Evaluation de la formation initiale des sages-femmes en contraception

Marion Bousendorfer

▶ **To cite this version:**

Marion Bousendorfer. Evaluation de la formation initiale des sages-femmes en contraception. Médecine humaine et pathologie. 2011. hal-01881385

HAL Id: hal-01881385
https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01881385

Submitted on 25 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

Evaluation de la formation initiale des sages-femmes en contraception

Mémoire présenté et soutenu par

Marion Bousendorfer

Promotion 2011

Travail de recherche réalisé sous la direction de Madame NADJAFIZADEH Mardjane et sous l'expertise de Madame ARCHANGELI-BELGY Marie-Thérèse.

Glossaire

Loi **HPST** : Loi Hôpital Patients Santé Territoire.

DIU : Dispositif Intra Utérin.

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse.

CSP : Code de Santé Publique.

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé qui n'existe plus à part entière aujourd'hui et a été regroupée avec d'autres commissions sous le terme d'HAS (Haute Autorité de Santé)

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine.

PMI : Protection Maternelle et Infantile.

IST : Infections Sexuellement Transmissibles.

FCU : Frottis Cervico-Utérin.

CPP : Centre Périnatal de Proximité.

TP : Travaux Pratiques

ARC : Apprentissage du Raisonnement Clinique.

APP : Apprentissage Par Problèmes

SOMMAIRE

Glossaire **3**

Sommaire **4**

Préface **6**

Introduction **7**

Partie 1 ..... **9**

1. Evolution socio-historique de la contraception **10**

1.1. Le Monde Antique 10
1.2. En France 11

2. La législation sur la contraception **14**

2.1. Chronologie de la législation sur la contraception en France 14
2.2. Evolution du cadre légal de la contraception depuis la loi Neuwirth 16

3. Evolution des compétences des sages-femmes en contraception. **18**

3.1. La législation 18
3.2. La loi HPST du 21 juillet 2009 20
3.3. Contexte socio-démographique français ayant conduit à la loi HPST. 21

4. La formation en contraception des sages-femmes **24**

4.1. La formation continue 24
4.2. La formation initiale en contraception des sages-femmes 25

Partie 2 ..... **29**

1. Objectifs de l'étude **30**

1.1. Mon objectif principal est 30
1.2. Mes objectifs secondaires sont 30
1.3. Mes hypothèses de recherches sont les suivantes : 31

2. Matériels et méthodes **31**

2.1. Type d'étude : 31
2.2. Population étudiée, échantillonnage : 31
2.3. Critère d'inclusion 32
2.4. Critère d'exclusion 32
2.5. Déroulement de l'étude 32
2.6. Description des données collectées et méthodes de mesure 33
2.7. Analyse statistique 35
2.8. Aspects médico-légaux réglementaires 35

3. Résultats de l'étude 36

3.1. Population 36
3.2. Connaissances théoriques des étudiants. 36
3.3. Enseignements dirigés sur le thème de la contraception. 41
3.4. Réalisations de gestes techniques en contraception 43
3.5. Participation à des actions d'éducation à la santé en contraception 48
3.6. Participation à des congrès, conférences, colloques sur la contraception 49
3.7. Stages en contraception. 49

4. Estimation de la formation par lesétudiants 52

Partie 3 53

1. Constatations de l'étude 54

1.1. La formation théorique 54
1.2. La formation pratique 54
1.3. Les actions d'éducation à la santé en contraception. 55
1.4. Les colloques 56

2. Critique de l'étude 56

2.1. Limites 56
2.2. Atouts 56

3. Suggestions d'amélioration de la formation initiale des sages-femmes. 57

3.1. Hypothèses 57
3.2. Point de vue des étudiants 57
3.3. Point de vue des enseignants 60
3.4. Quelques pistes d'améliorations au niveau local 61

Conclusion 64

Bibliographie 65

Table des matières 70

Annexe 1 73

Annexe 2 74

Annexe 3 79

Annexe 4 82

PREFACE

Passionnée par la lutte des femmes au XXème siècle pour obtenir la légalisation de la contraception et le droit à l'avortement, j'ai tout naturellement choisi ce thème de la contraception.

J'ai appris au cours de ma formation que la sage-femme a un rôle de conseil auprès des couples et participe au suivi des différents modes de contraception. Elle peut prescrire une contraception hormonale (y compris le dispositif intra-utérin) dans le post-partum, le post-abortum et lors d'une consultation gynécologique de contraception et de prévention qu'elle peut réaliser depuis la loi HPST du 21 juillet 2009.

Ainsi, c'est tout naturellement que j'ai choisi de réaliser mon mémoire de fin d'études sur ce thème.

Introduction

Le terme « contraception » provient du latin « contra » signifiant « contre » et de « conceptio » désignant le fait de concevoir, former un nouvel être.

Les moyens contraceptifs sont largement utilisés, dans les pays occidentaux, de nos jours. Cependant, leurs diffusions sont le fruit d'une longue évolution à la fois sur le plan scientifique, législatif ou encore moral.

Or, on peut constater, que la France, plus de quarante ans après la loi Neuwirth de 1967 autorisant la contraception, présente une situation paradoxale. En effet, alors qu'on a assisté à une diffusion massive des contraceptifs, le nombre d'IVG reste quant à lui, stable, aux alentours de 200 000 IVG par an.

Afin d'essayer de remédier à cet enjeu, les pouvoirs publics ont décidé d'élargir l'accès à la contraception, en permettant aux sages-femmes de prescrire des contraceptifs. Ainsi, depuis la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, dite HPST, la sage-femme peut désormais réaliser des consultations de contraception, sous réserve d'adresser la femme à un médecin en cas de pathologie.

Or, ces nouvelles compétences requièrent de la part des sages-femmes une formation afin d'actualiser leurs connaissances et ceci dans le but d'apporter à la femme des soins conformes aux données scientifiques du moment.

Qu'en est–il de la formation initiale en contraception des étudiants sages-femmes ? Répond-elle aux objectifs fixés par la loi HPST? Va-t-il être nécessaire d'apporter des modifications à son contenu ? Les étudiants sages-femmes disposent-ils d'une expérience clinique, de connaissances à la fois pratiques et théoriques suffisantes pour assurer la prescription et le suivi contraceptif ?

Mon mémoire s'articulera autour de trois axes :

-une première partie exposera l'évolution des méthodes contraceptives sur le plan historique et législatif. En parallèle, nous verrons comment la profession de sage-femme a su s'adapter à ces nouvelles pratiques.

-une deuxième partie présentera l’étude menée sur la formation initiale en contraception dans différentes écoles de sages-femmes françaises, et ses résultats.

-une troisième partie discutera la possibilité d’améliorer certains points de la formation initiale en contraception.

Partie 1

La contraception, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) se définit par l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes, de procédures pour diminuer la probabilité de concevoir ou l'éviter. (1)

Une méthode contraceptive doit être facile d'utilisation, efficace, peu contraignante et sans danger pour la santé. De plus, elle doit être réversible dans un délai court. (2)

1. Evolution socio-historique de la contraception

La limitation des naissances est présente depuis l'Antiquité. En effet, la contraception a sans doute existé dès la première ébauche d'organisation sociale, puisqu'elle se retrouve dans les populations les plus primitives. C'est une préoccupation nécessaire, indispensable à l'espèce humaine. Différents moyens furent utilisés pour limiter les naissances : mariages tardifs, tabous sexuels, infanticides, avortements, contraceptifs longtemps archaïques. En l'absence de connaissances anatomo-physiologiques, les procédés contraceptifs et abortifs furent souvent confondus. C'est l'acquisition des techniques de contrôle de la procréation qui a permis de les dissocier, démontrant leurs rôles différents : prévenir une grossesse pour la contraception, correctif dans le cadre de l'avortement. Cependant, leur histoire et surtout leur légalisation est fortement liée. (2) (3) (4) (5)

1.1. Le Monde Antique

L'espace antique méditerranéen constitue le berceau culturel du monde industriel actuel. On y retrouve les ancêtres des moyens contraceptifs qu'on connaît aujourd'hui :

- En **Egypte** : le premier Dispositif Intra Utérin y a été décrit il y a 5000 ans. De plus la méthode du retrait est pratiquée couramment. On retrouve dans le papyrus Ebers, l'un des plus anciens traités médicaux, rédigé au XVIème siècle avant JC, des décoctions contraceptives. Ainsi ces dernières étaient composées d'excréments de crocodile, de miel, de gomme.

  Enfin c'est en Egypte que sont nés les premiers préservatifs à base d'intestins de petits animaux.

- En **Mésopotamie** (vers 1600 avant JC) : les femmes utilisaient des pierres introduites dans le vagin le plus loin possible.
- En **Israël** : l'avortement thérapeutique est autorisé.
- En **Arménie** : on y a décrit le moukh, sorte d'éponge, placée au fond du vagin. C'est l'ancêtre de nos éponges vaginales.
- En **Grèce** : Hippocrate (vers 460-vers 377 avant JC), justifie l'avortement quand l'embryon n'est pas animé, c'est-à-dire vers le 40ème jour pour le fœtus masculin, et vers le 90ème jour pour le fœtus de sexe féminin.
- A **Rome** : la contraception est héritée de l'Egypte Antique. Tout comme en Grèce, les avortements et les infanticides sont fréquents.
- En **Chine** et au **Japon** : les avortements et les infanticides sont fréquents surtout dans les couches pauvres de la société.

Durant toute cette période, les méthodes les plus sophistiquées sont utilisées par l'élite, en raison des connaissances et des moyens nécessaires. Le reste de la population garde des croyances farfelues. Ainsi, la magie intervient, avec l'utilisation d'amulettes, de talismans, de potions. (2) (3) (4) (5)

1.2. En France

- Du IIIème au IVème siècle : le christianisme prône la chasteté, tandis que la procréation doit avoir lieu au sein de l'institution matrimoniale. (2)

- Au Moyen-Age : les méthodes de régulation des naissances existantes ne sont guère efficaces et les connaissances sont imprécises. La seule méthode encouragée par le clergé, pour restreindre sa descendance est l'abstinence à certaines périodes de l'année. C'est le début des méthodes naturelles de contraception. L'avortement est également attesté. Les documents ecclésiastiques dénoncent l'usage de graines de fougères, de gingembre, de feuilles de saule, du persil, du fenouil ou encore des bains de camomille à des fins abortives. Les condamnations au Moyen-Age de l'avortement sont toujours sévères.

De plus, au Moyen-Age, les croyances farfelues et mystiques persistent entre le XI et le XVème siècle. Par exemple : « pour ne pas être enceinte pendant l'année, il suffit aux femmes de cracher trois fois dans la bouche d'une grenouille » ou de « se laver dans la fontaine de Saint-Martial ».

Cependant à ces ressources contraceptives inefficaces, d'autres méthodes pratiques peuvent pallier : Ainsi l'allaitement maternel tardif, réputé dès le Haut Moyen-âge permet d'espacer les naissances.

De plus, les moyens mécaniques sont utilisés comme le coït interrompu, mais ce dernier est condamné à la fois par l'Eglise Catholique et par les médecins de l'époque.

Les femmes se servent également de tampons d'ouate et d'éponges imbibées de substances acides et parallèlement, les classes très aisées emploient, une balle d'or et de cuivre de 60g à introduire dans le vagin, ancêtre du diaphragme. (2) (6) (7)

- A la Renaissance : le premier préservatif, en lin imprégné d'une décoction d'herbes astringentes a été inventé par le médecin Gabriel Fallopio. Ce dernier baptise sa trouvaille par le terme « condom ». (3)

- Du XVIIème au XVIIIème siècle : on constate une accélération de l'usage des moyens contraceptifs.

A cette époque a été découvert le premier spermicide, également appelé eau bleue ou eau des savonniers. C'est une lessive de potasse ou de soude utilisée par les femmes jusqu'au milieu du XXe siècle. La preuve scientifique de son efficacité n'est apportée qu'en 1776 par Spallanzani, qui découvre que les spermatozoïdes deviennent inactifs lors de la diminution du pH du sperme par addition de vinaigre.

De plus, le coït interrompu est toujours d'actualité et le restera jusqu'à nos jours. Mme de Sévigné en 1661 cite les astringents qui provoquent un resserrement du col de l'utérus, évitant les grossesses. Néanmoins, ce sont plus les ulcérations, infections et lésions provoquées par leur utilisation qui sont à l'origine de la contraception en provoquant une occlusion temporaire ou définitive du col de l'utérus.

D'autres techniques consistent à ingurgiter des doses importantes de café ou de chocolat. L'introduction dans le vagin de menthe, de safran ou de morceau de liège gros comme un œuf constituent aussi des pratiques courantes.

Enfin, l'usage du condom se répand dès le XVIIIe siècle. En vente libre en Angleterre, les voyageurs le ramènent en France où il tombe sous le coup de la loi en raison de son immoralité.

Parallèlement, la mortalité infantile diminue largement. Ainsi le taux de natalité en France passe de 40‰ en 1770, à 32‰ en 1800 pour atteindre 17‰ en 1913. (2) (3) (6) (7)

- Au XIXème siècle : C'est la période du pré-malthusianisme. On assiste à une éclosion de la politique contraceptive pour des raisons économiques, lié à la Révolution Industrielle, mais aussi aux progrès médicaux, de 1830 à 1870.

A cette période, les femmes recourent de plus en plus à la prévention des naissances. Méthode plébiscitée en France : le retrait. Suivie d'une douche vaginale, elle représente la meilleure contraception dans les mentalités. Concernant les diaphragmes et les pessaires, leur efficacité reste corrélée à la pratique de ces fameuses douches vaginales. (2) (6) (7)

Les mouvements anarchistes, féministes créent et poursuivent cette action, malgré l'opposition des milieux catholiques et conservateurs.

Il faut attendre 1882 pour qu'une définition précise du diaphragme moderne soit formulée par le docteur C. Hasse (Flensburg, Allemagne), qui la signe d'un pseudonyme « Mesinga », craignant pour sa réputation. (2)

Trois ans plus tard, le pharmacien anglais Walter Rendell conçoit le premier ovule contraceptif à base de beurre de cacao et de quinine. (2)

Le début du XXe siècle voit apparaître les ancêtres des stérilets, appelés "stérilettes". Ces petits ressorts en forme de Y ou de V possèdent un bouton intérieur qui se situe dans l'orifice cervical, à l'origine de nombreuses infections. Les premiers stérilets apparaissent dès 1920, sous forme d'anneaux de soie chirurgicale, pour ensuite être en fer. (2) (3)

De plus, en 1924, le Dr Ogino , au Japon, met au point sa méthode naturelle, basée sur le calcul de la période de fécondité. De même, vers 1930, le Dr Knaus, invente la méthode des températures, permettant de repérer l'ovulation..(2)

En 1935, la mise au point du latex liquide offre aux préservatifs une plus grande élasticité, une meilleure conservation et un plus grand confort. (2)

En 1960, aux Etats-Unis, la première pilule contraceptive est mise sur le marché, tandis qu'en France, le pouvoir politique l'interdit. (2) (5) (7)

2. La législation sur la contraception

2.1. Chronologie de la législation sur la contraception en France

Dès 1556, un édit d'Henri II, interdit l'avortement. (2)

En 1810, c'est l'article 317 du Code pénal Napoléonien qui condamne sans distinction l'avortement : "Quiconque provoque l'avortement d'une femme enceinte avec ou sans son consentement, au moyen d'aliments, de drogues, de médicaments, par violence ou d'autres remèdes, est puni de prison."(2) (6) (7) (8)

- La Loi du 31 juillet 1920 punit lourdement les auteurs et les complices de la diffusion de moyens contraceptifs ou abortifs, de même que la publicité ou l'information sur la contraception. (2)

Cela est considéré comme un crime.

Cette loi a pour objectif de contribuer à réparer les lourdes pertes humaines liées à la Première Guerre Mondiale, et donc de relancer la natalité.

Cependant, la vente libre de préservatifs reste nécessaire pour lutter contre les maladies « vénériennes ». (6) (7) (8)

- La Loi du 27 mars 1923 stipule que l'avortement criminel sera jugé en correctionnel pour éviter l'indulgence des jurys populaires.(2)

- Les adeptes du « Birth Control » apparaissent et prônent un concept de parenté et de sexualité d'un couple responsable. Ils créent en 1935 le premier dispensaire français de contrôle des naissances. (6) (7) (8)

- Le 29 juillet 1939, le Code de la Famille, accroit la répression de l'avortement et les peines prévues par la loi du 31 juillet 1920 sont aggravées. Des brigades policières spécialisées dans la chasse aux avorteuses sont créées. (2) (6) (7) (8)

- Du 7 septembre 1941 au 5 février 1942 : l'IVG devient un crime contre l'Etat français, passible de la peine de mort. Il est abrogé à la Libération. A titre d'exemple, Marie-Louise Giraud et Dériré Pioge ont été guillotinées pour avortement. (6) (7) (8).

- Début 1950, dans la France d'après guerre, grâce à l'augmentation du travail des femmes et au nombre croissant de femmes étudiant à l'université, de nombreux changements socio-économiques vont voir le jour. (8)

Ainsi en 1953, le Dr Lagroua-Weil-Hallé dénonce la carence médicale en contraception et fonde en 1956, la Maternité Heureuse avec Evelyne Sullerot avec l'appui de l'Eglise reformée et des francs-maçons. (2) (6) (7)

- En 1955, l'Interruption Médicale de Grossesse est admise, et les Dr Pierre Simon et Hubimont établissent un rapport contre la loi de 1920. (2)

- En 1960, le Mouvement français pour le Planning Familial est crée (MFPF) : le premier Planning Familial ouvre en juin 1961 à Grenoble. (7)

- La loi n°67-1176 du 28 décembre 1967, dite loi Lucien Neuwirth, autorisant enfin la contraception en France, est adoptée après 5 mois de discussions houleuses. Elle stipule que :

- « la fabrication, l'importation, la vente en pharmacie uniquement des produits contraceptifs sont autorisées sous contrôle de l'Etat. »
- la prescription et l'application des produits ne peut être que médicale.
- les mineures doivent avoir l'autorisation d'un des parents.
- les centres de planification et d'éducation sont autorisés et soutenus.

Les décrets d'applications de cette loi paraitront en 1969 et 1972 seulement. Celui de 1969 prévoyait l'instauration d'un carnet à souches pour la délivrance des contraceptifs, mais il ne sera jamais utilisé. (8) (9)

Les ordonnances sont nominatives, limitées dans le temps. Pour obtenir un contraceptif, à la pharmacie, il fallait présenter une pièce d'identité.

De plus, au départ, les DIU étaient posés uniquement dans un établissement hospitalier. Le décret de 1972 autorisa la pose des DIU dans les cabinets médicaux agrées. (8)

2.2. Evolution du cadre légal de la contraception depuis la loi Neuwirth

En France, la prescription, la délivrance, l'usage des contraceptifs sont codifiés par des lois inscrites au code de la santé publique. (2)

- La loi du 4 décembre 1974 prévoit que les mineures désirant garder le secret peuvent bénéficier ainsi que les non-assurées de la gratuité des produits et des analyses dans les centres de planification familiale. (2) (10)

- Le décret du 5 mai 1975 autorise l'anonymat complet aux mineures consultant dans un Centre de Planification Familiale. (2)

- La loi du 15 mai 1975 permet le remboursement par la Sécurité Sociale ou l'Aide Médicale de la pilule. De plus, le carnet à souche est supprimé. (2)

- La loi du 17 janvier 1975, dite loi Simone Veil sur l'IVG, suspend pour 5 ans, l'article 317 du Code Pénal réprimant l'avortement. Celui-ci ne peut être effectué que par un médecin jusqu'à 10 semaines de grossesse (12 semaines d'aménorrhées), sur une femme en situation de détresse.

Pour une mineure, le consentement d'un parent est exigé. Pour une étrangère, la durée de résidence minimale en France est fixée à 3 mois.

L'Avortement thérapeutique est autorisé quel que soit l'âge de la grossesse. (11)

- Le 21 juillet 1975 : Le DIU ainsi que le Diaphragme est remboursé par la Sécurité Sociale. (2)

- Le 26 novembre 1975 : la pose du DIU est remboursée également. (2)

- La loi du 31 décembre 1979 abolit l'article 317 lorsque l'avortement est réalisé dans le cadre légal.

La mineure doit être consentante et la décision d'un Juge des Enfants peut pallier l'absence d'autorisation parentale.

Un enseignement sur la contraception sera donné aux médecins, sages-femmes, paramédicaux (IDE).(2) (12)

- La loi du 31 décembre 1982 prévoit le remboursement de l'IVG par la Sécurité Sociale (2) (12)

- La loi du 18 janvier 1991 supprime l'interdiction de la publicité sur les préservatifs masculins. (2)

- La loi du 27 janvier 1993, dite loi Neiertz, rend répressible l'entrave à l'IVG.(2) (12)

- La loi du 13 décembre 2000 sur la contraception d'urgence autorise la délivrance des médicaments sans prescription médicale et permet aux infirmières scolaires de délivrer la pilule du lendemain. De plus, cette dernière est gratuite pour les mineures. (2)

- La loi du 4 juillet 2001 : c'est la loi Aubry, qui dépénalise l'IVG et porte son délai de 10 à 12 semaines de grossesse. Elle supprime l'autorisation parentale pour les mineures qui bénéficient alors d'une prise en charge gratuite et anonyme. La mineure devra cependant être accompagnée d'un majeur de son choix. (2) (12)

Cette loi autorise également la stérilisation à visée contraceptive. De plus, elle impose qu'une information et une éducation à la sexualité soit donnée trois fois par an, dans les collèges et les lycées. (2)

3. Evolution des compétences des sages-femmes en contraception.

3.1. La législation

En cette deuxième moitié du XXe siècle, les mutations telles que le rôle socio-économique de la femme, l'élévation du niveau socio-culturel de la population et l'énorme avancée technique de la médecine contribuent à l'évolution des fonctions de la sage-femme. (14) C'est ainsi que progressivement en suivant les mutations et l'évolution de la société, la sage-femme a pris une place prépondérante dans le domaine de la contraception.

Ainsi suite à la loi Neuwirth légalisant la contraception, la sage-femme a pris petit à petit une place importante. Même si jusqu'en 1982, elle ne dispose pas d'un droit de prescription de la contraception, elle a cependant un rôle de conseil et d'information auprès des femmes et des couples. (14)

La loi du 31 décembre 1979 n° 79-1204, article 2, stipule que la formation initiale et la formation permanente des médecins, des sages-femmes, ainsi que des infirmiers, comprennent un enseignement sur la contraception. Cette loi permettra donc aux sages-femmes de renforcer encore leurs connaissances en contraception.

La loi n°82-413 du 19 mai 1982 autorise pour la première fois les sages-femmes à prescrire les contraceptifs locaux, les diaphragmes, et les capes. La première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par un médecin ou une sage-femme. (14)

Cependant, la délivrance des contraceptifs hormonaux et intra-utérins ne peut se faire que sur prescription médicale, tandis que l'insertion des DIU ne peut être faite que par un médecin.

La sage-femme participe également aux consultations de planification familiale où elle exerce pleinement son rôle d'information. (14)

La loi n°2004-806 du 9 août 2004, élargit encore le champ de prescription de la contraception pour les sages-femmes. Ainsi, le texte législatif modifie l'article L. 5134-1 et 2 du code de santé publique, en permettant à la sage-femme de prescrire une contraception hormonale, de manière non renouvelable, dans les suites de couches, lors de l'examen postnatal si la grossesse, l'accouchement et les suites de couches ont été eutociques. De même, la sage-femme peut prescrire une contraception hormonale après une interruption volontaire de grossesse**.**

Ces nouvelles dispositions sont justifiées par la formation des sages-femmes à l'anatomie, à la physiologie de l'appareil génital féminin et à l'abord psychologique de leurs patientes. En effet, une sage-femme qui a accompagné une femme tout au long de sa grossesse, est certainement la mieux placée pour apprécier en post-partum, quel moyen contraceptif est le mieux adapté à la reprise d'une vie sexuelle, connaissant l'impact physique et psychologique de l'accouchement. Tout en prenant en compte la santé des femmes, l'accompagnement par la sage-femme doit assurer leur bien être social et psychologique. (15) (16) 17) Le fait d'avoir une contraception adaptée à leurs besoins y contribue. Ainsi une contraception qui a été l'objet d'un « choix éclairé », guidé par les conseils et informations donnés par le professionnel de santé, mais non imposés, bénéficie en général d'une excellente observance. (18) (19)

De plus, l'arrêté du 23 février 2004 modifié par celui du 12 octobre 2005, précise la liste des contraceptifs que peut prescrire la sage-femme :

- spermicides

- contraception d'urgence hormonale

- contraception hormonale oestro-progestative et progestative par voie orale.

- anneau vaginal

- progestatifs injectables, implantables. (20)

L'article 4127-318 du CSP précisait alors que la sage-femme est habilitée à effectuer la surveillance d'un DIU.

3.2. La loi HPST du 21 juillet 2009

La loi n° 2009-879 dite HPST du 21 juillet 2009, élargit les compétences des sages-femmes en contraception. Ainsi l'article 86 stipule que :

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

«Le médecin ou la sage-femme propose également un frottis cervico-utérin, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.»

L'article L. 5134-1 du CSP est ainsi modifié :

Les contraceptifs intra-utérins ainsi que les diaphragmes et les capes ne peuvent être délivrés que sur prescription d'un médecin ou d'une sage-femme et uniquement en pharmacie ou dans les centres de planification ou d'éducation familiale mentionnés à l'article L. 2311-4.
La première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par un médecin ou une sage-femme.

Et pour la première fois, l'insertion des contraceptifs intra-utérins peut être pratiquée par une sage-femme. Elle est faite soit au lieu d'exercice du praticien, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé.

Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux. La surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant.

Ainsi la sage-femme est habilitée à :

- prescrire une primo-contraception hormonale sans restriction aucune.

- prescrire les examens complémentaires nécessaires à une première prescription de pilule.

- renouveler la prescription en cas de 1er examen normal. (Selon les recommandations de l'ANAES, un bilan est préconisé tous les 5 ans) (21) (22)

3.3. Contexte socio-démographique français ayant conduit à la loi HPST.

Cependant, aujourd'hui, plus de quarante ans après la loi Neuwirth, la contraception demeure toujours un problème de santé publique en France. (23)

Pourtant depuis 1960, les femmes ont enfin à leur disposition des méthodes pratiques, faciles d'utilisation. Or, on constate qu'en France, une grossesse sur cinq se termine par une IVG. Le taux d'IVG est de 14,6 pour 1000 femmes en âge de procréer, il atteint même 20 à 22 pour 1000 en Ile de France, tandis qu'en Europe la moyenne est de 11, 2. Ainsi aussi étonnant que cela puisse paraître, malgré un usage de la contraception largement répandu en France, on constate que le nombre d'IVG reste toujours stable, aux alentours de 200 000 par an. (23)

Différents cas de figures sont à discerner dans cette situation paradoxale.

L’absence de contraception ne concerne que 5% des femmes qui ne désiraient pourtant pas d’enfant. Ce pourcentage souligne la difficulté de certaines femmes en situation de précarité sociale, économique ou psychologique.

Or, étendre le champ de compétence de la sage-femme tout au long de la vie génitale de la femme offre ainsi un accès supplémentaire à la contraception. En effet, en Europe, des études ont démontré que l’amélioration des pratiques contraceptives ont permis de réduire considérablement le nombre d’IVG. Enfin, compte tenu d’une diminution de l’offre de soins, en particulier en zones rurales, liée aux départs en retraite de nombreux gynécologues-médicaux qui ne sont pas remplacés (la moyenne d’âge de ces praticiens étant de 57 ans en 2010), l’accès aux sages-femmes s’avère nécessaire. (23) (24)

Une autre raison fréquemment énoncée, serait une utilisation inadéquate de la contraception. Ainsi une étude COCON réalisée en 2000, indiquait que 19% des femmes qui avaient eu recours à une IVG prenait la pilule, et 19 % utilisaient un préservatif. Une mauvaise utilisation de la méthode contraceptive (oublis de pilule, mauvais usage du préservatif, non connaissance de la contraception d’urgence), conduit donc à ces accidents.(25) A cela s’ajoute un défaut d’information sur la conduite à adopter précisément dans ces cas de figure. (23) (24)

De plus, l’inadéquation entre la méthode utilisée et le mode de vie de la femme peut entrainer soit une mauvaise utilisation soit un arrêt de la contraception. Par exemple, la survenue d’effets secondaires peut être source d’échec ou d’abandon, surtout si le praticien n’a pas pris le temps d’avertir la patiente. C’est pour cette raison que l’ANAES (Agence Nationale d’Accréditation et d’Evaluation en Santé), a rédigé des recommandations intitulées : « Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme » en décembre 2004. Ainsi, le document recense à la fois l’état des connaissances concernant toutes les méthodes contraceptives disponibles. Il définit des recommandations afin de prescrire le moyen contraceptif le plus adapté, le mieux accepté par la patiente et non nécessairement celui le plus efficace théoriquement. (26). En prenant en compte les aspects médicaux, ajoutés aux facteurs familiaux, psychologiques, économiques, des couples, il permet aux prescripteurs d’apporter à la patiente une information claire et adaptée à son cas. (27)

Aujourd'hui pour améliorer nos pratiques professionnelles, il faut informer, expliquer, écouter et prendre en compte les souhaits des femmes et de leur compagnon. (26) (27)

Tous les professionnels de santé, y compris les sages-femmes qui prescrivent une contraception, ont le devoir d'améliorer leurs pratiques. Cela permettra d'assurer l'accès de l'ensemble de la population à une contraception adaptée et à la contraception d'urgence. (24) (27) (28) (29)

Les sages-femmes présentes dans les services hospitaliers publics comme privés, en libéral, dans les Centres périnataux de proximité, dans les services de PMI, et les centres de planification familiale sont des acteurs de premier plan.

Elles pourront également concentrer leurs efforts sur la prévention de grossesses non désirées chez les jeunes filles en les informant et en leur indiquant la procédure à suivre en cas d'accident avec une méthode contraceptive. De plus, les sages-femmes peuvent prescrire une contraception orale aux mineures fréquentant soit les centres de PMI ou de Planification Familiale. (27) (28) (29)

Il s'agit également d'une démarche de prévention gynécologique pour les femmes à priori sans pathologie, de dépister d'éventuels cancers par le biais du frottis cervico-utérin systématique. Enfin dans tous les cas, une information sur la prévention des IST (infections sexuellement transmissibles) et de l'infection par le VIH, sera associée à la prescription ou à l'information délivrée par les sages-femmes. (28) (29)

Les sages-femmes, très accessibles, disposent d'une place privilégiée aux yeux des patientes. Leur présence constante auprès des femmes enceintes, dès le début de la grossesse, jusqu'à la fin de celle-ci, fait d'elles des partenaires capables d'informer clairement, et de prescrire le moyen contraceptif le plus adapté à la situation présente. (26)

C'est dans ce contexte qu'a vu le jour la loi Hôpital-Patients-Santé-Territoire qui a profondément bouleversé le droit de prescription de la sage-femme en contraception.

4. La formation en contraception des sages-femmes.

4.1. La formation continue

La définition de la capacité professionnelle des sages-femmes relève du domaine législatif, laquelle se trouve complétée par les dispositions du Code de déontologie des sages-femmes (articles R. 4127-301 à R. 4127 362 du CSP). (13)

Il s'agit ainsi de donner toute sa place à l'importance d'une formation, afin de réaliser dans des conditions optimales, les actes ou les prescriptions de contraceptifs entrant dans leurs nouvelles compétences. En effet, les médicaments se renouvellent, les modes d'action des contraceptifs se diversifient. Il faut absolument en connaître les indications et les contre indications. Enfin comme pour tous les médicaments, il existe des pilules génériques que l'ensemble des prescripteurs connaissent. (13) (30)

Cette formation, passe bien entendu par la formation continue, obligation déontologique, pour toutes les sages-femmes diplômées d'entretenir et de réactualiser leurs connaissances. (13)

Ainsi, le Code de déontologie précise que : « Les sages femmes s'engagent à donner les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau né » (article 25, 1er alinéa)

Après avoir été longtemps une obligation morale, la formation est aujourd'hui devenue une obligation déontologique pour toutes les sages-femmes en exercice, selon l'article 4 de la circulaire du 29 juillet 1992.

Ce code de déontologie est complété par l'Article L4153-1 code santé publique 2009 stipulant que :
« Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de

la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les sages-femmes. »

Enfin, d'après l'article R. 4127-304 du code de santé publique, toute « sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances « dans les conditions prévues par l'article L. 4153 du code de santé publique.
« La formation continue a pour finalité le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins. La formation continue est obligatoire pour toutes les sages-femmes en exercice. L'obligation de formation est satisfaisante notamment par tout moyen permettant d'évaluer les compétences et les pratiques professionnelles. »

4.2. La formation initiale en contraception des sages-femmes

Depuis Mme Du COUDRAY, sage-femme au siècle des Lumières, l'enseignement des sages-femmes n'a cessé de se perfectionner afin de s'adapter à l'évolution des connaissances en sciences médicales. Ainsi les programmes ont changé. Ils se sont adaptés aux niveaux de compétences exigés, aux besoins de formation, aux capacités nécessaires pour exercer. Avec le développement des connaissances médicales, les progrès importants accomplis au cours du XXème siècle, le contenu de la formation initiale a su s'adapter. (13)

4.2.1. Evolution des études de sages-femmes

- Par décret du 9 janvier 1917 et par les arrêtés du 11 janvier et du 24 juillet 1917, la durée de la formation est portée à 2 ans : une année pour étudier les soins généraux, tandis que la deuxième porte sur l'enseignement de l'obstétrique et de la puériculture. (13)
  La contraception n'est pas abordée à l'époque, car son usage est réprimé par la loi.

- Un nouveau décret du 17 mai 1943 porte la durée des études à 3 ans. La première année est commune avec les IDE et porte sur les soins généraux, les bases de la médecine. Les deux suivantes sont consacrées à l'obstétrique, la gynécologie et la pédiatrie. (13)
  La contraception n'est pas enseignée.

- En 1973, les études de sage-femme deviennent indépendantes de celles des infirmières. Des notions nouvelles sont abordées comme la psychologie, la législation. (13)

- Il a fallu attendre la loi du 31 décembre 1979 pour qu'un enseignement sur la contraception soit instauré pour les sages-femmes dans toutes les écoles françaises. (de même que pour les médecins et les infirmières). (13)
- Depuis ce jour, la contraception fait partie intégrante de l'enseignement théorique et de l'enseignement clinique dispensés aux sages-femmes. (13)

- Un nouveau décret du 27 décembre 1985 porte la durée des études à 4 ans, instaure la rédaction d'un mémoire de fin d'études. De plus, la gynécologie, la contraception, la fécondité est abordée de façon plus importante. (13)

- Enfin le nouveau programme d'études de 2001, renforce encore l'enseignement de la gynécologie. (13) (31)

4.2.2. La formation initiale en contraception depuis 2001

La formation initiale a pour objectifs de permettre à la sage-femme de :

- mettre en place des actions de prévention, d'information, d'éducation dans le domaine de la gynécologie, de la fertilité et de la sexualité;

- d’informer les couples et les femmes dans le domaine de la régulation des naissances;
- participer aux actions d’éducation sexuelle;
- prévenir les IST, informer les adolescents. (31)

Pour cela les étudiants bénéficient en première phase d’un enseignement d’une durée de 60 heures en gynécologie.

Au programme, tout d’abord des notions d’anatomie et de physiologie sur la reproduction, le cycle menstruel, l’appareil génital féminin et masculin, la fécondation. En gynécologie, proprement dite, l’examen clinique d’une patiente est vu, ainsi que les différentes étapes de la vie génitale de la puberté à la ménopause.

L’enseignement porte également sur les méthodes, la surveillance des moyens de contraception féminins et masculins. Les textes législatifs, régissant la prescription et la délivrance de la contraception sont également abordés, ainsi que les aspects médico-socio-démographiques et la psychologie de la contraception. De plus, le programme balaye les différentes infections sexuellement transmissibles, leur prévention et celle des IVG. (31)

La contraception est également abordée en deuxième phase, toujours dans le module de gynécologie à travers deux items intitulés : « Contraception, éducation, prévention » et « Place de la sage-femme en matière d’éducation sexuelle et conseil conjugal ». Durant cette seconde phase, seront également vues les différentes pathologies gynécologiques, afin de permettre au futur praticien de les dépister. Des notions de sexologie sont abordées afin de pouvoir prescrire le contraceptif le plus adapté à la patiente, selon son profil psychologique.

La pharmacologie est étudiée afin de connaître les contraceptifs, leurs contre-indications et leurs interactions médicamenteuses. (31)

De plus, les étudiants bénéficient également de nombreux stages, en alternance avec les cours théoriques durant les quatre années d’études à l’école de sage-femme. La contraception est abordée dans de nombreux terrains de stages : en suites de couches, dans les centres de Protection Maternelle et Infantile, dans les centres de Planification et d’Education Familiale, dans les cabinets de sages-femmes libérales, dans les cabinets de

gynécologie, dans les centres d'orthogénie, dans les centres périnataux de proximité.(31).

Les étudiants sont alors confrontés aux questions des patientes sur la contraception. Les futurs praticiens assurent ainsi leur rôle d'information selon le contexte clinique, les attentes et les désirs des patientes. De plus, ils participent à la prescription des contraceptifs avec le professionnel de santé qui les encadre.

Enfin, dans certaines écoles, les étudiants sages-femmes peuvent participer à des séances d'information et d'éducation à la santé, dans le domaine de la contraception. Il s'agit souvent d'informations sur la sexualité et les méthodes contraceptives dans les collèges et les lycées. (31)

De plus, lors de travaux dirigés, ils sont familiarisés à l'entretien anamnestique sous forme de jeux de rôle par exemple. L'enseignement dirigé permet également aux étudiants de raisonner sur des cas cliniques de contraception (lors des séances d'ARC), ou de participer à des séances de travaux pratiques sur mannequin afin d'acquérir une plus grande maîtrise de certains gestes techniques (exemple : pose d'un DIU, d'un Implant ou encore réalisation d'un frottis cervico-utérin).

Certaines écoles ont mis en place un port-folio, c'est-à-dire une collection de travaux rédigés par l'étudiant, illustrant les différents savoirs et les progrès de l'étudiant acquis au cours des études. Il permet de développer les capacités de réflexion et d'autoévaluation des futures sages-femmes. (31)

Ainsi, la contraception a vu son usage se répandre considérablement durant la seconde moitié du XXème siècle. Sa diffusion massive est dûe à la fois aux progrès médicaux qui ont permis une efficacité des méthodes et à sa légalisation. De plus, les sages-femmes ont pris, au fil des années, une place accrue dans la prescription d'une contraception. En effet, la loi HPST élargit encore cette compétence. Or une question se pose, la formation des sages-femmes permet elle actuellement de remplir pleinement ce rôle ? A-t-elle su évoluer et s'adapter aux données actuelles de la science ? Sera-t-il nécessaire d'apporter des modifications à son contenu ?

Partie 2

1. Objectifs de l'étude

1.1. Mon objectif principal est :

- D'évaluer la formation initiale, les connaissances, des étudiants sages-femmes en contraception.

Mes critères porteront sur les enseignements théoriques en contraception, la possibilité pour les étudiants d'effectuer des stages dans ce domaine (par exemple : en gynécologie libérale, dans les centres de planification familiale..), d'avoir accès à des travaux pratiques (ex : pose d'un DIU, d'un implant), ceci dans le but d'acquérir une expérience clinique.

1.2. Mes objectifs secondaires sont :

- Identifier les différents moyens mis à disposition des étudiants pour acquérir ces compétences nouvelles par les écoles de sages-femmes françaises : cours théoriques, stages, travaux dirigés, travaux pratiques, conférences sur le thème de la contraception…
- Evaluer le ressenti des étudiants par rapport à leur formation : Disposent-ils, selon leur jugement, d'une expérience clinique et de connaissances théoriques suffisantes ?
- Identifier les besoins éventuels en formation des étudiants.

1.3. Mes hypothèses de recherches sont les suivantes :

- La formation initiale en contraception est actuellement insuffisante.
- Les étudiants ne disposent pas d'un « bagage » théorique et pratique leur permettant de prescrire et d'assurer le suivi d'une contraception.

2. Matériels et méthodes

2.1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive, multicentrique, rétrospective, comparative.

2.2. Population étudiée, échantillonnage :

- Population :les 32 Ecoles de sages-femmes françaises en métropole (Amiens, Angers, Besançon, Bordeaux, Bourg en Bresse, Brest, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Faculté Libre de Lille, Limoges, Lyon, Marseille, Metz, Montpellier, Nancy, Nantes, Nice, Nîmes, Paris-Baudelocque, Paris-Saint-Antoine, Poissy, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Strasbourg, Suresnes, Toulouse, Tours) et leurs étudiants en dernière année de formation durant l'année universitaire 2009-2010.

- Un échantillon choisi de façon aléatoire de 6 étudiants par promotion d'étudiants soit 192 étudiants ainsi que les équipes pédagogiques des différentes écoles de sages-femmes.

2.3. Critère d'inclusion

- Etudiant en dernière année de formation durant l'année universitaire 2009-2010, ayant réalisé la totalité de son cursus en France.
- Etudiant ou Ecole acceptant de participer à l'étude.

2.4. Critère d'exclusion

- Etudiant ayant effectué une partie de sa formation à l'étranger.
- Etudiant n'étant pas en dernière année de formation en 2009-2010.

2.5. Déroulement de l'étude

Il s'agit d'un envoi de questionnaire par voie postale. Un premier questionnaire est destiné à l'équipe pédagogique de chaque école de sage-femme et porte sur l'organisation des enseignements théoriques, pratiques et les modes d'évaluation des étudiants.

De plus, un second questionnaire est distribué de façon aléatoire à 6 étudiants en dernière année de formation de chaque école. Il sera anonyme. Son but est d'évaluer les connaissances des étudiants, de voir combien comptent effectuer des consultations de contraception dès leur diplôme obtenu, de voir s'ils pensent disposer d'une formation suffisante en contraception, ou au contraire les manques, ceci dans le but d'y pallier.

Afin d'augmenter le taux de réponse aux questionnaires, j'ai également envoyé une enveloppe timbrée pour le retour.

Cette étude s'est déroulée du 1er avril 2010 au 30 juin 2010.

2.6. Description des données collectées et méthodes de mesure

2.6.1. Mes critères de jugements :

- les critères d'inclusion de mon étude.

- les variables de mes questionnaires :

  - Concernant l'organisation des enseignements théoriques : En quelle(s) année(s) de formation est abordée la contraception ? Combien d'heures sont attribuées à son enseignement ? Quelle est la qualification de(s) l'intervenant(s) ?

  - Les étudiants bénéficient-ils de travaux dirigés ? Sous quelle forme ? Ont-ils accès à des jeux de rôles, des séances d'apprentissages par raisonnement cliniques à partir de cas cliniques, à des travaux pratiques ? Réalisent-ils un port-folio ou des exposés sur ce thème ?

  - Les étudiants participent ils à des actions d'éducation à la santé en matière de contraception ? Ont-ils la possibilité d'accéder aux conférences sur le thème ?

  - Quels sont les stages réalisés afin d'approfondir leurs connaissances en contraception et permettant une application concrète sur le terrain ? Ont-ils accès aux terrains de stages ci-dessous ? : Gynécologie Libérale, Centre de Planification Familiale, Suites de

Couches, Consultations Gynécologiques et Obstétricales, Centre d'IVG, Centre Périnatal de Proximité, Sage-femme Libérale, PMI.

- Quels sont les modes d'évaluation des connaissances des futurs praticiens ? A quelle occasion sont ils évalués : épreuves cliniques, contrôle de connaissances, port-folio ?

- Quel est le ressenti des étudiants ? Se sentent-ils suffisamment formés pour exercer des consultations de contraception ?

- Les futurs praticiens acquièrent ils l'acquisition de certains gestes : pose d'un DIU, insertion d'un Implant, réalisation de frottis cervico-utérins ?

- Les étudiants connaissant ils les différents moyens de contraception, leurs indications, contre-indications et la législation ?

2.6.2. Modalités de recueil des données

J'ai collecté ces informations grâce à un questionnaire de recueil de données afin de standardiser les informations recueillies :

-un questionnaire remis à l'équipe pédagogique de l'Ecole

-un questionnaire remis aux étudiants en 4ème année de formation.

2.6.3. Modalités d'informatisation des données

Le lieu de saisie des données a été mon domicile. Je les ai saisi moi-même sur informatique.

2.7. Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Excel. J'exploiterai mes données à l'aide de tableaux, de graphiques, de diagramme en secteur, concernant mes critères de jugement.

J'utiliserai les comparaisons de pourcentage pour les variables qualitatives.

2.8. Aspects médico-légaux réglementaires

Le traitement des données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre de la recherche sera réalisé dans les conditions définies par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiées par la loi n°2004-801 du 6 août 2004 et des textes réglementaires pris pour son application.

3. Résultats de l'étude

3.1. Population

Durant l'étude menée d'avril à fin juin 2010, 145 questionnaires d'étudiants provenant de 24 écoles de sages-femmes différentes me sont parvenus sur les 192 questionnaires envoyés. 137 questionnaires d'étudiants inscrits en deuxième année de deuxième phase en 2009-2010 ont pu être exploités. En effet, 8 questionnaires étant soit incomplets, soit provenant d'étudiants inscrits en 3ème année d'étude, ont été exclus de l'analyse finale.

Ainsi le taux de réponse pour les étudiants s'élevait à 71,35%.

De plus, 100% des étudiants interrogés avaient réalisé l'ensemble de leur cursus de formation en France.

Parallèlement, 20 questionnaires remis aux équipes enseignantes me sont revenus sur les 32 écoles interrogées, soit un taux de réponse de 62,5%.

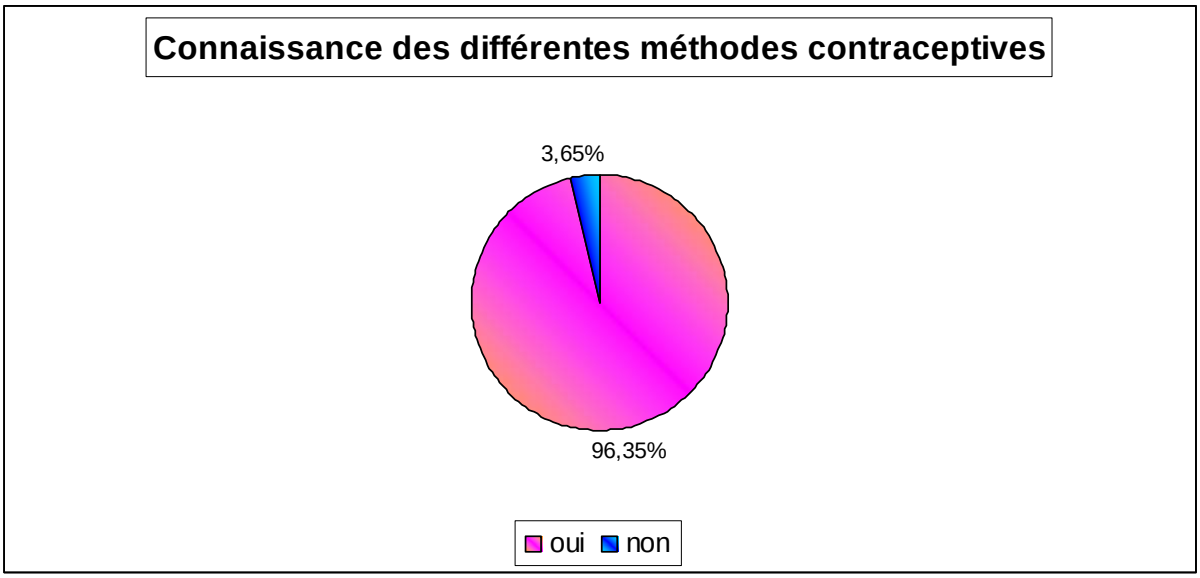
3.2. Connaissances théoriques des étudiants.

3.2.1 Etat des lieux des connaissances.

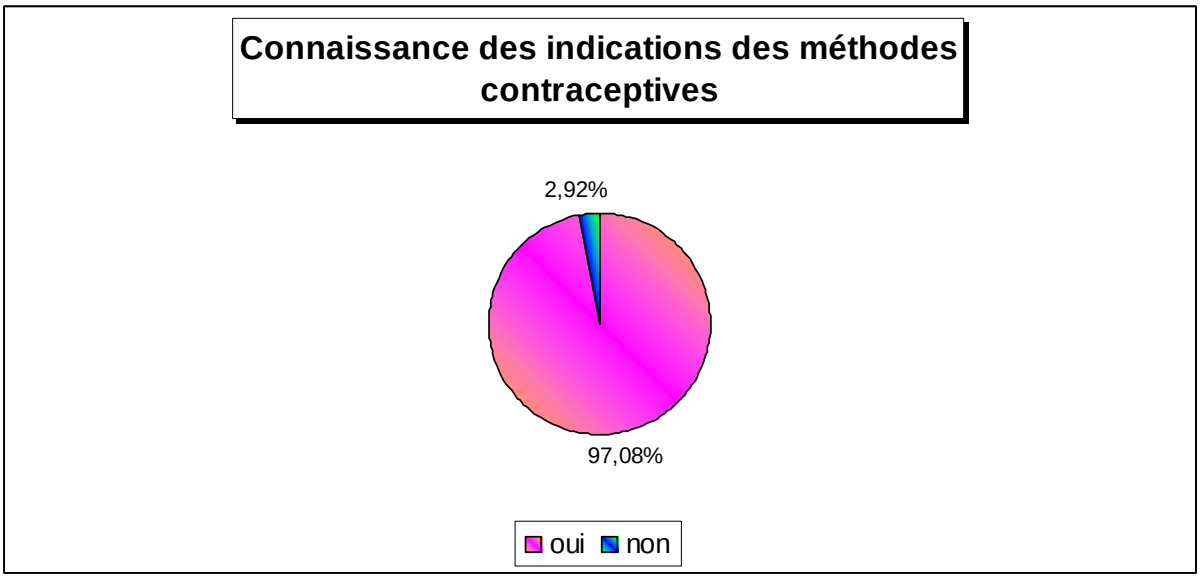
Cette thématique est en rapport avec les items 4 à 7 du questionnaire (voir annexe) portant sur la connaissance des différentes méthodes de contraception, leurs indications, leurs contre-indications et leurs effets secondaires. De plus, la dernière question s'intéressait à la connaissance par les étudiants du droit de prescription de la sage-femme en matière de contraception.

J'ai volontairement demandé aux étudiants de répondre simplement par « oui » ou par « non » aux questions.

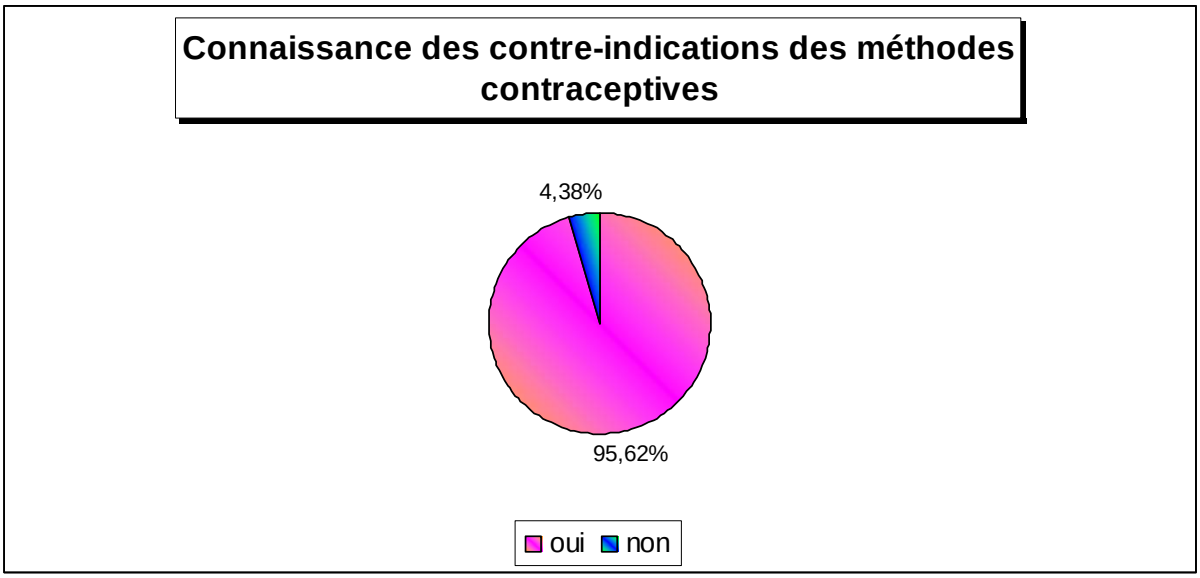
Ainsi, pour la question portant sur la connaissance des différents moyens de contraception, les résultats sont les suivants :



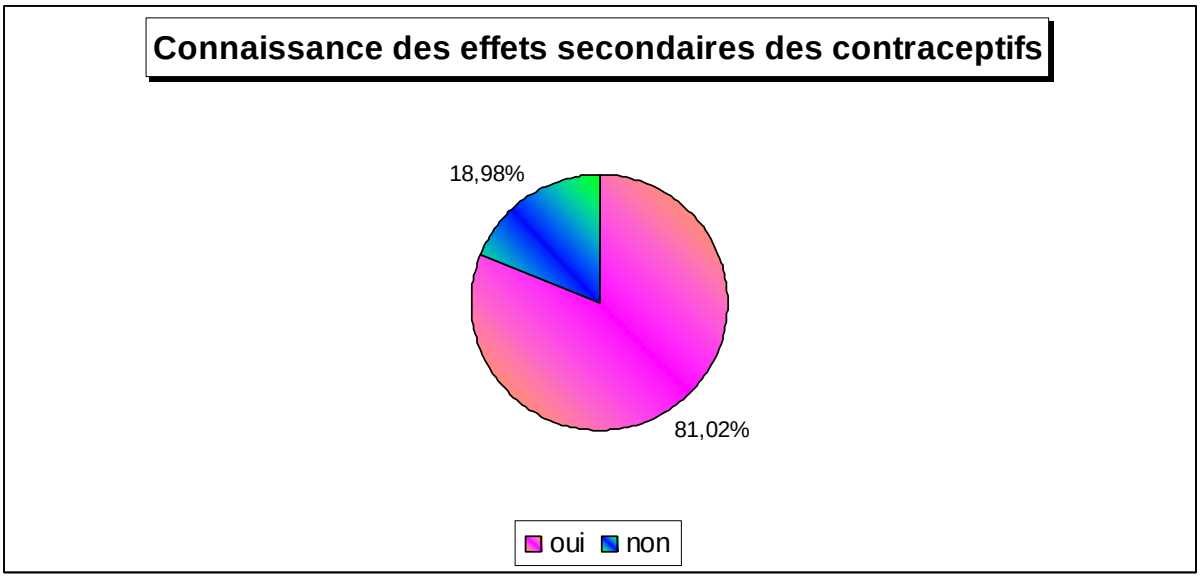
Concernant la connaissance des indications des méthodes contraceptives, les résultats sont similaires :



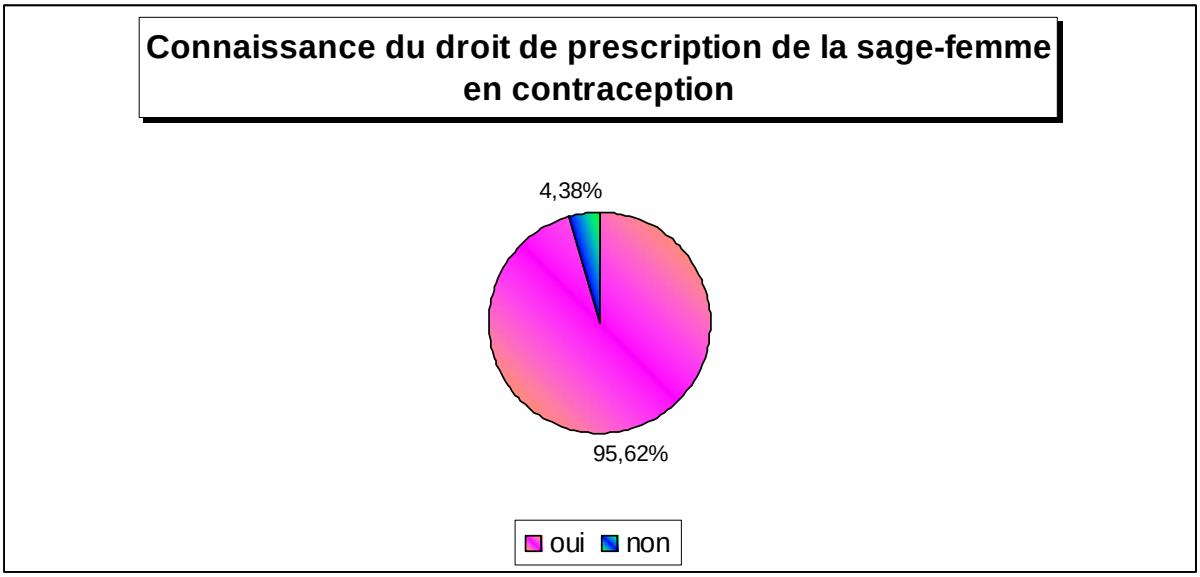
Concernant la connaissance des contre indications, les résultats sont toujours excellents :



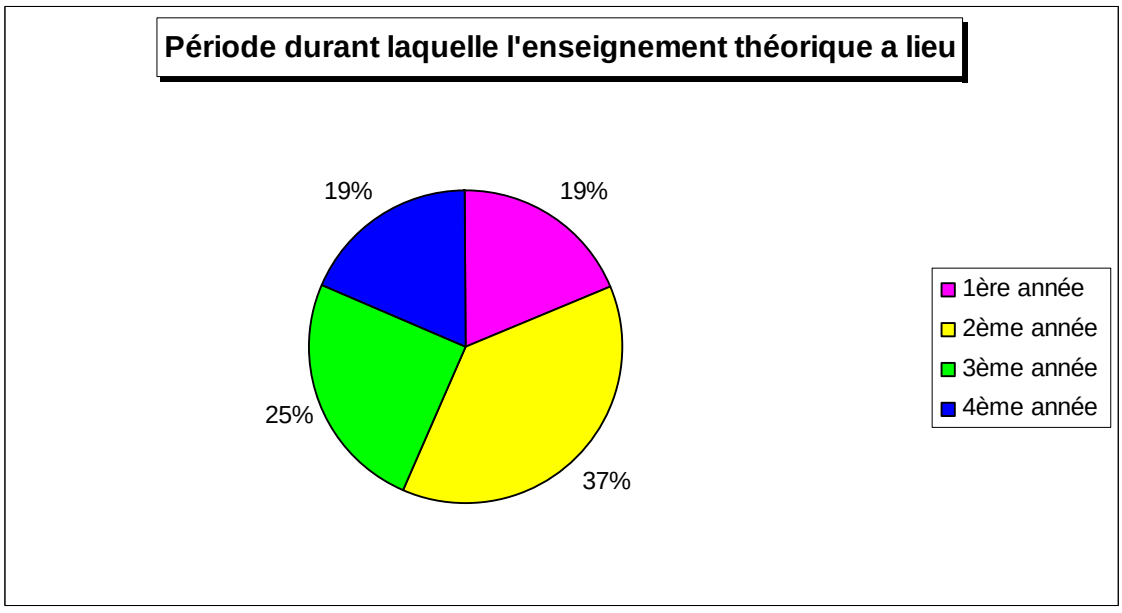
Cependant concernant la connaissance des effets secondaires des contraceptifs, les résultats sont moins bons : On constate que près de 19% des futurs praticiens ne connaissent pas les effets secondaires des méthodes contraceptives.



Enfin concernant le droit de prescription de la sage-femme en contraception, les résultats sont nettement meilleurs :

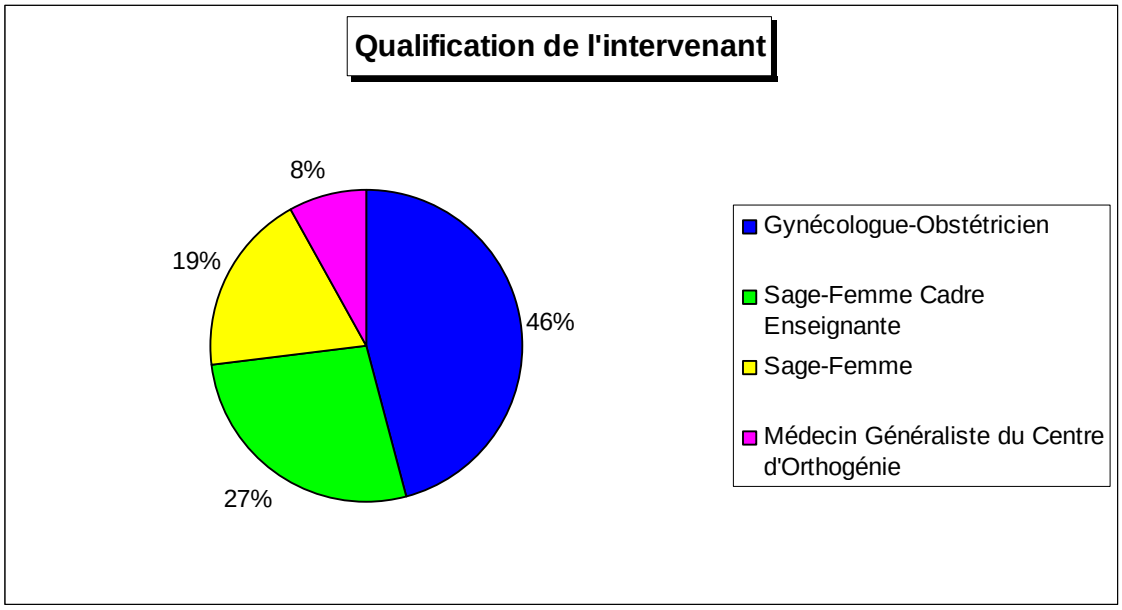


3.2.2. Enseignement théorique de la contraception



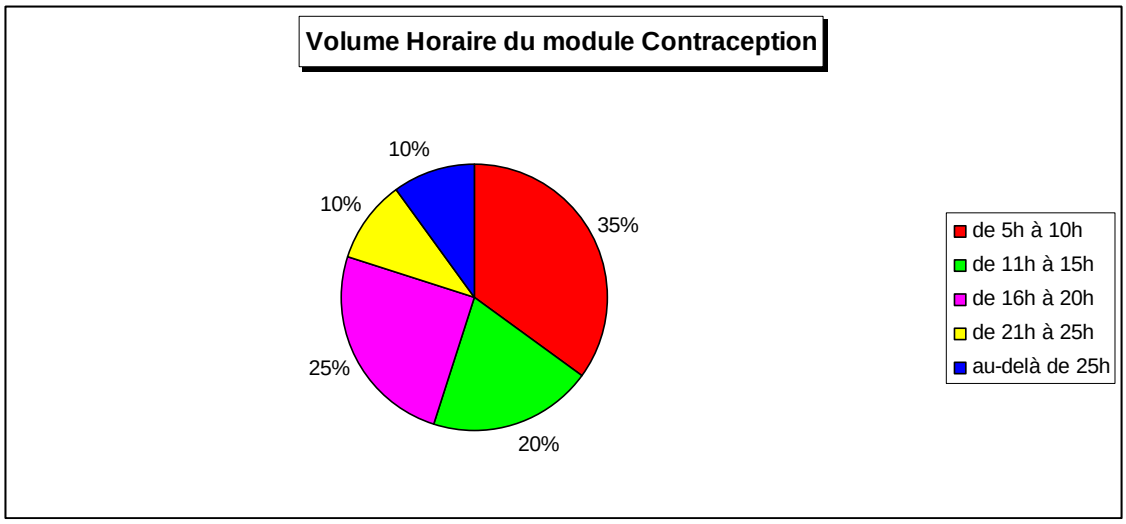
Ainsi on constate qu'une majorité de l'enseignement théorique est dispensé pendant la 2ème année d'étude à l'école de sages-femmes.

3.2.3. Qualification de l'intervenant



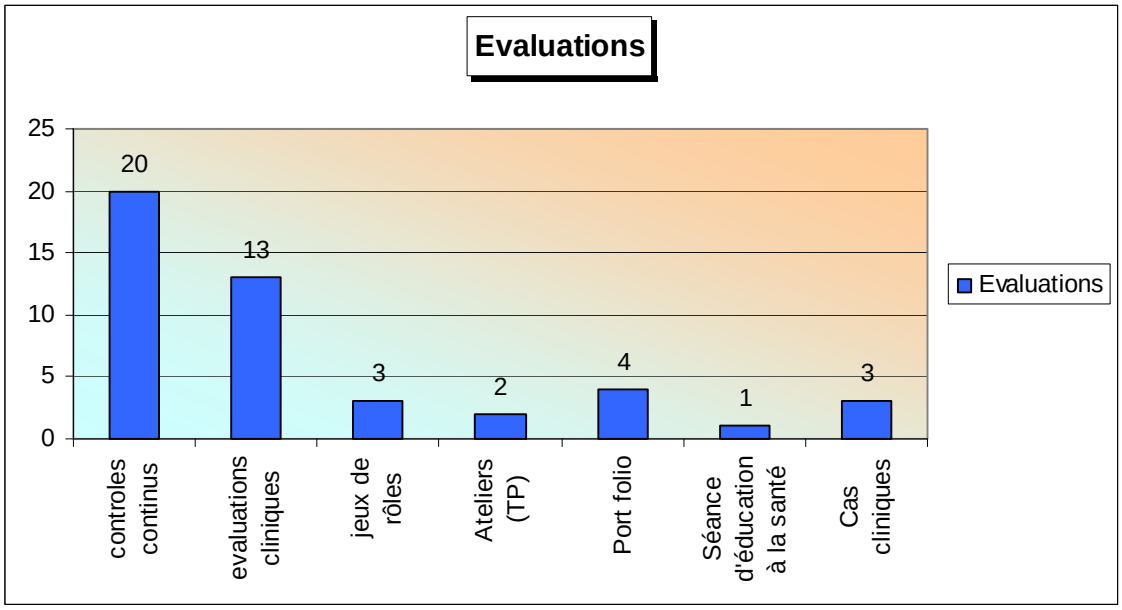
L'enseignement dispensé aux étudiants est fait essentiellement par les gynécologues obstétriciens : dans 17 écoles sur 20 sondées, ils assurent au moins un cours sur la contraception. Les sages-femmes cadres-enseignantes dispensent également fréquemment des cours théoriques en contraception.

3.2.4. Nombre d'heures allouées à la contraception



On constate donc que pour une majorité d'écoles (7 écoles sur les 20 interrogées), le nombre d'heures allouées à ce thème se situe entre 5 et 10 heures.

3.2.5. Mode d'évaluation des connaissances des étudiants

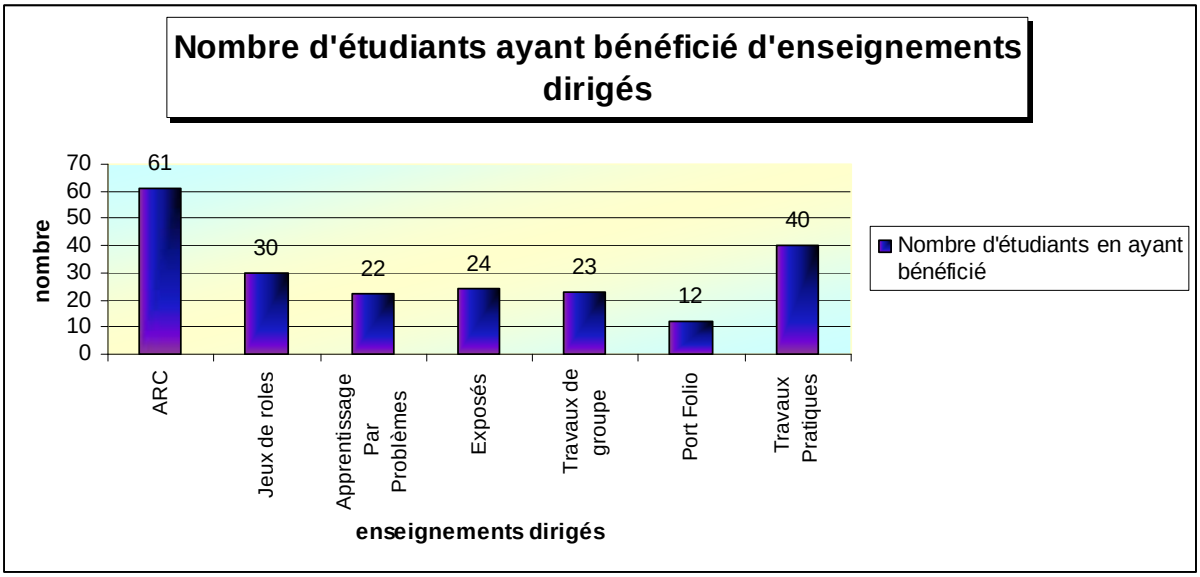


On constate que tous les étudiants sont évalués sur leurs connaissances en contraception lors des contrôles continus (100% des écoles). Les évaluations cliniques en stage sont également un moyen fréquemment retrouvé d'évaluation : 65% des étudiants sont évalués par cette méthode. Enfin, on retrouve plus rarement les jeux de rôles, les cas cliniques (15% des écoles), le port folio (20% des écoles).

3.3. Enseignements dirigés sur le thème de la contraception.

108 étudiants, en dernière année de formation en 2009-2010, soit 78,83% des étudiants interrogés ont répondu avoir pu bénéficier d'un enseignement dirigé durant leur formation sur ce sujet.

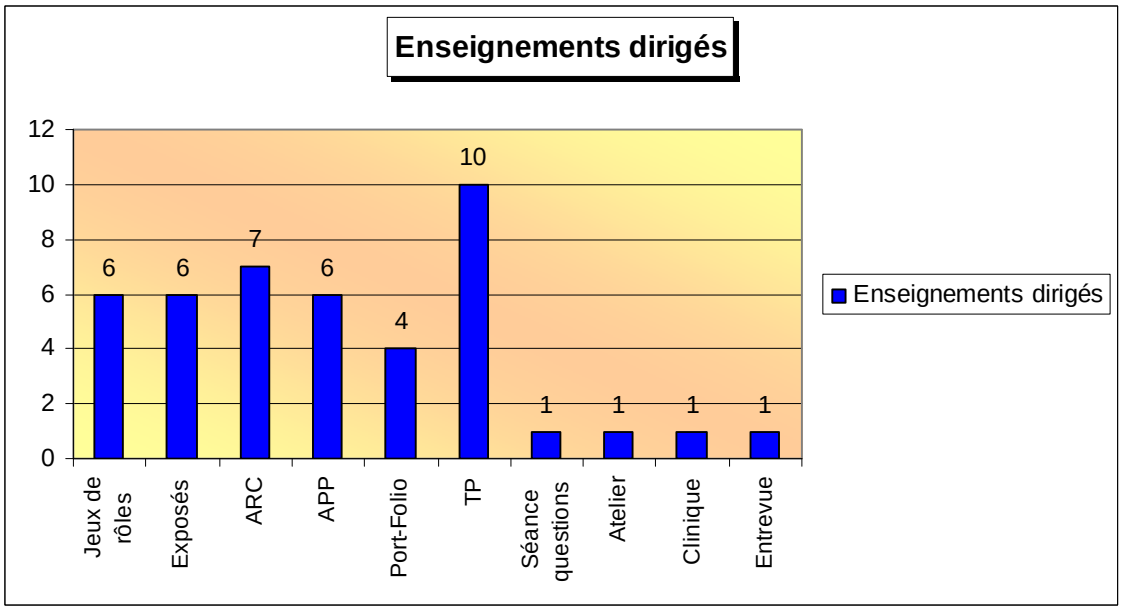
Parmi ces enseignements dirigés voici leur répartition selon les étudiants :



Parmi les enseignements dirigés les plus fréquemment cités : on trouve : les ARC, suivi des TP, et des Jeux de rôles.

Quant aux écoles, on retrouve la présence d'enseignements dirigés dans 17 d'entre elles, soit un taux de 85%.

Voici leur répartition :

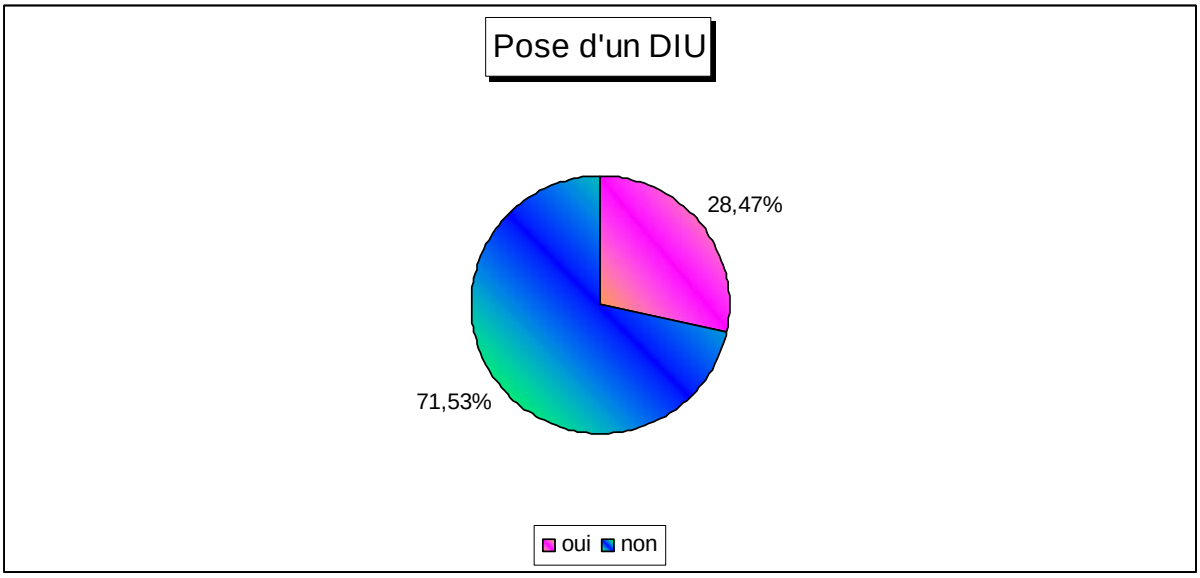


On constate donc dans les deux groupes, une prédominance des TP et de l'ARC.

3.4. Réalisations de gestes techniques en contraception

3.4.1. Pose de DIU

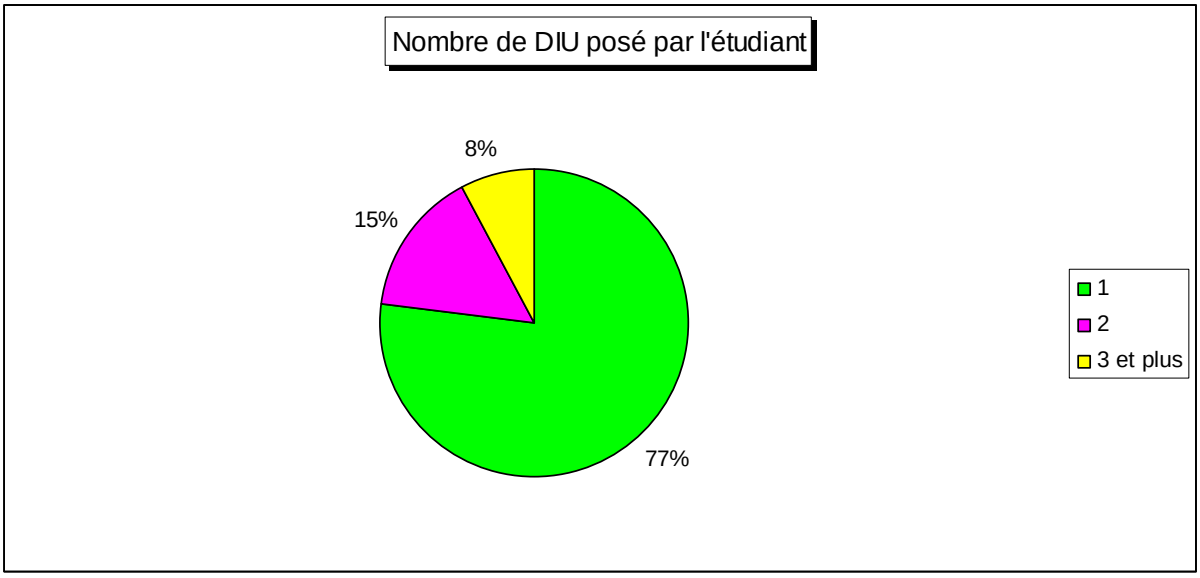
3.4.1.1 Point de vue des étudiants.



Ce geste est rarement réalisé par les étudiants sages-femmes, seuls 39 sur les 137 interrogés ont eu l'occasion d'insérer un DIU au cours de leurs études.

De plus, on constate que pour 30 étudiants sur les 39 ayant posé un DIU cela fut lors de travaux pratiques. Parmi ces 30 étudiants ayant eu un TP sur la pose d'un DIU, 4 étudiants ont mis cette pratique en application au cours d'un stage. Enfin, 9 étudiants ont posé un DIU directement lors d'un stage.

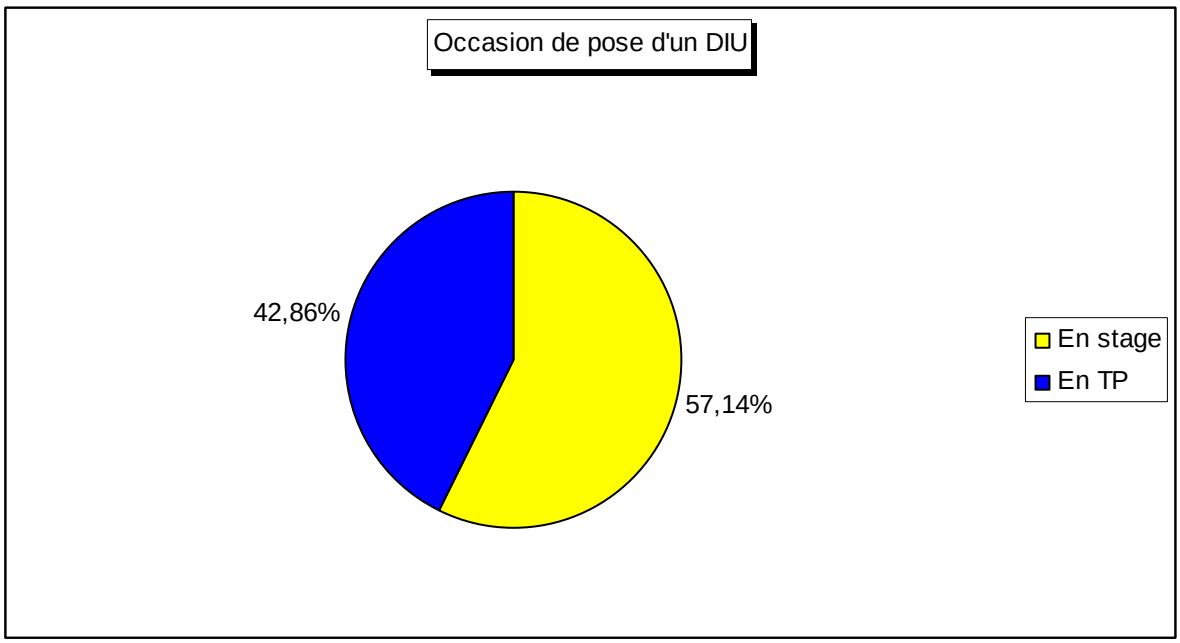
Voici la répartition du nombre de DIU posé par les 39 étudiants.



On constate que , seuls 8% des étudiants sur les 39 étudiants qui ont eu cette occasion, ont posé au moins 3 DIU au cours de leurs études.

3.4.1.2 Point de vue des équipes enseignantes :

Elles sont 70 % à estimer que leurs étudiants ont l'occasion de poser un DIU.

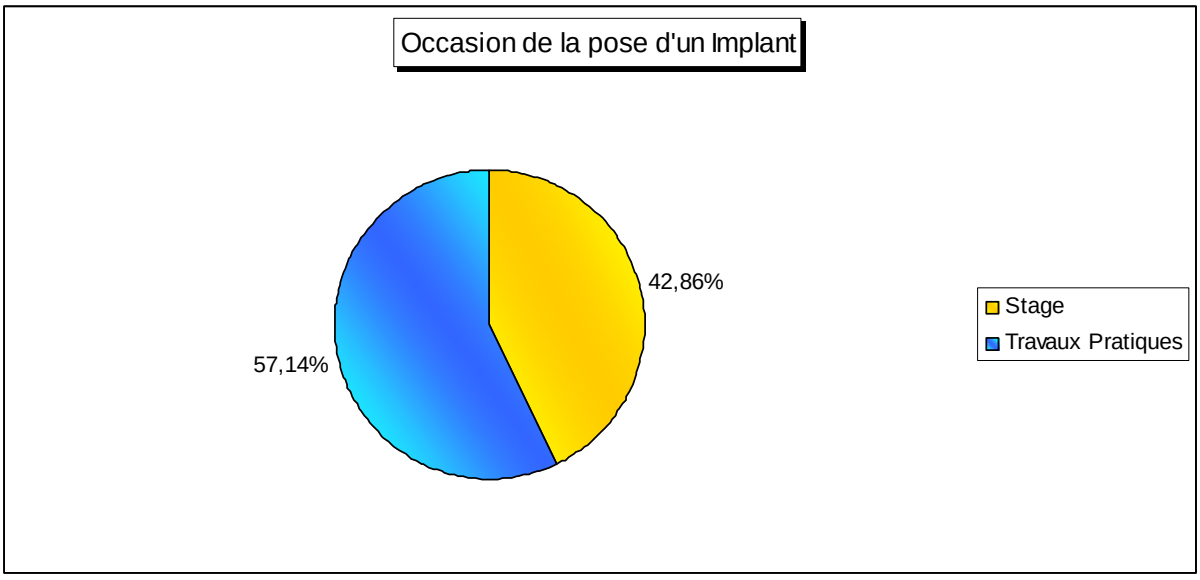


Cela est en désaccord avec les réponses retrouvées chez les étudiants car ceux-ci ont rarement l'occasion de poser un DIU en stage. Cette occasion a eu lieu pour la plupart lors de TP (voir page 33)

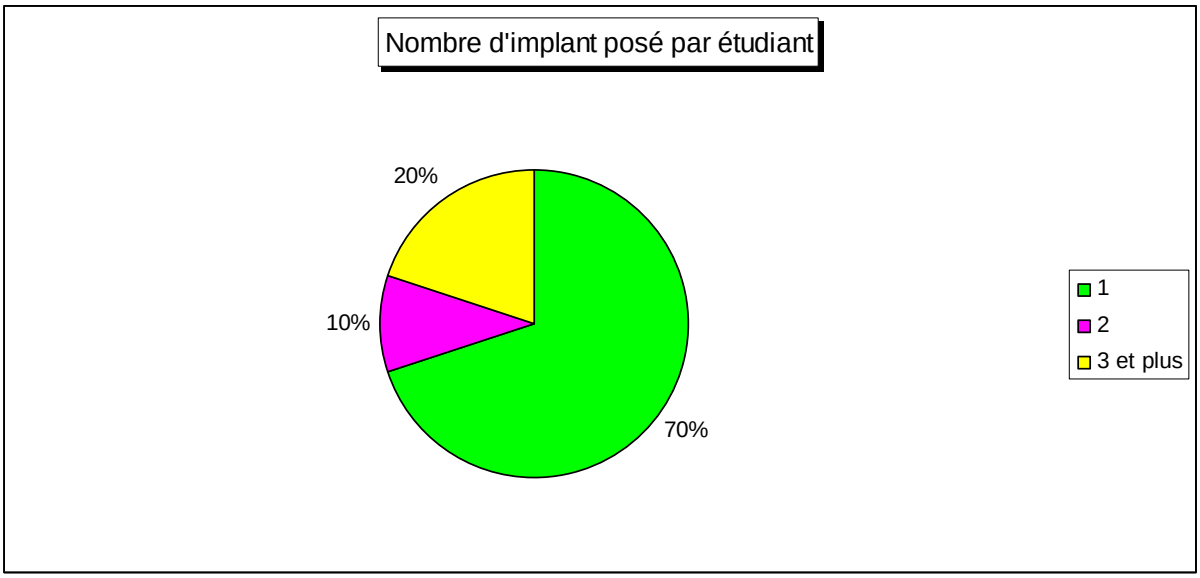
3.4.2. Pose d'un Implant

3.4.2.1. Point de vue des étudiants

Sur les 137 étudiants interrogés, seuls 21 ont eu l'occasion d'insérer un Implant, soit 15,32% des effectifs de l'étude.



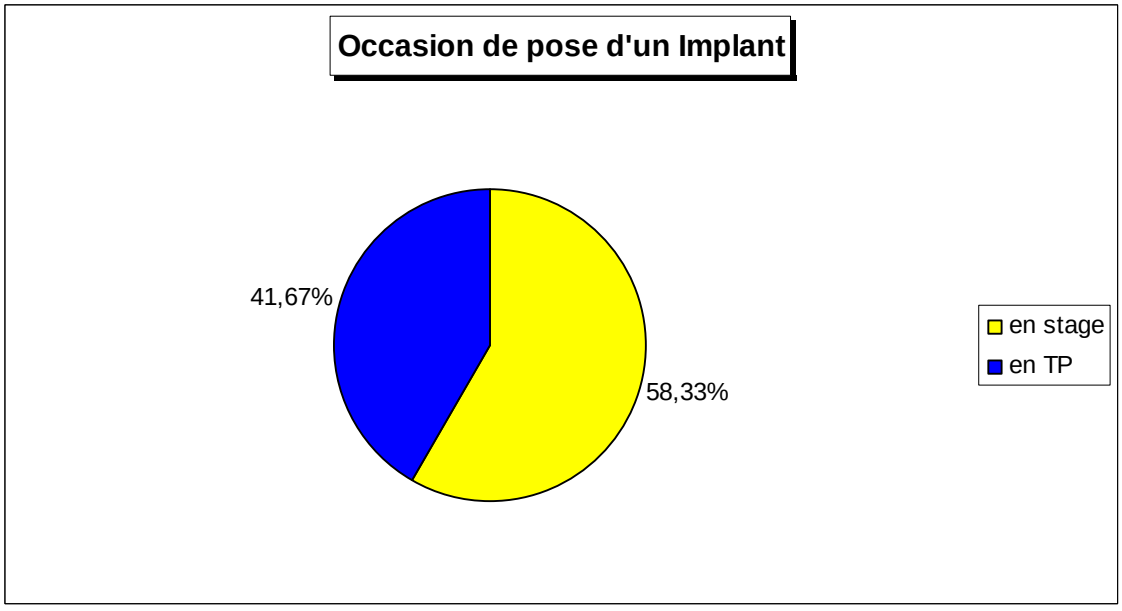
Pour les étudiants l'occasion la plus fréquente d'insérer un Implant est en Travaux pratiques.



De plus, on constate que parmi les 21 étudiants qui ont eu cette possibilité, la majorité (70%) n'a posé qu'un seul Implant au cours de leurs études.

3.4.2.2. Point de vue des enseignants.

Ici 50% des écoles de sages-femmes pensent que leurs étudiants peuvent poser un Implant durant leurs études.



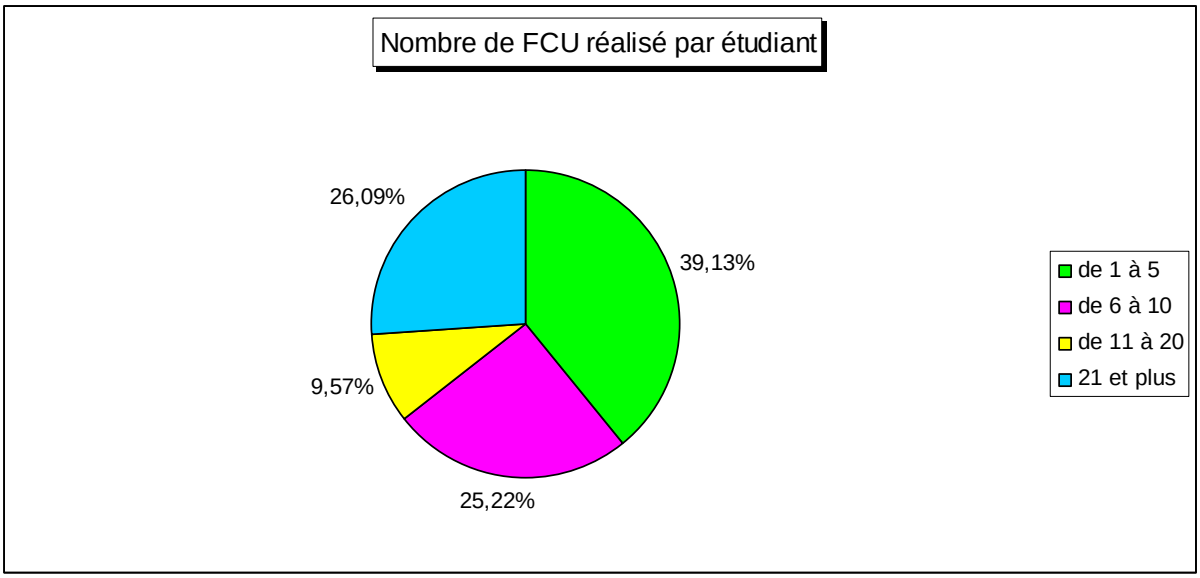
On constate également un décalage : Le nombre d'étudiants ayant posé un Implant est supérieur en TP que lors des stages où les occasions sont plus rares.

3.4.3. Réalisation d'un frottis cervico-utérin

3.4.3.1 Point de vue des étudiants

115 étudiants sur les 137 interrogés ont déclaré avoir réalisé au moins un frottis cervico-utérin durant leur formation, soit 83,94% des étudiants de l'étude.

Voici la répartition en classes du nombre de FCU réalisés par les 115 étudiants qui les effectuent :



On constate une diversité des expériences : ainsi 39% des étudiants ont effectué au maximum 5 FCU, tandis que 26% en ont réalisé plus d'une vingtaine.

3.4.3.2 Point de vue des enseignants :

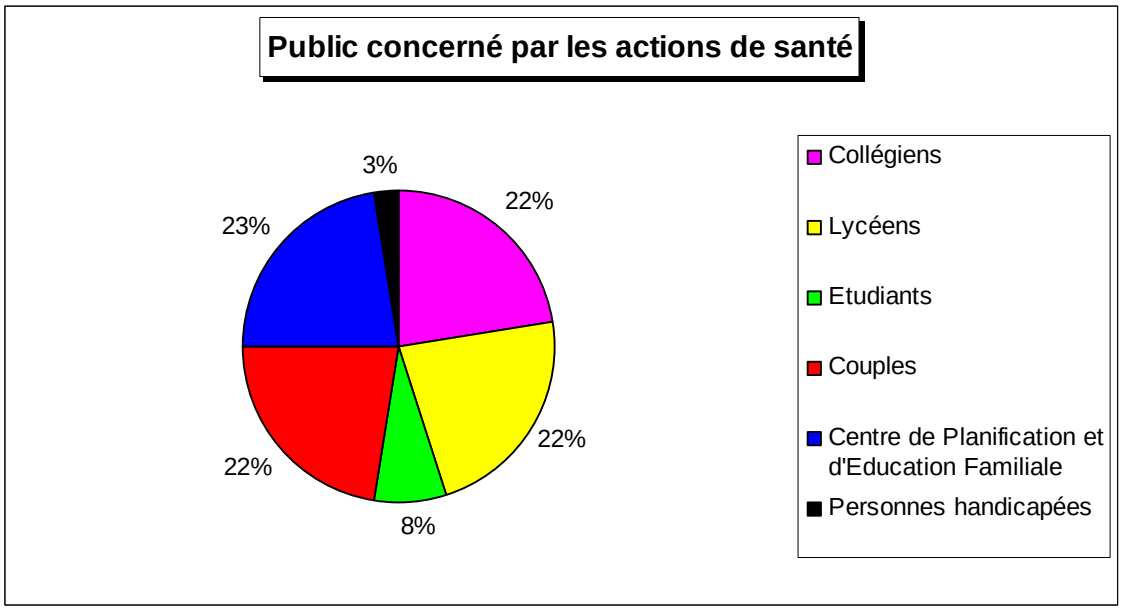
On retrouve un taux similaire car 95% des écoles pensent que leurs étudiants ont l'occasion d'effectuer des frottis cervico utérins.

3.5. Participation à des actions d'éducation à la santé en contraception.

62,77% des étudiants interrogés ont déclaré avoir déjà participé à des actions d'éducation à la santé dans le domaine de la contraception.

Ce taux est comparable à celui des enseignants qui sont 70% à affirmer que leurs étudiants participent à des informations sur la contraception.

Voici une répartition du public ciblé par les actions de prévention menée par les étudiants sages-femmes en contraception :



Le public concerné par ces actions est donc principalement les personnes jeunes : lycéens, collégiens, les jeunes fréquentant les Centres de Planification et d'Education Familiale, ainsi que les couples.

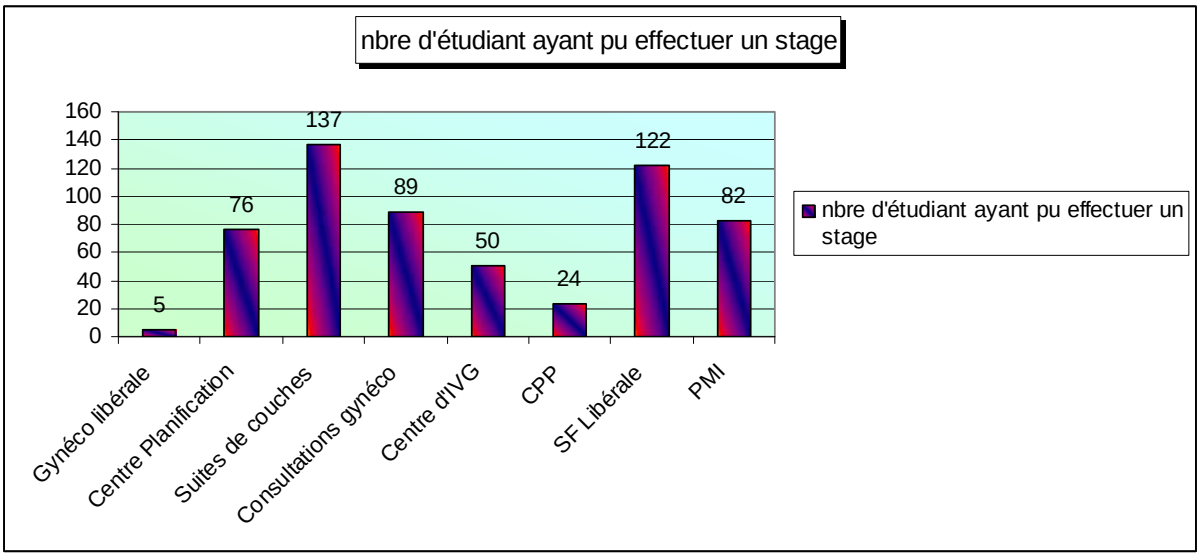
3.6. Participation à des congrès, conférences, colloques sur la contraception

Seuls 35,03% des étudiants interrogés ont déclaré avoir pu assister à ces séances d'information sur la contraception. Sur les 48 étudiants ayant participé à ces réunions, la majorité l'a fait de sa propre initiative.

Or, au contraire, les écoles estiment que 90% des étudiants peuvent assister à des conférences, congrès sur ce thème.

3.7. Stages en contraception.

3.7.1. Point de vue des étudiants.



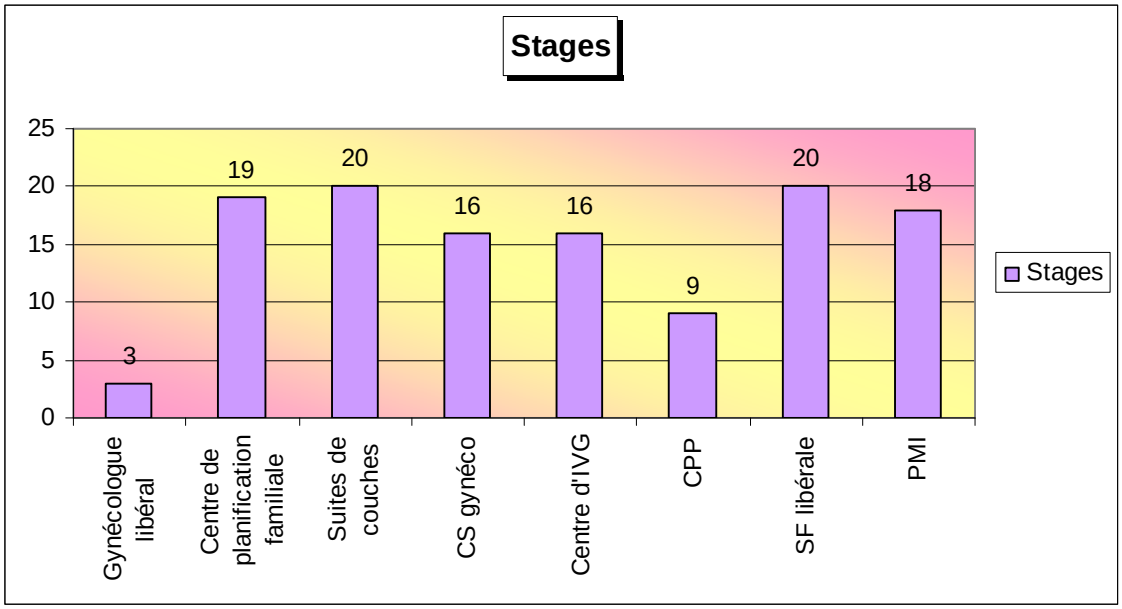
Tous les étudiants ont accès à des stages en suites de couches (100%) conformément au programme des études de sages-femmes de 2001.

De plus, on constate que les lieux de stages où les étudiants sont les plus amenés à utiliser leurs connaissances théoriques en contraception pour les mettre en pratique sont : les suites de couches, les stages avec une sage-femme libérale, ou les consultations gynécologiques.

On constate que certains stages sont peu accessibles aux étudiants : gynécologie libérale, centre de planification familiale ou encore CPP ou centre d'IVG.

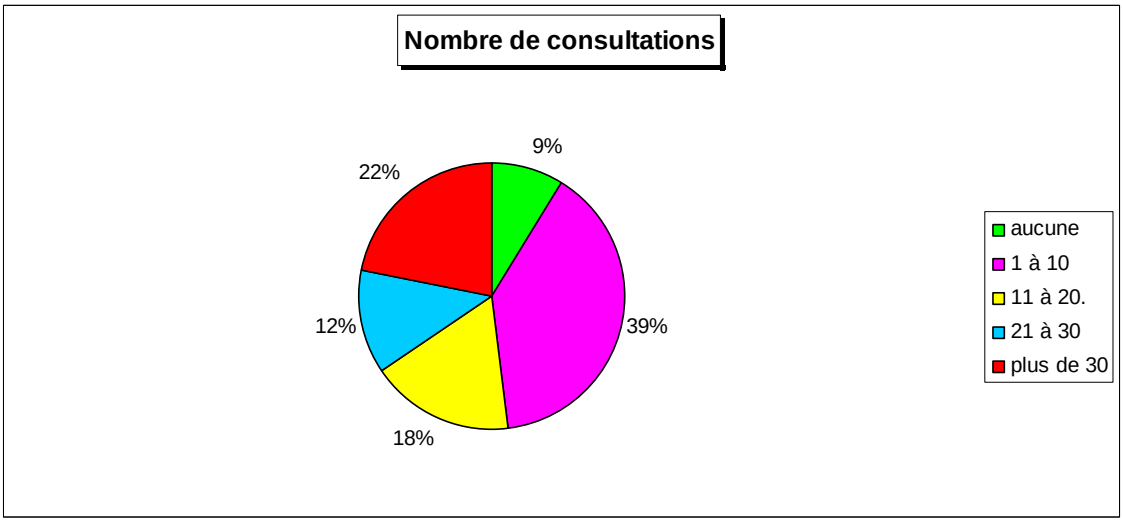
3.7.2. Point de vue des enseignants :

La répartition des terrains de stage en rapport avec la contraception est globalement identique :



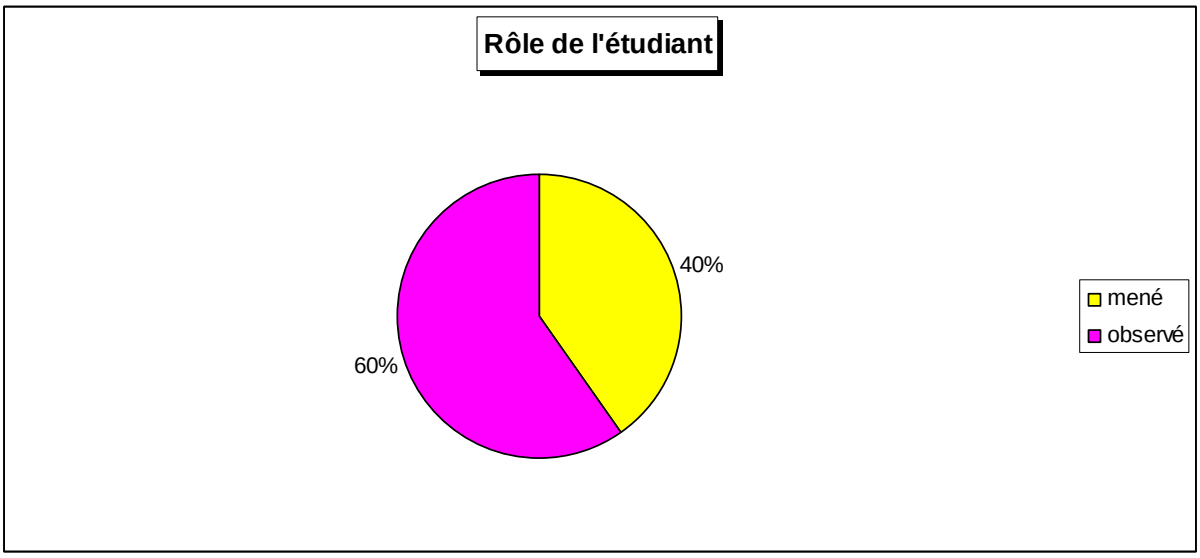
On constate que les stages les plus formateurs en contraception sont les suites de couches, les stages avec une sage-femme libérale, les centres de planification familiale, et la PMI.

3.7.3. Consultations de contraception réalisées en stage :



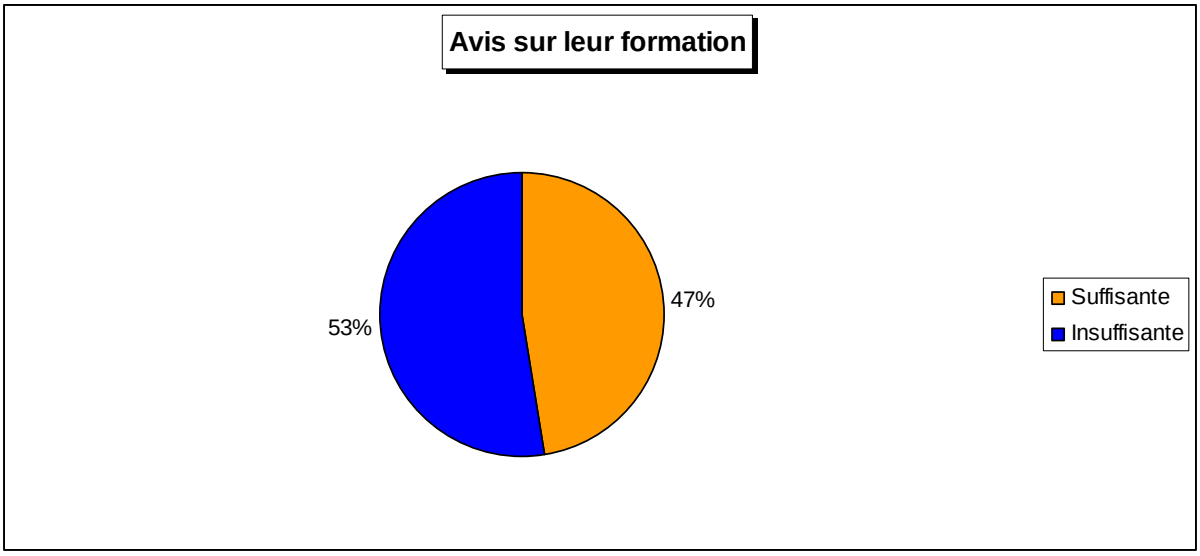
On constate également des pratiques très diverses selon les étudiants et selon le terrain de stage : ainsi 9% des étudiants n'ont réalisé aucune consultation de contraception, tandis que 22% en ont réalisé plus de trente.

3.7.4. Rôle de l'étudiant lors de ces consultations :



On constate ainsi que dans 60% des cas, l'étudiant a surtout un rôle d'observation de la consultation réalisée par le professionnel de santé.

4. Estimation de la formation par les étudiants



On constate que les avis sont partagés. Ainsi, près de 53% des étudiants jugent leur formation en contraception insuffisante.

Cette disparité s'explique entre le contraste existant entre une formation théorique suffisante et une formation pratique peu satisfaisante. En effet, les terrains de stage auxquels les étudiants ont accès sont inégaux d'une école à l'autre. De plus, les occasions de pratiquer certains actes (pose de DIU, pose d'implant), sont rares en stage. Enfin, une majorité d'étudiants souhaiterait davantage de travaux dirigés en contraception afin de pouvoir appliquer leurs nouvelles compétences.

Nous allons donc voir dans une troisième partie, quelles solutions nous pouvons apporter à ce constat. Comment pouvons-nous améliorer les manques de la formation ?

Partie 3

1. Constatations de l'étude

1.1. La formation théorique

La formation théorique en contraception des étudiants parait satisfaisante. En effet, la plupart des futurs professionnels (entre 95% et 97%) disent connaître les différentes méthodes contraceptives, leurs indications, leurs contre-indications. Le droit de prescription de la sage-femme en contraception est également connu par la grande majorité d'entre eux (95%).

Cependant, concernant la connaissance des effets secondaires des contraceptifs, près de 19% des futurs praticiens les ignorent.

On constate que les enseignements ont lieu essentiellement durant la deuxième année de première phase d'étude, à l'école de sages-femmes.

Ils sont assurés en grande majorité par des gynécologues obstétriciens et par les sages-femmes cadres enseignantes.

Le volume horaire des cours varie d'une école à l'autre : 35% des écoles dispensent un module de contraception d'une durée inférieure à 11h, 45% des écoles délivrent une formation variant de 11h à 20h, tandis que seuls, 20% des écoles dispensent plus de 21h de cours sur la contraception aux étudiants.

De plus, tous les étudiants sont évalués lors de contrôles continus et pour certains d'entre eux, lors des évaluations cliniques ou par le biais d'un port-folio.

1.2. La formation pratique

1.2.1. Les enseignements dirigés.

Environ 80% des étudiants ont accès à des travaux dirigés.

Les Travaux Pratiques sont parfois l'unique occasion pour les étudiants de poser un DIU ou d'insérer un implant.

De plus, les ARC, ou les jeux de rôles permettent aux étudiants de se familiariser avec des cas cliniques en contraception.

1.2.2. Les stages en contraception.

On constate qu'un certain nombre de terrains de stages sont optionnels et que tous les étudiants n'y ont donc pas forcément accès. Il s'agit principalement des stages de PMI, Centre Périnatal de Proximité, Centre de Planification Familiale et des Centres d'IVG.

De plus, d'autres stages ne sont que très rarement accessibles aux étudiants, tout particulièrement les stages effectués chez un gynécologue libéral.

Les occasions de réaliser certains gestes techniques sont rares dans les stages. Le nombre de DIU ou d'Implants posés par les étudiants reste trop faible.

De plus, on constate un décalage entre la pratique réelle des étudiants et ce que les écoles attendent de leurs stages, en termes de résultats pédagogiques. En effet, les formateurs ont tendance à surestimer la possibilité offerte aux étudiants d'effectuer une pose d'Implant ou de DIU.

Enfin, concernant la pratique de frottis cervico-utérin, 85% des étudiants en réalisent (Le nombre de FCU réalisé par les étudiants est inégal selon les occasions qui sont offertes en stage).

1.3. Les actions d'éducation à la santé en contraception.

Les étudiants réalisent fréquemment des actions d'éducation à la santé. Leur public est constitué majoritairement par les collégiens, des lycéens, les personnes fréquentant le Centre de Planification Familiale et les couples en maternité.

Il s'agit donc d'un public plutôt jeune. Or, c'est chez les jeunes femmes de moins de 20 ans, que le recours à l'IVG augmente significativement depuis quelques années, selon le rapport de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) de septembre 2008.

1.4. Les colloques :

Il existe un décalage entre l'opinion des étudiants et des enseignants. Seuls 35% des étudiants ont participé à une conférence sur la contraception, alors que la majorité des écoles estime que leurs étudiants y ont accès.

2. Critique de l'étude

2.1. Limites

Certaines questions ouvertes ont parfois été peu remplies et difficilement analysables quelques fois.

Les réponses aux questions concernant les connaissances théoriques sont basées sur la bonne foi des étudiants, ce qui peut entraîner une surestimation des connaissances des futurs praticiens.

2.2. Atouts

Le nombre de questionnaires analysés (137 questionnaires d'étudiants, et 20 questionnaires d'équipes pédagogiques) est important et provient d'un panel varié d'écoles de sages-femmes (les étudiants proviennent de 24 écoles de sages-femmes différentes).

De plus, les questions ouvertes ont permis de transcrire des impressions et des appréciations subjectives et d'élucider le sens des réponses aux questions fermées.

Enfin, le fait d'amener une réflexion sur la formation initiale des étudiants sages-femmes en contraception, va peut être conduire certains étudiants à revoir leurs lacunes éventuelles.

3. Suggestions d'amélioration de la formation initiale des sages-femmes.

3.1. Hypothèses

Mes hypothèses de départ, suggéraient que la formation initiale en contraception est actuellement insuffisante et que les étudiants ne disposent pas d'un « bagage » théorique et pratique leur permettant de prescrire et d'assurer le suivi d'une contraception.

Or après l'étude on peut affirmer que la formation est satisfaisante concernant la théorie mais mériterait quelques ajustements concernant la pratique.

3.2. Point de vue des étudiants

3.2.1. Au niveau de la formation théorique :

Les réponses formulées à la dernière question de mon étude a permis de dégager quelques pistes d'amélioration de la formation théorique en contraception des étudiants.

Ces derniers ont souhaité :

- Répartir les enseignements, relativement denses, sur les quatre années d'études à l'école de sage-femme, avec un rappel chaque année afin de réactualiser les

informations données, également en fonction des nouveaux produits contraceptifs mis sur le marché.

❖ Approfondir certains cours théoriques, à savoir développer les effets secondaires, les contre-indications de chaque méthode contraceptive, de sorte que les futurs praticiens bénéficient de notions précises, notamment en pharmacologie.

Il semble important également de connaitre les facilités d'utilisation des différentes méthodes contraceptives, ainsi que le taux de remboursement pour leur permettre de prescrire la contraception la plus adaptée à la patiente.

De même, les étudiants semblent manquer de formation concrète en ce qui concerne les différentes spécialités d'oestroprogestatifs, de progestatifs.

De plus, un cours sur l'examen gynécologique a été souhaité à de nombreuses reprises.

❖ Développer des notions sur les pathologies en gynécologie, afin de pouvoir dépister et adresser à un médecin, une femme présentant une pathologie.

De plus, il serait intéressant de bénéficier d'enseignement sur la contraception aux différents âges de la vie, y compris celle de la femme âgée de plus de 40 ans.

Les étudiants regrettent souvent d'avoir uniquement des connaissances sur la contraception en post-partum.

En effet, les écoles dispensent un programme d'enseignement conforme au programme d'études de 2001. A cette époque, la sage-femme disposait uniquement d'un droit de prescription concernant la contraception du post-partum, du post-abortum. Aujourd'hui, avec la parution de la loi HPST et pour permettre son application, la plupart des écoles modifient leurs enseignements.

❖ Revoir la surveillance d'une contraception, ainsi que le bilan préconisé pour suivre une femme sous contraception hormonale.

❖ Connaître le déroulement et la conduite à tenir lors d'une consultation de contraception.

De plus, il me semble important

- D'harmoniser la durée du module « Contraception » entre les écoles. En effet, on constate des disparités importantes entre chaque école. On pourrait par exemple, augmenter la durée d'enseignement en contraception pour les écoles se situant dans la classe de 5 à 10h.

3.2.2. Au niveau pratique :

Il semble primordial que les étudiants aient accès à davantage de terrains de stages en contraception : gynécologie libérale, PMI, Centre d'IVG ou encore Centre de Planification et d'Education familiale. En effet, ces derniers stages sont dans certaines écoles soit peu accessibles soit uniquement en optionnels.
De plus, la plupart des étudiants interrogés ont souhaité que le temps de stage en gynécologie, centre de Planification Familiale, ou en centre d'IVG soit augmenté.
Ces stages sont importants pour que les futurs praticiens puissent perfectionner leur théorie, exercer des consultations en contraception et poser des DIU et des Implants.

De plus, les étudiants ont été nombreux à suggérer :

- D'avoir accès à des enseignements dirigés de type ARC, APP, exposés permettant aux étudiants de se familiariser avec des cas cliniques, mais également d'approfondir leurs connaissances à travers une recherche et un travail personnel.

- De développer des jeux de rôles ou des mises en situation afin de mener à bien une consultation contraceptive, selon les antécédents de la patiente, ses attentes et ses désirs.

- D'instaurer des Travaux Pratiques pour la pose de DIU et d'Implant sur mannequin.

3.3. Point de vue des enseignants

La plupart des enseignants ont déclaré avoir aménagé la formation donnée à leurs étudiants, suite à l'élargissement des compétences de la sage-femme en contraception.

Les modifications principales sont les suivantes :

- Instauration d'un port-folio sur la contraception : réalisé sur 2 ans, il permet la constitution de fiches informatives sur les différentes méthodes contraceptives et la collecte de cas cliniques, sous la guidance d'un formateur.

- Création de Travaux Pratiques sur mannequin, pour la pose de DIU et d'Implant, réalisation de frottis cervico-utérin et leur interprétation, rédaction d'ordonnances.

- Cours spécifiquement orientés vers la législation professionnelle en contraception et sur la conduite d'une consultation de contraception.

- Mise en place de séances d'ARC et développement de ces séances.

- Enseignement sur la contraception, sous forme de cas cliniques, débuté dès la 1ère année d'étude et poursuivi tout au long de la formation.

- Ouverture ou Renforcement des stages en consultations de gynécologie, et auprès de gynécologues médicaux libéraux.

- Renforcement de la formation sur l'examen gynécologique.

- Inciter les étudiants à se rendre à des conférences, et/ou débats sur la contraception en dehors des heures scolaires.

3.4. Quelques pistes d'améliorations au niveau local

3.4.1. Concernant la formation théorique

La formation théorique apparaît comme de qualité à Nancy. Parmi, les étudiants interrogés, tous connaissent les méthodes contraceptives, leurs indications, contre-indications et leurs effets secondaires. De même, la législation professionnelle est connue.

A Nancy, les cours théoriques sur les méthodes contraceptives ont lieu en 2ème année d'école de sages-femmes. Or, il pourrait être judicieux, de mieux répartir les enseignements, relativement denses, sur les quatre années d'école.

De plus, un rappel tous les ans, sur les actualités en contraception, les nouveautés mises sur le marché pourrait être utile afin de réactualiser les connaissances.

De même que certaines notions pourraient être complétées comme les pathologies en gynécologie, afin de pouvoir dépister et adresser à un médecin une femme présentant une pathologie. De plus, l'examen clinique gynécologique est à approfondir.

3.4.2. Concernant la formation pratique.

Les étudiants sages-femmes de Nancy, ont également souligné leur manque de formation pratique en contraception.

En effet, sur les 15 étudiants venant de Nancy interrogés, aucun n'a eu l'occasion de poser un DIU, ni d'insérer un Implant au cours de sa formation. Par ailleurs, 80% des étudiants Nancéens ont eu l'occasion d'effectuer au moins un FCU au cours de leurs études.

Il faut rappeler qu'il s'agissait de la dernière promotion d'étudiants qui n'a pas bénéficié d'un stage en gynécologie libérale.

Ainsi, il serait judicieux de créer des Travaux pratiques pour la pose d'implant, de DIU sur mannequin et pour la réalisation de frottis cervico-utérin ainsi que son interprétation.

Une formation pratique de qualité passe également par l'entraînement avec des cas cliniques, lors de jeux de rôles ou de séances d'ARC. Ces séances permettraient aux étudiants de se préparer à l'entretien anamnestique d'une consultation de contraception, en recueillant les antécédents de la patiente-type, ainsi que des informations socio-culturelles. Ainsi le praticien peut aider la patiente à choisir une contraception adaptée à son cas.

A Nancy, tous les étudiants interrogés ont réalisé une action d'éducation à la santé en contraception. Cette action a eu lieu dans le cadre du stage au Centre de Planification Familiale.

Cette expérience est bénéfique et fructueuse, car elle permet à l'étudiant de se familiariser à une démarche d'information et de prévention, avec un jeune public.

De plus, 5 étudiants sur les 15 interrogés, ont déclaré avoir assisté à une conférence sur le thème de la contraception.

A Nancy, les étudiants bénéficient depuis la rentrée de septembre 2009 d'un stage auprès d'un gynécologue libéral, d'une durée d'une semaine.

Ce stage, est une excellente occasion à la fois de réaliser des consultations de contraception, de se familiariser avec l'examen gynécologique et d'acquérir les gestes techniques (pose de DIU et d'Implant)

Cependant, les médecins gynécologues sont encore réticents à accueillir des étudiants sages-femmes en stage dans leurs cabinets. Il s'agit donc de développer un travail en partenariat avec ces médecins. Cette collaboration permettrait une meilleure entente entre ces deux professions, les sages-femmes restant axées sur la physiologie, tandis que les médecins gynécologues géreraient la pathologie.

Enfin, ce temps de stage est court, il est souhaitable de l'augmenter : 2 semaines seraient plus profitables.

D'autres terrains de stages permettent de réaliser des consultations de contraception : il s'agit de la PMI (stage optionnel à Nancy), en centre d'IVG, en centre de Planification familiale.

De plus, les étudiants effectuent 7 semaines de stage en consultations gynéco-obstétricales à la MRAP, durant leur formation. Il est souhaitable qu'au moins une semaine de ce temps de stage soit consacrée à des consultations gynécologiques.

A Nancy, tous les étudiants ont également accès à des stages auprès d'une sage-femme libérale où la contraception est abordée, ou également en suites de couches, mais c'est la contraception du post-partum qui est prescrite.

Enfin, il serait utile pour assurer une formation initiale minimale de qualité, d'instaurer des objectifs de stages chiffrés en rapport avec la contraception. Par exemple : avoir réalisé au minimum 15 consultations de contraception, avoir posé 2 DIU et 2 Implants pour valider le Diplôme d'Etat de Sage-femme.

Pour ma part, il me semble primordial, que les sages-femmes saisissent cette opportunité qui leur est offerte de prescrire une contraception. Il s'agit pour notre profession d'assurer une prise en charge globale de la femme, à tous les moments de sa vie génitale. Si le niveau de formation et de compétence des sages-femmes les rend particulièrement aptes à exercer cette mission, l'enseignement qui leur est dispensé doit être adapté pour intégrer pleinement cette nouvelle perspective et les y préparer, y compris dans l'accomplissement d'actes techniques comme la pose d'un dispositif intra utérin ou d'un implant.

De plus, chaque sage-femme est concernée par cette évolution nécessaire de la formation tant initiale que tout au long de sa vie professionnelle. C'est pourquoi, une fois diplômés, les professionnels ont l'obligation d'une formation médicale continue, afin d'actualiser en permanence leurs connaissances, et d'apporter des soins conformes aux données scientifiques du moment à leurs patientes.

Cette formation peut être assurée par de multiples options : congrès, colloques, séminaires, ateliers de formation, séminaires organisés par des organismes spécialisés dans la formation médicale continue. La sage-femme peut également se spécialiser en effectuant des formations de type universitaires : Diplôme Inter-Universitaire, Diplôme Universitaire. Les sages-femmes ont accès au Diplôme Inter-Universitaire sur la régulation des naissances, mais également au Diplôme Universitaire de Contraception.

Conclusion

La seconde moitié du XXème siècle, a permis aux femmes de maîtriser leur fécondité, en posant le principe d'un droit à la contraception, et à l'information.

Cependant, en dépit d'une couverture contraceptive élevée, il survient un nombre non négligeable de grossesses non désirées en France et donc d'IVG.

C'est dans ce contexte qu'à vu le jour la loi HPST du 21 juillet 2009 qui a élargi les compétences dévolues aux sages-femmes. Elles ont donc l'opportunité de réaliser des consultations de contraception avec la possibilité de prescrire des contraceptifs tout au long de la vie génitale de la femme.

Actuellement, la formation théorique initiale des sages-femmes en contraception est satisfaisante. Concernant la pose des dispositifs intra-utérins ou d'implants, activités nouvelles, il conviendrait cependant de l'insérer dans le programme d'études et d'organiser des stages dédiés à cette pratique.

Pour les sages-femmes diplômées avant 2001, une formation complémentaire est indispensable dans le cadre de la formation continue pour la remise à niveau. Certaines universités développent des DU ou DIU de gynécologie- obstétrique pour les médecins généralistes, il serait souhaitable de les ouvrir aux sages-femmes.

Bibliographie

(1) WHO:

Improving access to quality care in family planning. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 2nd edition. Geneva. 2000.

(2) SERFATY D. *Contraception*. 3è éd. Paris : Masson, 2007. 543p. ISBN : 978-2-294-01600-4.

(3) NETTER A, ROZENBAUM H. *Histoire illustrée de la contraception de l'Antiquité à nos jours*. Paris : R. Dacosta, 1985. 491p. ISBN : 978-2-851-28061-9.

(4) GAULIN B. *La naissance de la contraception : Egypte ancienne et monde gréco-romain*. Mémoire pour l'obtention du Diplôme inter-universitaire de contraception. Paris V et VI, 2000-2001.

(5) ROBERSTON W.*Am illustrated history of contraception*. Edition Parthenon Publishing, 1990. 152p. ISBN: 978-0-940-81307-6.

(6) HASSOUN D. *Les grandes étapes historiques de la contraception et de l'avortement en France*. [en ligne]. Rapport. Bobigny : Association Nationale des Centres d'Interruption de Grossesse et de Contraception. 11ème journée d'étude sur l'avortement et la contraception, mai 1995. [consulté le 20 mars 2010]. Disponible sur le site : http://www.ancic.asso.fr.

(7) Planning Familial: *Histoire des femmes, le corps et la sexualité. Contraception* [en ligne] [consulté le 20 juillet 2010] . Disponible sur le site : www. planning. familial.org

(8) GUIOL N. *Les tribulations du vase sacré : une histoire de la contraception et de l'avortement vue du coté des femmes.* Mémoire de formation du Mouvement Français pour le Planning Familial du Var. 1999.

(9) Loi n=° 67-1176 du 28 décembre 1967 dite loi Neuwirth. (JO 29 décembre 1967)

(10) Loi n=° 74-1026 du 4 décembre 1974 portant diverses dispositions relatives à la régulation des naissances. (JO 5 décembre 1974)

(11) Loi n=° 75-17 du 17 janvier 1975 dite loi Veil, relative à l'IVG. (JO 18 janvier 1975)

(12) CESBRON P. *L'interruption de grossesse depuis la loi Veil.* Paris : Flammarion, 1997.126p.

(13) Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes. *Les consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention.* [en ligne].[consulté le 17 février 2010]. Disponible sur le site : www.ordre-sages-femmes.fr

(14) ALLARD D. Etre sage-femme et prescrire une contraception. *La Revue Sage-Femme.*2005; 4,2:90-97

(15) GOMEZ C. La contraception : quel rôle pour la sage-femme ? Incidences des nouvelles dispositions légales. *La Revue Sage-Femme.*2007;6,2:74-89.

(16) BUREAU A. Contraception prescrites par les sages-femmes. *Les Dossiers de L'Obstétrique*.2008;371:11-17.

(17) MIMOUN S .Pour une contraception choisie. *Abstract Gynecologie*.2008;n° spécial.

(18) LE TOHIC A. Les femmes sont-elles satisfaites de leur contraception ? Enquête auprès de 263 patientes. *La lettre du gynécologue*. 2006;314 :32-37.

(19) Arrêté du 23 février 2004 modifié par l'arrêté du 12 octobre 2005 fixant la liste des médicaments que les sages-femmes peuvent prescrire et les conditions de leur délivrance par les pharmaciens (JO 8 novembre 2005)

(20) Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST), Article 86, II. (JO 22 juillet 2009)

(21) AKOUKA C, BISSONNIER A, BENOIT TRUONG CAHN M et al. Précisions sur les nouvelles compétences. *Contact Sage-femme : La Lettre du Conseil de l'Ordre*.2010 ;23:7.

(22) BAJOS N, MOREAU C, LERIDON, H, FERRAND, M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? *Populations et société*. 2004 :407.

(23) TOURMEN F. Accessibilité à la contraception : bonnes pratiques, normes, formation des professionnels (elles). *Les Dossiers de l'Obstétrique*. 2008 ;371:19-20.

(24) Etude COCON : enquête socio-épidémiologique. Unité INSERM-INED, U569, 2000.

(25) Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme - recommandations de bonne pratique, [en ligne], 2004, [consulté le 29 janvier 2010], disponible sur le site de l'HAS :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_contraception_vvd-2006.pdf

(26) LINET T. Choix, mise en place et suivi de la contraception. *Vocation Sage-Femme*.2009;8,76:23-26.

(27) PAULARD I. Evolution des compétences des sages-femmes : ouverture de la loi HPST. *Vocation sage-femme*. 2009;8,76:9.

(28) PAULARD I. Les sages-femmes face à la prescription d'un contraceptif. *Vocation Sage-Femme*. 2009 ;8,76 :15-22.

(29) Collège National des Sages-Femmes. *La contraception la connaître, la comprendre pour mieux la conseiller*. 2010.

(30) PONTE C, NGUYEN F, M-A POULAIN. *40 questions sur le métier de sage-femme*. Paris : Elsevier Masson, 2007. 253p. ISBN : 978-2-294-07467-7

(31) Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sages-femmes. (JO 19 décembre 2001).

(32) BARAILLE, A. *Implantation d'un port folio de contraception dans le cursus des études de sage-femme*. Mémoire pour l'obtention d'un DIU de pédagogie médicale. Facultés de médecine de Limoges, Poitiers, Tours. Limoges. 2008-2009.

TABLE DES MATIERES

Glossaire **3**

Sommaire **4**

Préface **6**

Introduction **7**

Partie 1 ..... **9**

1. Evolution socio-historique de la contraception **10**

1.1. Le Monde Antique 10
1.2. En France 11

2. La législation sur la contraception **14**

2.1. Chronologie de la législation sur la contraception en France 14
2.2. Evolution du cadre légal de la contraception depuis la loi Neuwirth 16

3. Evolution des compétences des sages-femmes en contraception. **18**

3.1. La législation 18
3.2. La loi HPST du 21 juillet 2009 20
3.3. Contexte socio-démographique français ayant conduit à la loi HPST 21

4. La formation en contraception des sages-femmes **24**

4.1. La formation continue 24
4.2. La formation initiale en contraception des sages-femmes 25
4.2.1. Evolution des études de sages-femmes 25
4.2.2. La formation initiale en contraception depuis 2001 26

Partie 2 ..... **29**

1. Objectifs de l'étude **30**

1.1. Mon objectif principal est 30
1.2. Mes objectifs secondaires sont 30
1.3. Mes hypothèses de recherches sont les suivantes : 31

2. Matériels et méthodes **31**

2.1. Type d'étude : 31
2.2. Population étudiée, échantillonnage : 31
2.3. Critère d'inclusion 32
2.4. Critère d'exclusion 32

2.5. Déroulement de l'étude 32
2.6. Description des données collectées et méthodes de mesure 33
2.6.1. Mes critères de jugements : 33
2.6.2. Modalités de recueil des données 34
2.6.3. Modalités d'informatisation des données 35
2.7. Analyse statistique 35
2.8. Aspects médico-légaux réglementaires 35
3. Résultats de l'étude 36
3.1. Population 36
3.2. Connaissances théoriques des étudiants. 36
3.2.1 Etat des lieux des connaissances. 36
3.2.2. Enseignement théorique de la contraception 39
3.2.3. Qualification de l'intervenant 40
3.2.4. Nombre d'heures allouées à la contraception 40
3.2.5. Mode d'évaluation des connaissances des étudiants 41
3.3. Enseignements dirigés sur le thème de la contraception. 41
3.4. Réalisations de gestes techniques en contraception 43
3.4.1. Pose de DIU 43
3.4.1.1 Point de vue des étudiants. 43
3.4.1.2 Point de vue des équipes enseignantes : 44
3.4.2. Pose d'un Implant 45
3.4.2.1. Point de vue des étudiants 45
3.4.2.2. Point de vue des enseignants. 46
3.4.3. Réalisation d'un frottis cervico-utérin 47
3.4.3.1 Point de vue des étudiants 47
3.4.3.2 Point de vue des enseignants : 47
3.5. Participation à des actions d'éducation à la santé en contraception 48
3.6. Participation à des congrès, conférences, colloques sur la contraception 49
3.7. Stages en contraception. 49
3.7.1. Point de vue des étudiants. 49
3.7.2. Point de vue des enseignants : 50
3.7.3. Consultations de contraception réalisées en stage : 50
3.7.4. Rôle de l'étudiant lors de ces consultations : 51
4. Estimation de la formation par les étudiants 52

Partie 3 53

1. Constatations de l'étude 54
1.1. La formation théorique 54
1.2. La formation pratique 54
1.2.1. Les enseignements dirigés. 54
1.2.2. Les stages en contraception. 55
1.3. Les actions d'éducation à la santé en contraception. 55
1.4. Les colloques 56
2. Critique de l'étude 56
2.1. Limites 56
2.2. Atouts 56

3. Suggestions d'amélioration de la formation initiale des sages-femmes. 57

3.1. Hypothèses 57
3.2. Point de vue des étudiants 57
3.2.1. Au niveau de la formation théorique : 57
3.2.2. Au niveau pratique : 59
3.3. Point de vue des enseignants 60
3.4. Quelques pistes d'améliorations au niveau local 61
3.4.1. Concernant la formation théorique 61
3.4.2. Concernant la formation pratique 61

Conclusion 64

Bibliographie 65

Table des matières 70

Annexe 1 73

Annexe 2 74

- Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme ... 74

Annexe 3 79

Annexe 4 82

Annexe 1

La loi HPST du 21 juillet 2009.

Article 86

I. — Le dernier alinéa de l'article L. 2122-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le médecin ou la sage-femme propose également un frottis cervico-utérin, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. »

II.-Le dernier alinéa de l'article L. 4151-1 du même code est ainsi rédigé :

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

IV.-L'article L. 5134-1 du même code est ainsi modifié :

1° A la deuxième phrase du deuxième alinéa du I, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : «, une sage-femme » ;

2° Le II est ainsi modifié :

a) A la première phrase du premier alinéa, le mot : « médicale » est remplacé par les mots : « d'un médecin ou d'une sage-femme » ;

b) La deuxième phrase du premier alinéa est supprimée ;

c) La première phrase du deuxième alinéa est complétée par les mots : « ou une sage-femme » ;

d) A la seconde phrase du deuxième alinéa, le mot : « médecin » est remplacé par le mot : « praticien » ;

3° Après le mot : « prescrire », la fin du III est ainsi rédigée : « les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux. La surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant. »

V.-Le présent article est applicable dans les îles Wallis et Futuna.

Annexe 2

Le programme des études de sage-femme

(en relation avec la contraception).

- **Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme**

(Journal officiel du 19 décembre 2001)

La profession de sage-femme est classée dans la quatrième partie du code de la santé publique, titre IV du livre 1er, parmi les professions médicales. La loi du 19 mai 1982 a nettement défini ses champs d'activité et la politique de périnatalité lui donne une place de choix en tant qu'acteur de santé. Compte tenu de l'évolution du système de santé et des changements de notre société, la sage-femme occupe une place privilégiée auprès des femmes, des couples, des mères et des enfants.

La formation initiale doit amener les étudiants à l'exercice d'une compétence médicale et d'une réelle responsabilité. Parallèlement à l'acquisition du savoir médical, cette formation permet de développer, d'une part des qualités d'analyse et de synthèse qui permettront aux futurs praticiens de participer à la politique de santé publique du pays, d'autre part des qualités humaines et relationnelles pour une meilleure prise en charge possible des patientes. Elle doit permettre, en outre, la construction d'une identité professionnelle et l'apprentissage des différents modes d'exercice.

- **LA PROFESSION DE SAGE-FEMME**

La sage-femme développera des capacités regroupées dans les différentes catégories d'objectifs afin de produire des actions en faveur de la santé maternelle et infantile :

Prévenir, informer, éduquer dans les domaines de la sexualité, la fécondité et l'infertilité, de la gynécologie.

➢ OBJECTIFS DE RÉFÉRENCE POUR LA FORMATION CLINIQUE, TECHNIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE

29. Informer les femmes et les couples dans le domaine de la régulation des naissances.
30. Participer aux actions d'éducation sexuelle, à la prévention des maladies sexuellement transmissibles et à l'information des adolescents.
33. Participer à la prévention, à l'information et à l'éducation dans les domaines de la fécondité et de l'infertilité, de la gynécologie

➢ ENSEIGNEMENT THÉORIQUE

❖ Orientations de l'enseignement de la 1re phase

✓ Physiologie :

L'enseignement de la physiologie permet l'acquisition des connaissances de base des grands systèmes de régulation. Il est particulièrement développé en ce qui concerne **la physiologie de la reproduction** et la physiologie périnatale.

✓ Microbiologie :

L'enseignement de microbiologie permet l'acquisition de connaissances de base du processus infectieux. **Il permet la prescription et l'interprétation des résultats d'examens en microbiologie.**

✓ Gynécologie :

L'enseignement de la **gynécologie permet l'acquisition de connaissances sur :**

l'examen clinique en gynécologie.

les étapes de la vie génitale de la puberté à la ménopause.

la régulation des naissances.

❖ **Orientations de l'enseignement de la 2e phase.**

✓ Gynécologie :

Cet enseignement apporte :

des connaissances permettant de participer à la prise en charge des patientes présentant des pathologies gynécologiques ;

des notions en sexologie.

✓ Pharmacologie :

L'enseignement de pharmacologie s'oriente vers les grandes classes de médicaments, étudiées en lien avec **le droit de prescription** et la pratique professionnelle de la sage-femme.

➢ **ENSEIGNEMENT CLINIQUE : STAGES**

Recommandations :

L'approche de la profession se fait à travers les stages réalisés dans toutes les formes d'exercice professionnel.

L'organisation pédagogique de stages permet l'acquisition des compétences professionnelles.

Le choix des terrains de stage s'établit en fonction du projet pédagogique de l'école, du projet de formation de l'étudiant et des possibilités locales.

La différenciation des stages permet de développer des partenariats avec d'autres professionnels de santé. Une place nouvelle est accordée aux actions de prévention en raison de l'implication de la profession de sage-femme dans la politique de santé. La planification de la formation clinique des étudiants sages-femmes est effectuée en semaines temps plein. Toute autre organisation peut être envisagée en fonction du projet pédagogique de l'école.

Les stages sont effectués dans :

- Les établissements de soins publics ou privés et leurs maternités, qu'elles soient de type I, II et III ;
- Les cabinets de sages-femmes libérales ;
- Les centres de consultations avancées ;
- Les services de protection maternelle et infantile ;
- Les services d'alternatives à l'hospitalisation (hospitalisation à domicile, soins à domicile) ;
- Certains stages comme : préparation à la naissance, échographie, rééducation périnéo-sphinctérienne, information/prévention, peuvent être effectués sous forme de vacations. La vacation correspond à 4 heures de stage ;
- Les stages comportent des gardes de jour et de nuit.

Des stages à l'étranger peuvent être organisés après approbation de l'équipe pédagogique.

L'organisation des stages prend en compte l'évolution de la politique de santé.

❖ Stages de 1re phase

Au cours de la 1ère phase de sa formation l'étudiant sage-femme devra effectuer

3 semaines (soit 120 heures) à option permettant de développer des **actions de prévention auprès de la mère**, de l'enfant et de la **famille** (à titre indicatif) :

PMI ;

crèche ;

centre d'information et de planification familiale ;

écoles ;

actions communales, départementales ou régionales de santé ;

autres.

❖ Stages de 2ème phase

Au cours de la 2ème phase de sa formation l'étudiant sage-femme devra effectuer :

- ✓ 3 semaines (soit 120 heures) permettant de participer à la prise en charge des femmes présentant des pathologies gynécologiques et d'informer les femmes dans le cadre de la régulation des naissances dans les services de :

Gynécologie : Hospitalisation ;

Gynécologie : Consultations ;

centre d'information et de planification familiale ;

centre de conseil conjugal ;

Rééducation périnéale (5 vacations minimum en complément du stage de suites de couches).

- ✓ 3 semaines (soit 120 heures) permettant l'ouverture de la formation vers les différentes formes d'exercice de la profession :

Cabinets de sages-femmes libérales ;

Protection Maternelle et Infantile ;

Assistance médicale à la procréation ;

centres médico-sociaux ;

Autres.

Annexe 3

- **Lettre accompagnant le questionnaire destiné à l'équipe pédagogique.**

BOUSENDORFER Marion
Etudiante sage-femme
43 rue Victor Hugo
57520 Rouhling
Tél : 06 84 62 82 79
marion.bousendorfer@wanadoo.fr

Objet: Mémoire de fin d'étude de sage-femme.

Nancy, le 10 avril 2010

Madame, Monsieur,

Je suis étudiante sage-femme en 3ème année, à l'école de Nancy. Je réalise mon mémoire dont le sujet est : Evaluation de la formation initiale des sages-femmes en contraception.

Ce mémoire a pour objectifs d'évaluer les connaissances en contraception des étudiants sages-femmes et d'identifier les éventuels besoins de formation, afin de répondre aux nouvelles compétences fixées par la loi Hôpital Patients Santé Territoire du 21 juillet 2009, c'est-à-dire : réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention.

Ce questionnaire ne vous prendra que quelques minutes. Je vous remercie de bien vouloir me le retourner avant le 1er juin 2010 (enveloppe jointe). Je reste à votre disposition pour de plus amples informations aux coordonnées ci-dessus.

Marion Bousendorfer

➢ **Questionnaire destiné à l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes.**

1) La contraception fait partie intégrante de la formation initiale.
En quelle année de formation, vos étudiants bénéficient- ils d'enseignements théoriques en contraception ?

☐ Première année de première phase
☐ Deuxième année de première phase
☐ Première année de deuxième phase
☐ Deuxième année de deuxième phase

2) Par quel intervenant ?

☐ Gynécologue
☐ Sage-femme cadre enseignante
☐ Sage-femme
☐ Autre :

3) Quel est le nombre d'heures de cours alloué au thème de la contraception ?
Heures.

4) Vos étudiants bénéficient ils d'enseignements dirigés sur le thème de la contraception ?

☐ Jeux de rôles
☐ Exposés
☐ Apprentissage par raisonnement clinique (ARC)
☐ Apprentissage par problèmes (APP)
☐ Port folio
☐ Travaux pratiques.
☐ Autres :

5) Vos étudiants réalisent ils des actions d'éducation à la santé en matière de contraception ?

☐ Oui ☐ Non
Si oui, lesquelles :
☐ Informations auprès des collégiens
☐ Informations auprès des lycéens
☐ Informations auprès des étudiants
☐ Participation à la Journée Mondiale de la Contraception
☐ Informations auprès des couples
☐ Informations dans les centres de planification et d'éducation familiale
☐ Informations auprès de personnes handicapées
☐ Autres :

6) Vos étudiants ont-ils la possibilité de participer à des conférences sur ce thème ?

☐ Oui ☐ Non

7) Réalisent-ils des stages dans le domaine de la contraception ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui dans quels lieux ?

☐ Gynécologue libéral
☐ Centre de planification familiale
☐ Suites de couches
☐ Consultations gynécologiques
☐ Centre d'IVG
☐ Centre périnatal de proximité
☐ Sage-femme libérale
☐ PMI
☐ Autres :

8) Vos étudiants, ont-ils la possibilité de poser un Dispositif intra-utérin (DIU) ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui : à quelle occasion ?

☐ En stage
☐ En travaux pratiques

9) Vos étudiants, ont-ils la possibilité de poser un Implant ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui : à quelle occasion ?

☐ En stage
☐ En travaux pratiques

10) Vos étudiants, réalisent-ils des frottis cervico-vaginaux ?

☐ Oui ☐ Non

11) Comment évaluez-vous les connaissances en contraception de vos étudiants ?

12) Avez-vous, ou comptez vous, apporter des modifications à l'enseignement de la contraception suite à l'élargissement des compétences de la sage-femme ?

Annexe 4

➢ **Lettre accompagnant le questionnaire destiné aux étudiants sages-femmes.**

Bonjour,

Je suis étudiante sage-femme en 3ème année, à l'école de Nancy. Je réalise mon mémoire dont le sujet est : **Evaluation de la formation initiale des sages-femmes en contraception.**

Ce mémoire a pour objectifs d'évaluer les connaissances des étudiants sages-femmes en contraception, et d'identifier les éventuels besoins de formation, afin de répondre aux nouvelles compétences fixées par la loi Hôpital Patients Santé Territoires du 21/07/2009, c'est-à-dire : réaliser des consultations de contraception.

Ce questionnaire ne vous prendra que quelques minutes. Je vous remercie de bien vouloir me le retourner **avant** le **1er juin 2010**.

Marion Bousendorfer

➢ **Questionnaire destiné aux étudiants (es) en dernière année de formation.**

1) Dans quelle école de sages-femmes êtes-vous ?

2) En quelle année de formation êtes-vous ?

☐ Première année de Première Phase
☐ Deuxième année de Première Phase
☐ Première année de Deuxième Phase
☐ Deuxième année de Deuxième Phase

3) Avez-vous réalisé la totalité de votre cursus en France ?

Oui ☐ Non ☐

4) Connaissez-vous les indications des différentes méthodes contraceptives ?

Oui ☐ Non ☐

5) Connaissez-vous leurs contre-indications ?

Oui ☐ Non ☐

6) Connaissez-vous les effets secondaires des différentes méthodes contraceptives ?

Oui ☐ Non ☐

7) Connaissez-vous le droit de prescription des sages-femmes en matière de contraception ?

Oui ☐ Non ☐

8) Avez-vous bénéficié d'enseignements dirigés sur le thème de la contraception ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui lesquels ?

☐ Apprentissage par raisonnement clinique
☐ Jeux de rôles
☐ Apprentissage par problèmes
☐ Exposés
☐ Travaux de groupe
☐ Port-Folio
☐ Travaux pratiques
☐ Autres :

9) Avez-vous eu l'occasion de poser un DIU ?

☐ Oui ☐ Non

a) Si oui : A quelle occasion ?
☐ En stage
☐ En travaux pratiques
☐ Autres :

b) Si oui : Combien de DIU avez-vous posé ? :

10) Avez-vous eu l'occasion de poser un implant ?

☐ Oui ☐ Non

a)Si oui : à quelle occasion ?
☐ En stage
☐ En travaux pratiques
☐ Autres :

b) Si oui : Combien d'implants avez-vous posé ? :

11) Avez-vous eu l'occasion de réaliser des frottis cervico-vaginaux ?
☐ Oui ☐ Non

Si oui : Combien ?

12) Avez-vous participé à des actions d'éducation à la santé dans le domaine de la contraception (ex : collèges, lycées, centre de planification familiale) ?

☐ Oui ☐ Non

13) Avez-vous participé à des conférences, colloques sur le thème de la contraception durant vos études ?

☐ Oui ☐ Non

14) Avez-vous réalisé des stages dans le domaine de la contraception ?

☐ Oui ☐ Non

a) Si oui où ? Veuillez préciser leur durée si possible.
☐ Gynécologie libérale
☐ Centre de planification familiale
☐ Suites de couches
☐ Consultations gynécologiques
☐ Centre d'IVG
☐ Centre périnatal de proximité
☐ Sage-femme libérale
☐ PMI.

b) Combien de consultations de contraception avez-vous réalisé ?

c) Quel a été votre rôle lors de ces consultations ?
☐ Vous avez mené la consultation
☐ Vous avez observé la consultation
☐ Autre :

15) Vous estimez vous suffisamment formés pour assurer des consultations de contraception ?

☐ Oui ☐ Non

Pourquoi ?

16) Avez-vous des suggestions, pour améliorer votre formation initiale en contraception ?