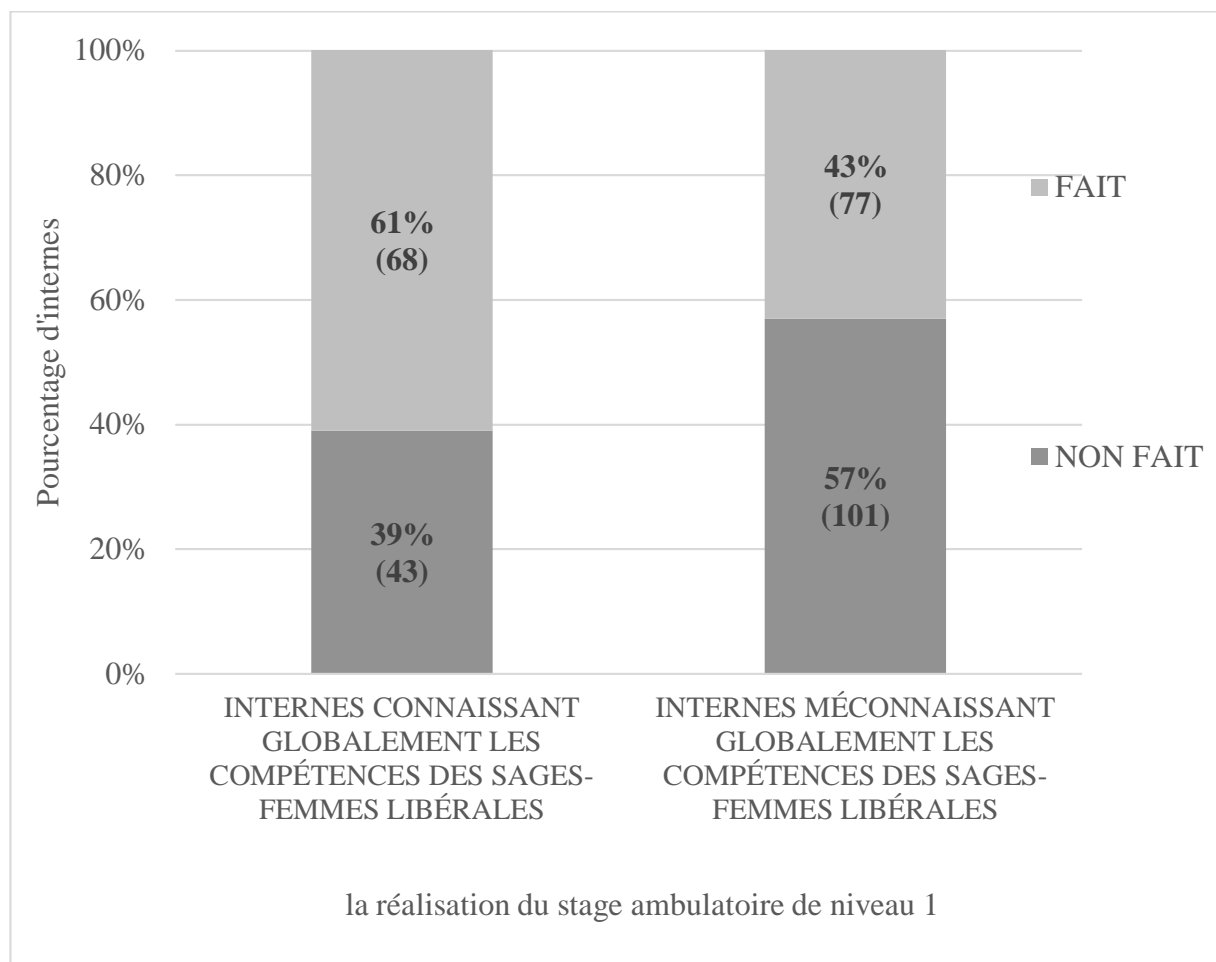


Fig. 18 Pourcentage d'internes de médecine générale connaissant et méconnaissant les compétences des sages-femmes libérales, selon la réalisation du stage de niveau 1

Chez les internes de médecine générale, qui connaissent globalement les compétences des sages-femmes libérales, 61 % (68) d'entre eux ont fait leur stage de niveau 1.

Chez les internes de médecine générale, qui méconnaissent globalement les compétences des sages-femmes libérales, 43 % (77) d'entre eux ont fait leur stage de niveau 1.

En analyse monovariée, la différence entre les internes de médecine générale, qui connaissent et méconnaissent les compétences des sages-femmes libérales, selon la réalisation du stage de niveau 1, est significative ($p = 0,00291$).

4.1.6. SELON LE STAGE AMBULATOIRE DE NIVEAU 2

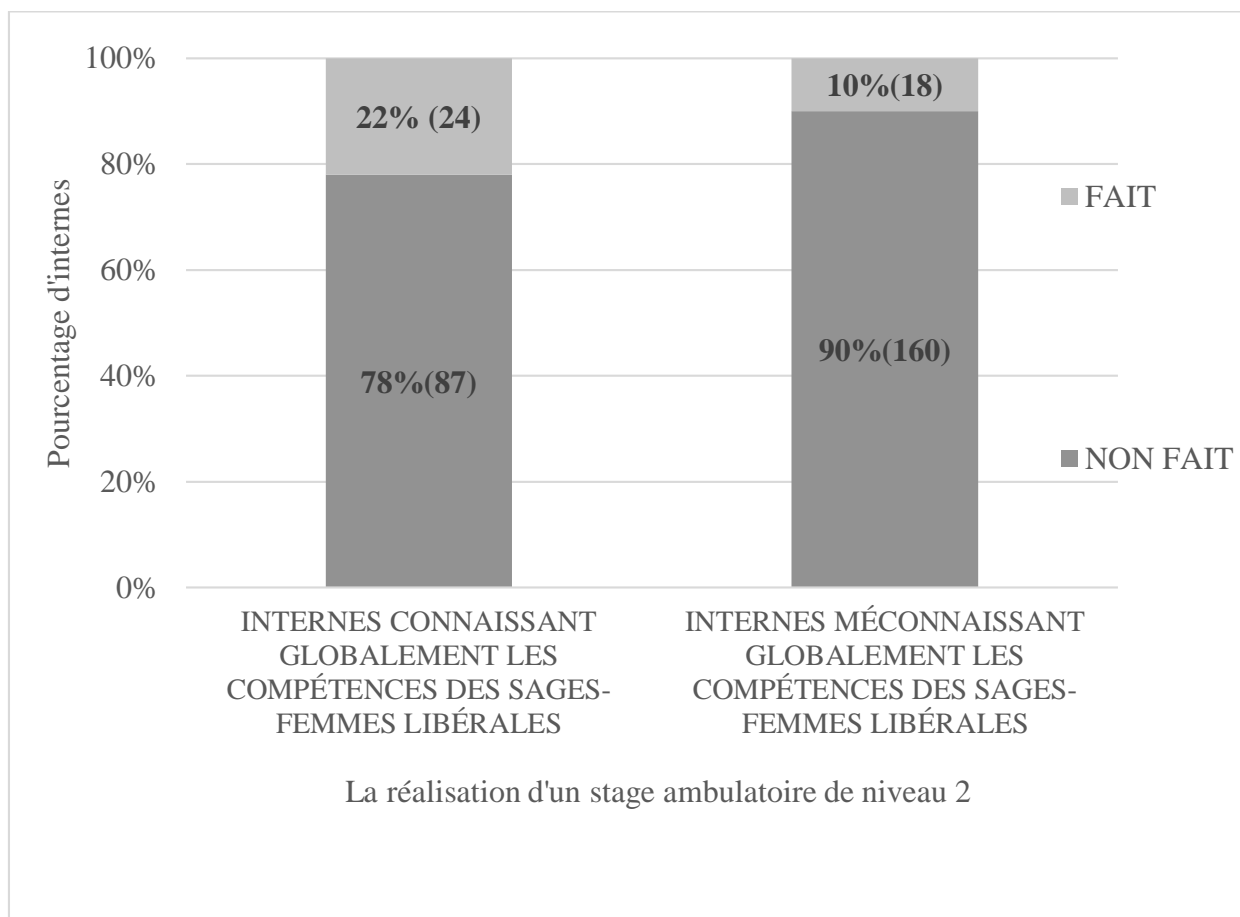


Fig. 19 Pourcentage d'internes de médecine générale connaissant et méconnaissant les compétences des sages-femmes libérales, selon la réalisation d'un stage ambulatoire de niveau 2

Chez les internes de médecine générale qui connaissent globalement les compétences des sages-femmes libérales, 22 % (24) des internes ont fait un stage ambulatoire de niveau 2.

Chez les internes de médecine générale qui méconnaissent globalement les compétences des sages-femmes libérales, 10 % (18) des internes ont fait un stage ambulatoire de niveau 2.

En analyse monovariée, la différence entre les internes de médecine générale qui connaissent et méconnaissent les compétences des sages-femmes libérales, selon la réalisation du stage de niveau 2, est significative ($p = 0,00693$).

4.1.7. SELON LE STAGE DE GYNÉCOLOGIE

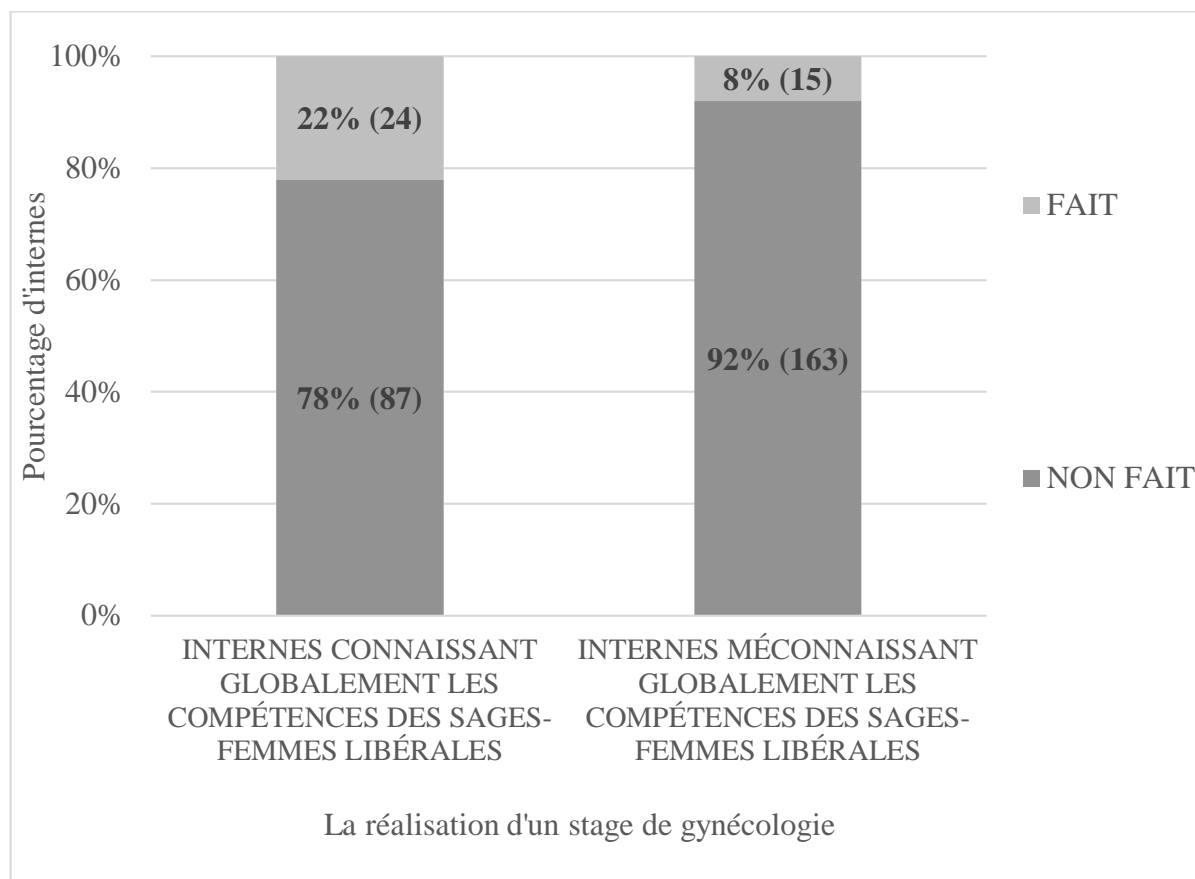


Fig. 20 Pourcentage d'internes de médecine générale connaissant et méconnaissant les compétences des sages-femmes libérales, selon la réalisation d'un stage de gynécologie

Chez les internes de médecine générale qui connaissent globalement les compétences des sages-femmes libérales, 22 % (24) des internes ont fait un stage de gynécologie.

Chez les internes de médecine générale qui méconnaissent globalement les compétences des sages-femmes libérales, 8 % (15) des internes ont fait un stage de gynécologie.

En analyse monovariée, la différence entre les internes de médecine générale, qui connaissent et méconnaissent les compétences des sages-femmes libérales, selon la réalisation du stage de gynécologie, est significative ($p = 0,00141$).

4.1.8. SELON LE SUIVI D'UN ENSEIGNEMENT DE GYNÉCOLOGIE

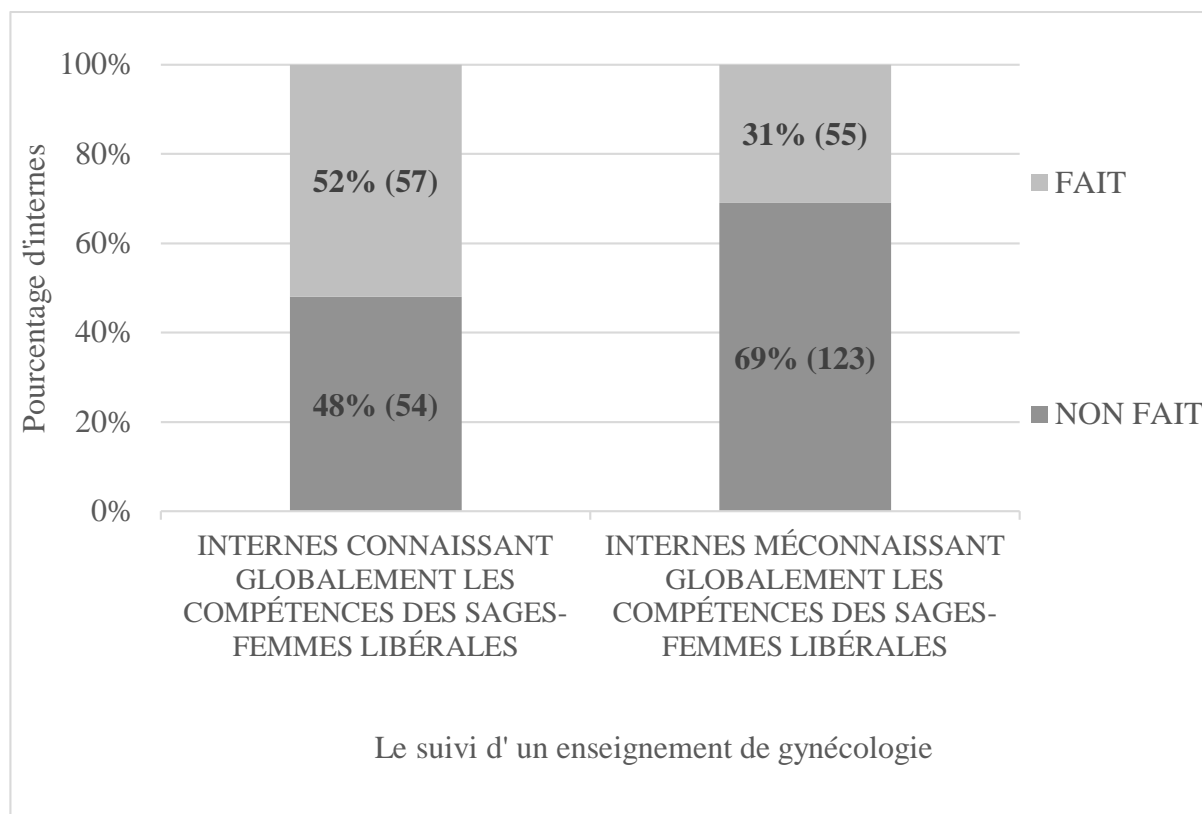


Fig. 21 Pourcentage d'internes de médecine générale connaissant et méconnaissant les compétences des sages-femmes libérales, selon le suivi d'un enseignement de gynécologie

Chez les internes de médecine générale, qui connaissent globalement les compétences des sages-femmes libérales, 52 % (57) des internes ont suivi un enseignement de gynécologie.

Chez les internes de médecine générale, qui méconnaissent globalement les compétences des sages-femmes libérales, 31 % (55) des internes ont suivi un enseignement de gynécologie.

En analyse monovariée, la différence entre les internes de médecine générale, qui connaissent et méconnaissent les compétences des sages-femmes libérales, selon la réalisation d'un enseignement de gynécologie, est significative ($p = 0,00052$).

4.1.9. SELON QUE L'INTERNE DE MÉDECINE GÉNÉRALE DÉCLARE CONNAÎTRE LES COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES

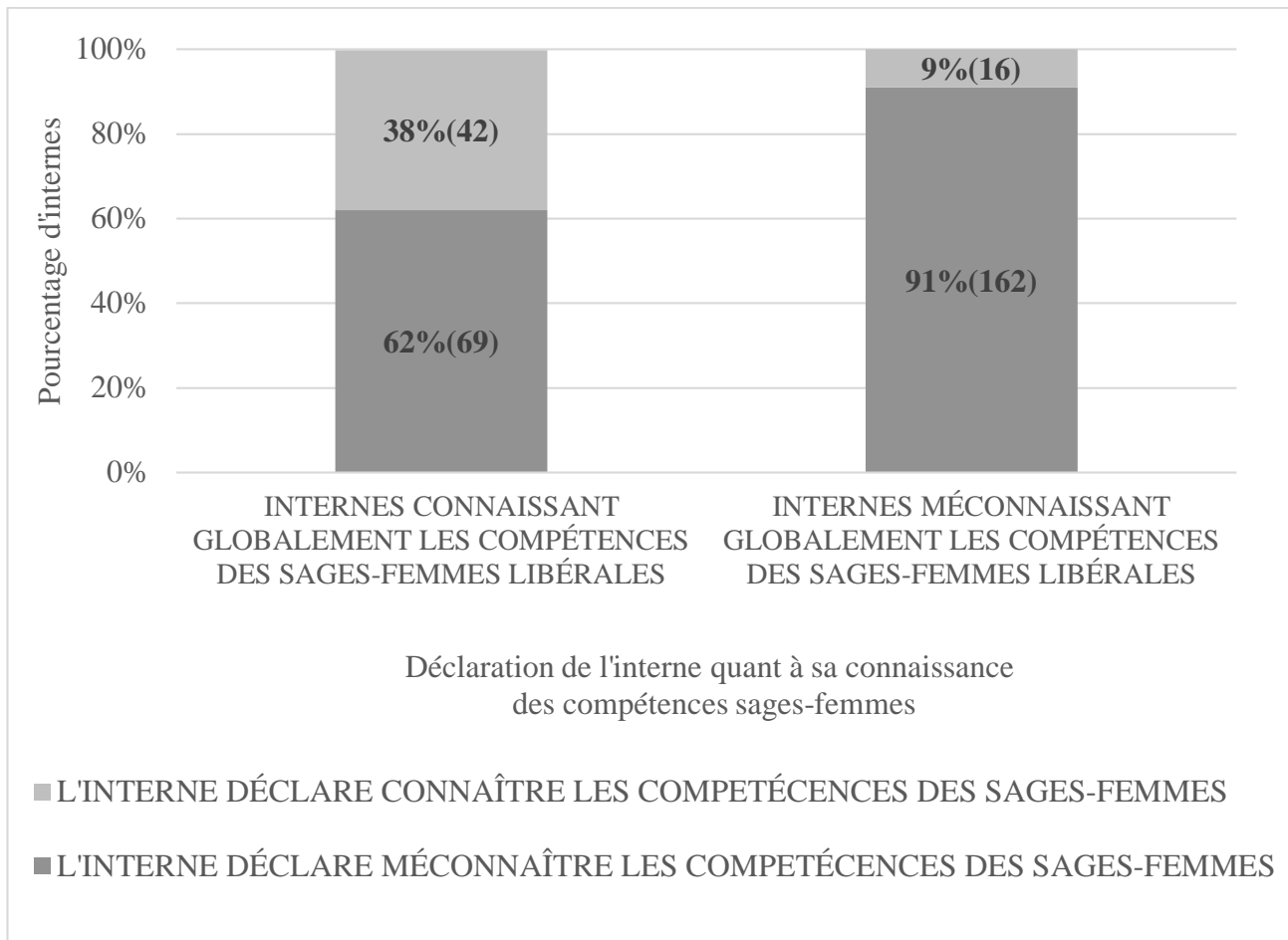


Fig. 22 Pourcentage d'internes de médecine générale connaissant et méconnaissant les compétences des sages-femmes libérales, selon que l'interne déclare connaître les compétences des sages-femmes

20 % (58) des internes de médecine générale déclarent connaître les compétences des sages-femmes.

Chez les internes de médecine générale qui connaissent globalement les compétences des sages-femmes libérales, 38 % (42) des internes déclarent bien connaître les compétences des sages-femmes libérales.

Chez les internes de médecine générale qui méconnaissent globalement les compétences des sages-femmes libérales, 9 % (16) des internes déclarent bien connaître les compétences des sages-femmes libérales.

En analyse monovariée, la différence entre les internes de médecine générale, qui connaissent et méconnaissent les compétences des sages-femmes libérales, selon la déclaration de l'interne quant à sa connaissance des compétences des sages-femmes, est significative ($p < 0,00001$).

4.1.10. SELON L'ENVOI D'UNE PATIENTE VERS LA SAGE-FEMME PAR L'INTERNE

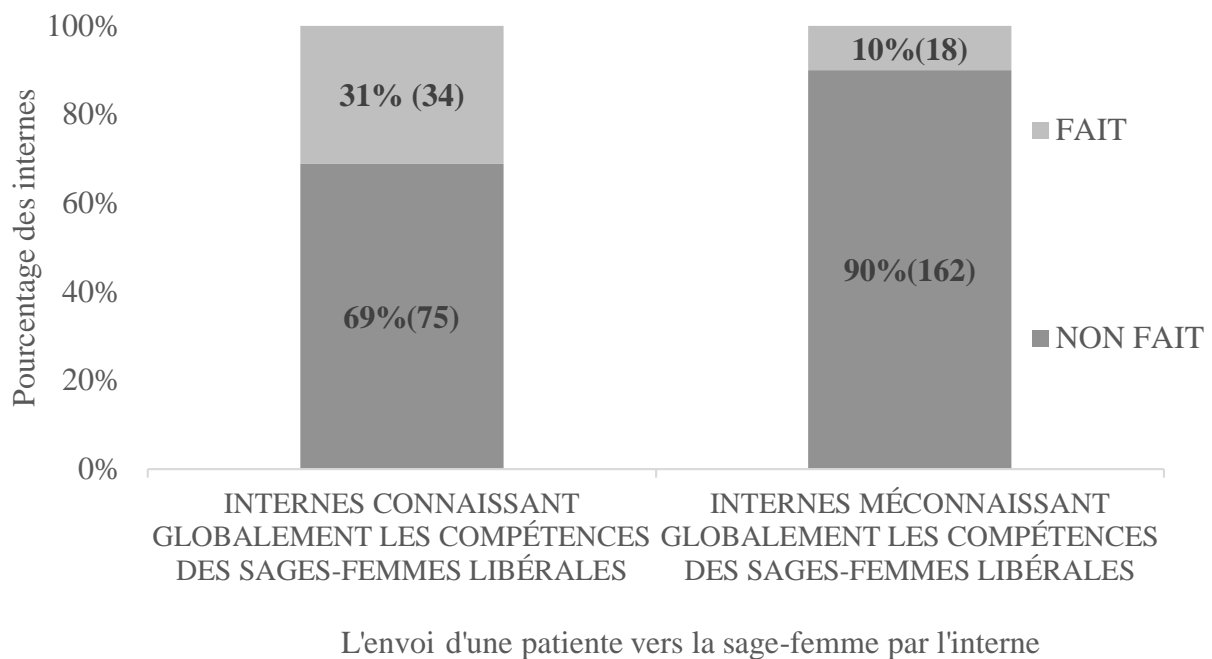


Fig. 23 Pourcentage d'internes de médecine générale connaissant et méconnaissant les compétences des sages-femmes libérales, selon que l'interne ait déjà envoyé une de ses patientes vers une sage-femme.

18 % des internes de médecine générale (52) déclarent avoir déjà envoyé une de leurs patientes vers une sage-femme.

Chez les internes de médecine générale, qui connaissent globalement les compétences des sages-femmes libérales, 31 % (34) des internes ont envoyé une de leurs patientes vers une sage-femme.

Chez les internes de médecine générale, qui méconnaissent globalement les compétences des sages-femmes libérales, 10 % (18) des internes ont envoyé une de leurs patientes vers une sage-femme.

En analyse monovariée, la différence entre les internes de médecine générale, qui connaissent et méconnaissent les compétences des sages-femmes libérales, selon leur envoi d'une de leurs patientes vers une sage-femme, est significative ($p < 0,00001$).

4.1.11. SELON LA VOLONTÉ DE L'INTERNE DE MÉDECINE GÉNÉRALE QUE LA SAGE-FEMME SOIT UN INTERLOCUTEUR PRIVILÉGIÉ DANS SA PRATIQUE FUTURE

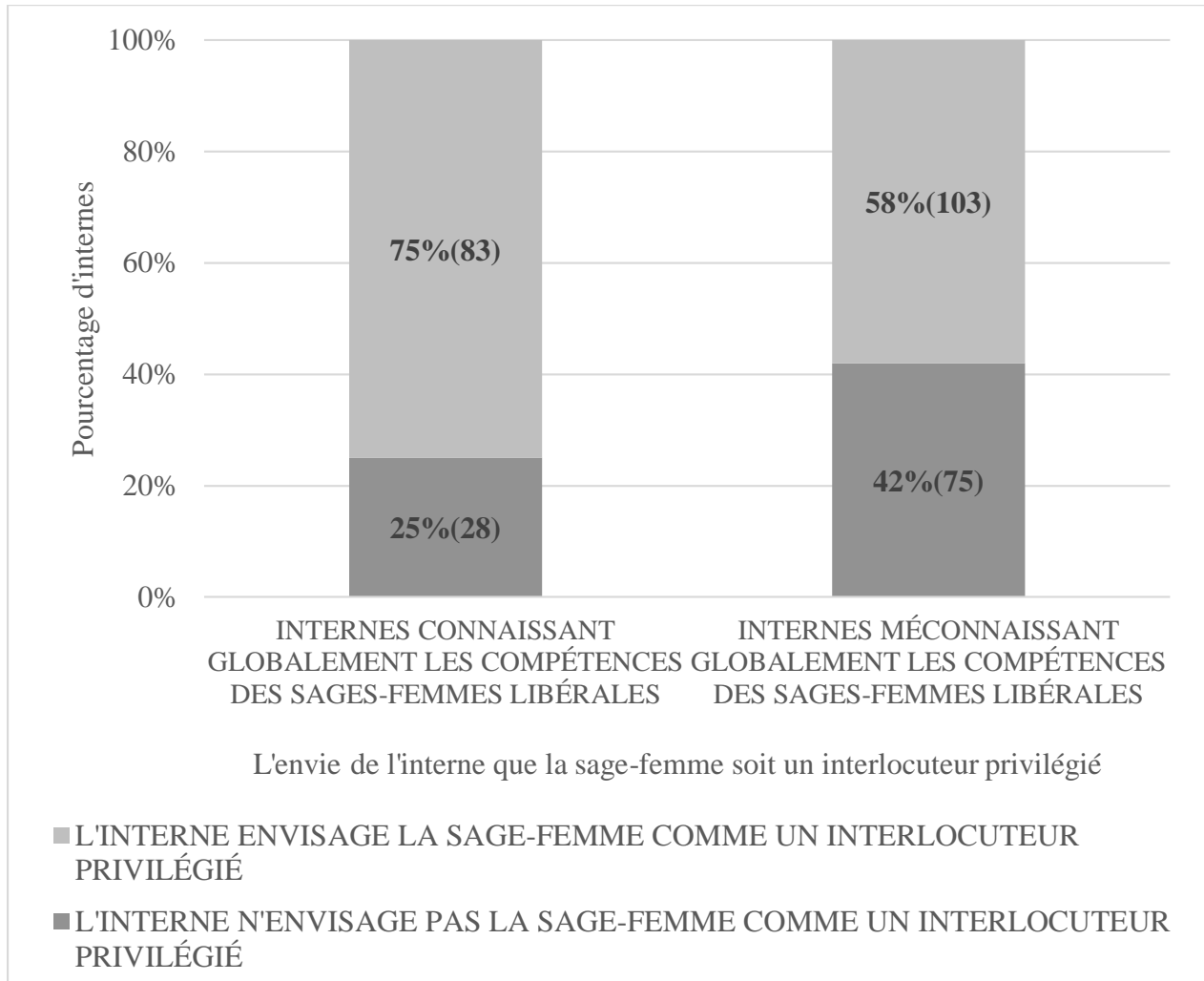


Fig. 24 Pourcentage d'internes de médecine générale connaissant et méconnaissant les compétences des sages-femmes libérales, selon que l'interne envisage la sage-femme comme un interlocuteur privilégié, dans sa pratique future

64 % (186) des internes de médecine générale considèrent la sage-femme comme un interlocuteur privilégié, dans leur pratique future.

Chez les internes de médecine générale, qui connaissent globalement les compétences des sages-femmes libérales, 75 % (83) des internes déclarent envisager la sage-femme comme un interlocuteur privilégié, dans leur pratique future.

Chez les internes de médecine générale, qui méconnaissent globalement les compétences des sages-femmes libérales, 58 % (103) des internes déclarent envisager la sage-femme comme un interlocuteur privilégié, dans leur pratique future.

En analyse monovariée, la différence entre les internes de médecine générale qui connaissent et méconnaissent les compétences des sages-femmes libérales, selon leur envie de considérer la sage-femme comme un interlocuteur privilégié, dans leur pratique future, est significative ($p = 0,00351$).

4.1.12. SELON QUE L'INTERNE DE MÉDECINE GÉNÉRALE ESTIME QUE LES COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES DOIVENT ÊTRE ENSEIGNÉES PENDANT LEUR DES

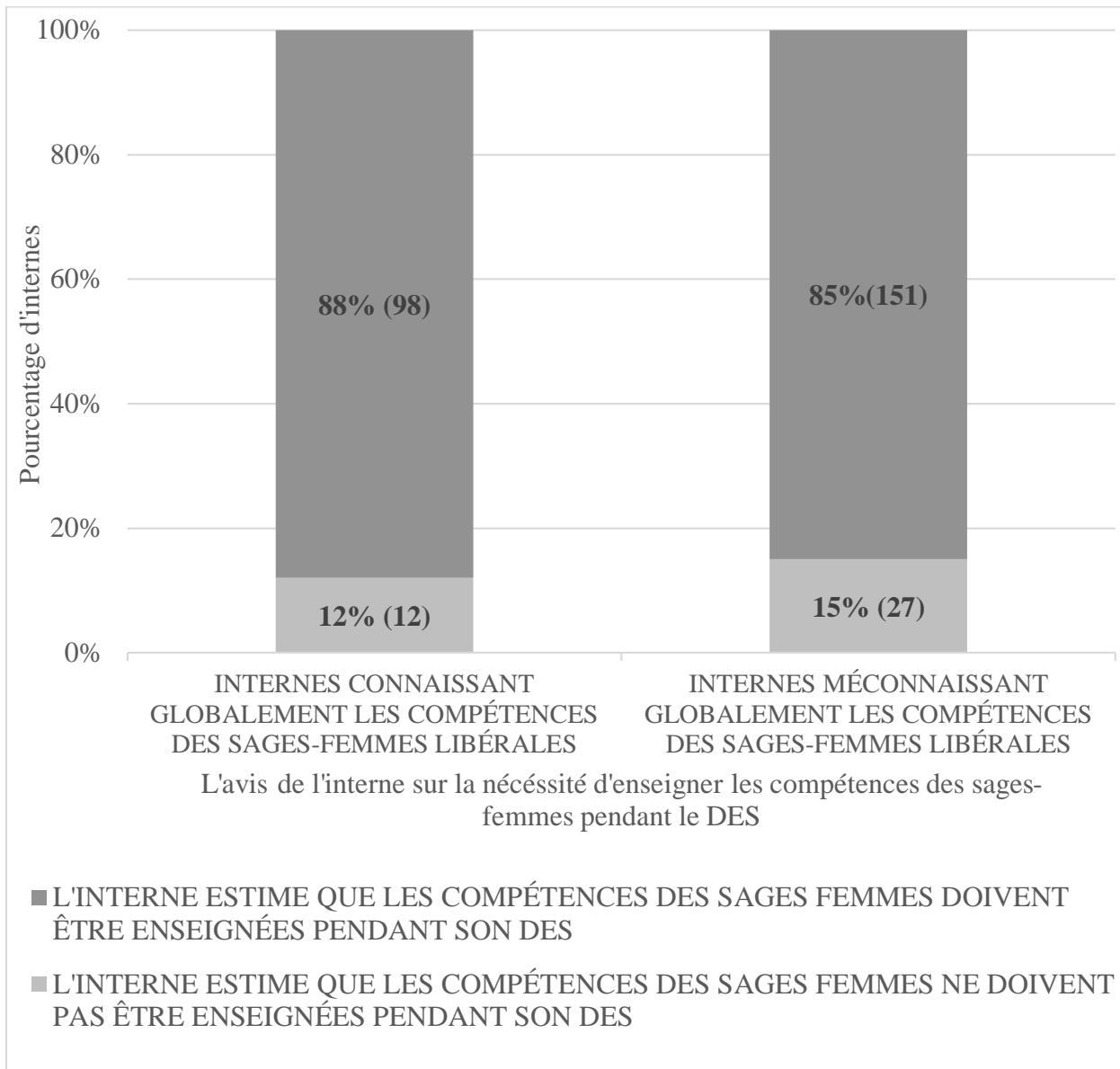


Fig. 25 Pourcentage d'internes de médecine générale connaissant et méconnaissant les compétences des sages-femmes libérales, selon que l'interne estime nécessaire un enseignement spécifique sur les compétences des sages-femmes au cours du DES

Parmi les internes de médecine générale, se destinant à exercer la médecine générale, 86 % (249) souhaitent suivre, au cours de leur DES, un enseignement exposant spécifiquement les compétences des sages-femmes. Parmi ces internes, 17 % (43) souhaitent que cet enseignement se déroule en collaboration avec des étudiants sages-femmes.

Chez les internes de médecine générale qui connaissent globalement les compétences des sages-femmes libérales, 88 % (98) des internes estiment que les compétences des sages-femmes doivent être enseignées pendant leur DES.

Chez les internes de médecine générale qui méconnaissent globalement les compétences des sages-femmes libérales, 85 % (151) des internes estiment que les compétences des sages-femmes doivent être enseignées pendant leur DES.

En analyse monovariée, la différence entre les internes de médecine générale qui connaissent et méconnaissent les compétences des sages-femmes libérales, selon qu'ils estiment nécessaire l'enseignement des compétences des sages-femmes pendant leur DES, n'est pas significative ($p = 0,30470$).

4.1.13. L'ANALYSE MONOVARIÉE EN RÉSUMÉ

Caractéristiques de l'interne	<i>Internes connaissant globalement les compétences des sages-femmes libérales</i>	<i>Internes méconnaissant globalement les compétences des sages-femmes libérales</i>	<i>p</i>
âge	27,34 ± 2,98	26,79 ± 1,93	0,07892
Sexe femme	81 (73 %)	134 (75,3 %)	0,95900
semestre	3,74 ± 1,74	3,02 ± 1,71	0,00060
Stage ambulatoire de niveau 1	68 (61,3 %)	77 (43,3 %)	0,00291
Stage ambulatoire de niveau 2	24 (21,6 %)	18 (10,1 %)	0,00693
Stage de gynécologie	24 (21,6 %)	15 (8,43 %)	0,00141
Enseignement de gynécologie	57 (51,4 %)	55 (30,9 %)	0,00051
Déclare connaître les compétences des sages-femmes libérales	42 (37,8 %)	16 (8,99 %)	2,59*10 ⁹
A envoyé une de ses patientes vers une sage-femme	34 (30,6 %)	18 (10,1 %)	1*10 ⁵
Considère la sage-femme comme un interlocuteur privilégié dans la pratique future	83 (74,8 %)	103 (57,9 %)	0,00351
Déclare que les compétences des sages-femmes doivent être étudiées pendant le DES de médecine générale	98 (88,3 %)	151 (84,8 %)	0,30470
Faculté d'origine			0,01940
paris13	11 (9,91 %)	32 (18 %)	
paris6	24 (21,6 %)	56 (31,5 %)	
paris7	46 (41,4 %)	60 (33,7 %)	
PIFO	30 (27 %)	30 (16,9 %)	

Fig. 26 Connaissance globale des compétences des sages-femmes libérales par les internes de médecine générale – analyse monovariée

4.2. L'ANALYSE MULTIVARIÉE

Pour l'analyse multivariée, la méthode descendante a été utilisée. Toutes les variables avec un $p < 0,20$, dans l'analyse monovariée, ont été retenues pour l'analyse multivariée. La variable « sexe » a été intégrée de façon systématique en tant que variable « forcée » à l'analyse multivariée, car c'est une variable d'intérêt clinique connu. Deux facteurs ne sont pas retenus dans l'analyse multivariée :

- le facteur « les internes déclarent que les compétences des sages-femmes doivent être étudiées pendant leur DES » n'a pas été retenu dans l'analyse multivariée, car en monovariée $p > 0,20$.
- Au cours de l'analyse multivariée, le facteur « faculté » n'a pas été retenu afin d'obtenir le modèle statistique le plus pertinent. En effet, dans l'analyse multivariée, le facteur « faculté » n'influe ni le critère de jugement principal ni les autres facteurs.

	OR	Intervalle de confiance à 95 %		p
âge	1,00	0,88	1,14	0,95
Sexe homme	0,50	0,26	0,96	0,04
semestre	0,96	0,73	1,26	0,77
Stage ambulatoire de niveau 1	1,38	0,62	3,09	0,43
Stage ambulatoire de niveau 2	0,90	0,37	2,20	0,81
Stage de gynécologie	1,50	0,63	3,60	0,36
Enseignement de gynécologie	1,69	0,94	3,06	0,08
Déclare connaître les compétences des sages-femmes libérales	5,18	2,58	10,40	2×10^{-6}
A envoyé une de ses patientes vers une sage-femme	2,22	1,04	4,73	0,04
Considère la sage-femme comme un interlocuteur privilégié dans la pratique future	2,29	1,26	4,15	0,01

Fig. 27 Connaissance globale des compétences des sages-femmes libérales par les internes de médecine générale – analyse multivariée

En analyse multivariée, les facteurs influençant significativement ($p < 0,05$) la connaissance globale de compétences des sages-femmes libérales par les internes de médecine générale, sont :

- Le sexe. En effet, l'OR du sexe homme est de 0,50 [0,26-0,96] avec $p = 0,04$. Les internes masculins sont beaucoup moins nombreux à connaître globalement les compétences des sages-femmes libérales, que les femmes.
- Le fait que l'interne de médecine générale déclare connaître les compétences des sages-femmes libérales. En effet, l'OR est de 5,18 [2,58-10,40] avec $p = 2 * 10^{-6}$.
- Le fait que l'interne de médecine générale ait envoyé une de ses patientes vers une sage-femme. En effet, l'OR est de 2,22 [1,04-4,73] avec $p = 0,04$.
- Le fait que l'interne de médecine générale déclare considérer la sage-femme comme un interlocuteur privilégié dans la pratique future. En effet, l'OR est de 2,29 [1,26-4,15] avec $p = 0,01$.

En analyse multivariée, les autres facteurs qui n'influencent pas significativement ($p > 0,05$) la connaissance globale de compétences des sages-femmes libérales par les internes de médecine générale, sont :

- l'âge,
- le semestre,
- le stage de niveau 1,
- le stage de niveau 2,
- le stage de gynécologie,
- l'enseignement de gynécologie.

5. LA CONNAISSANCE DE CHACUNE DES COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES LIBÉRALES PAR LES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

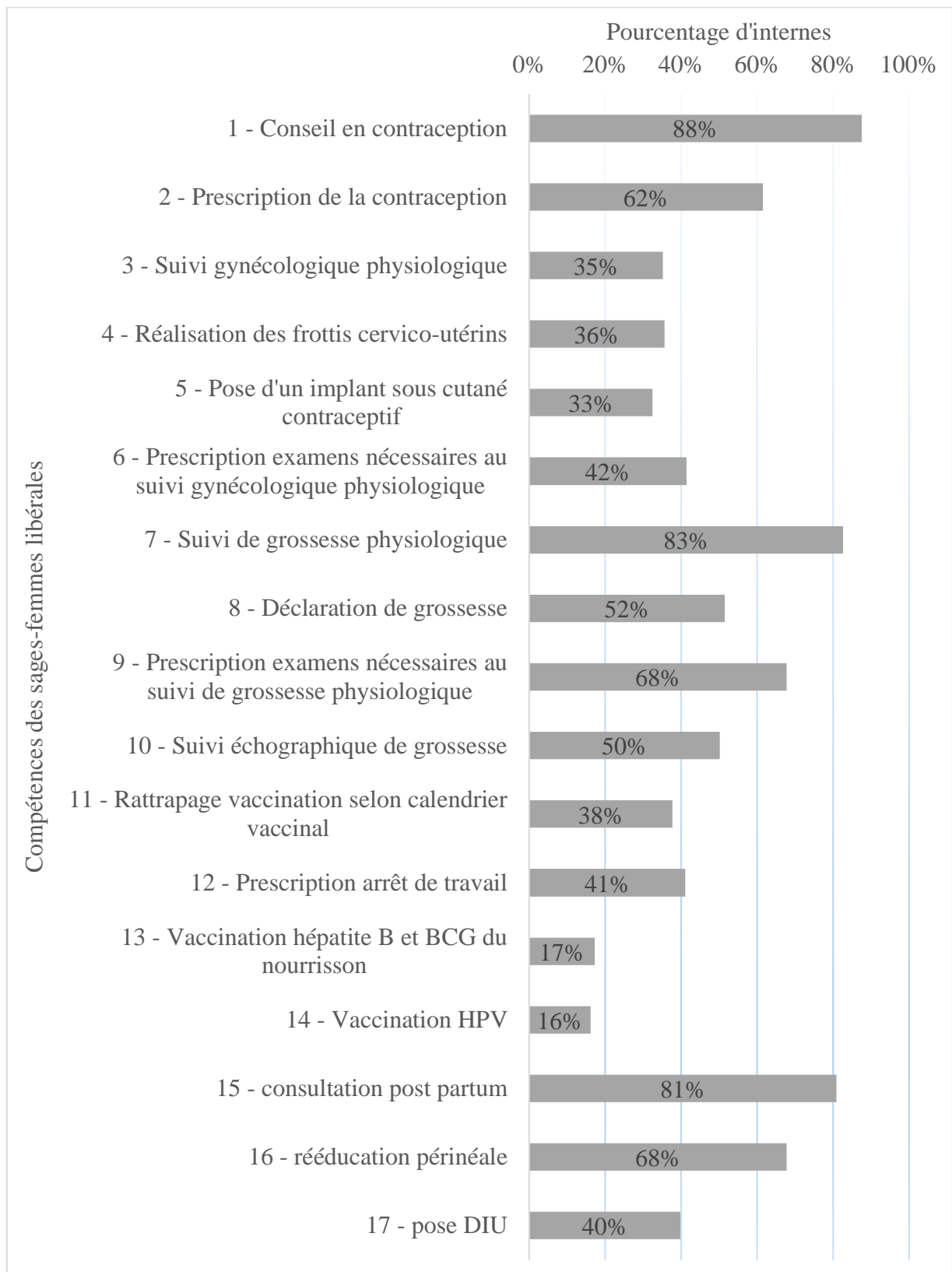


Fig. 28 Connaissance de chacune des compétences des sages-femmes par les internes de médecine générale

Les compétences des sages-femmes libérales sont connues par ordre décroissant :

- par 253 internes, soit 88 % avec IC 95 % [83,17 - 91,12] des internes pour le conseil en contraception (compétence n°1),
- par 239 internes, soit 83 % avec IC 95 % [77,84 - 86,88] des internes pour le suivi de grossesse physiologique et ses 8 consultations prénatales (compétence n°7),
- par 234 internes, soit 81 % avec IC 95 % [75,96 - 85,33] des internes pour la consultation du post partum 8 semaines après l'accouchement (compétence n°15),
- par 196 internes, soit 68 % avec IC 95 % [62,1 - 73,17] des internes pour la prescription d'examens nécessaires au suivi de grossesse non pathologique (compétence n°9),
- par 196 internes, soit 68 % avec IC 95 % [62,1 - 73,17] des internes pour la rééducation périnéale (compétence n°16),
- par 178 internes, soit 62 % avec IC 95 % [55,72 - 67,23] des internes pour la prescription de toutes les contraceptions (compétence n°2),
- par 149 internes, soit 52 % avec IC 95 % [45,63 - 57,45] des internes pour la déclaration de grossesse auprès de la sécurité sociale et de la CAF (compétence n°8),
- par 145 internes, soit 50 % avec IC 95 % [44,26 - 56,08] des internes pour le suivi échographique après une formation complémentaire universitaire diplômante (compétence n°10),
- par 120 internes, soit 42 % avec IC 95 % [[35,78 - 47,44] des internes pour la prescription d'examens nécessaires au suivi biologique ou radiologique nécessaires au suivi gynécologique physiologique (compétence n°6),
- par 119 internes, soit 41 % avec IC 95 % [5,45 - 47,09] des internes pour la prescription d'arrêt de travail de 15 jours qui ne devrait pas être renouvelée (compétence n°12),

- par 115 internes, soit 40 % avec IC 95 % [34,11 - 45,69] des internes pour la pose DIU (compétence n°17),
- par 109 internes, soit 38 % avec IC 95 % [32,11 - 43,58] des internes pour le rattrapage des vaccinations selon le calendrier vaccinal habituel (compétence n°11),
- par 103 internes, soit 36 % avec IC 95 % [30,12 - 41,46] des internes pour la réalisation des frottis cervico-utérins (compétence n°4),
- par 102 internes, soit 35 % avec IC 95 % [29,79 - 41,11] des internes pour le suivi gynécologique physiologique (compétence n°3),
- par 94 internes, soit 33 % avec IC 95 % [27,16 - 38,26] des internes pour la pose d'un implant sous-cutané contraceptif (compétence n°5),
- par 50 internes, soit 17 % avec IC 95 % [13,12 - 22,16] des internes pour la vaccination hépatite B et BCG du nourrisson à 1 mois (compétence n°13),
- par 47 internes, soit 16 % avec IC 95 % [12,2 - 21,03] des internes pour la vaccination HPV (compétence n°14).

Étant donné le nombre de variables et le taux de participants à l'étude, l'analyse statistique compétence par compétence, n'a pas été réalisée. En effet, la répétition des tests statistiques, pour chaque facteur influençant les 17 compétences, donne un risque d'erreur trop important.

6. COMPÉTENCES POUR LESQUELLES LES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE ADRESSERAIENT LEURS PATIENTES VERS UNE SAGE-FEMME

La seule question ouverte du questionnaire porte sur les compétences pour lesquelles les internes de médecine générale adresseraient, plus spécifiquement, leurs patientes vers une sage-femme.

Parmi les 289 internes de médecine générale inclus dans l'étude :

- 91 % (264) ont répondu par une ou plusieurs compétences,

- 3 % (10) n'ont pas répondu,

- 5 % (14) déclarent ne pas savoir,

- 1% (1) déclare ne pas vouloir envoyer leurs patientes.

Parmi les 264 internes de médecine générale qui répondent par une ou plusieurs compétences, ils évoquent:

- pour 67 % (193) : le suivi de grossesse en précisant dans 38 % (73) des cas, le suivi de grossesse physiologique, et 6 % (12) des cas, le suivi de la grossesse pathologique,
- pour 24 % (69) : la rééducation périnéale,
- pour 24 % (68) : la préparation à l'accouchement,
- pour 19 % (54) : le suivi du postpartum incluant la consultation du postpartum et le postpartum immédiat,
- pour 11 % (32) : la contraception,
- pour 8 % (24) : l'allaitement,
- pour 6 % (18) : le suivi gynécologique physiologique,

- pour 4 % (12) : l'apprentissage des soins de puériculture et le suivi du nouveau-né,
- pour 3 % (10) : l'accouchement,
- pour 3 % (10) : les échographies fœtales,
- pour 1 % (3) : l'entretien prénatal,
- pour 1 % (2) : les vaccins de l'enfant et de la mère,
- puis différentes compétences ont été énumérées par un seul interne de médecine générale :
la prescription d'examens complémentaires et l'ostéopathie néonatale.

La somme des pourcentages de toutes les réponses n'est pas égale à 100 % car les internes de médecine générale ont pu répondre plusieurs compétences.

VI) DISCUSSION

1. QUALITÉ DE LA MÉTHODOLOGIE

1.1. BIAIS DE SÉLECTION

Plusieurs biais de sélection sont retrouvés :

- L'inclusion sur 4 facultés d'Île de France. L'évaluation de la connaissance des compétences des sages-femmes, par les internes de médecine générale, est uniquement réalisée auprès des internes de médecine générale, des facultés suivantes : l'université Pierre et Marie Curie-Paris 6, l'université Paris Diderot-Paris 7, l'université Léonard de Vinci, Bobigny-Paris 13 et l'UFR des Sciences de la Santé Simone Veil-PIFO. En effet, la commission de coordination du DES de médecine générale nous a autorisés à envoyer les questionnaires uniquement aux internes de médecine générale, de ces quatre facultés.
- La proportion de femmes chez les répondants (75 %) est supérieure à la proportion d'internes féminines de médecine générale, issues de l'ECN (60 %) et contribue au biais de sélection [56].

1.2. BIAIS D'ANALYSE

Le nombre restreint d'internes ayant répondu à l'étude, soit 30,9 %, affaiblit la puissance de l'étude. Aucune thèse ou mémoire de sages-femmes n'a été fait sur ce même sujet. Cependant, par rapport à une étude sur les compétences en gynécologie des internes de médecine générale de la faculté de Paris 7, notre taux d'inclusion est comparable. En effet, dans la thèse de médecine générale de M. Jules-Clément menant des interrogatoires, uniquement par voie électronique, auprès d'internes de médecine générale de Paris 7, le taux de réponse est 29 % [4]. D'autres thèses, sur les compétences en gynécologie des internes de médecine générale et des médecins généralistes, ont été menées par d'autres moyens de communication. Des taux de réponses supérieurs ont été obtenus. En effet, dans la thèse de médecine générale de C. Babinet, le taux de réponses est de 71,1 % avec des questionnaires, envoyés par voie postale [36]. Dans celle de Dias S., réalisée avec des questionnaires envoyés par email et voie postale, le taux de réponses est de 42,5 % [3]. Si pour notre étude, nous avons couplé le questionnaire envoyé par email, à un questionnaire par voie postale, notre taux de réponse aurait probablement était meilleur.

En outre, dans la méthodologie de notre étude, la limite prédéterminée, pour estimer que l'interne de médecine générale connaît globalement les compétences des sages-femmes libérales, est de 10 des 17 (59 %) compétences, étudiées. Si le taux fixé avait été de 70 % ou 80 %, on aurait eu une proportion supérieure d'internes de médecine générale méconnaissant globalement les compétences des sages-femmes libérales. La connaissance globale des compétences des sages-femmes est donc dépendante de notre seuil fixé.

Par ailleurs, la répartition des internes de médecine générale, ayant répondu à l'étude, n'est pas homogène par faculté.

Or, on note, qu'au sein de chaque faculté, la formation entre les internes de médecine générale n'est pas homogène avec :

- Pour le stage de niveau 1 : les internes de médecine générale sont majoritairement issus de la faculté Paris 7 à 42 %, contrairement aux internes de médecine générale de PIFO représentés à 21 %, de Paris 6 à 19 % et de Paris 13 à 18 %.
- Pour le stage de niveau 2 : les internes de médecine générale sont majoritairement issus de la faculté de Paris 7 et PIFO à part égale, soit 43 % chacune. Les autres internes sont issus respectivement à 12 % et à 2 % des facultés de Paris 13 et Paris 6.
- Pour le stage de gynécologie : les internes de médecine générale sont issus, par ordre décroissant, des facultés de PIFO à 41 %, de Paris 7 à 28 %, de Paris 6 à 23 % et de Paris 13 à 8 %.
- Pour l'enseignement en gynécologie : près de la moitié des internes de médecine générale, ayant suivi cet enseignement dans l'étude, sont issus de Paris 7.

Ces différences contribuent au biais d'analyse.

1.3. BIAIS DE MESURE

Le recrutement par voie électronique présente des avantages et des inconvénients par rapport à la voie postale :

- Les avantages sont la rapidité d'envoi, de relance, une gratuité de l'étude et un traitement simplifié des données recueillies.

- Les inconvénients, sources de biais, sont l'incertitude que tous les internes de médecine générale aient reçu l'étude, en raison d'adresses électroniques incorrectes, ou d'emails reçus dans les spams.

Un autre biais de mesure est le critère d'exclusion. En effet, l'absence de volonté d'exercer la médecine générale est un critère déclaratif, et non un critère « dur », qui peut influencer la puissance statistique des résultats définitifs. Les résultats obtenus peuvent être biaisés, puisque des internes de médecine générale déclarant vouloir faire de la médecine générale peuvent, par la suite, ne pas en faire. À l'inverse, des internes de médecine générale déclarant ne pas vouloir faire de la médecine générale, qui ne sont pas inclus dans l'étude, peuvent en faire par la suite.

2. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION INCLUSE

2.1. LE SEXE DE L'INTERNE

La majorité des internes de médecine générale inclus dans l'étude sont des femmes, soit 75 %, avec un sexe ratio homme/femme à 0,34.

Depuis 2007, la part de femmes inscrites à l'ECN est stable autour de 60 %. Les femmes représentent 62,9 % des internes de médecine générale en 2013, soit un sexe ratio homme/femme à 0,59 [54]. Parmi les médecins généralistes de moins de 40 ans, les femmes représentent 60 % des effectifs, soit un sexe ratio homme/femme à 0,67 [1].

Le sexe ratio, en faveur des femmes, de notre étude s'explique par la prépondérance des femmes chez les internes, dans le DES de médecine générale [56] et par l'intérêt des internes de médecine générale et des médecins généralistes, de sexe féminin, pour la gynécologie, comme le montrent de multiples thèses et mémoires de sages-femmes [3;4;32;34;36;39;41].

Aucune étude ou thèse n'a été retrouvée sur le même sujet. En revanche, il existe plusieurs études sur des sujets proches, s'intéressant aux compétences en gynécologie des médecins généralistes et des internes de médecine générale. En effet, dans sa thèse de médecine générale, M. Jules Clément fait un état des lieux sur la formation en gynécologie-obstétrique des internes de médecine générale, pendant leur DES, à partir d'un questionnaire envoyé par email aux internes de la faculté Paris 7. Il inclut 83 internes de médecine générale avec un sexe ratio homme/femme à 0,26 [4]. Dans une autre thèse de médecine générale, S. Dias fait une étude descriptive, à partir de questionnaires postaux, des pratiques en gynécologie-obstétrique des médecins généralistes d'Île-de-France. Sa population inclut 170 médecins généralistes répartis en Île-de-France, avec 19

médecins généralistes entre 30 et 39 ans. Dans cette tranche d'âge, elle obtient un sexe ratio homme/femme à 0,3 [3].

Notre sexe ratio homme/femme est un peu supérieur à la population des internes et des jeunes médecins généralistes des deux études citées, précédemment. Les différences observées peuvent être expliquées par un taux supérieur d'inclusion dans notre étude. Cependant, ce sexe ratio reste éloigné de la réalité et nous amène à nuancer les résultats de notre étude.

2.2. LA RÉORIENTATION DES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Une partie des internes de médecine générale se réoriente pendant l'internat vers des formations complémentaires, appelées DESC, ou vers une pratique d'exercice plus ciblée, comme : la médecine d'urgence, la gériatrie, l'infectiologie, la chirurgie, l'angiologie, la pédiatrie, la médecine du sport, la médecine hospitalière polyvalente, la psychiatrie, la nutrition, les soins palliatifs et l'addictologie. La réorientation des internes représente 13 % de l'ensemble des internes de médecine générale, ayant répondu à l'étude. On retrouve un taux proche de 16 % dans l'étude de Jules-Clément M. [4].

3. CONNAISSANCE DES COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES PAR LES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

L'hypothèse de l'étude est confirmée : dans notre étude, 62 % (178) d'internes de médecine générale méconnaissent les compétences des sages-femmes libérales. Et donc, 38 % (111) des internes de médecine générale connaissent globalement les compétences des sages-femmes libérales.

La méconnaissance des compétences des sages-femmes par les médecins généralistes est souvent évoquée comme responsable du manque de communication, constaté entre ces deux professionnels de la santé de la femme, dans plusieurs thèses de médecine générale et de mémoires de sages-femmes [7;32;34;35]. Ces études, qui abordent le suivi de grossesse et le suivi gynécologique physiologique, sont faites à partir de questionnaires ou de focus groups auprès de sages-femmes et de médecins généralistes. En revanche, nous n'avons trouvé aucune étude faisant un état de lieux de leurs connaissances mutuelles.

Dans sa thèse de médecine générale, S. Dias constate que les médecins généralistes pratiquent peu la gynécologie obstétrique. Les différentes raisons évoquées par les médecins généralistes sont la proximité d'un gynécologue, le manque de temps, le manque de formation, le manque de demande de leurs patientes ou leur propre manque d'intérêt [3]. En voyant la diminution des gynécologues de proximité et la méconnaissance des compétences des sages-femmes libérales, par les futurs praticiens de médecine générale, il paraît urgent d'informer ces derniers sur les compétences des sages-femmes libérales pour maintenir une prise en charge gynécologique optimale des femmes, quel que soit la volonté du médecin généraliste d'exercer la gynécologie médicale.

Les compétences des sages-femmes libérales sont connues par ordre décroissant :

- par 253 internes, soit 88 % avec IC 95 % [83,17 - 91,12] des internes pour le conseil en contraception (compétence n°1),
- par 239 internes, soit 83 % avec IC 95 % [77,84 - 86,88] des internes pour le suivi de grossesse physiologique et ses 8 consultations prénatales (compétence n°7),
- par 234 internes, soit 81 % avec IC 95 % [75,96 - 85,33] des internes pour la consultation du post partum 8 semaines après l'accouchement (compétence n°15),
- par 196 internes, soit 68 % avec IC 95 % [62,1 - 73,17] des internes pour la prescription d'examens nécessaires au suivi de grossesse non pathologique (compétence n°9),
- par 196 internes, soit 68 % avec IC 95 % [62,1 - 73,17] des internes pour la rééducation périnéale (compétence n°16),
- par 178 internes, soit 62 % avec IC 95 % [55,72 - 67,23] des internes pour la prescription de toutes les contraceptions (compétence n°2),
- par 149 internes, soit 52 % avec IC 95 % [45,63 - 57,45] des internes pour la déclaration de grossesse auprès de la sécurité sociale et de la CAF (compétence n°8),
- par 145 internes, soit 50 % avec IC 95 % [44,26 - 56,08] des internes pour le suivi échographique après une formation complémentaire universitaire diplômante (compétence n°10),
- par 120 internes, soit 42 % avec IC 95 % [[35,78 - 47,44] des internes pour la prescription d'examens nécessaires au suivi biologique ou radiologique nécessaires au suivi gynécologique physiologique (compétence n°6),
- par 119 internes, soit 41 % avec IC 95 % [5,45 - 47,09] des internes pour la prescription d'arrêt de travail de 15 jours qui ne devrait pas être renouvelée (compétence n°12),

- par 115 internes, soit 40 % avec IC 95 % [34,11 - 45,69] des internes pour la pose DIU (compétence n°17),
- par 109 internes, soit 38 % avec IC 95 % [32,11 - 43,58] des internes pour le rattrapage des vaccinations selon le calendrier vaccinal habituel (compétence n°11),
- par 103 internes, soit 36 % avec IC 95 % [30,12 - 41,46] des internes pour la réalisation des frottis cervico-utérins (compétence n°4),
- par 102 internes, soit 35 % avec IC 95 % [29,79 - 41,11] des internes pour le suivi gynécologique physiologique (compétence n°3),
- par 94 internes, soit 33 % avec IC 95 % [27,16 - 38,26] des internes pour la pose d'un implant sous-cutané contraceptif (compétence n°5),
- par 50 internes, soit 17 % avec IC 95 % [13,12 - 22,16] des internes pour la vaccination hépatite B et BCG du nourrisson à 1 mois (compétence n°13),
- par 47 internes, soit 16 % avec IC 95 % [12,2 - 21,03] des internes pour la vaccination HPV (compétence n°14).

On peut noter que quatre compétences, incluses dans les nouvelles compétences des sages-femmes depuis 2009 et peu pratiquées chez les médecins généralistes, selon d'autres études [3;4;6;7], sont connues par moins de 40 % des internes de médecine générale dans notre étude:

- la 3^{ème} compétence : le suivi gynécologique physiologique (35 % - 102),
- la 4^{ème} compétence : la réalisation des frottis cervico-utérins (36 % - 103),
- la 5^{ème} compétence : la pose d'un implant sous cutané contraceptif (33 % - 94),
- la 17^{ème} compétence : la pose d'un DIU (40 % -115).

La possibilité de réaliser le suivi gynécologique physiologique par les sages-femmes date de 2009. Peu de communication au sujet de cette nouvelle compétence a été faite auprès de la

population des internes de médecine générale et des médecins généralistes, en dépit de cette loi. Par ailleurs, les compétences, que sont la pose d'un implant sous cutané contraceptif et la pose d'un DIU, peu pratiquées par les médecins généralistes, ont été réaffirmées encore plus récemment, par un décret datant de décembre 2012, pour permettre aux sages-femmes d'offrir à leurs patientes l'ensemble des moyens contraceptifs existants. Entre 2009 et 2012, les sages-femmes ne pouvaient pas faire le suivi de la contraception et prescrire les examens complémentaires pour le suivi de la contraception. Il était donc nécessaire de recourir à un médecin pour le suivi de la contraception et le suivi biologique. Le parcours de soins des femmes devenait alors trop compliqué et rendait cette compétence difficilement applicable, en pratique clinique.

Enfin, les modifications des compétences des sages-femmes sont récentes et impliquent donc une offre de soins des sages-femmes libérales encore inhomogènes. Ces inégalités, dans l'offre de soins des sages-femmes, ne favorisent donc pas la connaissance de leurs compétences et leur application clinique par le monde médical, voire par leur patientèle.

Dans l'étude de M. Jules-Clément, sur la formation gynécologique, au cours du DES de médecine générale, faite auprès des internes de médecine générale de Paris 7, en 2011, seulement 22 % des répondants déclaraient avoir acquis l'ensemble des 5 compétences en gynécologie, définies comme fondamentales, pour le médecin généraliste, regroupant: la prescription de la contraception, le dépistage des cancers gynécologiques, les prises en charge des urgences gynécologiques, en particulier les dysménorrhées et les douleurs pelviennes, le suivi de grossesse aux 1^{er} trimestre et 2^{ème} trimestre et du post partum ainsi que la prise en charge de la ménopause. Dans cette étude, 73 % des internes de médecine générale déclarent savoir-faire un frottis cervico-utérin, seulement 41 % savoir poser un implant sous-cutané et 30 % savoir poser et retirer un DIU. Or les sages-femmes ont acquis ces compétences et peuvent donc pallier à l'acquisition incomplète

de ces compétences par les internes de médecine générale. Pour ce faire, l'information doit être communiquée aux médecins et futurs médecins généralistes.

De même, S. DIAS montre, dans son étude sur la pratique en gynécologie des médecins généralistes d'Île-de-France, que seuls 39 % des médecins généralistes réalisent un frottis dans leur cabinet, 11,8 % posent des DIU et 10 % posent des implants contraceptifs sous-cutanés [3].

Or dans notre étude, seulement 36 % des internes savent que les sages-femmes peuvent réaliser les frottis cervico-utérins, 40 % qu'elles peuvent poser un DIU et 33 % qu'elles peuvent mettre un implant contraceptif sous-cutané. Or en 2012, parmi les contraceptifs, l'implant sous cutané est utilisé par 2,6 % des femmes et le DIU est choisi par 20,7 % des femmes [57]. Pour répondre à cette demande, il faut que les internes de médecine générale se forment ou bien qu'ils sachent orienter leurs patientes vers les sages-femmes compétentes. De nouveau, on peut conclure à la nécessité de faire connaître les nouvelles compétences des sages-femmes pour toucher un plus grand nombre de femmes et améliorer la prise en charge de leur contraception, tant dans le choix du contraceptif que pour le suivi gynécologique.

Cependant, ceci est à nuancer avec la réalité des pratiques des sages-femmes. En effet, même si les compétences, que sont la pose du DIU et de l'implant sous-cutané, ont été acquises en 2009 et ont été confirmées par décret en 2012, M. Bauer constate, dans son mémoire de sage-femme en 2011 [46], que 14 % (10) sages-femmes, parmi les 69 incluses dans l'étude, pratiquaient la pose, la surveillance et le retrait du DIU. Aucune ne posait l'implant sous cutané. 58 % (40) d'entre elles proposaient également un suivi gynécologique physiologique. L'obtention du diplôme, avant 2002, pour 70 % d'entre elles, peut expliquer ce paradoxe. En 2014, dans son mémoire de sage-femme, A. Corne observe que sur les 114 sages-femmes incluses, 25 % (29) posent les DIU et 25 % (29) estiment devoir se perfectionner. Pour l'implant contraceptif sous-cutané, 18 % (20) savent le poser et 33% (38) doivent se perfectionner [49]. Toutefois, ces deux auteurs s'accordent sur le fait que les

nouvelles promotions vont acquérir plus largement ces compétences et pourront alors devenir les interlocuteurs privilégiés des médecins généralistes, qui ne savent pas ou ne veulent pas pratiquer ces gestes.

Enfin dans notre étude, la méconnaissance d'autres compétences, comme la déclaration de grossesse connue par 52 % (149) des internes de médecine générale, le rattrapage des vaccinations selon le calendrier vaccinal, connue par 38 % (109) des internes de médecine générale, la prescription d'un arrêt de travail, connue par 41 % (119) des internes de médecine générale, la vaccination contre l'hépatite B et le BCG du nourrisson connue par 7 % (50) des internes de médecine générale est moins intéressante. Car, en effet, chez les médecins généralistes, ces pratiques sont, le plus souvent, courantes et bien acquises.

4. LES FACTEURS INFLUENÇANT LA CONNAISSANCE GLOBALE DES COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES LIBÉRALES PAR LES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

4.1. LES FACTEURS INFLUENÇANT SIGNIFICATIVEMENT LA CONNAISSANCE GLOBALE DES COMPÉTENCES DES SAGES- FEMMES LIBÉRALES PAR LES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Toutes choses égales par ailleurs, on retrouve, en analyse multivariée, quatre facteurs qui influencent la connaissance globale des sages-femmes, par les internes de médecine générale :

- Le facteur « sexe » : La proportion d'internes de médecine générale masculins et féminines, qui connaissent globalement les compétences des sages-femmes libérales, est respectivement de 27 % (30) et 73 % (81), tandis que la proportion d'internes de médecine générale masculins et féminines, qui méconnaissent les compétences des sages-femmes libérales, est respectivement de 25 % (44) et 75 % (134). L'OR est de 0,50 [0,26-0,96] entre ces deux groupes. Le sexe a une influence significative sur la connaissance globale des compétences des sages-femmes libérales par les internes de médecine générale, avec $p = 0,04$. Les internes de médecine générale masculins sont beaucoup moins nombreux à connaître globalement les compétences des sages-femmes libérales, que les internes de médecine générale féminines. Par ailleurs, on constate que les internes de médecine générale féminines envisagent plus, que les internes de médecine générale masculins, les sages-femmes comme des interlocuteurs privilégiés, dans leur pratique future. En effet, dans notre

étude, elles sont 80 % à considérer la sage-femme comme un interlocuteur privilégié, contre 20 % des internes de médecine générale masculins. Par ailleurs, elles connaissent significativement mieux leurs compétences.

Chez les internes de médecine générale, dans l'étude de M. Jules-Clément, 84 % (60) des internes de médecine générale interrogés sont motivés par l'acquisition des compétences de gynécologie, avec une nette prédominance féminine [4]. De plus, chez les médecins généralistes, dans l'étude de S. Dias, 55,9 % (95) des médecins généralistes dont 28 % (27) de femmes et 72 % (68) des hommes déclarent ne pas ou peu pratiquer la gynécologie [3].

Pour résumé, les internes de médecine générale masculins envisagent moins de collaborer avec les sages-femmes alors qu'ils sont les moins motivés pour se former en gynécologie [4]. Et une fois installés, ils pratiquent beaucoup moins la gynécologie [3]. Ces deux remarques sont antinomiques.

En effet, comment ces médecins ou futurs médecins généralistes orientent-ils alors leurs patientes en demande de suivi gynécologique ?

Plusieurs hypothèses peuvent être évoquées :

- la patientèle de ces médecins ne fait aucune demande d'ordre gynécologique avec des femmes, qui font leur suivi gynécologique et leur prise en charge gynécologique auprès d'un gynécologue ou d'une sage-femme, sans en informer leur médecin traitant,
- les patientes suivies par ces médecins n'ont pas de suivi d'ordre gynécologique, suite au désintérêt du médecin pour cette spécialité,
- ces médecins ont un gynécologue correspondant pour ne pas avoir à prendre en charge leur patiente d'un point de vue gynécologique.

- Le facteur « l'interne de médecine générale déclare connaître les compétences des sages-femmes libérales »: La proportion d'internes de médecine générale, qui déclarent connaître les compétences des sages-femmes libérales, et qui connaissent globalement les compétences des sages-femmes libérales est de 38 % (42), tandis que la proportion d'internes de médecine générale qui déclare connaître les compétences des sages-femmes libérales, et qui méconnaissent les compétences des sages-femmes libérales est de 9 % (16). L'OR est de 5,18 [2,58-10,40] entre ces deux groupes. Il est significatif avec $p = 2 \times 10^{-6}$. Ce facteur, inclus dans le questionnaire, n'était initialement pas prévu pour être étudié comme un facteur influençant la connaissance globale des compétences des sages-femmes libérales par les internes de médecine générale. Il permettait initialement de décrire notre population. Il a été inclus pour faire une analyse multivariée de qualité. En effet, pour se faire, toutes les variables, qui décrivent la population, doivent être étudiées comme potentiels facteurs influençant la connaissance globale des compétences des sages-femmes libérale par les internes de médecine générale. De plus, le fait, que le critère « l'interne de médecine générale déclare connaître les compétences des sages-femmes libérales » soit significatif, était une évidence avant même son analyse.

- Le facteur « l'interne de médecine générale a envoyé une de ses patientes vers une sage-femme » : La proportion d'internes de médecine générale, qui ont déjà envoyé une de leur patientes vers une sage-femme, et qui connaissent globalement les compétences des sages-femmes libérales est de 31 % (34), tandis que la proportion d'internes de médecine générale qui ont déjà envoyé une de leur patiente vers une sage-femme, et qui méconnaissent les compétences des sages-femmes libérales est de 10 % (18). L'OR est de 2,22 [1,04-4,73] entre ces deux groupes. Il est significatif avec $p = 0,04$. De la même façon que la variable précédente, nous ne pensions pas intégrer cette variable avant l'analyse des résultats. Le fait, que le critère « l'interne de médecine générale a envoyé une de ses patientes vers une sage-femme » soit significatif, était une évidence avant même son analyse.

- Le facteur « l'interne de médecine générale déclare considérer la sage-femme comme un interlocuteur privilégié dans la pratique future » : La proportion d'internes de médecine générale, qui déclare considérer la sage-femme comme un interlocuteur privilégié dans la pratique future, et qui connaissent globalement les compétences des sages-femmes libérales est de 75 % (83), tandis que la proportion d'internes de médecine générale qui déclare considérer la sage-femme comme un interlocuteur privilégié dans la pratique future, et qui méconnaissent les compétences des sages-femmes libérales est de 58 % (103). L'OR est de 2,29 [1,26-4,15] entre ces deux groupes. Il est significatif avec $p = 0,01$. Par ailleurs, dans notre étude, 64 % (186) des internes de médecine générale envisagent la sage-femme comme un interlocuteur privilégié dans leur pratique future. Dans le mémoire de sage-femme, de L. Bertrand, sur les pratiques des médecins généralistes et des sages-femmes, daté de 2008, les médecins généralistes et les sages-

femmes déclarent respectivement une nécessité de plus collaborer, à 80 % pour les sages-femmes et à 86 % pour les médecins généralistes [7]. Cependant, dans ce mémoire, la réelle collaboration entre les sages-femmes et les médecins généralistes est bien moindre, de l'ordre de 27%. Il est important de noter que la question posée dans notre étude : « Dans votre pratique future, pensez-vous que la sage-femme sera un de vos interlocuteurs privilégiés ? » a pu poser un problème d'interprétation. En effet, elle n'était pas précise et a pu être comprise de différentes manières :

- Soit comme une collaboration au cours de laquelle les médecins enverraient leurs patientes pour une prise en charge, en parallèle de leur propre prise en charge. Par exemple, lors du suivi de grossesse, le médecin généraliste suit la grossesse mais adresse leurs patientes auprès de la sage-femme pour certaines pratiques, qu'ils ne réalisent pas comme la préparation à la naissance et la rééducation périnéale.
- Soit comme une collaboration dans laquelle la sage-femme suit les patientes dans leur globalité, tant sur le plan du suivi gynécologique qu'au cours de leur grossesse. Le médecin n'assure alors aucun suivi gynécologique.

Dans le questionnaire, la différence entre ces deux sortes de collaboration n'est pas faite. Les réponses peuvent donc être biaisées, selon l'interprétation de chaque interne de médecine générale. Dans notre étude, la proportion d'internes de médecine générale considérant la sage-femme comme un interlocuteur privilégié dans sa pratique future est plus importante chez les internes de médecine générale connaissant globalement les compétences des sages-femmes libérales à 75 % (83), que chez ceux qui la méconnaissent à 58 % (103). Cette conclusion paraît évidente : plus un médecin connaît les compétences d'un professionnel, plus le médecin peut lui adresser des patientes. Dans son mémoire de sage-femme, L. Bertrand, qui réalise un questionnaire auprès des médecins généralistes et des sages-femmes, constate que les sages-femmes et les médecins généralistes se méconnaissent

les uns les autres [7]. Dans notre étude, on constate qu'une meilleure connaissance des compétences des sages-femmes libérales par les internes de médecine générale augmente le nombre d'internes, qui considère les sages-femmes comme des interlocuteurs privilégiés. Néanmoins, ce critère est déclaratif et diminue donc l'impact de son interprétation. En effet, la volonté de réaliser quelque chose n'est pas toujours suivie d'effet et donc surestime la réalité. Ici la volonté de considérer la sage-femme comme un interlocuteur privilégié, dans sa pratique future, ne signifie pas que la sage-femme sera un interlocuteur privilégié pour cet interne de médecine générale, lors de son exercice futur de médecin généraliste.

L'enseignement de gynécologie n'est pas un facteur significatif dans notre étude. Cependant, l'enseignement de gynécologie, tel que proposé dans les différentes facultés, n'est peut-être pas adapté pour développer la collaboration entre les sages-femmes et les médecins généralistes et la connaissance mutuelle de leurs compétences. Le nouvel enseignement de gynécologie, proposé à la faculté de Lyon, depuis 2013, associant les internes de médecine générale aux étudiants sages-femmes, permettrait sans doute de promouvoir l'envoi des femmes, qui le désirent, vers une sage-femme et développer une relation interprofessionnelle de qualité entre internes de médecine générale et les étudiants sages-femmes dans leurs pratiques futures [53]. La qualité de l'enseignement proposé et la participation des étudiants sages-femmes permettraient probablement une influence positive sur les futurs échanges, entre médecins généralistes et sages-femmes. Ils feraient probablement, non seulement, progresser significativement leur volonté respective de collaborer, mais aussi leur collaboration réelle [7].

4.2. LES FACTEURS N'INFLUENÇANT PAS SIGNIFICATIVEMENT LA CONNAISSANCE GLOBALE DES COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES LIBÉRALES PAR LES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

D'autres facteurs d'influence de la connaissance globale des compétences des sages-femmes libérales par les internes de médecine générale ont été recherchés. Mais toutes choses égales par ailleurs, leurs influences n'ont pas été significatives :

- Le facteur « le stage ambulatoire de niveau 1 » : La proportion d'internes ayant réalisé un stage de stage ambulatoire de niveau 1, qui connaissent globalement les compétences des sages-femmes libérales, est de 61 % (68), tandis que la proportion d'internes de médecine générale ayant réalisé un stage ambulatoire de niveau 1, qui méconnaissent les compétences des sages-femmes libérales, est de 43 % (77). L'OR est de 1,38 [0,62-3,09] entre ces deux groupes. Il n'est pas significatif avec $p = 0,43$. Le stage ambulatoire de niveau 1 est le seul stage obligatoire, où l'interne de médecine générale est forcément au contact de patientes en demande de suivi ou de soins gynécologiques. Un enseignement commun aux sages-femmes et aux internes de médecine générale doit donc être réalisé, comme le propose C. Boissy à Lyon [46], durant ce stage ambulatoire de niveau 1 pour permettre une application en clinique, des connaissances acquises. Dans la future pratique courante du médecin généraliste, le stage ambulatoire de niveau 1 pourrait vraiment être utile pour connaître les compétences des sages-femmes libérales, notamment la pose d'un implant sous-cutané contraceptif que les médecins généralistes et internes de médecine générale ne souhaitent pas réaliser ou ne maîtrisent pas pour la plupart. En effet, faire un enseignement en début de stage ambulatoire de niveau 1, en exposant l'offre de soins des sages-femmes, pourrait

permettre aux internes de médecine générale de pallier leurs compétences incomplètes en gynécologie ou répondre à leur volonté de ne pas faire de gynécologie et envoyer leurs patientes aux sages-femmes.

- Le stage ambulatoire de niveau 2 : La proportion d'internes ayant réalisé un stage ambulatoire de niveau 2, qui connaissent globalement les compétences des sages-femmes libérales, est de 22 % (24), tandis que la proportion d'internes de médecine générale ayant réalisé un stage ambulatoire de niveau 2, qui méconnaissent les compétences des sages-femmes libérales, est de 10 % (18). L'OR est de 0,90 [0,37-2,20] entre ces deux groupes. Il n'est pas significatif avec $p = 0,81$. Le stage ambulatoire de niveau 2 n'est pas un stage obligatoire. La connaissance acquise au cours de ce stage ne bénéficie donc pas à tous les internes de médecine générale. De plus, le stage ambulatoire de niveau 2 cherche plus à développer les compétences propres de l'interne de médecine générale, comme la pose d'un implant, d'un DIU ou la réalisation de frottis cervico-utérins, que de développer la connaissance de l'offre de soins des autres professionnels de santé. Le stage ambulatoire de niveau 2 n'est probablement pas le bon moment pour informer les internes de médecine générale sur les compétences des sages-femmes libérales. En effet, comme ce stage est en autonomie, ces informations doivent être données aux internes de médecine générale avant ce stage.

- Le stage de gynécologie : La proportion d'internes ayant réalisé un stage de gynécologie, qui connaissent globalement les compétences des sages-femmes libérales, est de 22 % (24), tandis que la proportion d'internes de médecine générale ayant réalisé un stage de gynécologie, qui méconnaissent les compétences des sages-femmes libérales, est de 8 % (15). L'OR est de 1,50 [0,63-3,60] entre ces deux groupes. Il n'est pas significatif avec $p =$

0,36. Comme le stage ambulatoire de niveau 2, les stages de gynécologie cherchent en général à développer les compétences en gynécologie des internes de médecine générale. En outre, ces stages sont le plus souvent hospitaliers. Les internes sont donc au contact de sages-femmes hospitalières et non libérales qui prennent moins en charge le suivi gynécologique physiologique, ou le suivi de grossesse, jusqu'au 8ème mois. Cependant, des stages validant la gynécologie, en PMI ou ambulatoire, malheureusement trop peu nombreux, favoriseraient probablement plus l'apprentissage de l'offre de soins des sages-femmes libérales.

- Le facteur « enseignement de gynécologie » : La proportion d'internes ayant suivi un enseignement de gynécologie, qui connaissent globalement les compétences des sages-femmes libérales est de 48 % (54), tandis que la proportion d'internes de médecine générale ayant suivi un enseignement de gynécologie, qui méconnaissent les compétences des sages-femmes libérales, est de 69 % (123). L'OR est de 1,69 [0,94-3,06] entre ces deux groupes. Il n'est pas significatif ($p = 0.08$). Cependant, l'OR de l'enseignement de gynécologie a un p proche du seuil de significativité. Dans notre étude, l'enseignement de gynécologie n'est pas défini. On ne connaît donc pas le type exact d'enseignement reçu par les internes de médecine générale. Ces enseignements peuvent regrouper des enseignements spécifiques en gynécologie, au cours du DES ou bien des formations complémentaires choisies par les internes de médecine générale. Un nombre plus important d'internes de médecine générale, inclus dans cette étude, et une meilleure définition de l'enseignement de gynécologie, auraient peut-être pu permettre d'obtenir une significativité. Il paraît important de proposer un enseignement spécifique sur les sages-femmes et leur offre de soins au cours du DES de médecine générale.

La thèse de médecine générale réalisée, à Lyon, en 2013, par C. Boissy, abonde en ce sens et souligne l'intérêt de développer un enseignement pratique commun aux étudiants sages-femmes en 4^{ème} année et aux internes de médecine générale pendant leur stage ambulatoire de niveau 1, réalisé à partir du troisième semestre. En effet, cela serait utile pour la pratique future des médecins généralistes et des sages-femmes afin de leur permettre, en priorité, de connaître leur offre de soins mutuelle. C. Boissy préconise que cet enseignement :

- soit obligatoire,
- se déroule à l'université en deux journées,
- qu'il aborde les compétences communes aux médecins généralistes et aux sages-femmes en réfléchissant à des prises en charge conjointes,
- qu'il se déroule lors du stage ambulatoire de niveau 1 chez les internes de médecine générale et au cours de la dernière année des étudiants sages-femmes,
- que les internes et étudiants sages-femmes se répartissent sous forme de groupes de 10 à 30 étudiants, encadrés par un binôme mixte, médecin généraliste et sage-femme, qui ont, tous les deux, une pratique clinique et qui sont formés à la pédagogie,
- et qu'il se déroule en trois temps : un temps pour la présentation des deux professions, un temps pour une analyse de pratique, à partir de cas cliniques rapportés par les enseignants et les étudiants. Enfin, le dernier temps consisterait en une mise en commun des idées marquantes de chaque groupe.

Le fondement pédagogique de ce cours, proposé par C. Boissy, est que l'apprenant, acteur principal, soit mis en avant avec une nécessité de la présence de tous les acteurs de la prise en charge de la santé des femmes.

Un manque de communication, non étudié dans le questionnaire, semble aussi être à l'origine de la faible collaboration entre ces deux professionnels. Pour pallier à ce manque de collaboration entre ces deux professionnels de santé, il serait judicieux de développer des réseaux de soins et de mettre à disposition des soignants, des plaquettes d'informations concernant leurs compétences respectives, comme le montrent plusieurs travaux [7;32;34].

En analyse monovariée, l'influence du facteur « faculté d'origine » sur la connaissance globale des compétences des sages-femmes libérales par les internes de médecine générale est significative avec $p = 0,01940$. Toutefois, le facteur « faculté d'origine » n'a pas été retenu en analyse multivariée car il n'influe ni le critère de jugement principal, ni les autres facteurs. Il faut noter tout de même que le nombre d'internes inclus par faculté, dans notre étude, était inégal. Une répartition différente nous aurait peut-être permis de montrer une influence de ce facteur sur la connaissance globale de la connaissance des compétences des sages-femmes libérales par les internes de médecine générale.

VII) CONCLUSION

Le suivi physiologique gynécologique des femmes, pendant et hors de la grossesse, est un enjeu de santé publique au vu de la morbi-mortalité maternelle, infantile et des cancers gynécologiques féminins. Depuis des dizaines d'années, cette pratique était réservée aux gynécologues. Aujourd'hui, la démographie et l'influence des décisions des pouvoirs publics redonnent cette compétence aux médecins généralistes et aux sages-femmes. Or, ces deux corps de métier n'ont pas pour habitude de travailler ensemble.

Le travail de cette thèse met en avant la méconnaissance des compétences des sages-femmes libérales par les internes de médecine générale, en dépit d'une volonté de collaboration dans leur pratique future. L'absence de coordination entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes libéraux, constatée dans divers travaux, en est probablement une conséquence.

Un meilleur apprentissage respectif des compétences des sages-femmes libérales et des médecins généralistes permettrait, sans doute, d'amorcer une relation de qualité entre ces deux professionnels de santé, chargés de la santé de la femme. Ce dernier passe, certainement, par un enseignement court mais spécifique des compétences des sages-femmes, voir même, comme à la faculté de Lyon, par un enseignement commun aux étudiants sages-femmes et aux internes de médecine générale.

L'apprentissage des compétences respectives de ces deux professionnels de santé n'est qu'une partie du problème. En effet, une amélioration de la communication entre ces deux métiers pourrait passer par leur adhésion à un réseau de périnatalité ou de soins. Elle permettrait, indubitablement, une meilleure orientation des femmes dans le suivi de leur grossesse, selon les recommandations de

l'HAS. En outre, elle favoriserait les dépistages des maladies oncologiques, tels que les frottis cervico-vaginaux ou les mammographies de dépistage.

Enfin rappelons que, pour leur suivi, le choix du professionnel reste celui des patientes. Une information, auprès de la population féminine des compétences de ces deux professionnels, pourrait promouvoir leurs pratiques et réserver l'accès aux gynécologues pour les prises en charge physiopathologiques gynécologiques et obstétricales. Mais, les femmes doivent pouvoir choisir leur praticien en connaissance de cause.

Le travail de cette thèse n'est qu'un début et doit faire entreprendre d'autres travaux. Une autre étude est d'ailleurs, en cours, auprès des médecins généralistes libéraux en Île-de-France pour évaluer leur connaissance des compétences des sages-femmes libérales. Cependant, d'autres travaux devraient germer pour proposer des outils de communication, afin de développer les relations interprofessionnelles entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes de demain, piliers incontournables de la santé de la femme.

VIII) BIBLIOGRAPHIE

- [1] Conseil National de l'Ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France situation au 1er janvier 2014. Site du conseil national de l'ordre des médecins [En ligne], 2014, 274 p. [Consulté le 8/06/2015]. Disponible sur Internet <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf>
- [2] UFC Que choisir. Délai de rendez-vous chez le gynécologue. Plateforme ouverte des données publiques françaises [En ligne], Octobre 2012 [Consulté le 8/06/2015]. Disponible sur Internet <https://www.data.gouv.fr/storage/f/2013-12-20T17-27-15/Delai_rdv_gynecos_2012.xlsx>
- [3] DIAS, S. *État des lieux de la pratique de la gynécologique-obstétrique par les médecins généraliste d'Île-de-France*. Thèse d'exercice de médecine générale. Paris : Université Paris Diderot-Paris 7 - U.F.R. de médecine, 2010. 139 f. [Consulté le 23/02/2015] Disponible sur Internet <http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3432_THESE-DIAS.pdf>
- [4] JULES-CLÉMENT, M. *La formation gynécologique au cours du D.E.S. de médecine générale. Étude sur la faculté Paris-Diderot - Paris 7*. Thèse d'exercice de médecine générale. Paris : Université Paris Diderot-Paris 7 - U.F.R. de médecine, 2011. 101 f. [Consulté le 23/02/2015] Disponible sur Internet <http://www.bichat-larib.com/publications.Documents/3647_JULES-CLEMENT.pdf>

- [5] Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Site du journal officiel de la république française [En ligne], 2009. 88 p. [consulté le 01/08/2015] Disponible sur Internet <http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20090722&numTexte=1&pageDebut=12184&pageFin=12244>
- [6] Mission « Evaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé », ministère de la Santé et des Sports, Collège national des généraliste enseignants (CNGE), Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, collectif des associations et des syndicats de sages-femmes et Collège national des gynécologues et obstétriciens français. *Référentiels métiers et compétences- Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens*. Paris : Berger-Levrault, 2010. 155 p. Référentiels métiers et compétences. ISBN : 978-2-7013-1724-3
- [7] BERTRAND, L. *Collaboration entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes: états des lieux et attente*. Mémoire de sage-femme. Toulouse : Université Paul Sabatier Toulouse -École de sages-femmes, 2008. 58 f. [Consulté le 23/02/2015] Disponible sur Internet <<http://www.sudoc.fr/1369365477>>

- [8] Ordre des sages-femmes. Effectif des sages-femmes (global et par secteur) et mode d'exercice au 1^{er} janvier 2014. Site de l'ordre des sages-femmes [En ligne], 2014. 7 p. [Consulté le 23/02/2015] Disponible sur Internet <http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/2/exercice_de_la_profession/demographie_et_statistiques/effectif_et_mode_dexercice_au_01012014/index.htm>
- [9] Ordre des sages-femmes. Évolution du nombre de sages-femmes de 2010 à 2014. Site de l'ordre des sages-femmes [En ligne], 2014. 7 p. [Consulté le 23/02/2015] Disponible sur Internet : <http://www.ordre-sagesfemmes.fr/NET/fr/document/2/exercice_de_la_profession/demographie_et_statistiques/evolution_de_leffectif_de_2010_a_2014/index.htm>
- [10] CAVILLON, M. La profession de sages-femmes : constat démographique et projections d'effectifs. *DREES, Études et Résultats*, mars 2012, n°791, p. 8.
- [11] Ordre des sages-femmes. Répartition des sages-femmes par tranche d'âges et par genre au 1^{er} janvier 2014. Site de l'ordre des sages-femmes [En ligne], 2014. 7 p. [Consulté le 23/02/2015] Disponible sur Internet <http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/2/exercice_de_la_profession/demographie_et_statistiques/tranches_dage_et_genre/index.htm>

[12] Ordre des sages-femmes. La formation. Site de l'ordre des sages-femmes [En ligne]
[consulté le 08/06/2015] Disponible sur Internet

<http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/2/exercicede_la_profession/comment_devenir_sagesfemmes_/la_formation/index.htm>

[13] Loi n° 82-413 du 19 mai 1982 modifiant la loi n° 191 du 24 avril 1944, la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 et certaines dispositions du code de la santé publique relatives à l'exercice de la profession de sage-femme. Site du journal officiel de la république française [En ligne], 1982. p. 1018 [consulté le 01/08/2015] Disponible sur Internet

<<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXTE000000880214&dateTexte=19820520>>

[14] Arrêté du 17 octobre 1983 relatif à la liste des examens radiologiques, de laboratoire et de recherche que les sages-femmes peuvent prescrire. Site du journal officiel de la république française [En ligne], 1983. 3 p. [consulté le 01/08/2015] Disponible sur Internet

<<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXTE000000470996&dateTexte=19971016>>

[15] Décret n°91-779 du 8 août 1991 portant code de déontologie des sages-femmes [En ligne], 1991. 2 p. [consulté le 01/08/2015] Disponible sur Internet

<<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXTE0000000571498>>

[16] Arrêté du 23 février 2004 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes [En ligne], 2004. 16 p. [consulté le 01/08/2015] Disponible sur Internet <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEX00000576_5536>

[17] LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique [En ligne], 2004. 129 p. [consulté le 01/08/2015] Disponible sur Internet <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000571498>>

[18] Décret n°2006-1268 du 17 octobre 2006 relatif au code de déontologie des sages-femmes et modifiant le code de la santé publique [En ligne], 2006. 3 p. [consulté le 01/08/2015] Disponible sur Internet <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEX000006054544>>

[19] LOI n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011 [En ligne], 2010. 190 p. [consulté le 01/08/2015] Disponible sur Internet <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023314376&categorieLien=id>>

- [20] Décret n° 2012-881 du 17 juillet 2012 portant modification du code de déontologie des sages-femmes [En ligne], 2012. 1 p. [consulté le 01/08/2015] Disponible sur Internet <[http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2012/7/17/AFSH1207454D /jo/texte](http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2012/7/17/AFSH1207454D/jo/texte)>
- [21] Ordre des sages-femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. Site de l'ordre des sages-femmes [En ligne], 2010. [Consulté le 23/02/2015] Disponible sur Internet <http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/1/666_REFERENTIELSAGES-FEMMES2010.pdf>
- [22] Ordre des sages-femmes. Étude des régulateurs européens de sages-femmes. Site de l'ordre des sages-femmes [En ligne], 2010, 28p. [Consulté le 23/02/2015] Disponible sur Internet : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/1/71_Deuxi%C3%83%C2%A8meEtudedesr%C3%83%C2%A9gulateurseurop%C3%83%C2%A9ensdeSF-VF.pdf>
- [23] FENWICK, N. and al. General practitioners' attitudes to the development of midwifery group practices. *Br J Gen Pract*, 1998 Jul, vol. 48, n°432, p. 1395–8.
- [24] American college of nurse-midwives. Midwifery : Evidence-Based Practice. *A summary of Research on Midwifery in the United States*, April 2012, n°2012. p. 11. [consulté le 08/06/2015] Disponible sur Internet <<http://www.midwife.org/acnm/files/ccLibraryFiles/Filename/000000004184/Midwifery-Evidence-Based-Practice-March-2013.pdf>>

- [25] Sutherland G and al. Role of general practitioners in primary maternity care in South Australia and Victoria. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2009, vol.49, n°6, p. 637–41.
- [26] L'assurance maladie. Nomenclature générale des Actes professionnels restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2015. Site d'Ameli.fr [En ligne], 3 juin 2015. 100p. [Consulté le 08/06/2015]. Disponible sur Internet <http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/NGAP.pdf>
- [27] Département de médecine générale Paris VII. Nouveau schéma des études médicales. Site du DMG de Paris VII [En ligne], janvier 2015. [consulté le 01/08/2015] Disponible sur Internet <<http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Divers/shemaetudmed.jpg>>
- [28] Sénat. Compte rendu de la séance du 14/02/2013. Site du Sénat 2013 [En ligne], 14 février 2013 [consulté le 1/08/2015] Disponible sur : <<http://www.senat.fr/seances/s201302/s20130214/s20130214008.html>>
- [29] Observatoire national de la démographie des professions de santé. Compte-rendu de l'Audition des Gynécologues médicaux du 2 février 2011. 9 p. [Consulté le 08/06/2015] Disponible sur Internet <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte-rendu_de_l_audition_des_Gynecologues_medicaux.pdf>

- [30] Synthèse des recommandations professionnelles de l'HAS. *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*. Site Web de l'HAS - Haute Autorité de santé [En ligne], Mai 2007 [Consulté le 08/06/2015]. Disponible sur Internet <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_orientation_femmes_enceintes_synthese.pdf>
- [31] COHEN, J. et al. Etude permanente de la prescription médicale. La prise en charge des femmes françaises. Site du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français [En ligne]. Mai 2000 [Consulté le 08/06/2015] Disponible sur Internet <http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm>
- [32] MONLEON, C. *Le suivi de grossesse en ville par les médecins généralistes et les sages-femmes libérales*. Mémoire de sage-femme. Lyon : Université Claude Bernard Lyon1 - U.F.R. de médecine et de maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux, 2012. 123 f. [Consulté le 23/02/2015] Disponible sur Internet <<http://n2t.net/ark:/47881/m6ns0s2z>>
- [33] HUMBERT, M. *Le suivi de grossesse: quel professionnel choisissent les patientes ?* Thèse d'exercice de médecine générale. Limoges : Université de Limoges - U.F.R. de Limoges, 2012. 77 f. [Consulté le 23/02/2015] Disponible sur Internet <<http://scd.unilim.fr/theses/tN4Wgdir.pdf>>

- [34] BERGERON, C. *Échange de regards entre les médecins généralistes et les sages-femmes sur le suivi de la grossesse à bas risque : comment ces intervenants se représentent-ils le rôle, les limites, et la place de chacun ?* Thèse d'exercice de médecine générale. Nantes : Université de Nantes - U.F.R de médecine, 2012. 154 f. [Consulté le 23/02/2015] Disponible sur Internet <<http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=780f4f91-c4f7-4fec-bc94-a36a22855a9>>
- [35] TESSE-SKAF, M. *Déterminants conditionnant le choix du praticien pour le suivi de grossesse.* Thèse d'exercice de médecine générale. Lille : Université Lille 2 - U.F.R de médecine Henri Warembourg, 2013. 54 f. [Consulté le 18/06/2015] Disponible sur Internet <<http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/8b80519d-de73-4444-ae98-53c347d05916>>
- [36] BABINET-BOULNOIS, C. *Le ressenti du médecin généraliste au cours du suivi de la grossesse : intérêts et difficultés.* Thèse d'exercice de médecine générale. Rouen : Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen, 2013. 105 f. [Consulté le 23/02/2015] Disponible sur Internet <<http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00845720/document>>
- [37] PREVOT-STIMEC, I. *Les attentes des femmes enceintes envers leur médecin généraliste dans le cadre du suivi de grossesse.* Thèse d'exercice de médecine générale. Nantes : Faculté de médecine de Nantes, 2005. 134 f. [consulté le 18/06/2015] Disponible sur Internet <<http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=422c9b8e-2de3-4cf0-9436-c2b474e833a4>>

- [38] LETHU ABBEY, C. *la confiance chez les femmes primipares de la grossesse au post-partum*. Thèse d'exercice de médecine générale. Nantes : Université de Nantes, 2008. 223 f.
[Consulté le 18/06/2015] Disponible sur Internet <<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00347470/document>>
- [39] HADJI-KOBIYH, M. *Place du médecin généraliste dans le suivi de grossesse*. Thèse d'exercice de médecine générale. Caen : Université de Caen-UFR de médecine, 2009. 179 f.
- [40] MOREAU JAMIER, S. *Le suivi de la grossesse par le médecin généraliste : son rôle dans la gestion de l'anxiété*. Thèse d'exercice de médecine générale. Angers : Université de médecine d'Angers, 2000. 168 f.
- [41] YILDIZ, H. *Suivi de grossesse par le médecin généraliste: expériences et vécus des femmes*. Thèse d'exercice de médecine générale. Nancy : Université Henri Poincaré - U.F.R. de Nancy, 2010. 158 f. [Consulté le 23/02/2015] Disponible sur Internet <http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2010_YILDIZ_HABIBE.pdf>
- [42] Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique BVA. Site Web de l'institut BVA - Institut BVA [En ligne], mai 2008 [consulté le 18/06/2015]. Disponible sur Internet <http://www.bva.fr/fr/sondages/ressenti_des_femmes_a_l_egard_du_suivi_gynecologique.html>

[43] PETIT, M. *Suivi gynécologique de prévention et consultations de contraception : état des lieux auprès des femmes et des sages-femmes de Haute-Normandie*. Mémoire de sage-femme. Rouen : Université de Rouen - Département des études de sage-femme, 2013. 74 f. [Consulté le 08/06/2015] Disponible sur Internet <[http://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/881466/filename/Petit_Maurine .pdf](http://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/881466/filename/Petit_Maurine.pdf)>

[44] VINCENT, J. *Les sages-femmes et le suivi gynécologique de prévention : état des lieux des pratiques*. Mémoire de sage-femme. Rouen : Université de Rouen - Département des études de sage-femme, 2013. 90 f. [Consulté le 23/02/2015] Disponible sur Internet <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/878885/filename/Vincent_Justine.pdf >

[45] HOFFMANN, M. *Droit de prescription de la contraception: opinion des sages-femmes et nouvelles pratiques*. Mémoire de sage-femme. Grenoble : Université Joseph Fourier - U.F.R. de médecine de Grenoble, 2011. 35 f. [Consulté le 23/02/2015] Disponible sur Internet <<http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00629361/document>>

BAUER, M. *Les compétences attribuées aux sages-femmes par la loi du 21 juillet 2009*. Mémoire de sage-femme. Nancy : Université Henri Poincaré de Nancy - École de Sages-femmes de Metz, 2011. 64 f. [Consulté le 23/02/2015] Disponible sur Internet <http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2011_BAUER_MARIE.pdf>

- [46] THEILLER, O. *Le suivi gynécologique de prévention: enquête auprès des sages-femmes libérales de Meurthe et Moselle*. Mémoire de sage-femme. Nancy : Université Henri Poincaré de Nancy - École de sages-femmes Albert Fruhinsholz, 2011. 83 f. [Consulté le 23/02/2015] Disponible sur Internet <http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2011_THEILLER_OPHELIE.pdf>
- [47] MAURY, M. *Nouvelles compétences en gynécologie et contraception: quels intérêts portés par les patientes, quels enjeux pour les sages-femmes?* Mémoire de sage-femme. Paris : Université de Paris Descartes - École de sages-femmes Baudelocque, 2012. 123 f. [Consulté le 23/02/2015] Disponible sur Internet <<http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00624738/document>>
- [48] CORNE, A. *Suivi gynécologique et contraception: point sur la formation initiale et continue des sages-femmes*. Mémoire de sage-femme. Nancy : Université Henri Poincaré de Nancy - École de sages-femmes Albert Fruhinsholz, 2014. 78 f. [Consulté le 23/02/2015] Disponible sur <[http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MESF_2014 CORNE ANAELLE.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MESF_2014_CORNE_ANAELLE.pdf)>
- [49] MARIE-JEANNE, J. *Étude comparative des suivis de grossesse physiologique dans différents pays d'Europe (Allemagne, France, Italie, Royaume-Uni, Suède)*. Mémoire de sage-femme. Nancy : Université Henri Poincaré de Nancy - École de sages-femmes Albert Fruhinsholz, 2009. 64 f. [Consulté le 23/02/2015] Disponible sur Internet <http://www.scd.uhp-nancy.fr/docnum/SCDMED_MESF_2009_MARIE_JEANNE_JULIE.pdf>

- [50] LEBLANC, C. *Le même métier, les mêmes exigences européennes, des sages-femmes différentes*. Mémoire de sage-femme. Nantes : Université de Nantes - U.F.R de médecine, 2013. 64 f. [Consulté le 23/02/2015] Disponible sur Internet <<http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=2914eac5-b79d-4bbe-82e2-ddf02ee5495c> >
- [51] RAYNEL, F. *Étude comparative de la prise en charge des femmes enceintes en France et au Royaume-Uni*. Mémoire de sage-femme. Caen : Université de Caen - École de sages-femmes, 2013. 83 f. [Consulté le 23/02/2015] Disponible sur Internet <<http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00873611/>>
- [52] BOISSY, C. *Mise en place d'un enseignement commun entre étudiants sages-femmes et internes de médecine générale à Lyon*. Thèse d'exercice de médecine générale. Lyon : Université Claude Bernard - U.F.R. de Lyon sud- Mérieux, 2013. 277 f. [Consulté le 23/02/2015] Disponible sur Internet <<http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/Th%C3%A8se%20BOISSY%20complete.pdf>>
- [53] Chongsuvivatwong, V. *epicalc : Epidemiological calculator*, 2012. R package version 2.14.1.6.
- [54] R Core Team. *R. A Language and Environment for Statistical Computing*. -Vienna, Austria : R Foundation for Statistical Computing, 2012. ISBN 3-900051-07-

[55] FAUVET, L. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2013. Etudes et résultats [En ligne]. Octobre 2014, n°894. 6 p. [Consulté le 18/06/2015] Disponible sur Internet <<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er767-2.pdf>>

[56] État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Site Web de l'HAS - Haute Autorité de santé [En ligne]. Avril 2013 [consulté le 01/08/2015]. Disponible sur Internet <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf>

IX) Annexes

1. Annexe 1

Les mails adressés aux internes des 4 facultés d'Ile-de-France

1^{er} mail adressé le 13/04/2015

Thèse : Un cas clinique de 3 minutes pour aider une thésarde

Cher(e) co-interne,

Prenez 3 minutes pour m'aider à réaliser ma thèse s'il vous plait !

Merci pour votre aimable participation.

Voici le lien: <http://goo.gl/forms/OE471GX7KK>

Anne Chareyron-Girardot
Interne de médecine générale

2^{ème} mail adressé le 20/04/2015

RAPPEL : Merci de ne pas tenir compte de cet email si vous avez déjà répondu au questionnaire.

Cher(e) co-interne,

Prenez 3 minutes pour m'aider à réaliser ma thèse s'il vous plait !

Merci pour votre aimable participation.

Voici le lien: <http://goo.gl/forms/OE471GX7KK>

Anne Chareyron-Girardot, interne de médecine générale

2. Annexe 2

Un questionnaire de 3 minutes... Promis pas plus...

Aider une thésarde ça n'a pas de prix... Un jour ce sera peut-être pour votre thèse...

Alice, une femme de 25 ans sans antécédent, souhaite démarrer une contraception.

Qui peut lui CONSEILLER une contraception ? *

- Un pharmacien d'officine
- Un médecin généraliste
- Un gynécologue
- Une sage-femme
- Une infirmière

Qui peut lui PRESCRIRE sa contraception (contraception orale, patch transdermique, anneau vaginal, dispositif intra-utérin, implant sous-cutané ou injection trimestrielle) ? *

- Un pharmacien d'officine
- Un médecin généraliste
- Un gynécologue
- Une sage-femme
- Une infirmière

Alice souhaite débiter un SUIVI GYNECOLOGIQUE PHYSIOLOGIQUE plus régulier, à quel praticien peut-elle s'adresser ? *

- Un pharmacien d'officine
- Un médecin généraliste
- Un gynécologue
- Une sage-femme
- Une infirmière

Quel professionnel pourra réaliser les FROTTIS CERVICO-UTERIN de dépistage d'Alice ? *

- Une technicienne de laboratoire d'analyse médicale
- Un médecin généraliste
- Un gynécologue
- Une sage-femme
- Une infirmière

Alice a choisi une contraception de type IMPLANT SOUS-CUTANÉ, quel professionnel peut le lui poser ? *

- Un pharmacien d'officine
- Un médecin généraliste
- Un gynécologue
- Une sage-femme
- Une infirmière

Qui peut lui prescrire les EXAMENS BIOLOGIQUES OU RADIOLOGIQUES nécessaires au suivi gynécologique physiologique ? *

- Un pharmacien d'officine
- Un médecin généraliste
- Un gynécologue
- Une sage-femme
- Une infirmière

Maintenant âgée de 28 ans et après avoir enlevé son implant contraceptif, Alice est enceinte de 10SA.

Cochez les réponses justes

Elle ne présente aucun facteur de risque dans le cadre de sa grossesse. Quel professionnel peut SUIVRE SA GROSSESSE pendant les 7 consultations prénatales ?*

- Un pharmacien d'officine
- Un médecin généraliste
- Un gynécologue
- Une sage-femme
- Une infirmière

Qui peut DÉCLARER SA GROSSESSE auprès de la sécurité sociale et de la CAF ? *

- Un pharmacien d'officine
- Un médecin généraliste
- Un gynécologue
- Une sage-femme
- Une infirmière

Qui peut lui PRESCRIRE les différents EXAMENS PARACLINIQUES d'imagerie et de laboratoire nécessaires au suivi de sa grossesse ? *

- Un pharmacien d'officine
- Un médecin généraliste
- Un gynécologue
- Une sage-femme
- Une infirmière

Quel professionnel peut assurer le SUIVI ÉCHOGRAPHIQUE de son fœtus ? *

- Un médecin généraliste après une formation universitaire diplômante
- Un radiologue après une formation universitaire diplômante
- Un gynécologue après une formation universitaire diplômante
- Une sage-femme après une formation universitaire diplômante
- Une infirmière libérale après une formation universitaire diplômante

Lors du premier entretien, ses vaccins ne sont pas à jour. Quel professionnel peut PRESCRIRE ET PRATIQUER LES VACCINS d'Alice ? *

- Un pharmacien d'officine
- Un médecin généraliste
- Un gynécologue
- Une sage-femme
- Une infirmière

A 32 semaines d'aménorrhée, Alice doit bénéficier d'un ARRÊT DE TRAVAIL. Qui peut le lui prescrire ? *

- Un pharmacien d'officine
- Un médecin généraliste
- Un gynécologue
- Une sage-femme
- Une infirmière

Alice a accouché à terme d'un bébé en bonne santé de 3kg

Cochez les réponses justes

Si le bébé doit être VACCINÉ CONTRE L'HÉPATITE B à la naissance et CONTRE le BCG à 1 mois. Théoriquement, qui peut réaliser ce vaccin ? *

- Un pharmacien d'officine
- Un médecin généraliste
- Un pédiatre
- Une sage-femme
- Une infirmière libérale sur prescription

Alice soucieuse des vaccins de sa fille se demande qui pourra faire la vaccination contre l'HPV à sa fille lorsqu'elle aura 11 ans. *

- Un pharmacien d'officine
- Un médecin généraliste
- Un gynécologue libérale
- Une sage-femme libérale
- Une infirmière scolaire

8 semaines après son accouchement, Alice doit donc se rendre à SA CONSULTATION DU POST-PARTUM. Chez qui peut-elle se rendre ? *

- Un médecin généraliste
- Une sage-femme
- Un gynécologue
- Une infirmière libérale
- Un kinésithérapeute

Alice doit faire une RÉÉDUCATION PÉRINÉALE. Qui peut la réaliser ? *

- Un médecin généraliste
- Un pédiatre
- Une sage-femme
- Un kinésithérapeute
- Une infirmière

Enfin Alice souhaite reprendre une contraception. Elle a choisi un DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN, quel professionnel peut le lui poser ? *

- Un pharmacien d'officine
- Un médecin généraliste
- Un gynécologue libéral
- Une sage-femme libérale
- Une infirmière libérale

Courage, c'est presque fini...

Maintenant, j'ai besoin de mieux vous connaître.

Vous êtes ? *

- Une Femme
- Un homme

Quel est votre âge ? *

Quel est votre semestre ? *

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Quelle est votre faculté ? *

- Université Pierre et Marie Curie – Paris 6
- Université Paris Diderot – Paris 7
- Université Léonard de Vinci – Bobigny – Paris 13
- UFR des Sciences de la Santé Simone Veil – PIFO

Avez-vous fait votre stage chez le praticien de niveau 1 ? *

- OUI
- NON

Avez-vous fait votre stage chez le praticien de niveau 2 ou SASPAS ? *

- OUI
- NON

Avez-vous fait un stage de gynécologie, ou un stage chez le praticien validant la gynécologie au cours de votre internat ? *

- OUI
- NON

Avez-vous suivi un enseignement de gynécologie pendant votre internat ? *

- OUI
- NON

Pensez-vous bien connaître les compétences des sages-femmes ? *

- OUI
- NON

Avez-vous déjà envoyé une de vos patientes vers une sage-femme libérale ? *

- OUI
- NON

Citez les compétences pour lesquelles vous adresseriez plus spécifiquement vos patientes à une sage-femme. *

Dans votre pratique future, pensez-vous que la sage-femme sera un de vos interlocuteurs privilégiés ? *

- OUI
- NON

Pensez-vous que les compétences des sages-femmes doivent être enseignées lors de votre DES ? *

- OUI
- OUI mais uniquement avec un enseignement commun aux sages-femmes
- NON

Dans votre pratique future, souhaitez-vous faire de la médecine générale ? *

- OUI
- NON

Si Non, vous ne souhaitez pas faire de la médecine générale.

Quelle pratique souhaitez-vous faire? *

N'oubliez pas de cliquer sur SUBMIT !!!

Ma thèse porte sur la connaissance des compétences des sages-femmes par les internes de médecine générale d'Île-de-France. MERCI DE VOTRE AIDE

3. Annexe 3

	n	%	IC 95%
1 - conseil (oui)	253	87,54	(83,17 ; 91,12)
2 - prescrire (oui)	178	61,59	(55,72 ; 67,23)
3 - suivi (oui)	102	35,29	(29,79 ; 41,11)
4 - frottis (oui)	103	35,64	(30,12 ; 41,46)
5 - implant (oui)	94	32,53	(27,16 ; 38,26)
6 - biologie (oui)	120	41,52	(35,78 ; 47,44)
7 - consult7 (oui)	239	82,7	(77,84 ; 86,88)
8 - secu (oui)	149	51,56	(45,63 ; 57,45)
9 - paraclinique (oui)	196	67,82	(62,1 ; 73,17)
10 - echo (oui)	145	50,17	(44,26 ; 56,08)
11 - vaccins (oui)	109	37,72	(32,11 ; 43,58)
12 - at (oui)	119	41,18	(35,45 ; 47,09)
13 - vaccin.bb (oui)	50	17,3	(13,12 ; 22,16)
14 - hpv (oui)	47	16,26	(12,2 ; 21,03)
15 - pospartum (oui)	234	80,97	(75,96 ; 85,33)
16 - reeducation (oui)	196	67,82	(62,1 ; 73,17)
17 - diu (oui)	115	39,79	(34,11 ; 45,69)
Connaissance.globale (oui)	111	38,41	(32,77 ; 44,28)
sexe (F)	215	74,39	(68,95 ; 79,33)
Déclare vouloir exercer la médecine générale (oui)	289	100	(98,73 ; 100)
Stage de niveau 1 (oui)	145	50,17	(44,26 ; 56,08)
Stage de niveau 2 (oui)	42	14,53	(10,68 ; 19,13)
Stage de gynécologie (oui)	39	13,49	(9,78 ; 17,98)
Enseignement de gynécologie (oui)	112	38,75	(33,11 ; 44,64)
Déclare connaître les compétences des sages-femmes libérales (oui)	58	20,07	(15,61 ; 25,16)
A envoyé une de ses patientes vers une sage-femme (oui)	52	17,99	(13,74 ; 22,92)
Considère la sage-femme comme un interlocuteur privilégié dans la pratique future (oui)	186	64,36	(58,54 ; 69,88)
Déclare que les compétences des sages-femmes doivent être étudiées pendant le DES de médecine générale (oui)	249	86,16	(81,63 ; 89,92)
Paris13	43	14,88	(10,98 ; 19,51)
Paris6	80	27,68	(22,6 ; 33,22)
Paris7	106	36,68	(31,11 ; 42,52)
PIFO	60	20,76	(16,23 ; 25,9)

Table 2 – Données brutes – variables qualitatives

Connaissance des compétences des sages-femmes libérales par les internes de médecine générale d'Île-de-France

RÉSUMÉ

Introduction. - Depuis plusieurs années, la démographie des gynécologues médicaux diminue et la santé de la femme tend à être prise en charge en ambulatoire par les médecins généralistes et les sages-femmes libérales. Cependant, ces deux professionnels de santé collaborent rarement.

Objectif. - Le but de cette étude est de faire un état des lieux de la connaissance des compétences des sages-femmes libérales par les internes de médecine générale se destinant à exercer la médecine générale.

Méthode. - L'étude, de type descriptive, observationnelle et transversale, a été menée auprès des internes de médecine générale des universités de Paris 6, Paris 7, Paris 13 et de Paris-Île de France Ouest. Le critère de jugement principal est la connaissance globale des compétences des sages-femmes libérales par les internes de médecine générale se destinant à l'exercice de la médecine générale. Le référentiel métier des sages-femmes attribue 17 compétences aux sages-femmes libérales. On considère que l'interne connaît globalement les compétences des sages-femmes libérales si au moins 10 compétences sur 17 (59 %) sont connues.

Résultats. – Parmi les 333 internes de médecine générale ayant répondu à l'étude, 289 (87 %) se destinent à exercer en tant que médecins généralistes et ont donc été inclus dans l'étude. Au total, 38 % (111) des internes, inclus dans l'étude, connaissent globalement les compétences des sages-femmes libérales et 62 % (178) les méconnaissent.

Conclusion. – Les internes de médecine générale méconnaissent les compétences des sages-femmes libérales. Développer des enseignements, préférentiellement communs aux internes de médecine générale et aux étudiants sages-femmes, paraît essentiel pour développer une relation interprofessionnelle de qualité entre ces deux professionnels, piliers de la santé de la femme.

Mots clés : Sage-femme, médecine générale, relations interprofessionnelles.

