



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

Université Claude Bernard LYON 1

UFR de Médecine et de Maïeutique de Lyon Sud Charles Mérieux

Site de formation maïeutique de Bourg-en-Bresse

**La contraception chez les étudiantes sages-femmes :
Etude de l'impact de la formation sur leur choix**

Mémoire présenté et soutenu par

Clotilde DUCHON

Née le 02 juillet 1991

En vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme

PROMOTION 2010-2015

Remerciements

Je tiens à remercier Françoise Morel, sage-femme enseignante au site de formation de Bourg-en-Bresse, pour ses conseils et son implication dans l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie aussi du fond du cœur ma famille pour son soutien sans faille, les moments de détente et tous les petits mots d'encouragement qui m'ont permis de ne jamais baisser les bras.

Un énorme merci à mes amis qui, de près comme de loin et chacun à sa façon, ont su m'aider à traverser cette année : Hélène et Benoit, Albane, Aude, Pascal, Eloïse et Marine, la bulle team et tous les autres...

Et enfin merci à ma Lucille et à mon Elodie pour ces années passées avec vous ! Cela aurait été nettement moins facile sans vous ! Pour le soutien, les fous rires, les vacances, les « soirées du jeudi » et tous les autres supers moments partagés, MERCI !

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	1
LISTE DES ABREVIATIONS.....	5
INTRODUCTION.....	6
<u>PARTIE I : La théorie</u>	
I.La situation contraceptive en France.....	7
A.Une norme contraceptive	7
B.La contraception chez les 20-24 ans.....	8
C.Les recommandations officielles de l'HAS et de l'OMS en matière de contraception	10
1.La 1 ^{ère} contraception	10
2.La contraception chez la femme jeune.....	12
3.La contraception en post-partum ou pendant l'allaitement maternel.....	17
4.La conduite à tenir en cas d'oubli de contraception et la contraception d'urgence	20
II.La formation sage-femme	23
A.Le 1 ^{er} cycle de la formation	23
1.Hormonologie-Reproduction	23
2.Gynécologie.....	24
B.Le 2 nd cycle de la formation.....	25
III.Une population particulièrement exposée aux bouleversements des habitudes contraceptives.....	26
A.Un taux d'échec de contraception important	26
B.La polémique des pilules de 3 ^{ème} et 4 ^{ème} générations en décembre 2012	27
C.De nouvelles recommandations pour les prescripteurs	29
<u>PARTIE II: L'enquête</u>	
I.L'enquête.....	32
A.Problématique.....	32

B.Objectifs et hypothèses.....	33
C.Population et méthode d'enquête	34
1.Le questionnaire	34
2.La population étudiée.....	36
II.Les résultats de l'enquête	36
A.Le profil de l'étudiante.....	36
1.Répartition selon l'école.....	36
2.Répartition selon l'âge	37
3.Le type de relation amoureuse.....	38
4.La durée de la relation amoureuse.....	39
B.Le suivi gynécologique des étudiantes.....	40
1.Type de professionnel effectuant le suivi gynécologique de l'étudiante.....	40
2.Les étudiantes suivies par une sage-femme	41
C.La contraception depuis le début de la formation.....	43
1.Le moyen de contraception utilisé en début de cursus.....	43
2.Le moyen de contraception actuel	48
D.Les étudiantes ayant changé de moyen de contraception.....	51
1.Le nombre de changements	51
2.Les autres moyens de contraception utilisés.....	52
3.Les raisons du ou des changement(s)	53
E.Les étudiantes n'ayant pas changé de moyen de contraception au cours de la formation.....	59
1.Y a-t-il eu souhait de changement ?.....	59
2.Les raisons ayant empêché le changement.....	60
F.L'utilisation de la contraception d'urgence et des tests de grossesse	61
G.La formation	63
1.Les enseignements.....	63
2.Le ressenti de l'étudiante sur sa formation.....	65
H.Les cas cliniques	69
1.Cas clinique n°1	69

2.Cas clinique n°2.....	71
3.Cas clinique n°3.....	72
4.Cas clinique n°4.....	74
5.Cas clinique n°5.....	76

PARTIE III: Discussion

I.Validité de l'enquête.....	78
A.Limites et intérêts.....	78
B.Difficultés rencontrées	79
C.Biais de l'étude	80
II.Discussion et analyse des résultats	80
A.Le suivi gynécologique.....	80
B.La contraception en début de formation	81
C.La contraception en fin de formation	83
D.Le changement de contraception.....	86
E.La contraception d'urgence et les tests de grossesse	87
F.Evaluation de la formation	89
III.Propositions et nouvelles hypothèses	93
CONCLUSION.....	96

ANNEXES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BIBLIOGRAPHIE

RESUME

Liste des abréviations

INPES Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

DIU Dispositif Intra-Utérin

IST Infections Sexuellement Transmissibles

ANSM Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

HAS Haute Autorité de Santé

EE Ethinyl-Estradiol

FFPRHC Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care

SIDA Syndrome de l'Immuno-Déficiência Acquis

SIU Système Intra-Utérin

COC Contraception Orale Combinée

AMM Autorisation de Mise sur le Marché

OP Oestro-Progestatifs

IMC Indice de Masse Corporelle

OMS Organisation Mondiale de la Santé

COEP Contraception Orale Estro-Progestative

ANAES Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

IGH Infection Génitale Haute

HTA Hyper-Tension Artérielle

MAMA Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

IGAS Inspection Générale des Affaires Sociales

VIH Virus de l'Immunodéficiência Humaine

IVG Interruption Volontaire de Grossesse

Introduction

Lorsque l'on parle de contraception, les premières idées qui nous viennent en tête sont : la « pilule » et les préservatifs. Or, de nombreux autres moyens de contraception sont disponibles et pourtant très peu utilisés chez les jeunes car méconnus.

De même, lorsque l'on discute avec les patientes en post-partum pour savoir quel moyen de contraception elles souhaitent par la suite, il existe un nombre important de ces mêmes patientes qui, à part la pilule, ne connaissent rien d'autre. Alors que la pilule contraceptive n'est peut-être pas le moyen le plus adapté pour toutes les femmes.

Au cours des 5 années des études de maïeutique, nous avons constaté que de nombreuses camarades de promotion avaient changé de méthode contraceptive, suite aux cours que nous avons eus sur le sujet.

Nous nous sommes alors posé plusieurs questions : suivre des études de sage-femme a-t-il une influence sur le souhait de contraception des étudiantes ? Est-ce que le fait d'être mieux informées nous permet de choisir un moyen de contraception plus adapté à nos besoins ?

Dès lors, l'objectif est double : montrer l'impact de la formation sage-femme sur les étudiantes sur leur choix en matière de contraception et de suivi gynécologique ainsi que sur leurs futures pratiques professionnelles et montrer la nécessité d'une meilleure information auprès des jeunes à propos de la contraception.

Afin de répondre à nos questions, nous exposerons dans une première partie théorique la situation contraceptive en France. Puis nous étudierons le contenu de la formation sage-femme sur le thème de la gynécologie et de la contraception en particulier. Pour terminer, nous évoquerons pourquoi la population des jeunes personnes est une population particulièrement exposée aux bouleversements des habitudes contraceptives. Dans un 2nd temps, l'enquête réalisée ainsi que les résultats obtenus seront détaillés. Pour finir, ces résultats seront analysés puis discuter afin de proposer de nouvelles propositions et d'établir de nouvelles hypothèses.

Partie I : La théorie

I. La situation contraceptive en France

A. Une norme contraceptive

En France, le taux de couverture contraceptive est élevé puisque 75% des femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans) utilisent un moyen de contraception (1), un chiffre qui s'élève à 90,2% selon une enquête de l'INPES en 2010 (2). La plupart des femmes utilisent une contraception orale : la « pilule » est le principal mode de contraception chez les moins de 45 ans.

Avec les différentes études menées sur ce sujet, nous nous rendons compte qu'il existe en France un parcours contraceptif stéréotypé (2). En effet, à l'entrée dans la sexualité, on retrouve une utilisation majeure des préservatifs seuls ou en association avec la pilule. Puis, dès que la relation s'installe, les femmes optent pour la pilule contraceptive seule. L'âge avançant (souvent vers 40-45 ans), le dispositif intra-utérin (DIU) prend le pas sur la pilule. Ce dernier est le plus souvent prescrit une fois que le nombre d'enfants souhaité est atteint.

En France, l'âge moyen des 1ers rapports sexuels est stable autour de 17 ans et 6 mois: 3 adolescents sur 4 utilisent une méthode contraceptive lors de leurs 1^{ers} rapports (38% utilisent la pilule). (3). Le principal moyen utilisé est le préservatif, pour sa visée contraceptive mais aussi pour la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), faisant l'objet de nombreuses campagnes de prévention. Cette population des 15-19 ans a plus difficilement accès à des moyens contraceptifs nécessitant une prescription médicale, du fait des tabous autour de la sexualité des jeunes mais aussi du fait de leur crainte à l'égard de l'environnement familial et social susceptible d'entraver ou influencer le jeune dans son choix.

La pilule reste le moyen le plus utilisé en France (55,5% des femmes en 2010 (2) avec une fréquence maximale chez les 20-24 ans (où 87,8% d'entre elles utilisaient une pilule contraceptive en 2005 et 83,4% en 2010).

Le 2nd moyen le plus utilisé est le DIU au cuivre : 21% des femmes en France en 2010 utilisent ce moyen comme contraception. Son utilisation reste marginale chez les jeunes et les femmes sans enfants. (1). Ce sont les femmes de plus de 45 ans qui utilisent le plus le DIU (43,2% contre 35,5% qui utilisent encore la pilule).

Quant aux implants, patches, anneaux vaginaux, leur utilisation reste limitée. Ce sont les femmes âgées de 25 à 34 ans qui les utilisent le plus (6.2% de cette tranche d'âge ; 4,7% dans la population générale). (2)

Néanmoins, suite à la polémique des pilules oestro-progestatives de 3^{ème} et 4^{ème} génération de décembre 2012, une évolution sur les habitudes contraceptives semble se profiler en France. En effet, la vente des pilules oestro-progestatives, et notamment les 3^{ème} et 4^{ème} générations, a chuté de 36,6% entre août 2012 et août 2013 selon l'ANSM (1). Dans un même temps, la vente des DIU au cuivre a augmenté de 45,1% (+ 14,3% pour les DIU hormonaux et les implants contraceptifs). Cependant, l'ANSM stipule que la distribution par âge n'a pas ou peu changé.

B. La contraception chez les 20-24 ans

Concentrons-nous plus particulièrement sur la population des femmes âgées de 20 à 24 ans, dont sont issues la majeure partie des étudiantes sages-femmes en dernière année de formation ayant participé à notre étude.

Dans cette tranche d'âge, la pilule contraceptive (oestro-progestative ou progestative seule) reste de très loin le moyen le plus utilisé. En effet, en 2005, 87,8% des femmes de 20 à 24 ans utilisent cette méthode (4) et 83,4% en 2010 selon une enquête effectuée par l'INPES en France métropolitaine sur des femmes non enceintes déclarant utiliser systématiquement ou non un moyen pour éviter une grossesse, sexuellement actives au cours des 12 derniers mois et ayant un partenaire homme. (2)

Les autres moyens contraceptifs sont utilisés de manière beaucoup plus marginale avec néanmoins un taux d'utilisation des méthodes autres que la pilule

et le préservatif qui est passé de 2 à 9% entre 2005 et 2010 chez les 20-24 ans (5), montrant un début de diversification en matière de contraception.

En 2005, 1,1% des femmes âgées de 20 à 24 ans ont recours au DIU (sans distinction entre le DIU au cuivre et le DIU hormonal). Seulement 0,9% utilisent l'implant, le patch contraceptif, l'anneau vaginal ou les injections progestatives. Et 9,7% préfèrent l'utilisation du préservatif à visée contraceptive. Les méthodes naturelles, elles, ne représentent que 0,5% des moyens utilisés chez les 20-24 ans. (4)

En 2010, la situation est relativement similaire avec, comme nous l'avions dit plus haut, une part plus importante du DIU, implant, anneau, patch et autres. En effet, 3,7% des femmes entre 20 et 24 ans déclarant utiliser un moyen de contraception optent pour le DIU. 5,4% utilisent l'implant, l'anneau vaginal, le patch contraceptif ou les injections hormonales. L'usage des préservatifs diminue et n'est plus utilisé que chez 7,2% des femmes de cette tranche d'âge. Les méthodes naturelles sont le moyen utilisé par 0,3% de ces mêmes femmes. Aucune femme de cette population n'utilise des méthodes locales (diaphragme, cape cervicale, spermicides...). Il en est de même avec la stérilisation définitive (2)

En ce qui concerne la contraception d'urgence (« pilule du lendemain »), l'INPES, dans le Baromètre Santé de 2010, déclare que 24% des femmes âgées de 15 à 49 ans et ayant déjà eu des rapports sexuels ont utilisé au moins une fois dans leur vie la contraception d'urgence (le chiffre s'élevait à 8,8% en 2000 et 14,4% en 2005). (1) (5)

Le recours à la contraception d'urgence est plus important chez les femmes plus jeunes (43% chez les 15-24 ans). (5)

Dans la population qui nous intéresse, en 2010, 43,3% des femmes âgées de 20 à 24 ans déclarent avoir utilisé au moins une fois la contraception d'urgence (contre 31,8% en 2005 et 16% en 2000). (5)

Les principales raisons qui poussent les jeunes femmes à utiliser une contraception de rattrapage en 2005 sont majoritairement l'oubli de pilule (42,3% des 20-24 ans), un problème avec le préservatif (22,4%) ou un rapport sans protection (18%) (4)

Le recours à la contraception d'urgence est donc en augmentation constante en France mais son utilisation reste limitée puisque seulement 14,4% des femmes l'ont utilisée en 2005 (1). De plus, l'enquête FECOND réalisée en 2012 rapporte que seule 1 femme sur 4 déclarant un problème avec l'utilisation du préservatif au cours du dernier mois a eu recours à la contraception d'urgence. (6)

Aussi, la prise répétée reste marginale (1)

C. Les recommandations officielles de l'HAS et de l'OMS en matière de contraception

1. La 1^{ère} contraception

Chez les adolescents et les jeunes adultes, l'objectif est double : obtenir une contraception efficace chez les jeunes, dont la fertilité est plus importante, et se protéger contre la transmission des IST.

Pour cela, l'HAS recommande en 1^{ère} intention comme 1^{ère} contraception une pilule oestro-progestative normo- ou mini-dosée (20 ou 30 µg d'éthinylestradiol (EE)) avec un progestatif de 2^{ème} génération (7). D. Serfaty, dans son ouvrage « Abrégés de la Contraception », (8), recommande en primoprescription chez l'adolescent ou l'adulte jeune l'utilisation de pilules oestro-progestatives à 30 µg d'EE plutôt que 20 pour un contrôle du cycle plus satisfaisant et donc pour une meilleure observance (selon la FFPRHC). Le passage à une pilule mini-dosée pourra se faire au bout de quelques mois d'essais.

Chaque pilule a ses avantages et ses inconvénients. Une pilule mini-dosée permet une diminution du risque cardio-vasculaire, améliore la tolérance métabolique et clinique, permettant ainsi un taux de continuation élevé. Par contre, elle inhibe l'ovulation mais pas forcément la fonction ovarienne globale d'où un risque de dystrophie au niveau des tissus cible comme le sein, l'endomètre, les ovaires. Une pilule normo-dosée, elle, permet un bon contrôle du cycle ainsi qu'une excellente

efficacité contraceptive. Mais le risque cardio-vasculaire est plus important et la tolérance clinique et donc le taux de continuation sont variables. (8)

Les recommandations officielles préconisent l'utilisation de progestatifs de 1^{ère} ou 2^{ème} générations en cas de 1^{ère} prescription car le risque cardio-vasculaire est moindre qu'avec les 3^{èmes} générations. (8)

Chez cette population jeune, il est tout aussi important de prévenir une grossesse que d'empêcher la transmission d'infections sexuellement transmissibles comme, entre autre, le SIDA. La HAS conseille donc vivement à toute personne à haut risque l'utilisation de la double protection, à savoir une pilule oestro-progestative associée à l'utilisation d'un préservatif masculin ou féminin. (7)

La contraception orale uniquement progestative ne doit être prescrite en 1^{ère} intention seulement en cas de contre-indication aux œstrogènes. Il faut néanmoins prévenir la patiente que des anomalies menstruelles sont plus fréquentes (spotting, aménorrhée...).

Les autres moyens contraceptifs, même si possible d'utilisation dans cette population, restent en position très marginale. Ceci est dû à plusieurs raisons comme notamment le non-remboursement des anneaux, patchs et autres. L'utilisation d'un DIU ou SIU est possible mais il faut en adapter la taille (taille short) et faire un examen microbiologique génital complet tout en insistant sur la prévention des IST (port systématique d'un préservatif si changement de partenaire...). Les méthodes avec manipulation vaginale (anneau, cape, diaphragme...) sont à utiliser avec prudence : ces méthodes nécessitent une bonne connaissance de son corps, chose non aisée pour toutes les adolescentes au début de leur vie sexuelle. Les méthodes dites naturelles ne sont pas adaptées à cette population aux cycles pouvant être encore irréguliers et dont la fertilité est importante. (3)

2. La contraception chez la femme jeune

a) *La contraception orale*

Deux types de contraception orale sont disponibles pour la femme : la contraception orale combinée (COC) associant un œstrogène avec un progestatif et la pilule progestative seule (les macro-progestatifs per os n'ont pas l'AMM pour la contraception).

Toute prescription d'une contraception orale doit être précédée d'une recherche minutieuse de contre-indications éventuelles. Du fait de l'augmentation du risque cardio-vasculaire avec les pilules oestro-progestatives (quelle que soit la génération), il est plus prudent d'éviter l'utilisation des OP chez les femmes avec un antécédent thrombo-embolique veineux ou artériel ou des antécédents familiaux d'accidents vasculaires précoces (moins de 50 ans), les femmes tabagiques, les femmes de plus de 35 ans, les femmes avec de l'hypertension artérielle supérieure à 16/10, les femmes hyperlipidémiques, diabétiques ou obèses (IMC supérieur à 30), toute femme avec un terrain favorisant les thromboses (thrombopénies, alitement prolongé, suites opératoires, post-partum,...) (8). S'il existe un risque de salpingite ou d'infections génitales hautes (partenaires multiples, antécédents d'IST...), une pilule oestro-progestative combinée avec un effet anti-glaire puissant peut être préconisée, plus ou moins en association avec une méthode barrière (préservatifs...). (8)

La survenue de certains effets indésirables graves ou sévères doit faire interrompre le traitement par oestro-progestatifs : un accident thromboemboliques artériels ou veineux (accident vasculaire cérébral ou infarctus du myocarde ; phlébite ou embolie pulmonaire), une hypertension artérielle, une coronaropathie, une hyperlipidémie sévère ou un diabète, une mastopathie bénigne avec ou sans galactorrhée, des céphalées ou migraines importantes ou inhabituelles, troubles sévères de la vision ou de l'audition, un ictère cholestatique... (8)

Un changement de type d'oestro-progestatifs est indiqué en cas de survenue d'effets indésirables mineurs comme des nausées, des céphalées

banales, une aménorrhée, des spotting, de l'acné, des mastodynies, une prise de poids, une irritabilité, une modification de la libido... (8)

Les oestro-progestatifs peuvent aussi être utilisés à des fins autre que le blocage de l'ovulation. Ils diminuent le volume des règles, permettent de régulariser les cycles... Ils réduisent l'intensité voire traitent les dysménorrhées essentielles. Selon plusieurs études, ils auraient aussi un rôle dans la diminution de la fréquence des kystes fonctionnels de l'ovaire, des mastopathies bénignes, des infections utéro-annexielles (par modification de la glaire cervicale) et des grossesses extra-utérines. (9) Ils auraient aussi un effet protecteur à long terme contre les cancers de l'ovaire, de l'endomètre et du côlon. (9)

Pour débiter une contraception orale, qu'elle soit de type oestro-progestatif ou progestatif seul, l'OMS recommande de commencer la plaquette dans les 5 jours suivant le début des règles sans nécessité d'un moyen de contraception supplémentaire. (10). La femme peut aussi débiter sa contraception à n'importe quel autre moment du cycle à condition d'utiliser une 2nde méthode à type de préservatifs pendant quelques jours (7 jours pour les pilules oestro-progestatives, 2 jours pour les pilules micro-progestatives) ou de s'abstenir de rapports sexuels pendant la même durée. (10)

En cas de vomissements ou de diarrhées dans les heures suivant la prise de comprimés, l'OMS estime que cela est équivalent à un oubli de pilule, la conduite à tenir est donc la même que dans le cas d'un oubli de comprimé. (10)

En ce qui concerne le suivi d'une patiente sous contraception orale, une consultation annuelle est recommandée après un contrôle à 3 mois après l'instauration de la contraception par pilule oestro-progestative. Pour les progestatifs seuls, le suivi annuel n'est pas obligatoire. La consultation au bout de 3 mois de traitement est fortement préconisée. A tout moment, la patiente doit pouvoir revenir consulter pour parler d'éventuels effets indésirables ou d'un souhait de changement de contraception. (10)

Les « petits » effets secondaires de la contraception orale tels que les céphalées, les spotting ou les nausées, en général transitoires, doivent également être expliqués à l'instauration du traitement, de manière à éviter les arrêts prématurés et intempestifs, source de grossesses non désirées (1)

Seule la mesure de la pression artérielle avant prescription d'une contraception hormonale est recommandée par l'OMS. Il est également inutile de prescrire d'emblée des examens biologiques (glycémie à jeun et exploration d'une anomalie lipidique) en l'absence de point d'appel à l'interrogatoire. Un dosage dans les trois à six mois après le début de la contraception oestro-progestative puis, s'il est normal, tous les cinq ans (en l'absence de survenue d'un nouveau facteur de risque) est suffisant (1)

Suite à la polémique des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération, la Haute Autorité de Santé a publié plusieurs ouvrages afin de mettre à jour les recommandations de prescription. La HAS rappelle que tout oestro-progestatif augmente le risque thrombo-embolique artériel ou veineux. Les oestro-progestatifs dits de 3^{ème} génération (contenant du désogestrel, du gestodène ou du norgestimate) exposent les femmes à un sur-risque d'accident thrombo-embolique veineux par rapport aux oestro-progestatifs de 1^{ère} ou 2^{ème} génération contenant moins de 50 µg d'éthinyl-oestradiol. (11)

De ce fait, la HAS recommande l'utilisation des COEP de 1^{ère} ou de 2^{ème} génération plus que celle des COEP de 3^{ème} génération. (11 ; 12 ; 13)

Certains prescripteurs justifient leur prescription de COEP de 3^{ème} génération par un potentiel bénéfique par rapport aux 1^{ère} ou 2^{ème} générations sur les effets indésirables comme l'acné, les mastodynies, la prise de poids, les ménorrhagies... Or l'HAS rappelle bien qu'aucune étude n'a prouvé ces effets. (11)

Néanmoins, le sur-risque thrombo-embolique veineux ne doit en aucun cas faire arrêter brutalement le traitement par oestro-progestatifs de 3^{ème} génération jusque-là bien supporté. (12)

b) Les dispositifs intra-utérins avec ou sans hormones

Il existe 2 types de dispositifs intra-utérins (DIU) : le DIU au cuivre et le DIU au lévonorgestrel appelé aussi système intra-utérin (SIU).

Le DIU peut être posé à n'importe quel moment du cycle, sans moyen de contraception supplémentaire. Le SIU, lui, doit être posé soit dans les 7 jours suivant le début des règles soit à n'importe quel moment du cycle en additionnant une autre méthode pendant au moins 7 jours. (10)

L'administration systématique d'antibiotiques à titre prophylactique lors de la pose d'un DIU ou d'un SIU n'est pas recommandée si le risque d'infection sexuellement transmissible est faible. (10)

Le risque d'infection étant surtout important le 1^{er} mois suivant la pose, il est nécessaire de conseiller à la patiente d'être attentive aux symptômes de maladie inflammatoire pelvienne (douleurs pelviennes, fièvre ou saignements inexplicables). (10)

Une consultation de contrôle sera fortement conseillée 1 à 3 mois après la pose puis annuellement.

Avant toute pose d'un DIU ou d'un SIU, il est nécessaire d'éliminer toute contre-indication absolue ou relative (une IST en cours, séquelles infectieuses tubaires en cas d'antécédents...). S'il existe un haut risque de salpingite, le DIU est déconseillé (8). Il est primordial d'insister sur la nécessité d'une protection supplémentaire contre les IST chez les patientes à risque.

Le DIU ne semble pas constituer un facteur de risque d'infection génitale haute chez une patiente à faible risque d'IST. Il est cependant nécessaire d'effectuer une recherche systématique de ces facteurs de risque (conditions de vie, activité sexuelle, IST en cours...) (14) Si une infection génitale est en cours, la pose d'une contraception intra-utérine n'est pas recommandée. L'ANAES, en 2004, estime qu'une IGH en cours ou datant de moins de 3 mois contre-indique la pose d'un

DIU. L'OMS, elle, contre-indique le DIU ou les SIU en cas de haut risque d'IST ou d'IGH. (14)

Les antécédents d'IGH ne doivent pas être considérés comme une contre-indication à la pose d'un DIU ou d'un SIU s'il s'agit d'une contraception fortement désirée par la patiente et surtout si celle-ci a déjà mené une grossesse depuis l'épisode d'IGH. (14)

Suite à la pose d'un DIU ou d'un SIU, des anomalies des menstruations peuvent apparaître comme des spotting, des ménorragies, une aménorrhée (pour le SIU uniquement)... Ces signes sont fréquents dans les 3 à 6 mois suivant la pose. Ils régressent la plupart du temps spontanément et sont sans gravité. Néanmoins, il existe des traitements si la patiente s'en trouve gênée. (10)

Un DIU au cuivre peut être laissé en place pour une durée allant de 4 à 10 ans. Le SIU lui est posé pour une durée maximale de 5 ans. (15)

Le SIU peut être privilégié en cas de règles abondantes, à condition que les patientes acceptent le fait potentiel d'être en aménorrhée. (15)

c) L'implant

L'implant peut être posé dans les 7 jours suivants le début des règles sans qu'aucun autre moyen de contraception ne soit nécessaire. (10) La pose peut aussi se faire à n'importe quel autre moment du cycle si un moyen de contraception supplémentaire est utilisé pendant au moins 7 jours. Le groupe de travail de l'OMS ayant élaboré ces recommandations n'est pas parvenu à déterminer avec certitude le délai d'efficacité du lévonorgestrel délivré par l'implant, d'où le délai arbitraire imposé à 7 jours pour être sûre de l'efficacité de la contraception. (10)

L'implant est posé pour une durée de 3 ans, durée ramenée à 2 pour les patientes obèses (IMC > 30). (10) Le groupe de travail de l'OMS a montré que la grossesse est rare jusqu'à 7 ans d'utilisation chez les utilisatrices de moins de 70 kg et jusqu'à 4 ans pour celles pesant plus de 70 kg. (10)

La survenue d'anomalies de cycle est fréquente chez les utilisatrices d'implant au cours de la 1^{ère} année, comme une aménorrhée, des spotting, des méno-métrorragies... Après avoir éliminé un problème gynécologique, un traitement peut être proposé si la patiente est demandeuse. (10)

Aucun suivi systématique n'est nécessaire. La patiente doit pouvoir venir consulter en cas d'effets indésirables ou si elle souhaite changer de méthode. Il lui sera recommandé de revenir quand sera venu le moment de retirer l'implant. (10)

3. La contraception en post-partum ou pendant l'allaitement maternel

Plusieurs moyens de contraception sont disponibles pour une femme qui vient d'accoucher. Cependant, le choix de la méthode doit prendre en compte plusieurs aspects comme :

- L'allaitement
- Une majoration du risque thromboembolique veineux pendant les six 1^{ères} semaines du post-partum.
- Les pathologies survenues au cours de la grossesse (HTA, pré-éclampsie, diabète...)

Il n'existe pas de reprise de l'ovulation avant le 21^{ème} jour après l'accouchement : aucune contraception n'est donc nécessaire avant ce délai. (15)

Le préservatif reste le seul moyen de contraception efficace pour la protection des IST ainsi que le SIDA. Son association avec une autre méthode doit donc être préconisée en cas de risque de transmission d'infections sexuellement transmissibles. Les autres méthodes barrière (cape, diaphragme ou spermicides) ne sont pas utilisables en post-partum immédiat. Il est nécessaire d'attendre au moins 6 semaines avant de les utiliser à nouveau (15)

a) La femme non allaitante en post-partum

La patiente peut utiliser une contraception oestro-progestative à partir de 42 jours après l'accouchement selon l'HAS ou dès le 21^{ème} jour en l'absence de facteur de risque thromboembolique veineux (antécédent thromboembolique, thrombophilie, immobilisation, obésité, hémorragie du post-partum, césarienne, tabagisme, pré-éclampsie, âge...) selon l'OMS (15). L'utilisation des oestro-progestatifs n'est pas recommandée moins de 21 jours après l'accouchement du fait d'un risque thrombo-embolique majoré. (10) (16)

Il est recommandé de prescrire en 1^{ère} intention une pilule oestro-progestative de 1^{ère} ou 2^{nde} génération avec moins de 50 µg d'éthinylestradiol du fait d'une augmentation du risque thromboembolique veineux et artériel en fonction des doses d'EE. (15). L'anneau vaginal, le patch transdermique ou les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération ne doivent être réservées qu'aux femmes ne supportant pas une pilule de 1^{ère} ou 2^{ème} génération.

La contraception par progestatifs seuls est aussi possible en post-partum (pilule, implant sous-cutané, injection intra-musculaire) chez la femme ne présentant aucune contre-indication (accidents thromboemboliques veineux évolutifs, saignements génitaux inexplicables, cancer du sein ou de l'utérus, pathologie hépatique sévère actuelle ou ancienne...). La femme peut commencer sa contraception orale n'importe quand si son accouchement remonte à moins de 21 jours sans avoir à utiliser d'autre moyen de contraception. Si l'accouchement remonte à plus de 21 jours, une 2^{nde} méthode de contraception sera nécessaire pendant 2 jours. (10)

Pour l'HAS, la contraception progestative doit être commencée à partir de J21 (15)

L'implant progestatif peut être posé dans les 21 jours suivant l'accouchement sans qu'un autre moyen ne soit nécessaire. Si le délai des 21 jours est dépassé et que les règles ne sont pas revenues, la patiente devra avoir recours à un moyen complémentaire pendant les 7 jours suivant la pose. (10)

Un DIU au cuivre peut en général être posé moins de 48 H après l'accouchement, y compris après une césarienne ou après un délai de 4 semaines

(après avoir éliminé la potentialité d'une grossesse). La pose d'un DIU est contre-indiquée en cas de septicémie puerpérale. De 48h à 4 semaines après l'accouchement, le DIU n'est pas recommandé sauf en cas d'absence d'autres méthodes acceptables. (10). Avant la pose, il faut avoir écarté tout risque infectieux (recherche d'une infection à Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae surtout en cas d'IST, d'infection génitale haute en cours ou récente, une patiente âgée de moins de 25 ans, des partenaires multiples) (15)

La pose d'un SIU est possible à partir de 4 semaines suivant l'accouchement, après avoir éliminé une grossesse éventuelle ou une infection. De la même manière, la pose est contre-indiquée en cas de septicémie puerpérale. (10)

b) La femme allaitante en post-partum

La patiente peut commencer sa contraception oestro-progestative (pilule, patch transdermique ou anneau vaginal) 6 mois après son accouchement si elle allaite toujours. L'utilisation des oestro-progestatifs est déconseillée chez la femme qui allaite son bébé quand l'accouchement remonte à moins de 6 semaines. Après 6 semaines mais moins de 6 mois après la naissance, leur utilisation n'est pas recommandée sauf en cas d'absence d'autres méthodes acceptables, en raison d'un passage dans le lait. (10) (16)

En ce qui concerne la pilule micro-progestative, la patiente peut commencer à la reprendre 6 semaines après son accouchement à n'importe quel moment si ses règles ne sont pas encore revenues. Si elle a eu son retour de couches, elle peut commencer sa pilule dans les 5 jours suivant le début des règles sans utiliser d'autre moyen de contraception ou alors n'importe quand dans son cycle en utilisant une méthode complémentaire pendant 2 jours. L'utilisation des progestatifs moins de 6 semaines après un accouchement chez la femme qui allaite son enfant n'est pas recommandé selon l'OMS. (10). L' HAS stipule néanmoins que les progestatifs peuvent être utilisés chez la femme allaitante dès le 21^{ème} jour. (15)

L'implant peut être posé à partir de 6 semaines après l'accouchement sans utilisation d'un moyen de contraception complémentaire si elle allaite exclusivement. De la même manière, l'implant libérant des progestatifs n'est pas recommandé moins de 6 semaines après l'accouchement. (10)

Moins de 48 heures après l'accouchement ou plus de 4 semaines après, un DIU ou un SIU peut être posé chez la femme allaitante. Aucune contraception intra-utérine ne peut être mise en place en cas de septicémie puerpérale. (10) (18)

La méthode MAMA (Méthode de l'Allaitement maternel et de l'Aménorrhée) peut être proposée aux femmes allaitantes. En effet, l'allaitement peut avoir un effet contraceptif jusqu'à 6 mois après l'accouchement. Il est cependant nécessaire de respecter un certain nombre de règles : un allaitement exclusif, de jour comme de nuit avec des tétées espacées de moins de 4 heures le jour et de moins de 6 heures la nuit, une aménorrhée persistante. Dès le retour des règles ou en cas d'introduction de biberons ou quand l'enfant atteint l'âge de 6 mois, une autre méthode de contraception doit être préconisée. (15)

4. La conduite à tenir en cas d'oubli de contraception et la contraception d'urgence

L'Inspection générale des Affaires Sociales (IGAS), dans son rapport sur « La prévention des grossesses non désirées, contraception et contraception d'urgence » de 2010, nous donne une conduite à tenir en cas d'oubli de pilule basée sur les données de l'OMS (18) :

- Si l'oubli est de moins de 3 heures pour une pilule micro-progestative ou de moins de 12 heures pour une pilule oestro-progestative, la femme doit prendre le comprimé oublié et poursuivre le traitement à l'heure habituel quitte à prendre 2 comprimés le même jour.
- Si l'oubli est de plus de 3 ou 12 heures, il faut prendre le comprimé oublié et poursuivre le traitement aux heures habituelles. Il existe un risque de grossesse, il faut donc prendre des mesures

complémentaires. Les rapports sexuels devront être protégés par une méthode non hormonale (préservatifs) pendant les 7 jours suivants. Si il s'agit d'une pilule oestro-progestative, il faudra enchaîner les plaquettes sans intervalle libre. Si des rapports sexuels ont eu lieu dans les 5 jours précédents l'oubli ou si l'oubli concerne au moins 2 comprimés, la patiente devra avoir recours à une méthode de rattrapage.

Plusieurs types de contraception d'urgence existent : Norlevo® (1,50 mg de lévonorgestrel en une seule prise; à prendre dans les 72 heures suivant le rapport à risque), Ellaone® (ulipristal-acétate : à prendre dans les 120h suivant le rapport à risque) et les DIU au cuivre (à poser dans les 5 jours suivants) (18). Plus la méthode de rattrapage est utilisée rapidement après le rapport à risque, plus les chances de succès sont grandes.

L'utilisation du SIU comme contraception d'urgence n'est pas recommandée par l'OMS car il n'a pas été possible de démontrer que l'effet contraceptif d'urgence du DIU vaut également pour le SIU. De plus, en cas de grossesse, l'exposition du fœtus aux hormones du SIU pourrait avoir des effets néfastes sur la poursuite de la grossesse (risque d'infection pelvienne grave et d'avortement spontané septique) et sur le développement du bébé. (10)

L'OMS spécifie la conduite à tenir en fonction du type de la pilule prise, du dosage ainsi que de la période du cycle au cours duquel l'oubli a eu lieu. (10). En effet, le risque de grossesse dépend non seulement du nombre de comprimés oubliés mais aussi de la période où il(s) a/ont été oublié(s). Des précaution supplémentaires sont nécessaires en cas d'oubli de 2 comprimés de pilules dosées à 20 µg ou moins d'EE ou de 3 comprimés de pilules dosées à 30 ou 35 µg, quel que soit le moment du cycle. Le risque de grossesse est plus important lorsque l'oubli a lieu au cours de la 1^{ère} ou de la 3^{ème} semaine, c'est-à-dire lorsque l'intervalle sans hormones est plus prolongé. (10)

Pour l'OMS, si l'oubli concerne 1 ou 2 comprimés consécutifs d'une pilule oestro-progestative contenant 30 à 35 µg d'EE, la patiente doit prendre un comprimé actif dès que possible puis continuer sa plaquette comme d'habitude sans avoir besoin d'utiliser un moyen de contraception complémentaire. Par contre, si l'oubli concerne plus de 3 comprimés actifs consécutifs, elle doit prendre

une pilule active et continuer sa plaquette. En plus de cela, elle devra avoir recours à des préservatifs pendant les 7 jours suivants. Si l'oubli concerne les pilules de la 3^{ème} semaine, elle ne doit pas prendre les pilules inactives et doit enchaîner avec une nouvelle plaquette. Si l'oubli a eu lieu au cours de la 1^{ère} semaine et que des rapports sexuels non protégés ont eu lieu, elle peut avoir recours à la contraception d'urgence. (10)

Si la pilule oestro-progestative utilisée par la patiente contient 20µg ou moins d'EE, la conduite à tenir pour l'oubli d'un comprimé est la même qu'en cas d'oubli consécutif de 1 ou 2 comprimés de pilules dosées à 30 ou 35 µg d'EE. De même, les instructions pour l'oubli de 2 de ces comprimés sont celles concernant l'oubli de 3 comprimés de pilules à 30 ou 35 µg d'EE. (10)

Quel que soit le dosage en EE de la pilule oestro-progestative, si l'oubli concerne un comprimé inactif, elle doit jeter les pilules oubliées puis continuer son traitement à raison d'un comprimé par jour. (10)

En cas d'oubli supérieur à 3 heures d'un ou plusieurs comprimés de pilule micro-progestative, la femme doit prendre une pilule dès que possible puis continuer son traitement à raison d'un comprimé par jour, quitte à prendre 2 comprimés dans la même journée. Elle devra protéger ses rapports au moyen d'une méthode de contraception complémentaire au cours des 2 jours suivants (le groupe de travail de l'OMS ayant réalisé ces recommandations estime que la durée nécessaire pour que les progestatifs aient un effet contraceptif sur la glaire cervicale est de 48h). Le cas échéant, un recours à la contraception d'urgence est nécessaire. (10)

Pour les pilules micro-progestatives contenant 75 µg de désogestrel, cette conduite à tenir doit être appliquée si l'oubli est de plus de 12 heures. (18)

Si la femme allaite et que l'accouchement remonte à moins de 6 mois, aucun autre moyen de contraception n'est nécessaire. (10)

L'irrégularité des prises ou la mauvaise utilisation des pilules est un risque majeur de grossesse non désirée. Les femmes oubliant souvent leur pilule devraient donc être conseillées sur un changement de moyen de contraception.

La connaissance des stratégies de rattrapage fait partie intégrante de l'utilisation de la contraception et une méthode de rattrapage devrait être prescrite en même temps que la contraception.

II. La formation sage-femme

La loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » de 2009 élargit les compétences des sages-femmes dans le domaine de la prescription de la contraception et du suivi gynécologique de prévention sous réserve de rediriger la patiente vers un médecin spécialiste en cas de situation pathologique.

Depuis cette loi, la formation sage-femme a donc évolué afin de permettre un perfectionnement des connaissances des étudiants dans ce domaine.

A. Le 1^{er} cycle de la formation

1. Hormonologie-Reproduction

Les principaux objectifs de ce cycle en matière d'hormonologie et de reproduction sont de connaître la morphologie et le fonctionnement du système endocrinien et du système reproducteur. L'accent est mis sur les bases anatomiques, physiologiques et biochimiques permettant à l'étudiant la compréhension des signes cliniques et paracliniques des principales pathologies endocriniennes et métaboliques.

La formation porte sur différents items comme :

_l'apprentissage des bases anatomiques, physiologiques et biochimiques du système endocrinien

_l'hormonologie ainsi que la physiologie et séméiologie clinique et paraclinique

_les bases pharmacologiques de traitement et de la contraception

_l'examen des systèmes endocriniens et reproducteur (inspection, palpation, examen gynécologique...)

_les principales dysfonctions affectant le système endocrinien et/ou reproducteur ou le métabolisme.

2. Gynécologie

Les objectifs généraux des deux 1ères années de formation sage-femme (2^{ème} et 3^{ème} année de licence) en matière de gynécologie sont l'acquisition des connaissances nécessaires à la réalisation de l'examen clinique gynécologique, à la régulation des naissances (prévention et prescription), à la prévention, l'information et l'éducation en matière de sexualité, de fécondité, d'infertilité et de problèmes gynécologiques (comme les infections sexuellement transmissibles (IST)) ainsi que la connaissance des aspects physiopathologiques et les bases pharmacologiques des traitements.

Les différents sujets abordés sont :

_les différentes périodes de la vie (enfance, puberté, adolescence, période d'activité génitale, ménopause)

_les IST (infections génitales hautes et basses)

_les pathologies de l'appareil génital (malformations, grands syndromes et pathologies gynécologiques)

_la planification familiale (contraception, les aspects médico-psycho-socio-démographiques, la stérilisation féminine et masculine...)

Sur le sujet de la contraception, l'apprentissage de l'étudiant est essentiellement porté sur les différents textes de lois la régissant, les différentes méthodes existant ainsi que leur observance et leur efficacité théorique et pratique. Les moyens de surveillance mis à disposition pour les professionnels

ainsi que les différentes interactions médicamenteuses possibles viennent compléter la formation. (19)

B. Le 2nd cycle de la formation

Les deux dernières années de formation (1^{ère} et 2^{ème} année de Master) viennent compléter et renforcer les connaissances acquises au cours du 1^{er} cycle.

Dans l'unité d'enseignement « Gynécologie, santé génésique des femmes et assistance médicale à la procréation », différents objectifs sont fixés. L'étudiant sage-femme est censé au terme de sa formation, savoir conduire une consultation de contraception ou une consultation péri-conceptionnelle (avec la prescription des examens complémentaires de 1^{ère} intention ainsi que la connaissance des médicaments prescriptibles par une sage-femme dans le cadre d'un suivi gynécologique). Il doit pouvoir assurer le suivi gynécologique de prévention de toute femme dont la situation médicale ne dépasse pas ses compétences (c'est-à-dire toute femme ne présentant pas de pathologie). Il intervient aussi dans la prévention et la lutte contre le VIH et les IST. Il doit acquérir les connaissances nécessaires à l'apprentissage de la rééducation périnéale et à la réalisation d'une échographie gynécologique de dépistage. Il se situe en 1^{ère} ligne pour le dépistage d'infections ou de pathologies gynécologiques chez les femmes. L'étudiant sage-femme doit être capable de répondre aux demandes des femmes en matière de contraception, de sexualité, de désir d'enfant, de l'interruption volontaire de grossesse (tout en connaissant le cadre législatif et réglementaire). Il doit aussi avoir les connaissances médicales, juridiques et éthiques sur l'assistance médicale à la procréation. Il doit pouvoir organiser et animer une séance collective d'information auprès d'adolescents sur la sexualité, la contraception et les IST. Il a un rôle très important dans la prévention et le dépistage des violences faites aux femmes.

Lors d'une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention, l'étudiant sage-femme doit pouvoir réaliser une anamnèse complète à la recherche d'éventuelles contre-indications. Suit un examen clinique rigoureux avec, si nécessaire, la réalisation d'un frottis cervico-vaginal ou d'un prélèvement vaginal. Il doit pouvoir présenter les différentes formes de contraception possibles

afin d'éclairer la patiente dans son choix. Il participe activement au dépistage et à la prévention des cancers gynécologiques et des IST. Il doit pouvoir prescrire la contraception et les examens complémentaires nécessaires à un suivi gynécologique. En cas de pathologie dépistée, il adresse la patiente à un médecin spécialiste.

Dans la majorité des écoles de formation de sages-femmes, une formation complémentaire avec des travaux pratiques pour l'apprentissage de la pose et du retrait d'un DIU ou d'un implant est proposée. (20)

III. Une population particulièrement exposée aux bouleversements des habitudes contraceptives

A. Un taux d'échec de contraception important

La situation en France est paradoxale. En effet, la couverture contraceptive est l'une des plus importantes en Europe (90,2% des femmes en âge de procréer utilisent un moyen de contraception en France selon une enquête de l'INPES de 2010 (2)). En parallèle des campagnes toujours plus nombreuses pour la promotion de la contraception, le taux d'IVG ne diminue pas (200 000/an depuis 1987 environ).

L'échec des moyens de contraception occupe une place importante dans ces chiffres puisque 2 grossesses non prévues sur 3 surviennent chez des femmes utilisant un moyen de contraception au moment de la survenue de la grossesse. (21). En 2007, plus de la moitié des femmes ayant eu recours à une IVG utilisait une méthode contraceptive dont 23,1% utilisaient la pilule, 19,3% le préservatif et 7% le DIU. (21)

Un autre moyen de mesurer le taux d'échecs de la contraception est l'utilisation de la contraception d'urgence. En 2005, une majorité de Françaises a déclaré avoir utilisé au moins une fois la « pilule du lendemain » suite à une erreur d'utilisation d'une contraception régulière. Dans la population des 15-19ans, il

s'agit pour la plupart d'un problème de préservatif. Pour les 20-24 ans, 42,3% d'entre elles ont pris une contraception d'urgence suite à un oubli de pilule. (22)

Ceci montre les difficultés des femmes à gérer leur contraception au quotidien (écarts d'observance, arrêt ou changement de contraception...). D'après l'étude COCON, 1 femme sur 5 oublie sa pilule au moins une fois par cycle et 6,5% d'entre elles l'oublent de manière répétée. (1) En moyenne, une femme interrompra sa contraception au moins 2 mois par an.

Tout cela permet de faire le constat d'une possible inadéquation de la contraception utilisée par certaines femmes à leur vie affective et sexuelle. L'INPES et le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé ont donc lancé en 2010 une nouvelle campagne afin d'interroger des femmes âgées de 20 à 35 ans sous contraceptif oral sur l'adéquation de leur contraception avec leur situation personnelle (2). L'écart entre l'efficacité théorique et pratique de chaque contraceptif montre bien l'impact évident du contexte psycho-social, de l'environnement culturel et du mode de vie affectif et sexuel des femmes sur leur contraception au quotidien. (18)

Globalement, plus les personnes sont familiarisées avec le moyen contraceptif utilisé et plus elles sont en accord avec, plus la contraception est efficace. (23)

Il est donc nécessaire de ne pas tomber dans un automatisme de prescription et de prendre en compte l'environnement de la patiente avant de conclure sur le moyen de contraception qui serait le plus adapté.

B. La polémique des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations en décembre 2012

En décembre 2012, une première plainte est déposée à l'encontre des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération : une patiente âgée de 32 ans est gravement handicapée suite à un accident vasculaire cérébral causé par la prise d'une pilule oestro-progestative de 3^{ème} génération. Une succession de dépôts de plaintes suit

cet événement. La Ministre de la Santé Marisol Tourraine annonce alors le déremboursement de ces pilules par la Sécurité Sociale.

Début janvier 2013, l'ANSM recommande à tous les praticiens de ne prescrire que des pilules 1^{ère} et 2^{ème} génération en 1^{ère} intention, recommandations approuvées et appuyées par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France. A la lumière de plusieurs études effectuées sur le sujet, le risque thrombo-embolique veineux semble en effet plus important avec les pilules oestro-progestatives de 3^{ème} et de 4^{ème} génération par l'action anti-œstrogène plus important des progestatifs de 3^{ème} et 4^{ème} génération (24) (11)

En mars 2013, l'ANSM produit un document révélant que les pilules oestro-progestatives toutes générations confondues sont responsables de 2529 accidents thrombo-emboliques veineux chaque année et de 20 décès prématurés de femmes dont 14 imputables directement aux pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération.

La polémique touche aussi le traitement anti-acnéique Diane 35® dont l'utilisation est détournée à destination d'une action contraceptive. L'ANSM décide en mai 2013 d'interdire la vente de ce produit. Cette décision est désapprouvée par l'Agence Européenne du Médicament, qui considère que les bénéfices de Diane 35® sont supérieurs à ses risques, tout en critiquant son utilisation excessive comme contraceptif. La Commission Européenne impose à la France deux mois plus tard la remise sur le marché de ce médicament, mais en limitant son utilisation stricte au traitement contre l'acné.

Au cours de l'automne 2013, l'Agence européenne du médicament se déclare favorable aux pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération dont les bénéfices sont supérieurs à leurs risques, malgré un taux plus élevé d'accidents thrombo-emboliques veineux. Diane 35® et ses génériques sont donc à nouveau autorisés à la vente sur le territoire mais accompagné par une restriction de l'indication, des modifications des contre-indications et un renforcement des mises en garde contre les risques cardio-vasculaires (élaboré par l'ANSM).

La médiatisation excessive de cette affaire a eu de façon certaine un impact sur la confiance des femmes envers leur pilule contraceptive. Cette polémique a aussi entraîné une confusion auprès des prescripteurs puisque en l'espace de

moins d'un an, les recommandations ont changé de multiples fois. Le Ministère de la Santé a ainsi annoncé au cours de la Journée mondiale de la contraception le 26 septembre 2013 que près d'une femme sur 5 a changé de contraceptif depuis janvier 2013. Les pilules de 1^{ère} et de 2^{ème} génération ainsi que le DIU sont de plus en plus utilisés. En effet, l'ANSM a suivi l'évolution des ventes en pharmacie des contraceptifs : en 2013, la vente des 3^{ème} et 4^{ème} générations a chuté de 45% par rapport à 2012 quand celle des 1^{ère} et 2^{ème} générations ont augmenté de 30%. Globalement, la vente des pilules toutes générations confondues a diminué de 5,1% avec un report sur les autres moyens de contraception comme l'implant, le SIU (+ 18% par rapport à 2012) et le DIU (+47%) (25)

Néanmoins, le scandale n'a pas fait diminué le taux de couverture contraceptive ni augmenté le nombre d'IVG. Il s'est aussi opéré un changement dans les mentalités puisque les patientes sont plus impliquées dans le choix de leur contraception : elles ont pris conscience des risques et sont plus vigilantes aux implications que cela entraîne. Du côté des professionnels de santé, un changement dans leur pratique se fait ressentir avec une anamnèse plus rigoureuse et une recherche plus approfondie des facteurs de risque.

C. De nouvelles recommandations pour les prescripteurs

Différentes innovations en matière de contraception ont été mises en place ces dernières années afin de limiter au maximum les échecs de contraception.

En effet, différentes études ont prouvé que la majeure partie des échecs de contraception était due à un défaut d'observance. De ce fait, plusieurs moyens ont été élaborés afin d'améliorer cette observance.

Tout d'abord, en ce qui concerne les pilules contraceptives, il a été montré que la prise continue d'un comprimé par jour pendant 28 jours permettait une meilleure observance, en particulier chez les jeunes (1). De plus, des changements ont été opérés dans la composition même des pilules. En réduisant la proportion d'éthinyl-estradiol (réduction permise par l'élaboration de progestatifs de plus en plus puissants et antigonadotropes), les effets indésirables sur l'hémostase comme les ac-

cidents thrombo-emboliques s'en sont retrouvés diminués. La diminution progressive de l'androgénicité des progestatifs de synthèse a permis aussi la diminution de leur impact sur le métabolisme lipidique. Tout cela a donc permis une meilleure tolérance vis-à-vis de la contraception par oestro-progestatifs. (1)

Depuis 2009, de nouveaux oestrogènes (autre que l'éthinyl-estradiol) entrent dans la composition de pilules contraceptives : le valérate d'oestradiol (Qlaira®), le 17β-oestradiol (Zoely®)... Le développement de pilule contraceptive à base d'oestrogène naturel a aussi permis une meilleure acceptation de la part des patientes qui refusaient une contraception hormonale délétère pour l'environnement.

En ce qui concerne les dispositifs intra-utérins, des modifications ont aussi été apportées afin de permettre leur utilisation plus large, en particulier chez les nullipares. Depuis 2004, l'OMS et l'ANAES stipulent que la nulliparité n'est pas une contre-indication à la pose d'un DIU. La contraception intra-utérine peut donc être proposée pour n'importe quelle jeune femme, quel que soit son âge, à condition de prendre certaines précautions (écarter les femmes ayant une conduite sexuelle à risque ou des antécédents d'infections génitales hautes, s'assurer de l'absence d'infection en cours notamment à Chlamydiae...). Des versions « short » pour les DIU au cuivre et les SIU hormonaux ont été commercialisées afin d'être posable chez les nullipares. (.1)

Cependant, les prescripteurs restent en général très réticents à la pose de DIU chez les nullipares, malgré ces recommandations. En effet, aucune femme âgée de 18 à 19 ans et 0.9% des femmes entre 20 et 24 ans sont porteuses d'un DIU en 2004 selon l'ANAES. Selon l'enquête FECOND (6), 69% des gynécologues et 84% des généralistes estiment que le DIU ne peut pas être posé chez les femmes n'ayant jamais eu d'enfant.

Devant cette réticence des praticiens, la HAS a publié en 2012 un référentiel de bonne pratique pour aider les professionnels de santé à prescrire le moyen de contraception le plus adapté à chaque patiente (selon son âge, le contexte social et ses antécédents médicaux), sans entrer dans les habitudes contraceptives. Une synthèse des différentes méthodes contraceptives existantes avec leurs indications et contre-indications, leur efficacité, tolérance et complications possibles

(26), des fiches mémo avec des situations cliniques particulières (27) et un état des lieux des pratiques contraceptives (28) ont ainsi été édités en 2012. Ces documents très complets sont à la disposition des professionnels de santé afin de permettre une meilleure prise en charge des patientes.

Un changement dans les pratiques semble néanmoins se profiler grâce à tout ceci.

Partie II : L'enquête

I. L'enquête

A. Problématique

Les moyens de contraception les plus courants et les plus connus sont la pilule et le préservatif. Pourtant il existe de nombreux autres moyens disponibles mais très peu utilisés par les jeunes car méconnus.

Ces moyens n'étant pas forcément adaptés à toutes les femmes et à tous les styles de vie, le problème de l'information à la population se pose alors, et ce d'autant plus que les jeunes constituent une population particulièrement exposée aux échecs de contraception (relations moins stables, fertilité importante, problème d'observance...). Le taux d'interruption volontaire de grossesse y est particulièrement élevé. La raison la plus fréquemment citée pour la demande d'IVG est, dans cette population, un défaut ou un échec de contraception (oubli de pilule, problème de préservatif...). La question de la contraception est donc particulièrement importante dans cette population.

Au cours de nos 5 années d'étude, de nombreux cours nous ont été délivrés sur les thèmes de la contraception, du suivi gynécologique, des principales affections et pathologies gynécologiques... Le but premier de ces enseignements est évidemment de nous former à notre futur métier qui comporte depuis 2009 une composante gynécologique avec le suivi de contraception et la surveillance gynécologique de base. Mais ces cours ont aussi eu un impact sur notre vie personnelle puisque plusieurs étudiantes de notre promotion ont choisi de changer de moyen contraceptif suite à cette formation.

Les questions que nous nous sommes alors posées sont les suivantes :

- Suivre des études de maïeutique a-t-il une influence sur le souhait de contraception des étudiantes ?

- Est-ce que le fait d'être mieux informées permet aux étudiantes sages-femmes de choisir un moyen de contraception plus adapté à leurs besoins ?
- Existe-il un défaut d'information sur la problématique de la contraception au niveau des jeunes en France ?
- La formation reçue en matière de contraception dispensée dans les écoles de sages-femmes est-elle suffisante et de suffisamment bonne qualité pour permettre aux futures sages-femmes de bien conseiller et d'informer la population ?

Pour répondre à ces questions, nous avons réalisé une enquête auprès des étudiantes sages-femmes en dernière année de formation maïeutique en France. Nous avons voulu étudier l'impact de la formation sur leur choix personnel en matière de contraception et évaluer leur futur comportement en tant que prescripteur face à une patiente demandeuse d'informations sur la contraception.

B. Objectifs et hypothèses

Tout au long de notre travail, nous avons voulu répondre aux objectifs suivants avec, pour chacun, les hypothèses qui en découlent :

- Montrer l'impact de la formation sage-femme sur le choix des étudiantes en matière de contraception et de suivi gynécologique

Nous partons des hypothèses que :

_ Les étudiantes sages-femmes utilisent plus le DIU, l'implant, l'anneau vaginal ou autres par rapport à la population générale de la même tranche d'âge.

_ Au cours de leurs études, de moins en moins d'étudiantes sages-femmes utilisent la pilule comme moyen de contraception.

_ Etant mieux informées, elles ont pu choisir un moyen de contraception mieux adapté. De ce fait, elles subissent moins d'échecs de contraception : cela se

traduit par une moindre utilisation de la contraception d'urgence ou de tests de grossesse.

- Montrer l'impact de la formation sur leurs futures pratiques en terme de prescription de contraception une fois diplômées

Nos hypothèses sont que :

_ Les étudiantes sages-femmes ont une formation complète et suffisante pour effectuer le suivi gynécologique de base.

_ Elles sont capables de faire intervenir leurs connaissances pour justifier une prescription de contraception devant des situations courantes.

- Montrer la nécessité d'une meilleure information des jeunes à propos de la contraception

Les hypothèses émises sont :

_ Une majorité des étudiantes sages-femmes ont changé de moyen de contraception suite à la formation et parce qu'elles ont découvert de nouveaux moyens existants par le biais des cours et des stages.

_ Les étudiantes sages-femmes utilisent moins la pilule par rapport à la population générale pour qui la pilule contraceptive est le moyen de référence.

C. Population et méthode d'enquête

1. Le questionnaire

L'enquête a été réalisée à partir de réponses à un questionnaire anonyme composé de 27 questions et de 5 cas cliniques. (ANNEXE II)

Les questions 1 à 4 ont pour objectif de dresser le profil de l'étudiante (école, âge, type de relation amoureuse et durée). Puis viennent les questions 5 à 7 sur le suivi gynécologique mis en place. Les questions 8 à 13 interrogent l'étudiante sur sa contraception depuis l'entrée en formation (moyen utilisé en 1^{ère}

année puis le moyen utilisé actuellement) avec ses critères de choix, sa satisfaction et si il y a eu ou non changement au cours de la formation. Les questions 14 à 16 concernent les étudiantes qui ont changé de contraception au cours des 5 années d'étude. Nous leur demandons combien de fois elles ont changé, pour quels moyens ainsi que les raisons du changement. Les questions 17 à 20 s'adressent à celles qui n'ont pas changé de méthodes contraceptives. Le but de ces questions a été de savoir s'il y avait eu néanmoins un souhait de changement, si oui pour quel(s) moyen(s) et savoir ce qui a empêché ce changement. Les questions 21 et 22 traitent de l'utilisation par l'étudiante de moyens comme la contraception d'urgence ou le test de grossesse, le but étant de voir s'il y a une évolution dans l'utilisation de ceux-ci au cours de la formation, évolution qui pourrait révéler ou non une meilleure adéquation de la contraception aux besoins de l'étudiante. Les questions 23 à 27 établissent une vue d'ensemble sur la formation reçue par l'étudiante avec les intervenants donnant les cours, le type de cours dispensés et le ressenti de l'étudiante sur sa formation, si elle ressent des carences de formation et si oui, sur quels points particulièrement puis quelques pistes sur ce qui pourrait être mis en place pour combler les manques.

Les 5 cas cliniques de la fin du questionnaire proposent des situations simples et courantes faisant partie intégrante de la future pratique de l'étudiante sage-femme en tant que professionnelle.

Nous avons testé ce questionnaire sur un petit échantillon que nous n'avons pas pris en compte dans les résultats. Puis, nous avons envoyé ce questionnaire par mail sous forme d'un questionnaire Google Doc aux directrices et directeurs des 35 écoles de formation maïeutique en France, DOM-TOM compris. Nous demandions dans ce mail de transmettre le questionnaire aux étudiantes concernées, à savoir les étudiants de sexe féminin et inscrits en dernière année de formation sage-femme (DFASMa5) (ANNEXE III).

L'enquête a été réalisée entre le 24 octobre 2014 au 16 décembre 2014 : 285 réponses ont ainsi été récoltées. Parmi les 35 écoles interrogées, 10 n'ont jamais donné suite à nos relances. Le taux de réponses par école est variable d'une école à l'autre avec globalement une bonne participation et réactivité des étudiantes interrogées.

2. La population étudiée

Le questionnaire s'adresse à toutes les étudiantes sages-femmes en dernière année de formation de toutes les écoles de maïeutique de France. Les étudiants hommes ont volontairement été écartés de l'étude car beaucoup de questions portaient sur l'utilisation personnelle de moyens de contraception qui sont, en grande majorité, à destination des femmes. Néanmoins, il aurait pu être intéressant d'élaborer un questionnaire plus court à destination des étudiants hommes afin d'évaluer leur implication dans leur vie personnelle sur le sujet de la contraception en tant qu'étudiant sage-femme.

La majorité des études réalisées sur la contraception distinguent plusieurs classes d'âge dont la classe des 20-24 ans. Etant donné que plus de 97% des étudiantes ayant répondu à notre questionnaire ont entre 20 et 24 ans, cela nous permet donc d'établir des relations statistiques entre la population générale des 20-24 ans et notre population d'étudiantes sages-femmes.

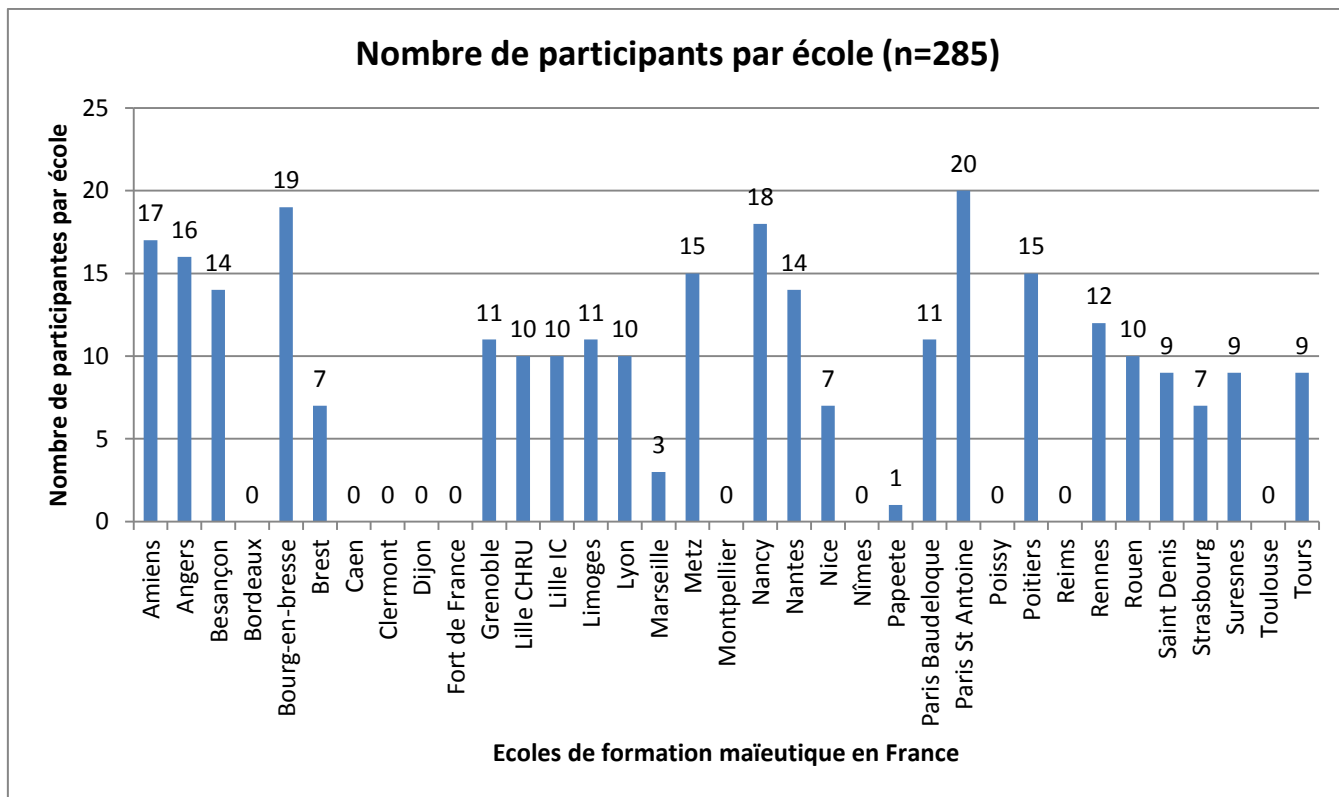
II. Les résultats de l'enquête

A. Le profil de l'étudiante

1. Répartition selon l'école

Les questionnaires ont été envoyés à l'ensemble des écoles de formation maïeutique françaises. Malgré 3 relances, 10 écoles n'ont pas donné suite. Les 285 réponses sont donc issues de 25 écoles. Le taux de réponses moyennes par école est de 8,1.

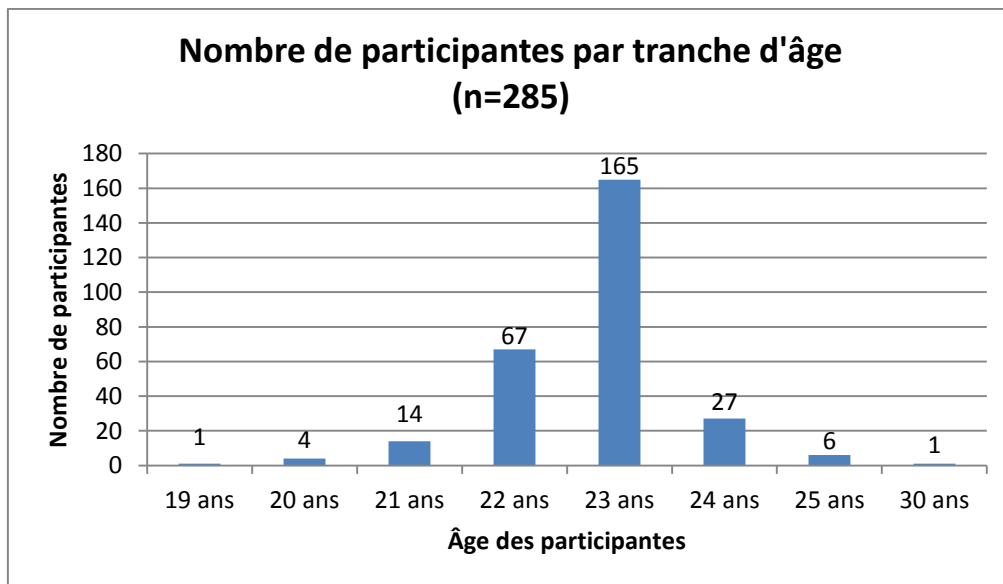
Graphique 1 : Répartition de la population selon l'école de formation



2. Répartition selon l'âge

L'âge moyen des 285 participantes à l'étude est de 22,8 ans. La médiane se situe dans la catégorie des 23 ans. 91% des participantes soit 259 étudiantes ont entre 22 et 24 ans et plus de 97% des étudiantes (correspondant à 277 personnes) sont âgées de 20 à 24 ans.

Graphique 2 : Répartition des participantes selon l'âge

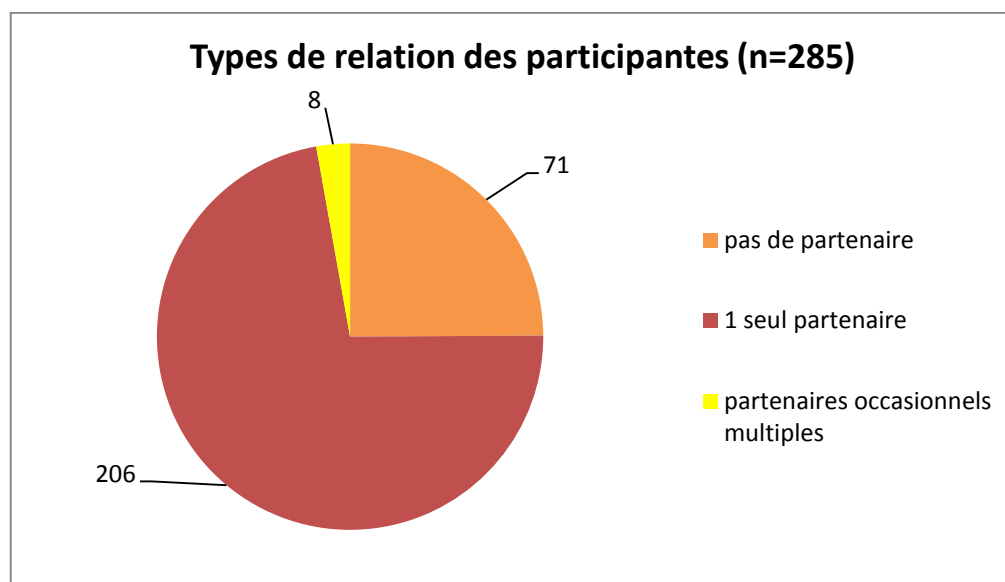


3. Le type de relation amoureuse

Un des biais identifiés pouvant avoir une influence sur le choix de la contraception autre que la formation en elle-même est évidemment le type de relation dans laquelle est engagée l'étudiante. Cette question a donc pour but d'établir un lien entre le type de relation et la contraception choisie par l'étudiante.

Ainsi, 72,3% des participantes (206 étudiantes ; n=285) sont actuellement dans une relation stable avec 1 seul partenaire. 24,9% ne sont pas engagées dans une relation amoureuse (71 personnes). Et 2,8% déclarent avoir plusieurs partenaires (8 étudiantes).

Graphique 3 : Répartition selon le type de relation des participantes



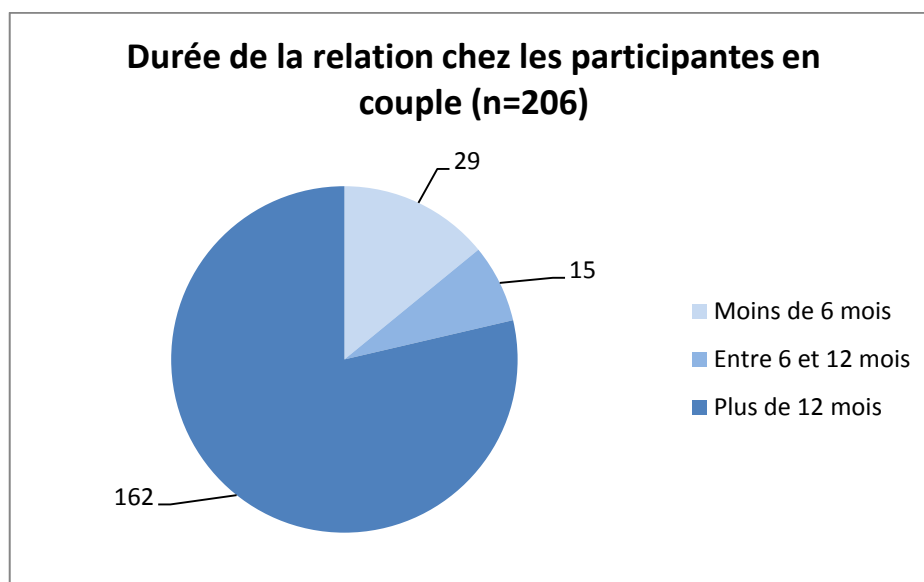
4. La durée de la relation amoureuse

La durée de la relation ayant aussi une influence directe sur le choix de la contraception, nous avons posé la question à nos participantes.

Sur les 206 étudiantes étant dans une relation stable avec un seul partenaire, 78,6% sont en couple depuis plus d'un an (soit 162 étudiantes), 7,3% entre 6 et 12 mois (correspondant à 15 personnes) et 14,1% depuis moins de 6 mois (29 participantes).

Les étapes « moins de 6 mois », « entre 6 et 12 mois » et « plus de 12 mois » ont été proposées de manière arbitraire suite à des conversations pour savoir à partir de quand on considérait une relation amoureuse comme sérieuse puis très sérieuse.

Graphique 4 : Durée de la relation chez les étudiantes en couple

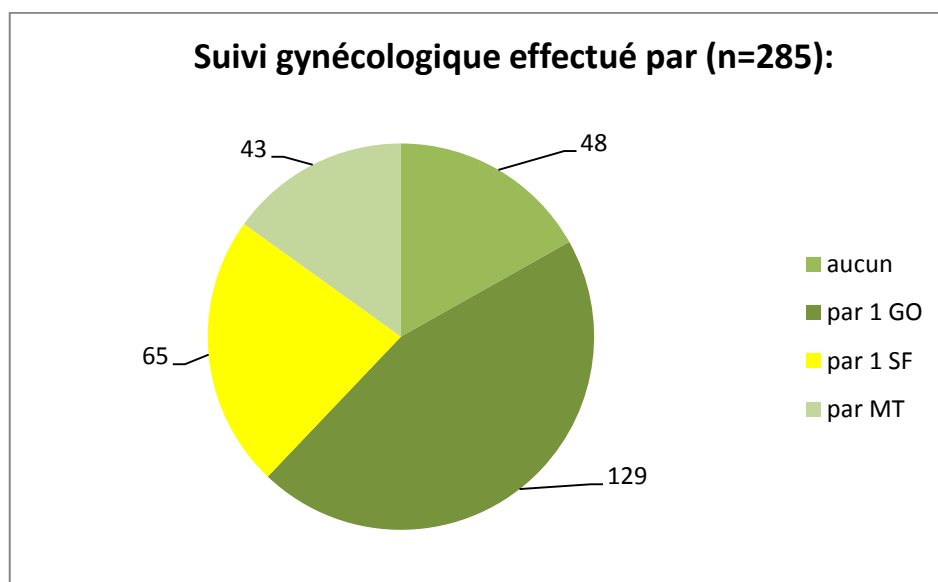


B. Le suivi gynécologique des étudiantes

1. Type de professionnel effectuant le suivi gynécologique de l'étudiante

16,8% des 285 participantes (soit 48 étudiantes) ne se font pas suivre sur le plan gynécologique. Parmi les étudiantes qui bénéficient d'un suivi, la majorité (45,3% ; n=285) se fait suivre par un gynécologue (ce qui correspond à 129 participantes). 22,8% bénéficient du suivi gynécologique par une sage-femme (soit 65 personnes). Et 15,1% confient ce suivi à leur médecin traitant (43 étudiantes).

Graphique 5 : Type de suivi gynécologique

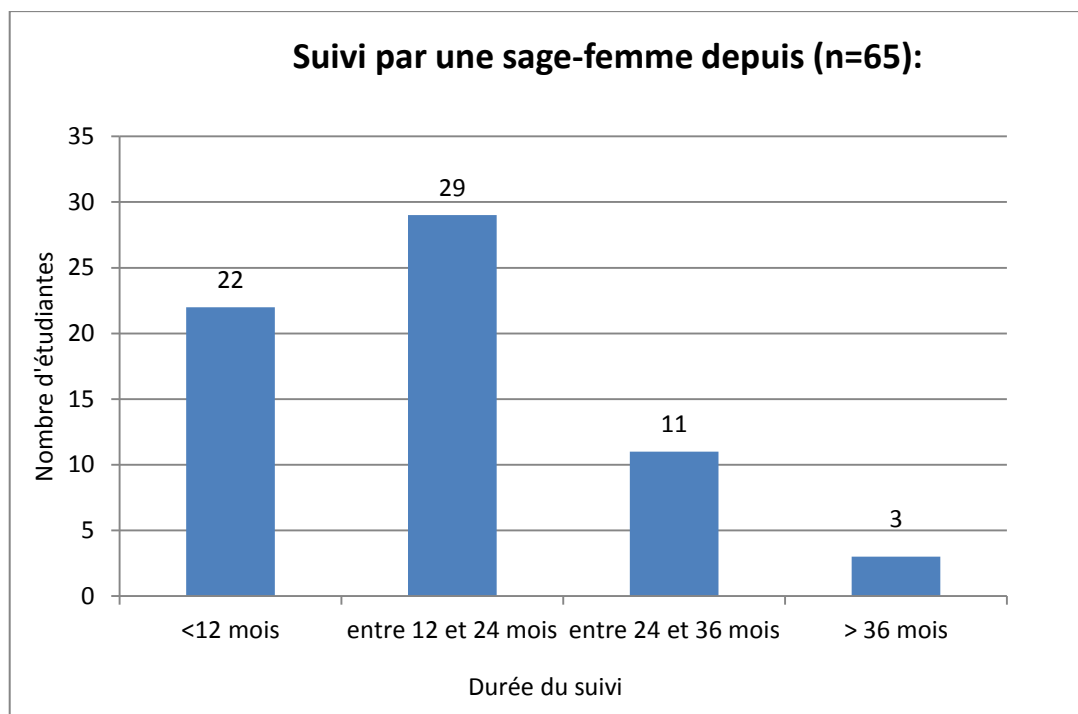


2. Les étudiantes suivies par une sage-femme

La formation sage-femme peut avoir aussi une répercussion sur le type de suivi gynécologique choisi par l'étudiante. Nous avons donc voulu en savoir plus sur les étudiantes se faisant suivre par une sage-femme.

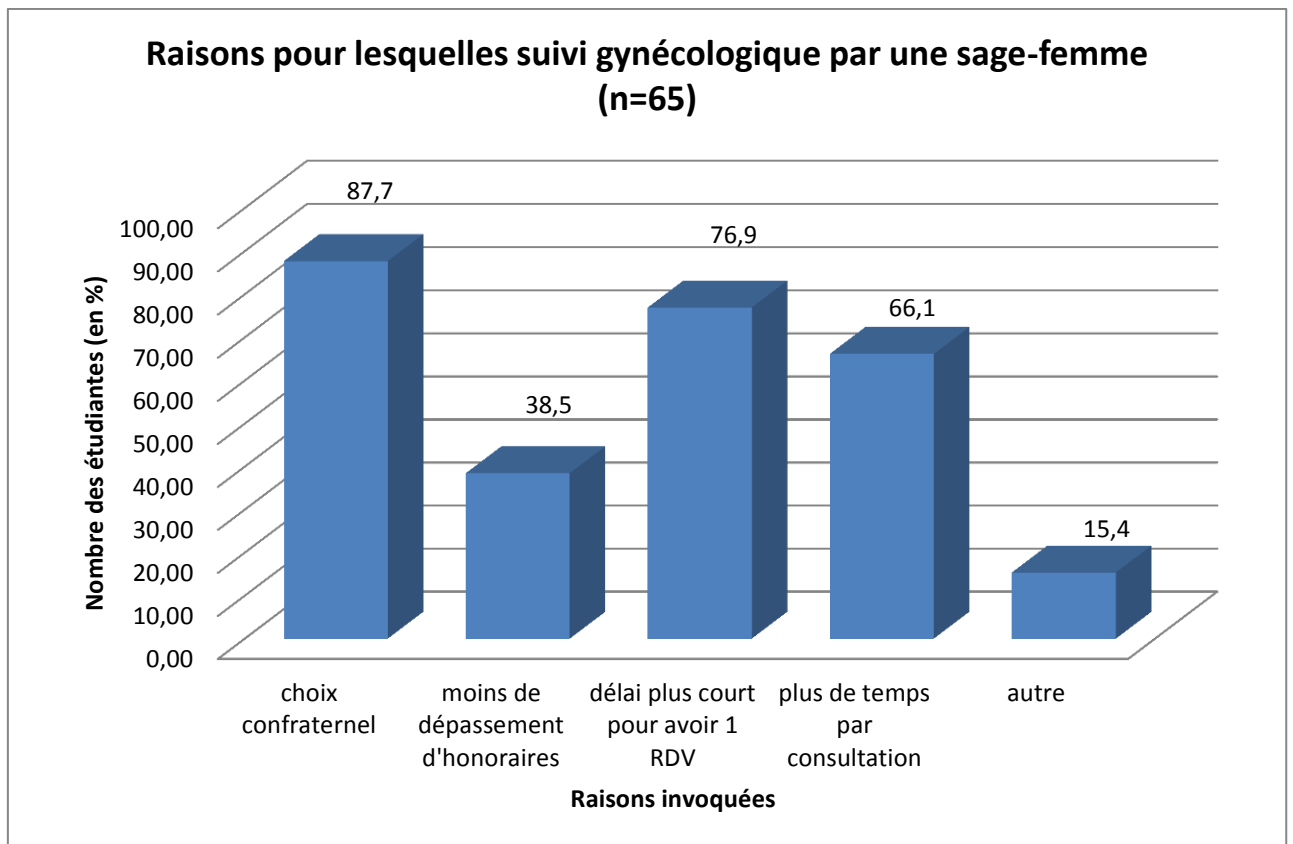
Les 65 participantes concernées bénéficient de ce suivi depuis en moyenne 12,5 mois. Toutes ces étudiantes ont commencé à se faire suivre par une sage-femme pendant leurs études, la durée maximum de suivi étant de un peu plus de 3 ans pour 3 d'entre elles. 78,5% d'entre elles se font suivre par une sage-femme depuis 2 ans ou moins.

Graphique 6 : Depuis combien de temps les participantes sont-elles suivies par une sage-femme sur le plan gynécologique?



Parmi les raisons qui ont poussé ces étudiantes à se faire suivre par une sage-femme, 87,7% citent un choix confraternel par solidarité pour la profession (57 étudiantes ; n=65). 76,9% d'entre elles estiment que le fait d'obtenir un rendez-vous plus rapidement a une part importante dans leur choix (50 participantes sur 65). Pour 66,1% de ces 65 étudiantes, un temps plus long accordé par consultation justifie leur décision (ce qui correspond à 43 personnes). Le dépassement d'honoraires moins important ne compte comme explication que pour 38,5% d'entre elles (25 étudiantes). 15,4% (soit 10 participantes) font appel à d'autres raisons comme la proximité avec l'habitation, la bonne réputation de la sage-femme ou un suivi physiologique.

Graphique 7 : Les raisons d'un suivi par une sage-femme



C. La contraception depuis le début de la formation

1. Le moyen de contraception utilisé en début de cursus

A l'entrée à l'école de sage-femme, 88% des 285 étudiantes ayant participé à notre étude utilisent un moyen de contraception soit 251 étudiantes.

Parmi elles :

- 203 étudiantes utilisent une pilule oestro-progestative (soit 71,2% de l'ensemble de la population (n=285) et 80,9% de celles utilisant une contraception (n=251)). A peu près autant d'étudiantes utilisent une pilule oestro-progestative de 1^{ère} ou de 2^{ème} génération (98 participantes) qu'une de 3^{ème} ou 4^{ème} génération (105 participantes).

- 27 participantes (9,5% des 285 étudiantes, 10,7% des 251 étudiantes utilisant une contraception) utilisent le préservatif.

- 6 étudiantes utilisant l'anneau vaginal (2,1% pour n=285 ; 2,4% pour n=251)

- la pilule micro-progestative est le moyen de contraception de 5 des participantes (1,75% pour n=285 ; 2% pour n=251).

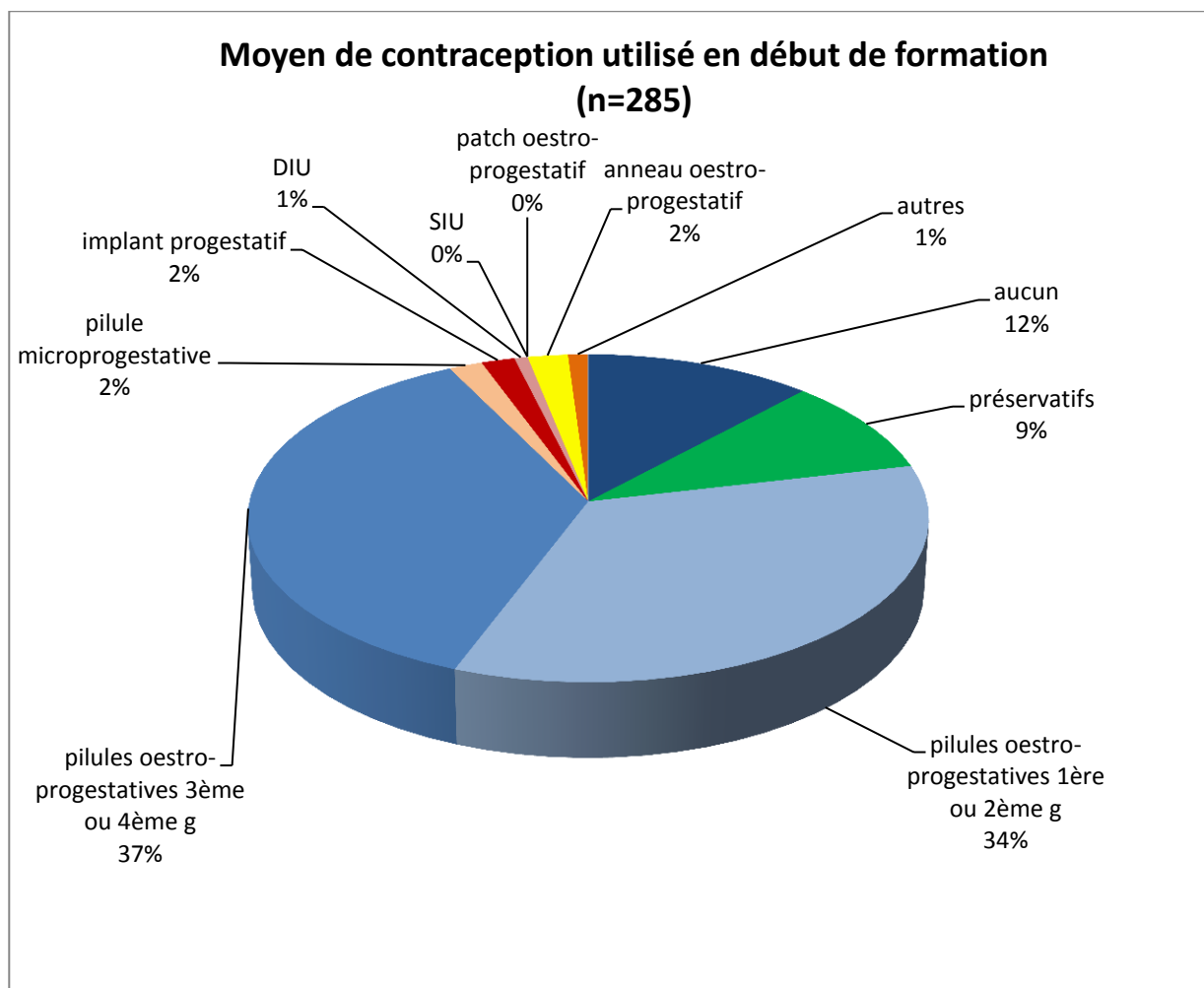
- l'implant sous-cutané est utilisé aussi par 5 étudiantes

- le DIU ne concerne que 2 des étudiantes. (0.70% pour n=285, 0.80% pour n=251)

- 3 utilisent d'autres méthodes comme les méthodes naturelles

Aucune étudiante n'utilise le SIU ou le patch transdermique oestro-progestatif en début de formation comme moyen de contraception.

Graphique 8 : Répartition selon le moyen de contraception utilisé en début de formation



Nous leur avons aussi demandé sur quels critères elles avaient fait leur choix. Le critère de choix qui revient le plus souvent est celui de la facilité de prise, d'utilisation. Ce critère est invoqué chez 37 de nos participantes soit 14,7% de la population utilisant un moyen de contraception (n=251). Parmi ces 37 étudiantes, 31 utilisent une pilule oestro-progestative, 3 un anneau vaginal, 2 des préservatifs et 1 un implant.

31 des participantes (12,3% ; n=251) justifient leur choix de contraception par le traitement de l'acné : 27 d'entre elles utilisent une pilule oestro-progestative de 3^{ème} ou 4^{ème} génération, les autres sont sous pilule oestro-progestative de 1^{ère} ou 2^{ème} génération.

Le manque d'information sur les autres moyens existants a gêné au bon choix d'une méthode de contraception adapté pour 24 des étudiantes interrogées soit 9,6% de la population ayant recours à une contraception (n=251). La totalité de ces étudiantes utilise une pilule oestro-progestative.

22 participantes ont choisi leur moyen de contraception pour tenter d'atténuer un problème menstruel comme des dysménorrhées, des ménorragies ou des cycles irréguliers. Elles sont toutes sous pilule, 20 sous pilule oestro-progestative et 2 sous pilule micro-progestative.

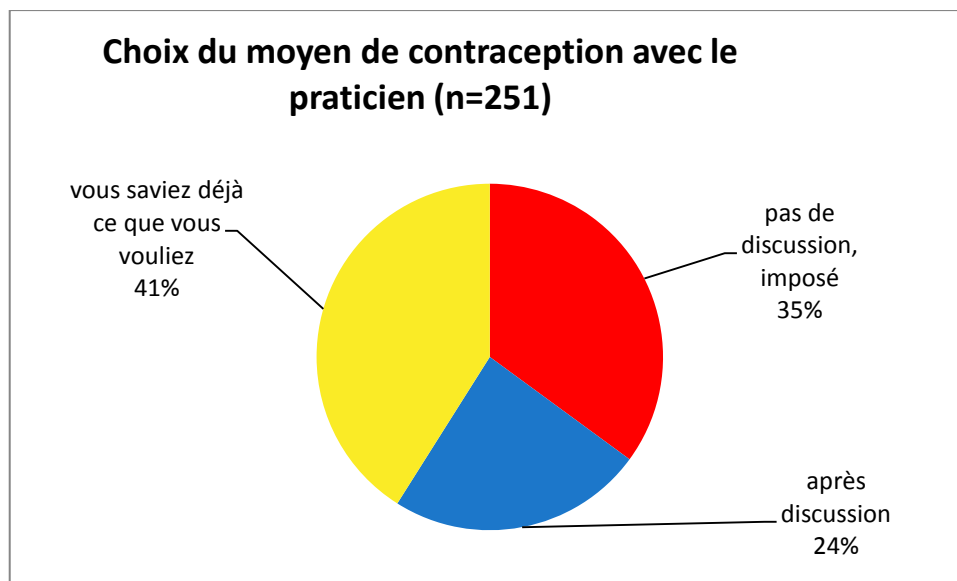
Le tableau ci-dessous détaille les autres critères invoqués par les étudiantes.

Critère invoqué :	Nombre d'étudiantes	Pourcentage (n=251)
Facilité d'utilisation	37	14,7%
Traitement de l'acné	31	12,3%
Manque d'information	24	9,6%
Problèmes menstruels	22	8,8%
Contre-indication/effet indésirables	12	4,7%
Pas de relation stable	11	4,4%
Problème d'observance	10	4%
Aucune relation sexuelle	7	2,8%
Efficacité de la méthode	7	2,8%
Prix non élevé	6	2,4%
Début de relation	5	2%
Relation stable	5	2%
Fiabilité de la méthode	5	2%
Moyen non intrusif	5	2%
Bonne tolérance de la méthode	5	2%
Traitement hormonal	4	1,6%
Possibilité d'aménorrhée	4	1,6%
Ras-le-bol du moyen précédent	4	1,6%

Moyen de longue durée	3	1,2%
Opposition du praticien à la pose d'1 DIU chez la nulligeste	2	0,8%
Protection contre les IST	2	0,8%
Méthode physiologique	2	0,8%
Polémique de la pilule	2	0,8%
Peur du suivi gynécologique	2	0,8%
Moyen non hormonal	2	0,8%

Lors de la prescription de ce moyen de contraception, 41% des étudiantes (103 participantes ; n=251) savaient déjà ce qu'elles souhaitaient et leur choix a été respecté par le prescripteur. 35% (88 sur 251 étudiantes) se sont vues imposées la méthode de contraception par le praticien sans discussion particulière ; et 24% en ont discuté avec le praticien et ont choisi ensemble le moyen le plus adapté (60 personnes sur 251).

Graphique 9 : Répartition selon le choix de la méthode avec le praticien



2. Le moyen de contraception actuel

En fin de formation, 22 étudiantes n'utilisent toujours pas de moyen de contraception, soit 7,7% de l'ensemble de la population.

Le moyen le plus utilisé reste la pilule oestro-progestative de 1^{ère} ou 2^{ème} génération avec 98 utilisatrices soit 34,4% de la population (n=285). Les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération ne sont plus utilisées que par 38 étudiantes soit 13,3%.

L'utilisation des dispositifs intra-utérins (DIU au cuivre ou SIU) est beaucoup important qu'en début de formation : 47 participantes, soit 16,5%, déclarent avoir un DIU au Cuivre et 16, soit 5,6%, un SIU (n=285).

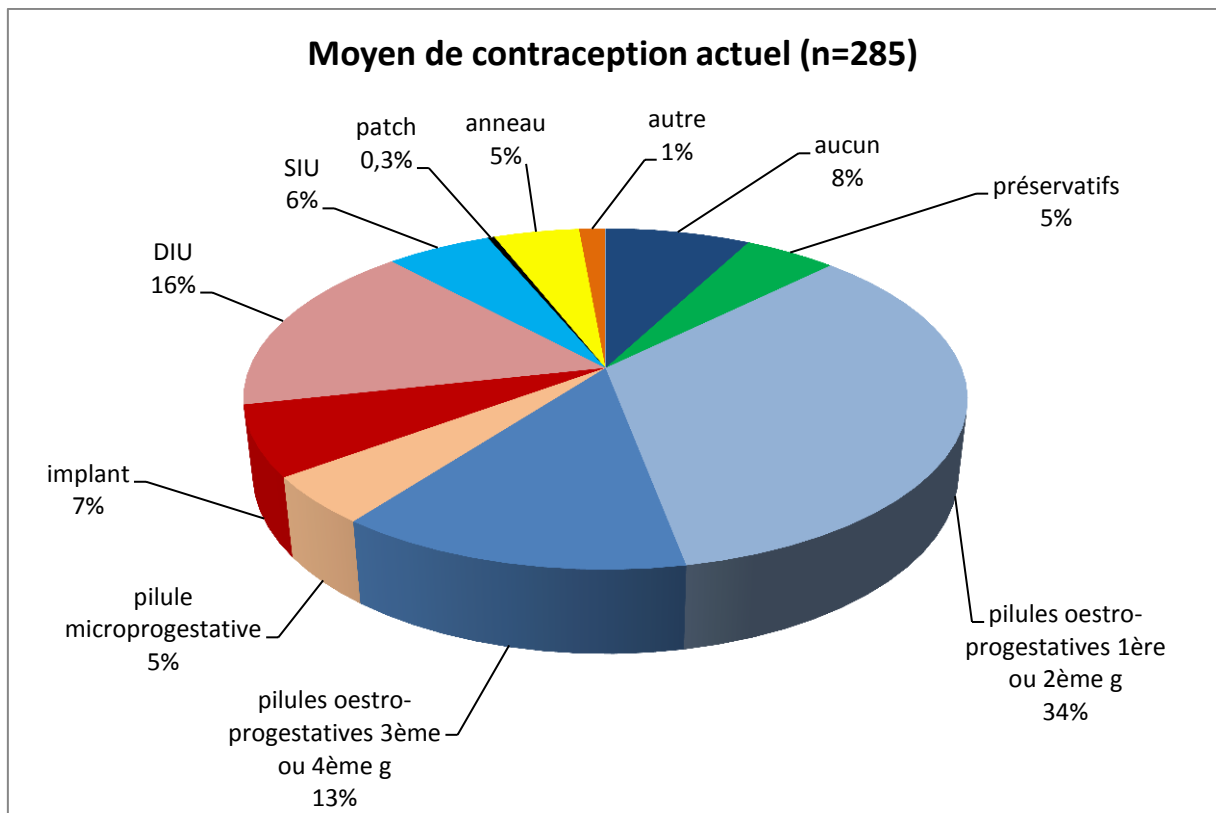
L'implant sous-cutané est utilisé chez 19 des 285 étudiantes interrogées, soit 6,7%. La pilule micro-progestative, elle, reste la méthode utilisée par 13 étudiantes soit 4,6%.

14 participantes (4,9% ; n=285) préfèrent l'utilisation du préservatif masculin ou féminin.

En ce qui concerne les autres moyens de contraception à base d'oestro-progestatifs, leur utilisation est légèrement plus importante qu'en début de formation : l'anneau vaginal est utilisé par 13 étudiantes (4,6%) et le patch par 1 seule étudiante (0,3%).

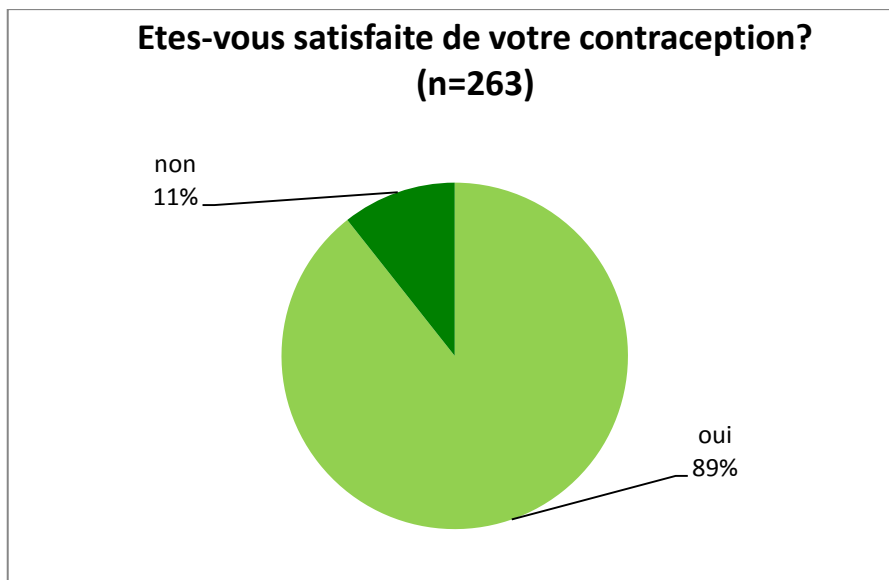
4 étudiantes utilisent d'autres types de contraception dont les méthodes naturelles.

Graphique 10 : Répartition selon le moyen de contraception actuel



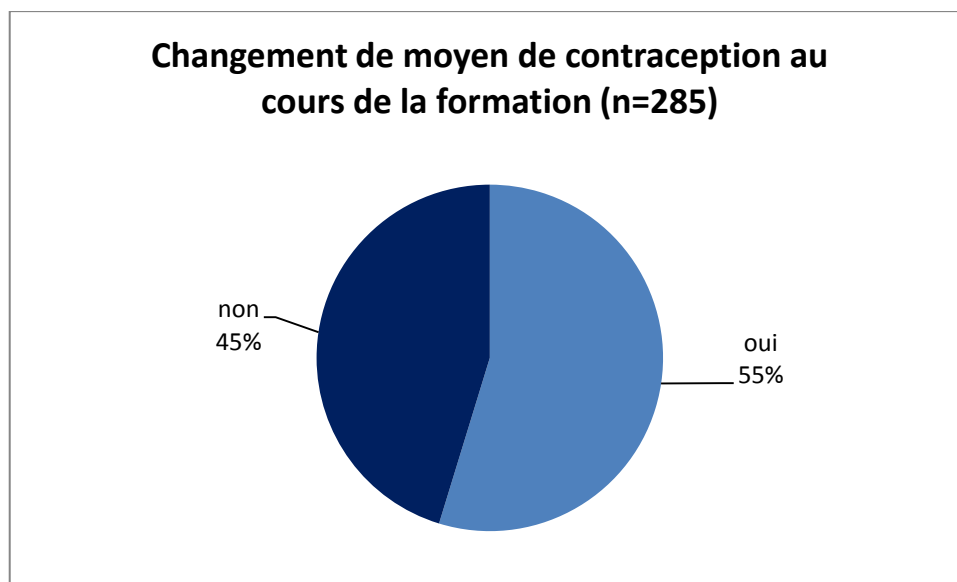
A la question sur la satisfaction de l'étudiante quant à son moyen de contraception, 89,3% des participantes soit 263 étudiantes utilisant une contraception se déclarent satisfaites du moyen choisi.

Graphique 11 : La satisfaction des étudiantes envers leur moyen de contraception



Au cours de la formation, plus de la moitié des étudiantes interrogées ont changé de méthode contraceptive : 156 participantes, soit 54,7%, déclarent avoir changé de moyen de contraception au cours des 4 années de formation sage-femme.

Graphique 12 : Proportion de participantes ayant changé de moyens de contraception pendant la formation



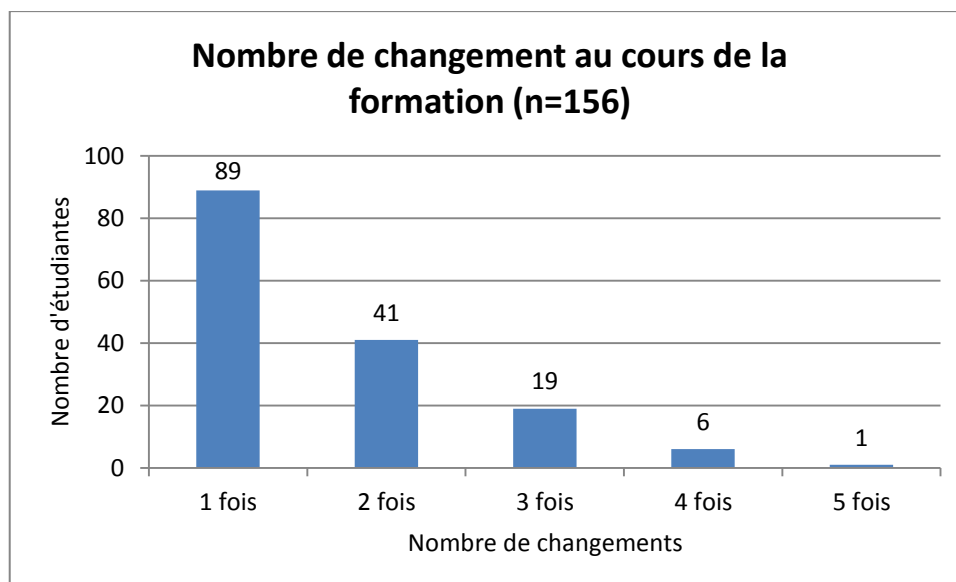
D. Les étudiantes ayant changé de moyen de contraception

156 des 285 étudiantes ayant participé à notre étude ont en effet changé de moyen de contraception au cours de leur formation. Nous avons voulu en savoir plus à leur sujet.

1. Le nombre de changements

En moyenne, les étudiantes ont changé 1,6 fois de méthode contraceptive pendant leurs 4 années à l'école de sages-femmes. 57% d'entre elles n'ont changé qu'une seule fois (89 étudiantes ; n=156) ; 26,3% 2 fois (41 étudiantes); et 16,7% 3 fois ou plus. Une seule étudiante a changé 5 fois de moyen contraceptif au cours de la formation et il s'agit du nombre maximum de changements effectués.

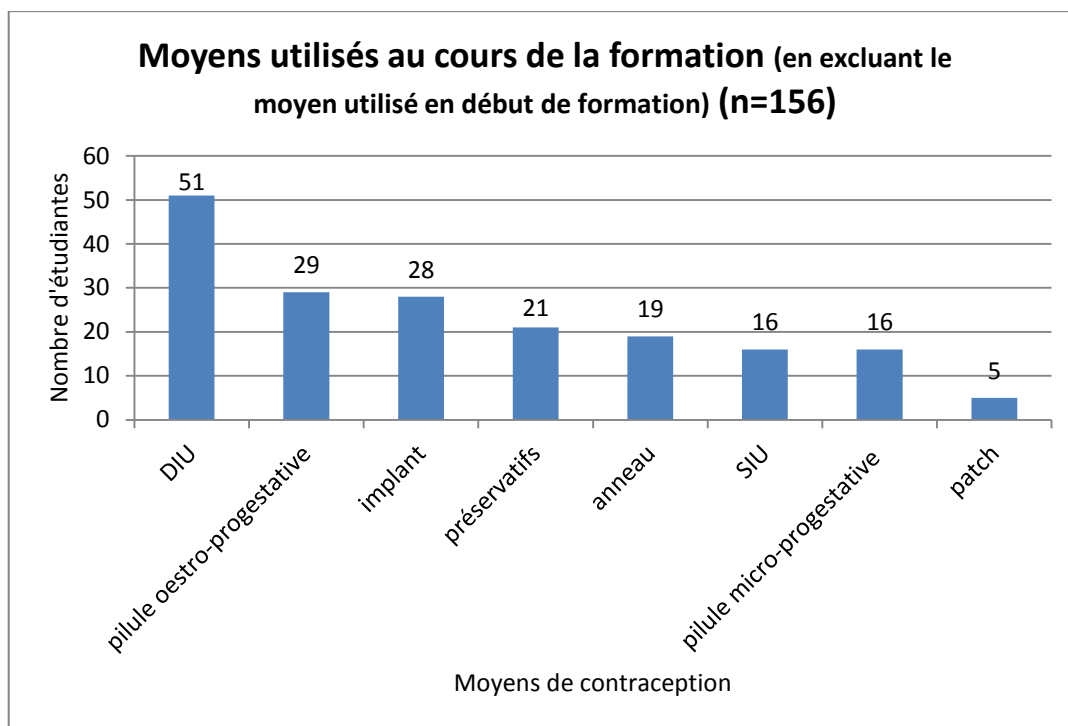
Graphique 13 : Répartition selon le nombre de changements au cours de la formation



2. Les nouveaux moyens de contraception utilisés

Parmi les autres moyens de contraceptions utilisés pendant la formation par les étudiantes ayant changé de contraception (en excluant les moyens utilisés en début de formation), le moyen pour lequel les étudiantes ont le plus changé est le DIU (51 participantes soit 32,7% des étudiantes ayant changé de contraception ; n=156), suivi par la pilule oestro-progestative (29 étudiantes, ce qui correspond à 18,6% de la population concernée ; n=156) et l'implant (28 étudiantes soit 17,9% ; n=156). Aucune utilisatrice du DIU, de l'anneau, du SIU ou du patch ayant déclaré avoir changé de contraception au cours de la formation n'utilisait ce moyen de contraception au début du cursus.

Graphique 14 : Autres moyens de contraception utilisés pendant la formation

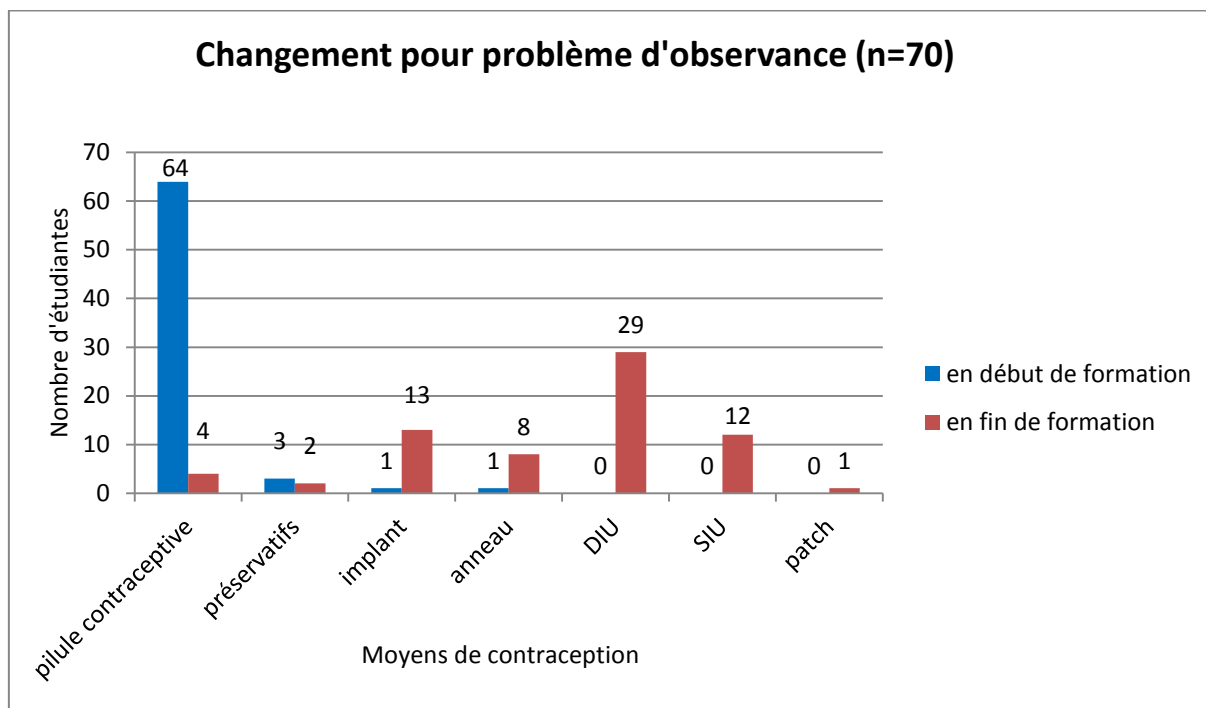


3. Les raisons du ou des changement(s)

La raison la plus souvent invoquée pour justifier le changement est le problème de l'observance lié aux rythmes des stages avec l'alternance des gardes de jour puis de nuit : cela concerne 70 des 156 étudiantes ayant changé de moyen de contraception soit 44,9% de la population intéressée. Parmi ces 70 étudiantes, 64 prenaient la pilule en début de formation (oestro-progestative et micro-progestative confondues). Sur cette même population, en fin de formation, la proportion de moyen de contraception indépendant du comportement de l'individu est beaucoup plus importante : 41 utilisent un dispositif intra-utérin au cuivre ou aux hormones, 13 ont opté pour l'implant et 8 pour l'anneau vaginal oestro-progestatif.

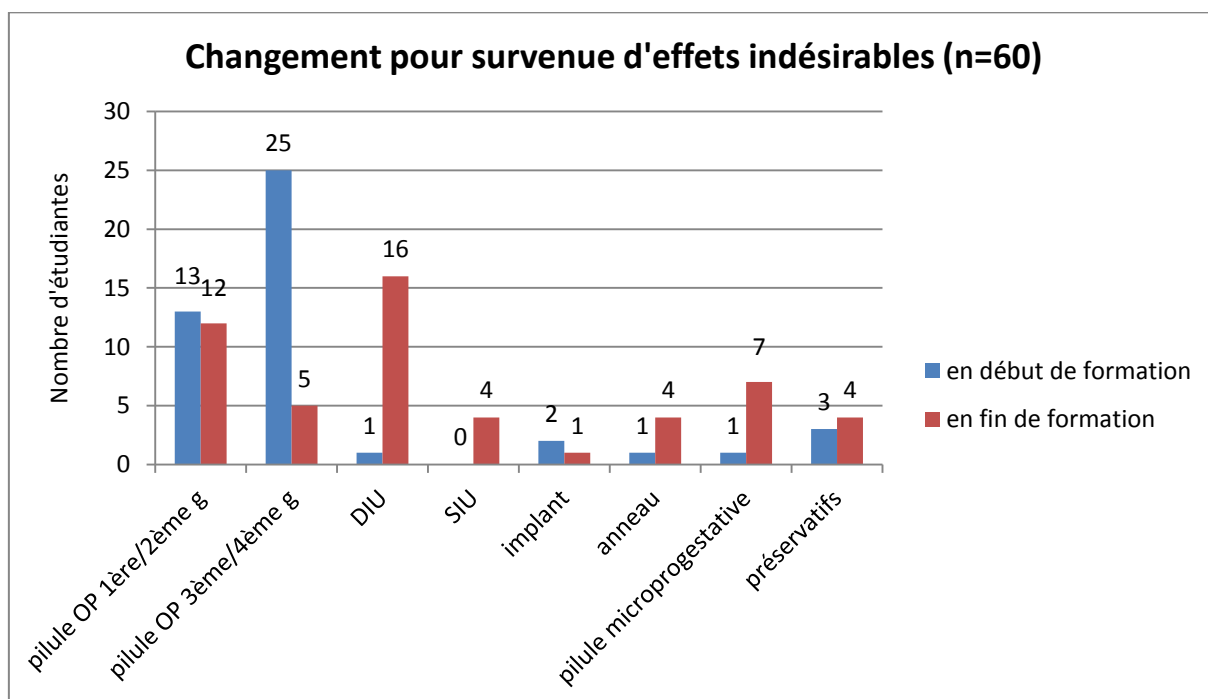
(Pour un souci de clarté, seuls les éléments importants et significatifs ont été reportés dans les graphiques.)

Graphique 15 : Répartition des moyens de contraception utilisés entre le début de la formation et la fin du cursus chez les participantes ayant changé de méthodes contraceptives pour des problèmes d'observance



La 2^{nde} raison invoquée est la survenue d'effets indésirables : 60 participantes, correspondant à 38,5% de la population concernée (n=156), ont changé de méthodes suite à cela. Les effets indésirables les plus souvent incriminés sont la survenue de spotting (pour 25% d'entre elles), de l'acné (pour 20% des personnes concernées), la prise de poids et les mastodynies (11,7% chacun). Pour les 60 personnes ayant justifié leur changement par cette raison, la répartition du moyen de contraception utilisé en début et en fin de formation a aussi changé : les méthodes sans hormones ou avec des doses hormonales moindre sont plus utilisées (DIU, préservatifs, pilules micro-progestatives, anneau vaginaux...) alors que les pilules oestro-progestatives de 3^{ème} et de 4^{ème} génération sont délaissées.

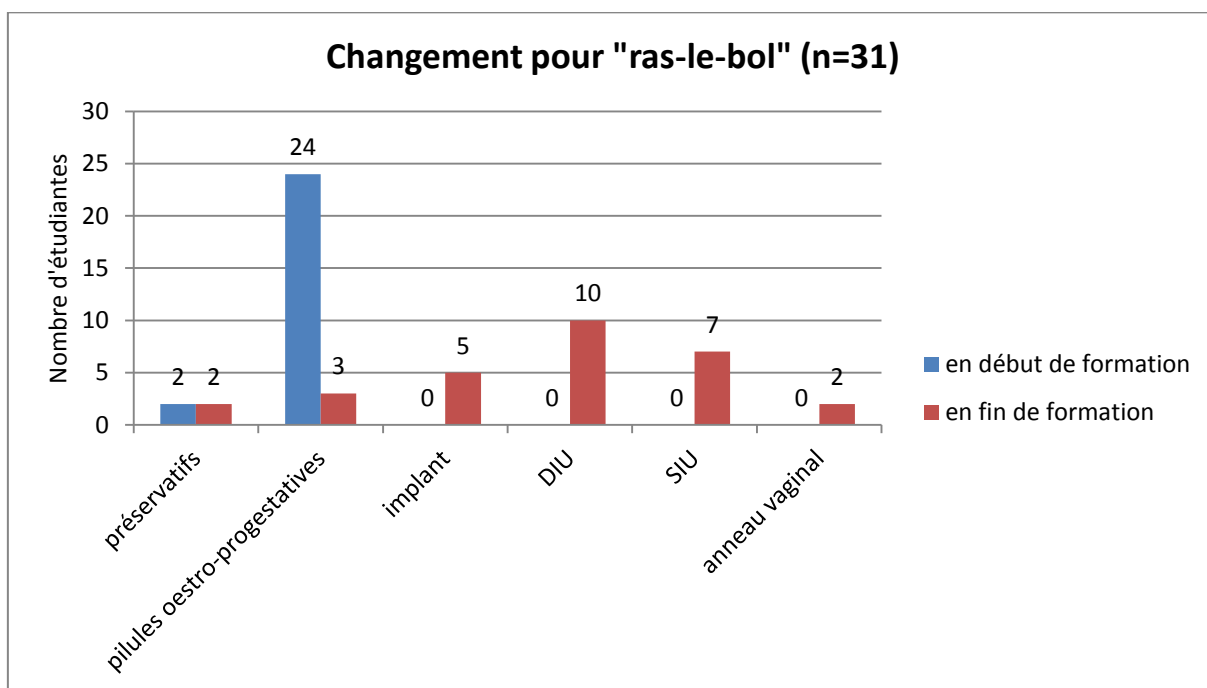
Graphique 16 : Répartition des moyens de contraception utilisés entre le début et la fin de la formation chez les étudiantes ayant changé de méthode contraceptive pour survenue d'effets indésirables.



Le 3^{ème} motif de changement de contraceptif est un changement dans la relation amoureuse (pour 42 des participantes soit 26,9%). Le terme « changement dans la relation » désigne une rupture sentimentale, une relation devenue stable ou encore un ou plusieurs nouveaux partenaires amoureux.

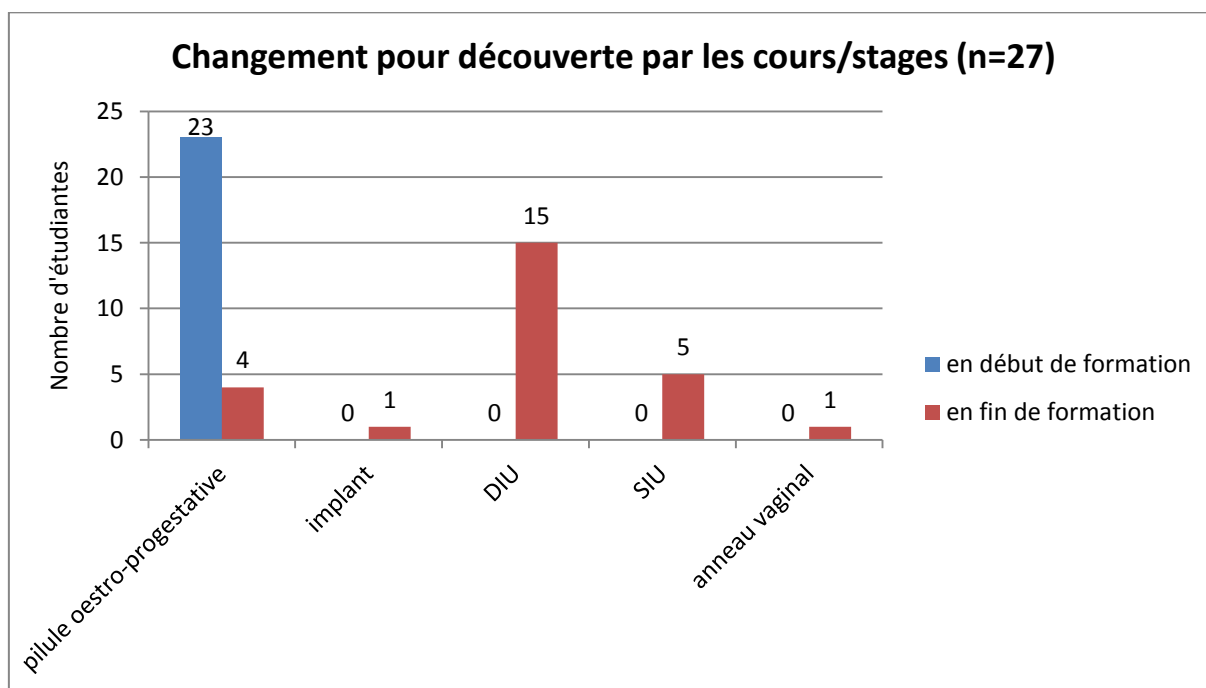
Parmi les 31 étudiantes ayant changé de contraception parce qu'elles en avaient marre (19,9% ; n=156)), la majeure partie a opté pour une méthode de longue durée comme le DIU, le SIU, l'implant tout en délaissant l'utilisation de la pilule contraceptive.

Graphique 17 : Répartition des moyens de contraception utilisés au début et à la fin de la formation parmi les étudiantes ayant changé de moyens de contraception pour « ras-le-bol »



Pour 17,3% des étudiantes (27 participantes sur 156) ayant changé de contraception, la raison les ayant poussées au changement a été la découverte de nouveaux moyens de contraception jusque-là méconnus par le biais des cours théoriques et des stages pendant la formation. Le principal moyen découvert est le DIU. Au début de la formation, 85,2% de ces 27 étudiantes utilisaient une pilule oestro-progestative : elles ne sont plus que 14,9% à la fin.

Graphique 18 : Répartition des moyens de contraception utilisés entre le début et la fin de la formation chez les étudiantes ayant changé de méthode pour découverte du nouveau moyen par le biais des cours et des stages



15,4% des étudiantes ayant changé de contraception (soit 24 étudiantes) ont préféré une méthode non hormonale (le DIU en écrasante majorité puis le préservatif).

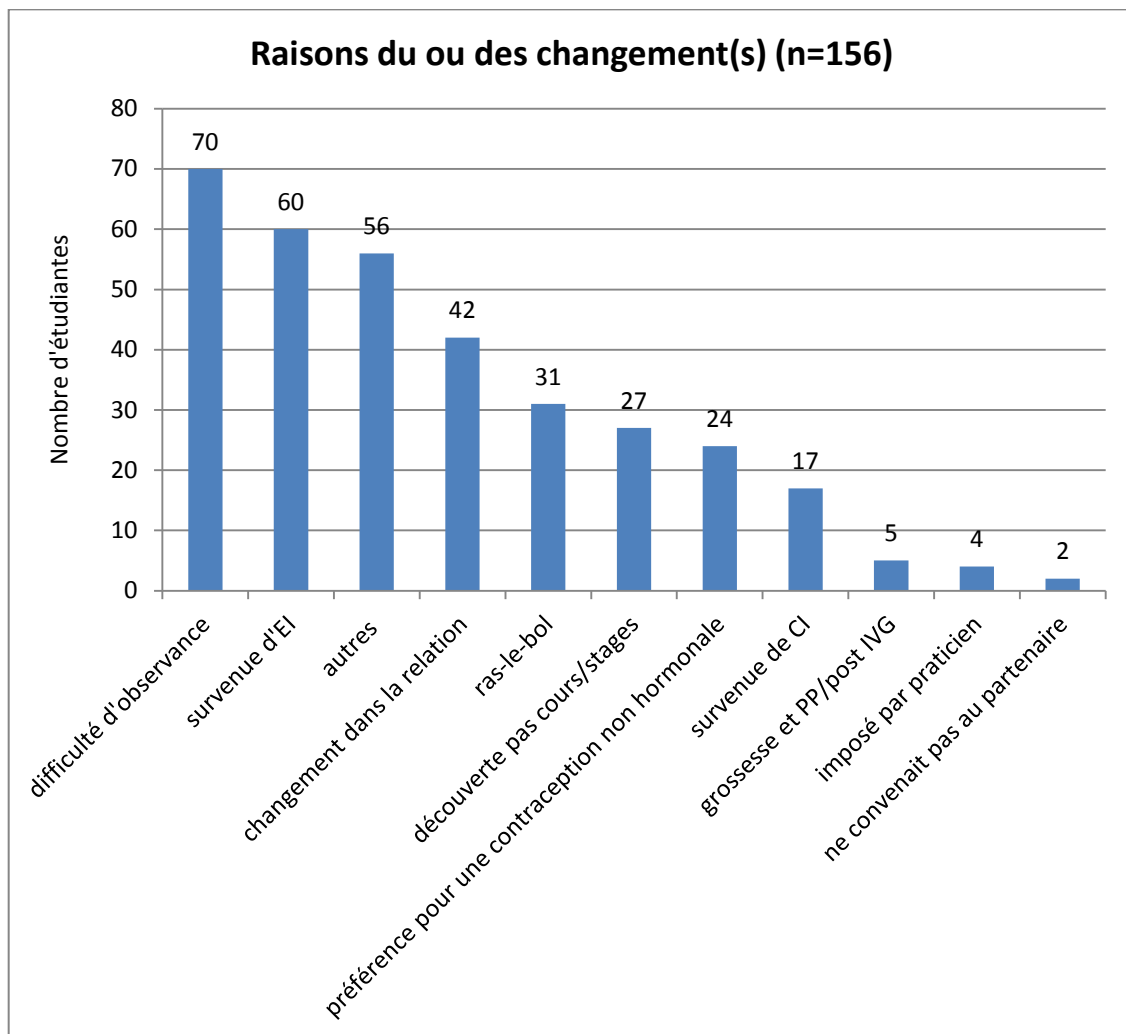
Pour 17 d'entre elles (soit 10,9% des 156 participantes ayant changé de méthode), la survenue de contre-indication les a obligées à changer de moyen de contraception. Les contre-indications survenues les plus fréquentes sont : les migraines, le tabac, les antécédents cardio-vasculaires familiaux et l'obésité.

5 étudiantes ont dû changer de contraception suite à leur grossesse ou suite à une interruption volontaire de grossesse.

4 se sont vues le changement imposé par leur praticien : toutes utilisaient une pilule oestro-progestative de 3^{ème} ou de 4^{ème} génération et 3 d'entre elles ont changé pour une pilule de 1^{ère} ou 2^{ème} génération.

Dans la catégorie « autres » sélectionnée par les participantes, les principales raisons citées sont le souhait d'une contraception longue durée, le coût et la polémique des pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération.

Graphique 19 : Les raisons invoquées pour justifier le changement de moyen de contraception

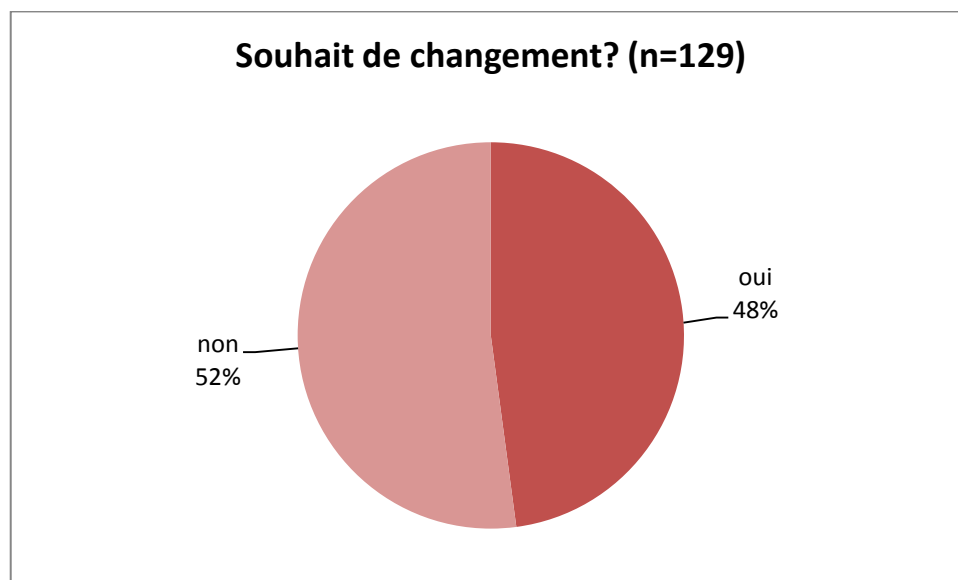


E. Les étudiantes n'ayant pas changé de moyen de contraception au cours de la formation

1. Y a-t-il eu souhait de changement ?

Parmi les étudiantes n'ayant pas changé de contraception au cours de la formation (n=129), près de la moitié soit 47,9% (68 étudiantes) déclare avoir eu le souhait de changer de contraception mais de ne pas avoir poussé jusqu'au bout leur démarche.

Graphique 20 : Souhait de changement de contraception chez les étudiantes n'ayant pas changé de méthode contraceptive.



Les principaux moyens pour lesquels les étudiantes auraient aimé changer sont :

- Le DIU pour 67,6% de celles ayant eu un souhait de changement (46 des 68 étudiantes ayant le souhait de changer de moyen de contraception)

- Le SIU pour 16,2% (11 personnes)
- L'implant pour 7,3% (5 étudiantes)
- L'anneau vaginal pour 5,9% (4 participantes)
- Le patch transdermique pour 4,4% (3 personnes)
- La pilule oestro-progestative pour 4,4% (3 étudiantes)

Les autres moyens comme la pilule micro-progestative, le diaphragme, la cape, les spermicides ne récoltent que 1,5% des souhaits chacun.

2. Les raisons ayant empêché le changement

La raison invoquée par 67,5% des étudiantes (soit 46 participantes ; n=68) n'ayant pas changé de contraception malgré le souhait de le faire est l'appréhension des effets indésirables possibles. Le principal effet secondaire redouté est les méno-métrorragies en cas d'utilisation du DIU exclusivement (pour 17 des étudiantes concernées). Suit la prise de poids pour 14 d'entre elles (avec l'utilisation de l'implant principalement). Puis les spotting et l'acné (avec le SIU et l'implant pour les 2 effets indésirables). Les autres effets secondaires redoutés comme les dysménorrhés, les cycles irréguliers, les mastodynies... n'ont constitué un obstacle au changement de moyen contraceptif que chez très peu d'étudiantes.

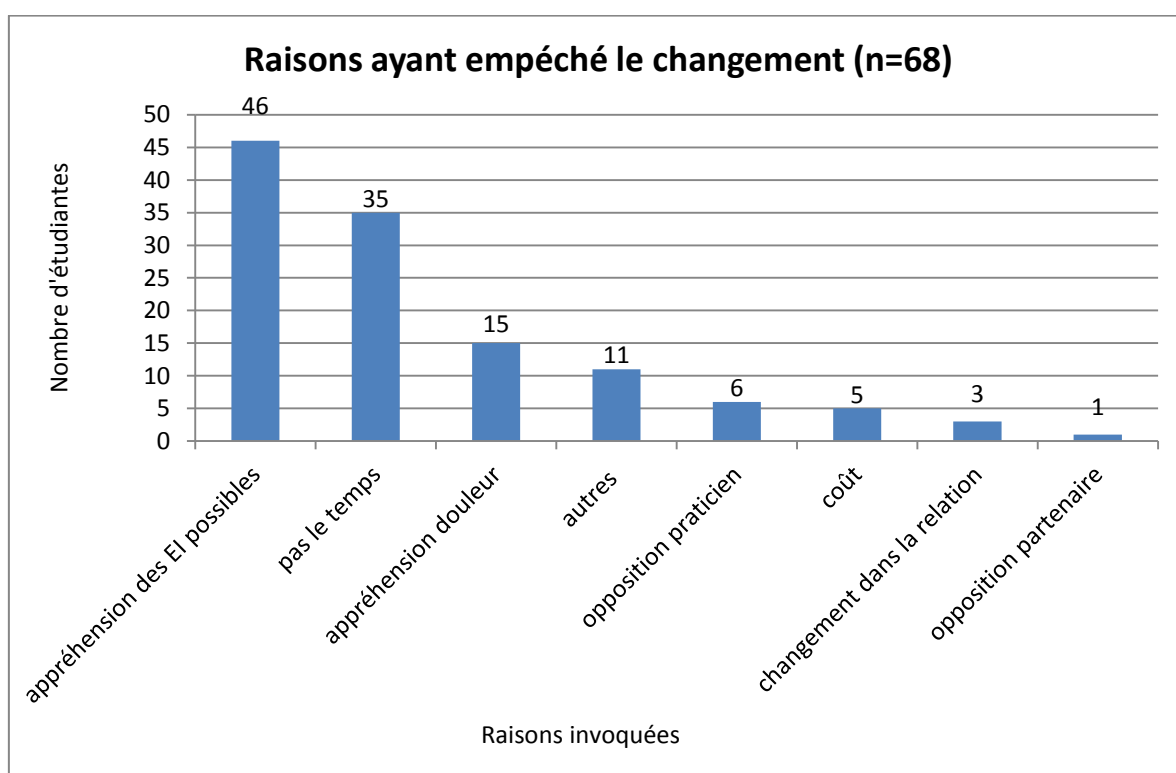
L'absence de temps pour s'occuper de sa contraception a gêné 35 étudiantes soit 51,5% de celles souhaitant changer de méthode contraceptive sans l'avoir fait (n=68).

15 participantes (22,1%) n'ont pas changé de moyens de contraception par appréhension de la douleur lors de la pose d'un DIU ou SIU et pour l'une d'entre elles lors de la pose de l'implant.

Une opposition du praticien à la pose d'un DIU est la raison de l'absence de changement pour 6 des étudiantes soit 8,8%.

Dans la catégorie « autres », nous retrouvons comme raisons invoquées pour justifier l'absence de changement un désir de grossesse chez 3 des étudiantes, le fait que le moyen choisi n'est pas disponible sur le lieu d'habitation (île) ou encore le doute sur le moyen choisi.

Graphique 21 : Raisons ayant empêché le changement de moyen de contraception chez les étudiantes ayant un souhait de changement

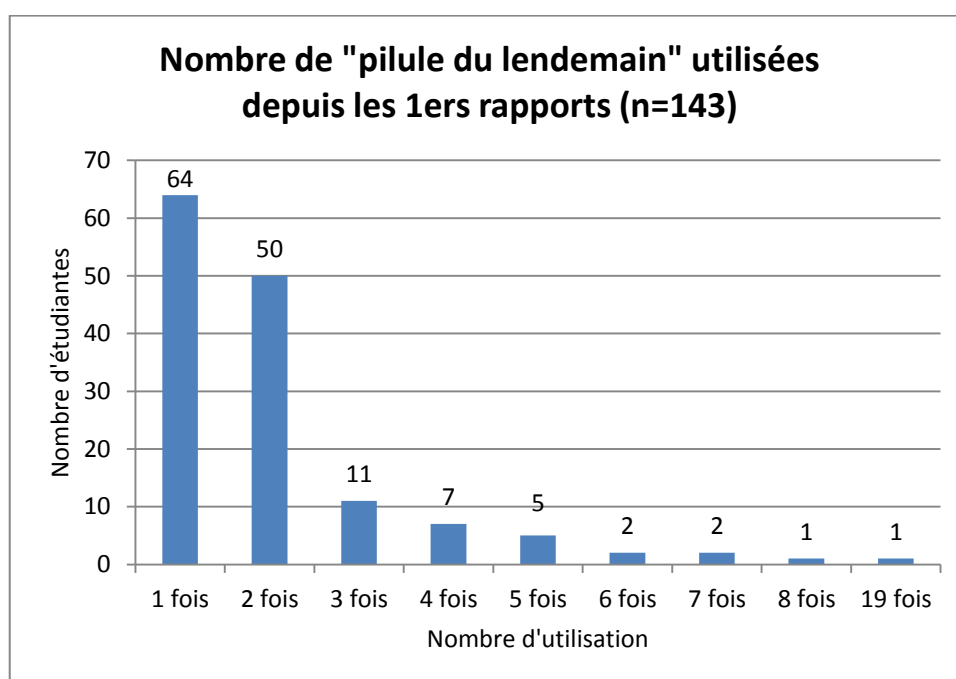


F. L'utilisation de la contraception d'urgence et des tests de grossesse

Sur les 285 participantes à notre étude, 143 soit 50,2% ont déjà utilisé au moins une fois depuis leurs 1ers rapports sexuels une contraception d'urgence comme la « pilule du lendemain ». La moyenne du nombre de « pilule du lendemain » utilisées par étudiante est de 2,1. La plupart (44,7% des étudiantes

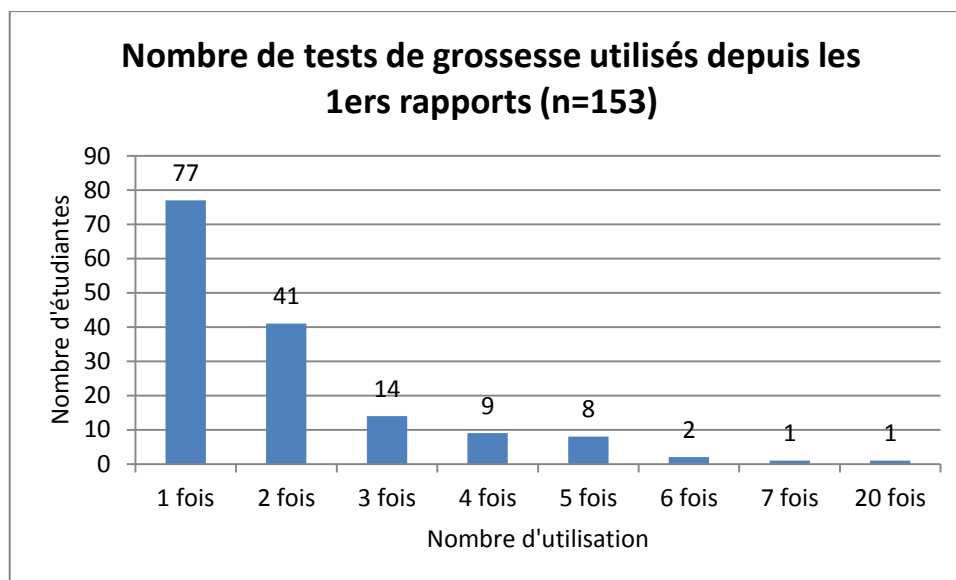
déclarant avoir déjà utilisé la contraception d'urgence soit 64 étudiantes, n=143) ne l'ont utilisé qu'une seule fois et 35% 2 fois (50 participantes). 20,3% des étudiantes l'ont utilisée 3 fois ou plus. Le maximum d'utilisation est de 19 fois pour une étudiante.

Graphique 22 : Nombre de contraception d'urgence utilisée par les étudiantes depuis leurs 1ers rapports sexuels.



En ce qui concerne l'utilisation des tests de grossesse, 153 des 285 participantes soit 53,7% déclarent avoir fait un test de grossesse au moins une fois depuis leurs 1ers rapports sexuels. La moyenne d'utilisation par étudiante est de 2,06. 50,3% des étudiantes ayant déjà utilisé un test de grossesse l'ont utilisé une seule fois (77 des 153 étudiantes) et 26,8% 2 fois (soit 41 participantes). 22,9% l'ont utilisé 3 fois ou plus. Le maximum d'utilisation est de 20 fois par une seule étudiante.

Graphique 23 : Nombre de tests de grossesse utilisés par les étudiantes depuis leurs 1ers rapports sexuels.

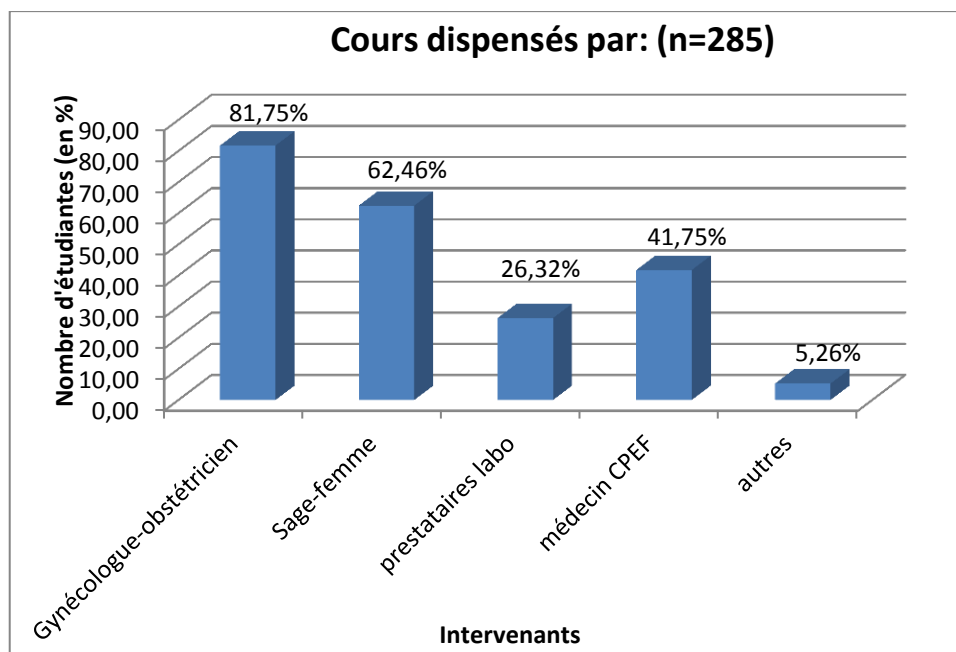


G. La formation

1. Les enseignements

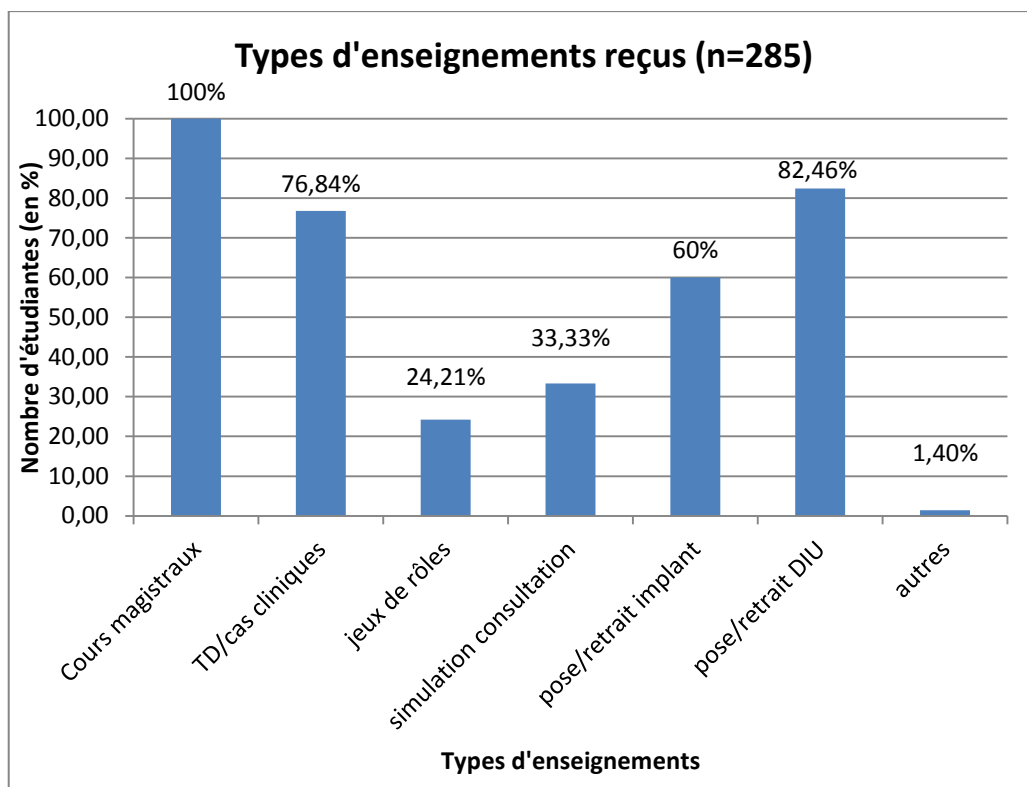
Les cours sur la contraception ont été dispensés par les gynécologues-obstétriciens pour 81,7% des participantes soit 233 étudiantes (n=285). Les sages-femmes ont également délivré des enseignements sur le sujet pour 62,5% des étudiantes (n=285). 41,7% des étudiantes déclarent avoir reçu des cours de la part d'un médecin exerçant dans un Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF) (n=285). L'intervention de prestataires de laboratoire dans la formation des futures sages-femmes concerne 26,3% d'entre elles (n=285). D'autres intervenants comme un pharmacien, dans la majorité des cas, ont dispensé des enseignements chez 5,3% des étudiantes (n=285).

Graphique 24 : Répartition selon les intervenants ayant dispensé les cours sur la contraception.



Toutes les étudiantes ont eu des cours théoriques magistraux sur le sujet. Le reste de la formation change selon l'école dans laquelle est l'étudiante. 82,5% des étudiantes ont eu un enseignement pratique sur la pose et le retrait d'un DIU (235 sur 285 étudiantes) et 60% sur la pose et le retrait d'un implant (171 étudiantes). Pour 76,8% des participantes (soit 219 personnes, n=285), leur formation s'est faite en partie grâce à des travaux dirigés et des cas cliniques. 33,3% ont réalisé des simulations de consultations de contraception (ce qui correspond à 95 étudiantes) et 24,2% (soit 69 participantes) ont effectué des jeux de rôles. Parmi celles ayant eu d'autres types d'enseignement, nous retrouvons des exposés, des séminaires ou encore la vidéo de la pose et du retrait d'un DIU.

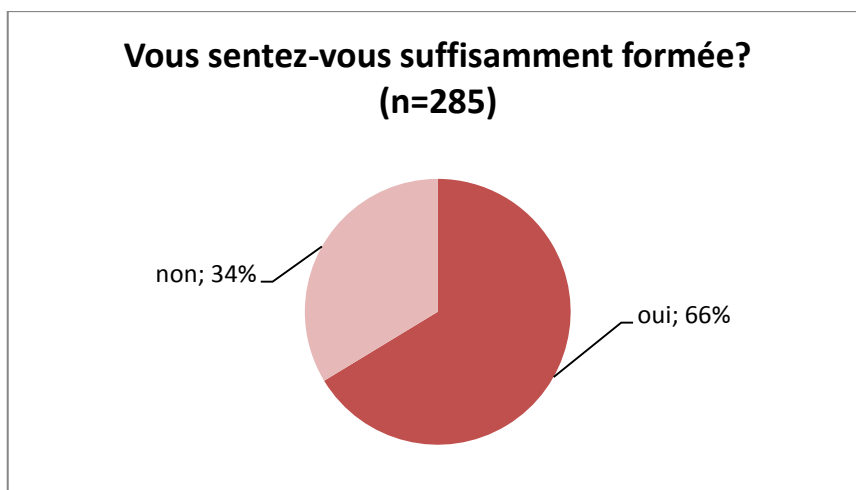
Graphique 26 : Répartition selon le type d'enseignements reçus par les étudiantes au cours de l'ensemble de leur formation.



2. Le ressenti de l'étudiante sur sa formation

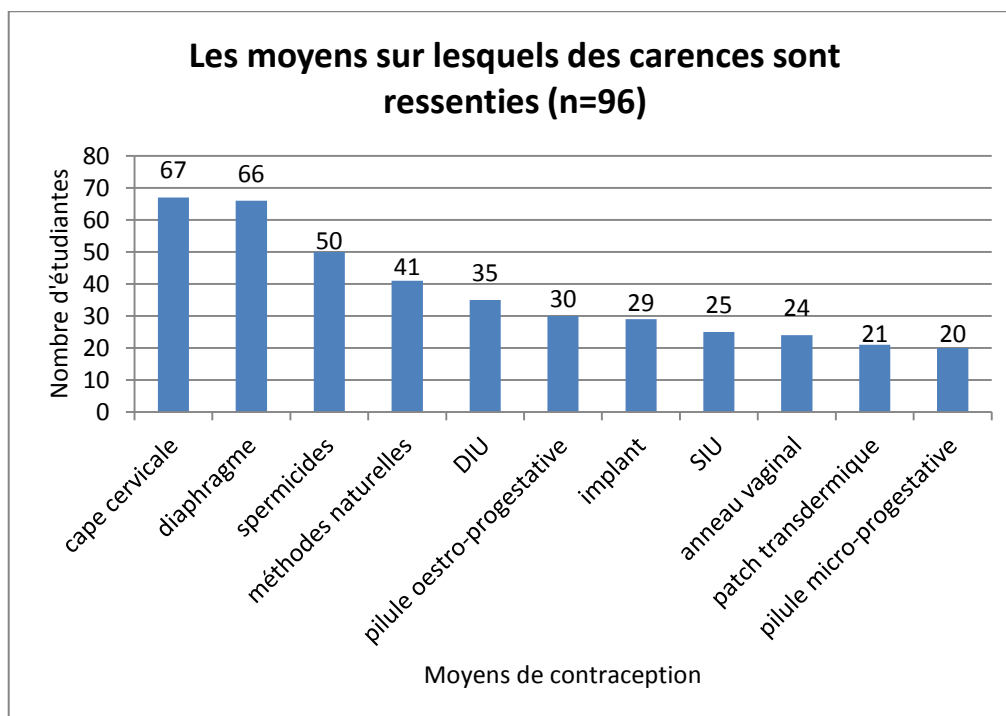
Lorsque nous leur demandons leur ressenti quant à leur formation sur les différents moyens de contraception existants, 66,3% soit 189 participantes se sentent suffisamment bien formées sur les différents aspects de la contraception, soit 189 étudiantes.

Graphique 27 : Le ressenti des étudiantes sur leur formation sur la contraception



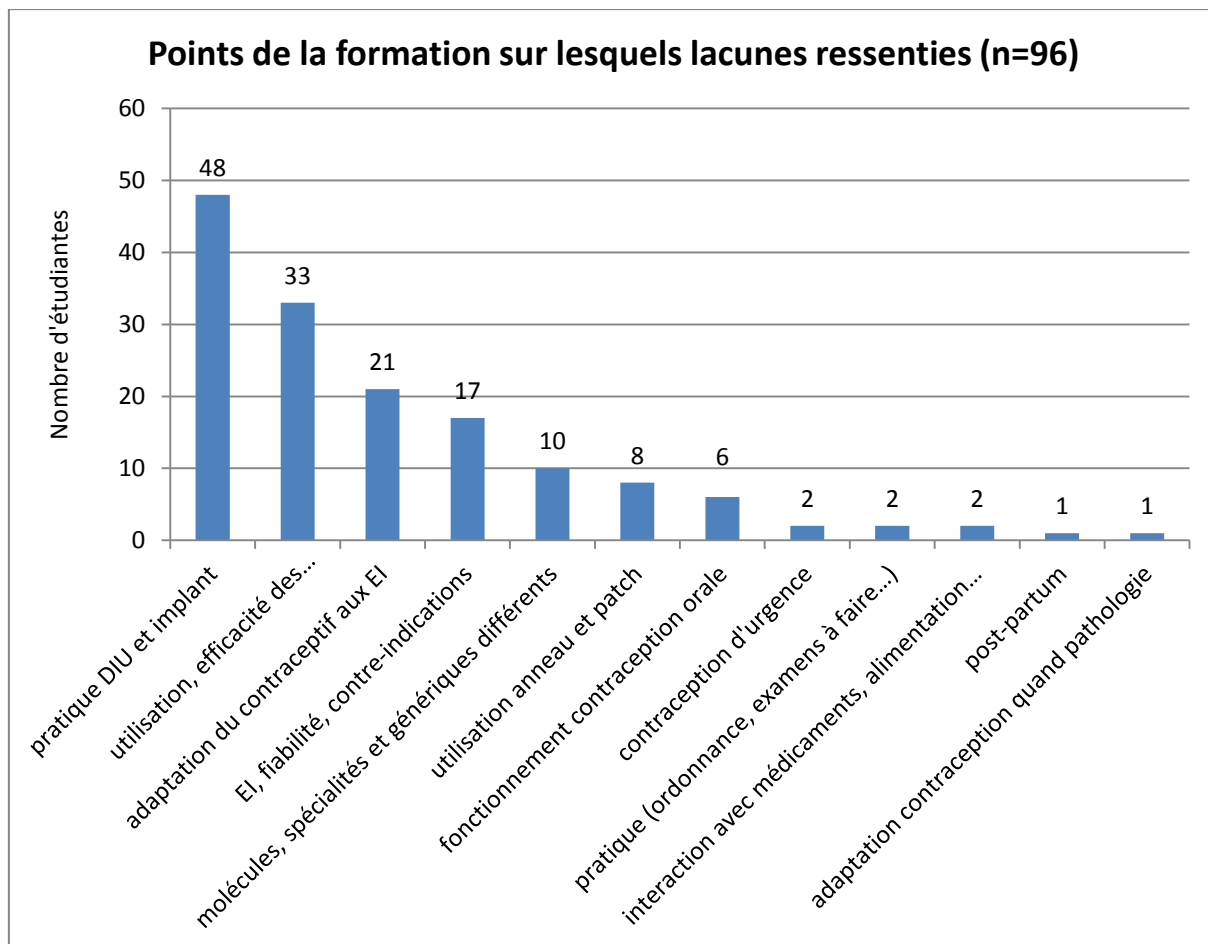
Parmi les 96 étudiantes ne se sentant pas suffisamment formées (33,7% des 285 participantes), les principaux moyens de contraception où elles ressentent une carence sont les méthodes barrières peu utilisées comme la cape cervicale, le diaphragme ou les spermicides (pour respectivement 69,8%, 68,7% et 52,1% des 96 étudiantes se déclarant insuffisamment formées ; soit 67, 66 et 50 étudiantes). 41 étudiantes soit 42,7% des 96 participantes concernées aimeraient être mieux formées sur les méthodes dites naturelles. Entre 26 et 36,5% des 96 étudiantes ne se sentant pas suffisamment formées (soit entre 25 et 35 personnes) ressentent des lacunes sur des moyens comme le DIU, le SIU, la pilule oestro-progestative et l'implant. Des carences sont perçues chez 20,8 à 25% des étudiantes (correspondant à 20-24 personnes ; n=96) sur l'anneau vaginal, le patch transdermique et la pilule micro-progestative. Les autres moyens de contraception existants (préservatifs,...) n'ont pas été cités par les étudiantes.

Graphique 28 : Les moyens de contraception sur lesquels une carence de formation est ressentie par les étudiantes



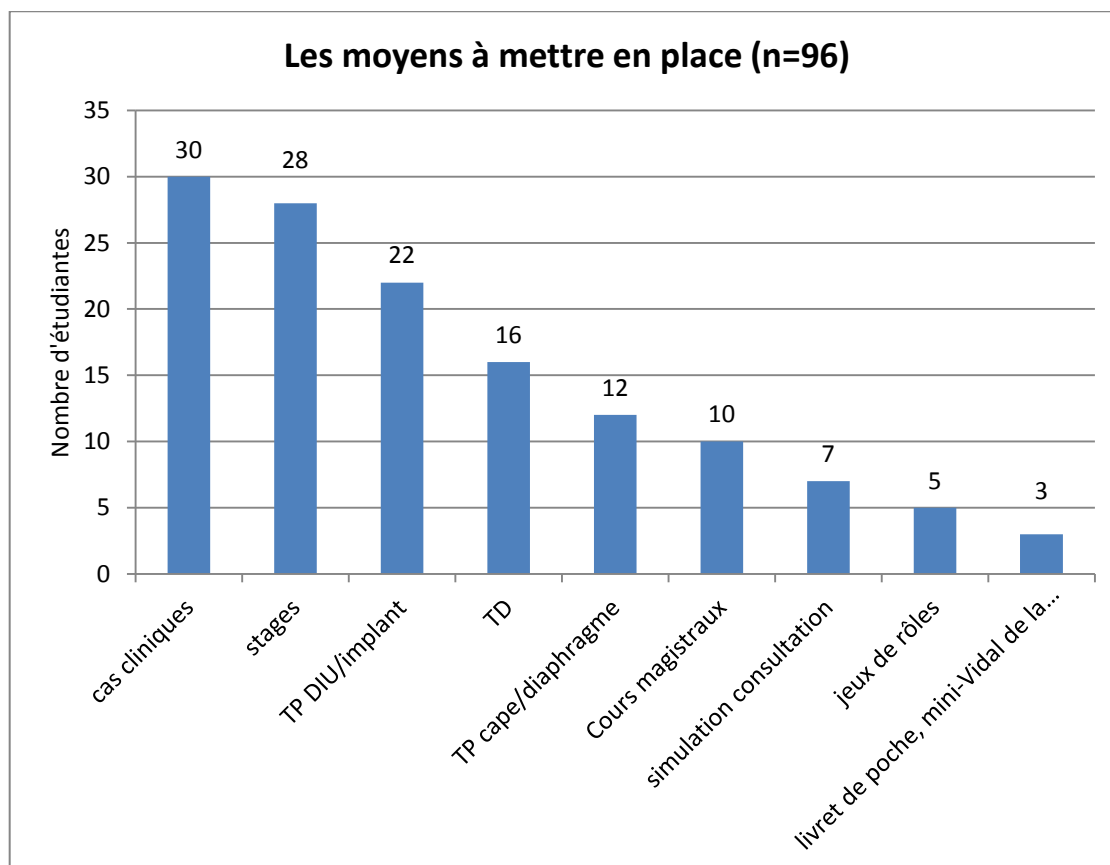
A la question sur les points de la formation sur lesquels les étudiantes ressentent des lacunes, la réponse la plus fréquente concerne la pratique sur la pose et le retrait d'un DIU ou d'un implant (48 étudiantes soit 50% des 96 étudiantes ressentant des lacunes de formation). Le 2^{ème} point est l'utilisation et l'efficacité des moyens comme la cape cervicale, le diaphragme et les spermicides (cela concerne 33 participantes, 34,4%). 21 étudiantes (21,9%) ne savent pas non plus comment adapter une contraception aux effets indésirables ressentis par la patiente (par exemple, une femme se plaignant de mastodynies sous pilule oestro-progestative, faut-il augmenter ou diminuer le dosage ?). 17 ne se sentent pas à l'aise sur les renseignements à donner à la patiente sur les effets indésirables possibles, la fiabilité de la méthode choisie et les contre-indications (soit 17,71%). Au vu du nombre de molécules et de spécialités et génériques différents, 10 participantes se trouvent perdues (ce qui correspond à 10,4%).

Graphique 29 : Points de la formation sur lesquels les étudiantes ressentent des lacunes



Les principaux moyens à mettre en place proposés par les étudiantes pour pallier à ces lacunes sont : un nombre plus important de cas cliniques, des stages plus nombreux en consultations gynécologiques ou dans des CPEF et des TP de pose et retrait de DIU et implant.

Graphique 30 : Les différents moyens proposés par les étudiantes pour pallier aux lacunes de formation ressenties.



H. Les cas cliniques

Les réponses attendues au cas clinique se situent en ANNEXE IV.

1. Cas clinique n°1

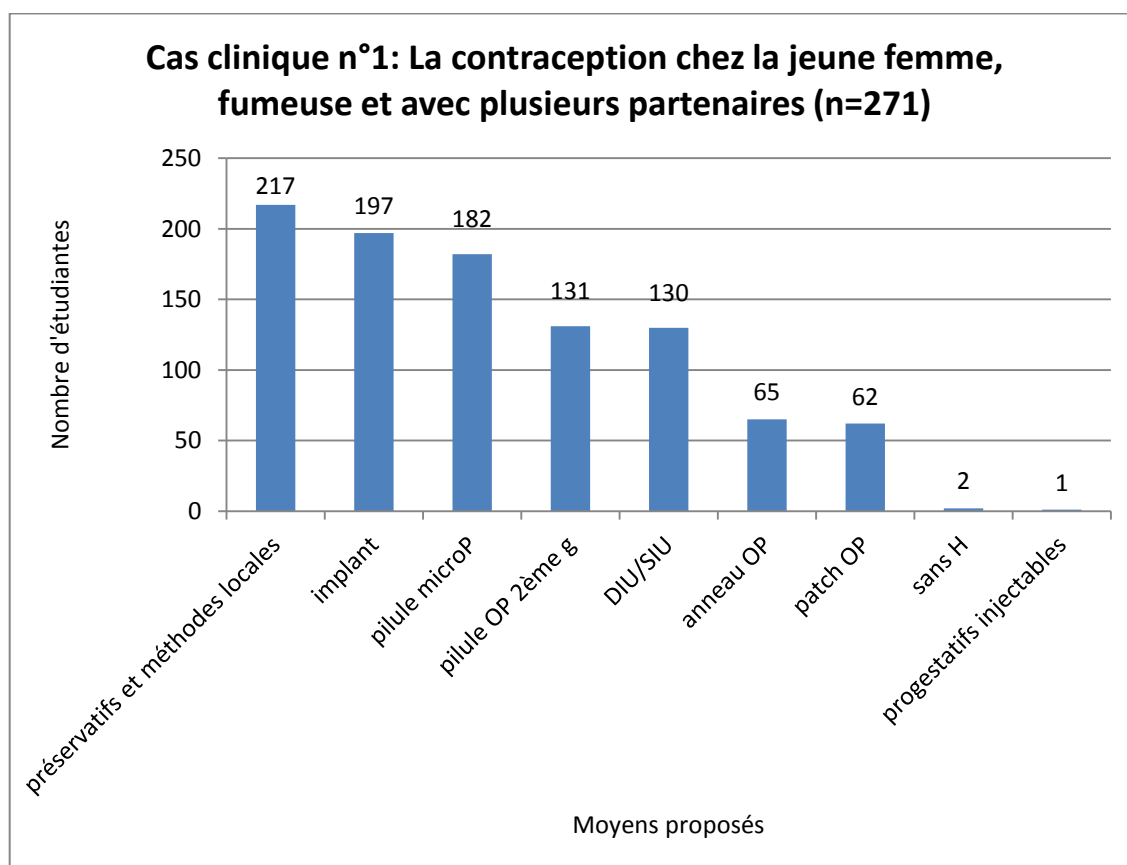
Le 1^{er} cas clinique proposé aux étudiantes est le suivant : Patiente âgée de 20 ans, sans antécédent particulier, IMC = 20, fume 10 cigarettes par jour, a plusieurs partenaires occasionnels: quel(s) moyen(s) de contraception est-il possible de lui prescrire?

14 étudiantes n'ont pas répondu à ce cas cliniques. Les pourcentages calculés le sont donc à partir d'une population de 271 étudiantes. De plus

plusieurs réponses sont possibles, d'où un nombre de réponses plus important que le nombre de participantes.

217 étudiantes soit 80,1% (n=271) préconisent à cette patiente l'utilisation de préservatifs ou de méthodes locales comme des spermicides. Pour une meilleure observance du fait de son jeune âge, 197 soit 72,7% lui conseillent l'implant progestatif. Et 182 soit 67,2% lui prescriraient une pilule micro-progestative. Les méthodes contraceptives à base d'oestro-progestatif comme la pilule, l'anneau vaginal ou le patch transdermique ne seraient conseillés que par respectivement 131, 65 et 62 étudiantes (soit 48,3%, 24% et 22,9%). Le DIU ou le SIU seraient proposés par 130 étudiantes soit 48%.

Graphique 31 : Réponses au cas clinique n°1



87 étudiantes soit 32,1% (n=271) préconisent l'utilisation systématique de préservatifs avec la méthode de contraception choisie du fait des partenaires

multiples pour que la patiente bénéficie d'une protection contre la transmission des IST et du SIDA. 65 participantes (24% des 271 participantes ayant répondu) justifient leur choix de ne pas donner des oestro-progestatifs du fait du tabagisme de la patiente. 37 étudiantes soit 13,6% ne veulent pas poser à la patiente un DIU ou un SIU car cette dernière déclare avoir plusieurs partenaires sexuels, ce qui constitue une contre-indication à la pose d'une contraception intra-utérine. Et 7,4% des étudiantes conseilleraient à la patiente l'arrêt du tabac pour pouvoir mettre en place une contraception à base d'oestro-progestatif.

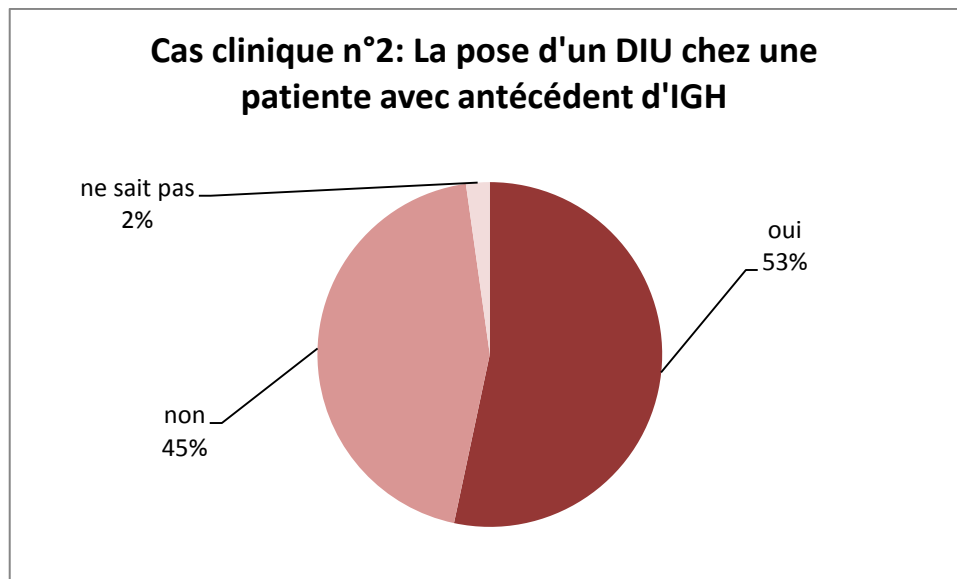
2. Cas clinique n°2

Le 2nd cas proposé est le suivant : Patiente de 35 ans avec un antécédent de salpingite datant de 2 ans : est-il possible de lui poser un DIU ou SIU ?

15 personnes n'ont pas souhaité répondre à cette question. Les résultats sont donc exprimés à partir d'une population de 270 étudiantes.

144 étudiantes soit 53,3% (n=270) estiment qu'il est possible de poser un DIU chez cette patiente. 120 soit 44,4% pensent le contraire et 6 (2,2%) ne savent pas.

Graphique 32 : Réponses au cas clinique n°2



14 des étudiantes ayant répondu qu'il est possible de poser un stérilet chez cette patiente précisent néanmoins qu'il faut au préalable faire un prélèvement vaginal à la recherche de Chlamydiae et de mycoplasmes en plus d'un frottis cervico-vaginal afin de s'assurer de l'absence d'infections en cours. L'antécédent de salpingite ne représente pas une contre-indication à la pose d'un DIU pour 10 des étudiantes qui justifient que l'antécédent remonte à plus de 3 à 6 mois. Le fait que la salpingite ait été traitée fait qu'elle ne représente pas un obstacle à la pose d'un DIU chez cette patiente pour 5 des étudiantes.

3. Cas clinique n°3

Le 3^{ème} cas clinique proposé est le suivant : Patiente âgée de 23 ans, nullipare, sans facteur de risque cardio-vasculaire, en couple depuis 1 an, nous signale qu'elle souhaite arrêter la contraception hormonale car trop d'effets indésirables à type de spotting sous pilule micro-progestative: que lui conseillez-vous ?

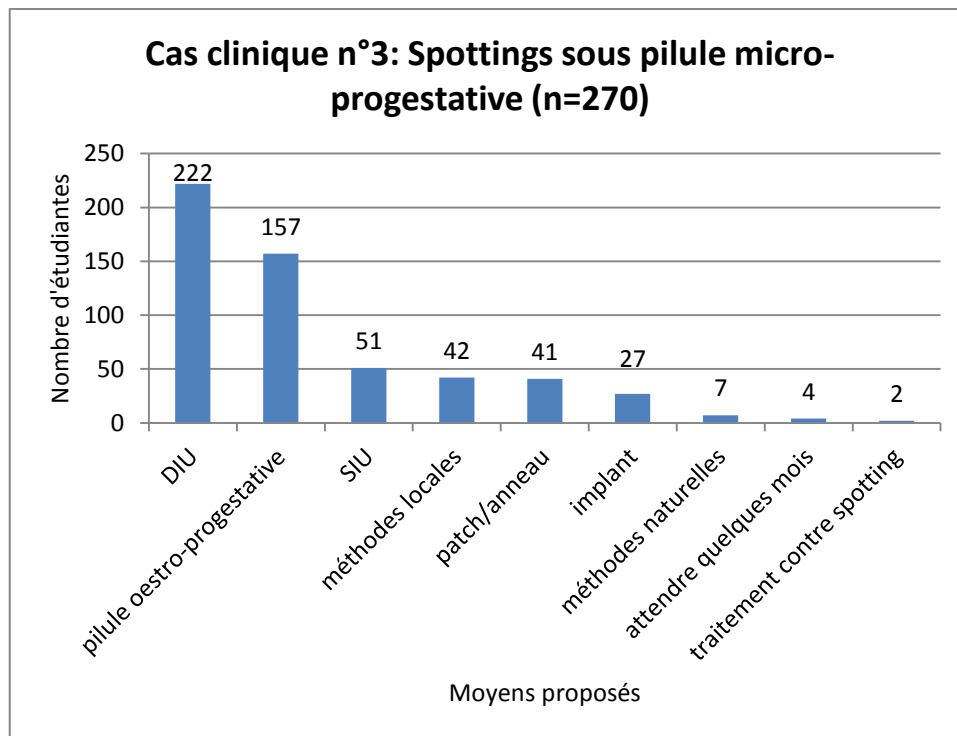
14 étudiantes ont choisi de ne pas répondre : les résultats sont donc calculés à partir d'une population de 271 participantes.

222 des étudiantes interrogées soit 81,9% (n=271) préconisent la pose d'un DIU afin d'obtenir une contraception sans hormones comme la patiente exprime le souhait d'arrêter les hormones. 157 participantes (57,9%, n=271) lui proposeraient plutôt le passage à une pilule oestro-progestative, en l'absence de contre-indication, pour régler le problème des spotting dû à l'utilisation des progestatifs. 42 étudiantes soit 15,5% lui conseilleraient l'utilisation de méthodes locales comme les préservatifs ou encore le recours aux méthodes dites naturelles pour 7 d'entre elles (2,6%). Et 15,1% (soit 41 participantes) lui parleraient du patch transdermique ou de l'anneau vaginal à base d'oestro-progestatif.

Respectivement 51 et 27 étudiantes (soit 18,8% et 10%) lui recommanderaient de passer au SIU ou à l'implant, contraception progestative exclusivement.

4 étudiantes (1,5%) lui conseilleraient d'attendre encore quelques mois le temps que les saignements se stabilisent. Et 2 participantes (0,7%) lui prescriraient un traitement contre les spotting.

Graphique 33 : Réponses au cas clinique n°3 :



4. Cas clinique n°4

Le 4^{ème} cas clinique proposé est le suivant : Patiente de 28 ans, pas d'antécédent ni de facteur de risque particulier, vient d'accoucher de son 1er enfant qu'elle allaite, est sur le point de sortir de la maternité et souhaite reprendre son ancienne pilule oestro-progestative ; que lui dites-vous ?

14 étudiantes n'ont pas souhaité répondre à ce cas, ce qui ramène l'effectif de notre population à 271 participantes.

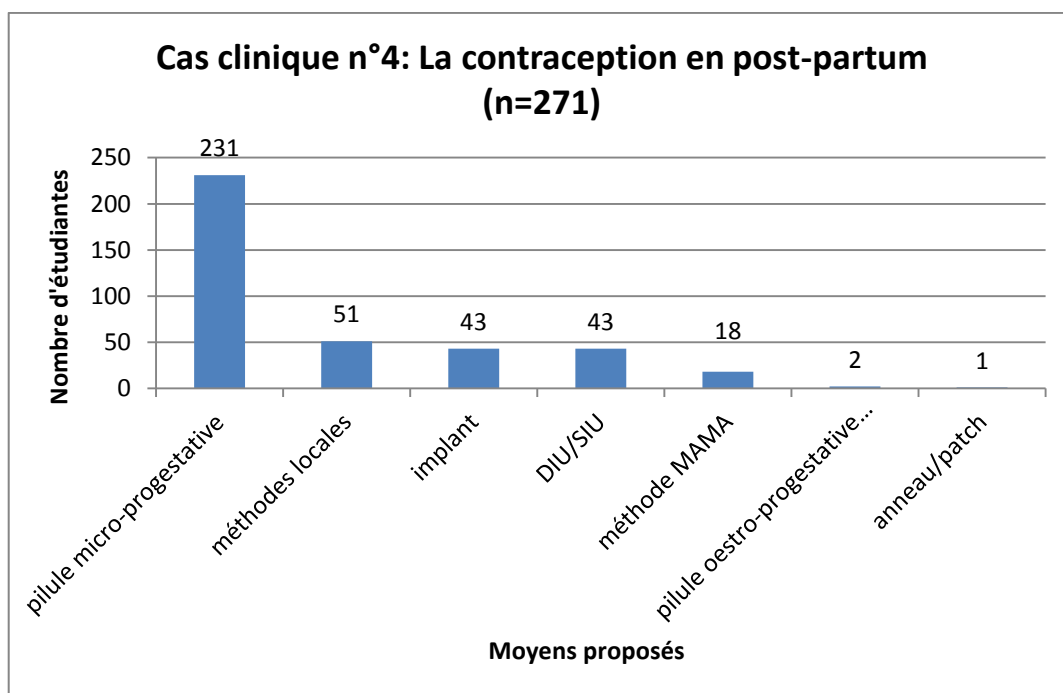
210 étudiantes soit 77,5% (n=271) expliquent à la patiente qu'il n'est pas possible de reprendre sa pilule oestro-progestative car celle-ci est contre-indiquée en cas d'allaitement maternel : les œstrogènes passent dans le lait et bloquent la lactation. 128 participantes (47,2%) lui disent que les oestro-progestatifs sont contre-indiqués en post-partum immédiat du fait de l'existence d'un risque thrombo-embolique majoré pendant la grossesse et juste après l'accouchement.

Le délai nécessaire préconisé par les étudiantes avant de pouvoir reprendre la pilule oestro-progestative varie entre 15 jours et 6 mois, la majorité recommandant d'attendre au moins 3 semaines.

Les autres moyens de contraception proposés alors à la patiente pour son retour à la maison sont en grande majorité la pilule micro-progestative, recommandée par 231 étudiantes soit 85,2%. Certaines étudiantes préconisent de commencer la pilule micro-progestative dès le retour à domicile mais la majorité lui disent de la reprendre à J21. La 2nde méthode, proposée par 51 étudiantes soit 18,8%, est le préservatif. L'implant ainsi que le DIU ou le SIU sont aussi des moyens possibles pour 43 étudiantes soit 15,9%, la contraception intra-utérine n'étant pas posable avant la visite post-natale. 18 étudiantes (6,6%) lui parlent de la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA).

Les méthodes à base d'oestro-progestatifs comme la pilule ou encore l'anneau et le patch ne sont recommandées que par 3 étudiantes.

Graphique 34 : Réponses au cas clinique n°4



5. Cas clinique n°5

Le dernier cas clinique est le suivant : Une jeune fille de 17 ans vient consulter dans votre cabinet pour la prescription d'une 1ère contraception. Au terme de la discussion, elle opte pour une pilule oestro-progestative. Que lui dites-vous sur la conduite à tenir en cas d'oubli?

17 étudiantes n'ont pas répondu à la question. L'effectif de notre population est donc de 268 participantes.

Pour pouvoir trier les réponses, nous les avons classés par thème. Ainsi, 237 étudiantes (88,4% ; n=268) conseillent à leur patiente de protéger les rapports, suite à un oubli de plus de 12 heures, par un préservatif. La durée de cette protection supplémentaire est, pour la majorité des étudiantes, de 7 jours voire jusqu'à la fin de la plaquette.

En cas d'oubli de plus de 12 heures, 201 participantes (75% ; n=268) lui disent de prendre une contraception d'urgence si des rapports non protégés ont eu lieu dans les jours précédents l'oubli. Pour la plupart des étudiantes, les rapports à risque sont ceux datant de moins de 5 jours avant l'oubli de pilule. Le délai varie entre les 24h et les 7 jours précédents. Pour 46 étudiantes (17,2% ; n=268), la contraception d'urgence est à prendre sans précision de rapports sexuels ayant lieu ou non dans les jours précédents.

Pour 172 participantes (64,2% ; n=268), il est nécessaire de rappeler que si l'oubli est supérieur à 12 heures, la patiente doit prendre le comprimé oublié puis continuer sa plaquette aux horaires habituels. Et 165 étudiantes (61,6% ; n=268) expliquent qu'en cas d'oubli inférieur à 12 heures, il faut prendre le comprimé oublié et continuer sa plaquette. 57 étudiantes (21,3% ; n=268) ne précisent pas l'intervalle d'oubli de 12 heures. Pour une minorité de participantes (4 soit 3,7% ; n=268), le délai d'oubli est de 6 voire 3 heures.

79 étudiantes (29,5% ; n=268) préconisent l'enchaînement des plaquettes sans intervalle libre ou sans la semaine de comprimés inactifs en cas d'oubli de pilules sur la dernière semaine de comprimés actifs ou encore en cas d'oubli de plus de 12 heures.

Pour 10 étudiantes (3,7% ; n=268), la conduite à tenir est à adapter en fonction du moment du cycle où l'oubli a lieu.

76 participantes (28,4% ; n=268) lui conseillent de faire un test de grossesse dans les 3 semaines suivant l'oubli de pilule. 10,1% des participantes lui préconisent de surveiller la survenue de ses règles ou de signes potentiels de grossesse. Si elle a le moindre doute, elle peut consulter au CPEF, chez une sage-femme ou chez son médecin.

3 étudiantes précisent que si une diarrhée ou des vomissements ont lieu dans les 2 à 4 heures suivant l'ingestion de la pilule, cela correspond à un oubli de pilule et la patiente doit se comporter comme si elle avait oublié de prendre sa pilule.

Seulement 18 étudiantes soit 6,7% précisent que la contraception d'urgence est gratuite pour les mineures et spécifient où la patiente peut se la faire délivrer. 10 informent aussi sur l'existence d'un site internet, de la notice d'information ou d'un aide-mémoire en cas de doute sur la conduite à tenir.

Partie III : Discussion

I. Validité de l'enquête

A. Limites et intérêts

L'enquête a été réalisée sur un temps relativement court de moins de 2 mois. De plus, nous avons reçu 285 réponses à notre questionnaire. Sachant qu'il y a environ en France 1000 étudiants inscrits en dernière année de formation dont 2% d'hommes, le taux de réponses obtenues est d'un peu moins de 30%. Les résultats de cette étude n'est donc pas forcément représentatifs de l'ensemble de la population des étudiantes sages-femmes.

Au fur et à mesure que nous récoltions les données, d'autres questions nous venaient à l'esprit, questions qui auraient méritées d'être posées aux étudiantes pour plus de précisions. En effet, nous leur avons demandé si elles étaient satisfaites de leur contraception. Or, 10,7% ne le sont pas : il aurait été intéressant de savoir pourquoi. De même, lorsqu'elles ont changé de moyens de contraception, nous leur avons demandé les raisons du changement mais pas pourquoi elles avaient choisi cette méthode de contraception particulièrement.

Les étudiantes utilisant plusieurs moyens de contraception en même temps (par exemple, préservatifs et spermicides ou préservatifs avec une pilule ou un DIU...) n'avaient pas la possibilité de le signaler étant donné qu'une seule réponse à la question n'était acceptée.

Les réponses au cas clinique n°5 manquaient souvent de précision : est-ce parce qu'écrire toute la conduite à tenir (qui est longue) était trop laborieux à la fin d'un questionnaire assez long? L'interprétation de ces résultats en reste moins précise.

De plus, les utilisatrices de la contraception d'urgence et des tests de grossesse n'ont pas toutes précisé la période pendant laquelle elles ont utilisé de ces moyens. L'hypothèse sur le fait qu'elles utiliseraient moins ces méthodes au fur et à mesure qu'elles avancent dans la formation du fait d'une meilleure connaissance n'est donc pas vérifiable.

Ce questionnaire touche un aspect très personnel de chaque femme : la relation amoureuse, la sexualité et la contraception. Le fait qu'il soit anonyme a sûrement permis à ce que les étudiantes répondent franchement et sans détour aux questions posées. La question s'était un moment posée sur le fait d'utiliser plutôt un format Word pour le questionnaire et de le diffuser par mail aux étudiantes mais la perte de l'anonymat aurait conduit à une perte d'information. Nous pouvons donc compter sur la fiabilité et la sincérité des réponses obtenues. De plus, la question est posée à des étudiantes sages-femmes, peut-être plus à l'aise sur ce sujet.

B. Difficultés rencontrées

La principale difficulté rencontrée a été l'élaboration même du questionnaire où il ne fallait occulter aucun aspect et poser les bonnes questions pour éviter au maximum de biaiser l'enquête. La question 16 nous a particulièrement posé souci. Celle-ci est le cœur de l'étude puisque elle cherche à savoir les raisons d'un changement possible de moyen de contraception pour voir si celui-ci est dû à la formation ou à autre chose. Nous voulions voir aussi l'évolution au fur et à mesure de la formation du moyen de contraception utilisé par l'étudiante. C'est pour cela que nous avons élaboré un tableau Excel que l'étudiante aurait pu remplir et nous joindre au reste du questionnaire en nous le renvoyant par mail. Des manœuvres trop compliquées à faire pour l'étudiante et la perte de l'anonymat nous ont convaincus à abandonner l'idée et à nous satisfaire d'un questionnaire Google doc un peu moins flexible.

L'autre difficulté rencontrée a été le traitement des questions ouvertes, surtout pour les cas cliniques où les réponses ont pu être très variées.

C. Biais de l'étude

Différents biais ont été identifiés avant le début de notre enquête comme le coût de la contraception, le type de relation dans laquelle est engagée l'étudiante ou encore l'influence du praticien sur le choix de contraception (habitudes de prescription, opposition du DIU chez la nullipare...). Les questions posées dans le questionnaire ont eu pour but d'éviter certains de ces biais. Le traitement des questions ouvertes constitue aussi un biais puisque nous avons dû faire des catégories de réponses types : nous avons probablement perdu en précision.

N'ayant pas reçu des réponses de toutes les écoles de maïeutique de France, cela peut aussi constituer un biais puisque ces résultats ne représentent pas l'ensemble des étudiantes sages-femmes.

II. Discussion et analyse des résultats

A travers l'exploitation des résultats, notre but est d'évaluer l'impact qu'a eu la formation sur les étudiantes sur leur choix personnel et professionnel en matière de contraception et de suivi gynécologique. Le 2nd objectif est de montrer les lacunes existant dans l'information faite aux jeunes de la population générale sur la problématique de la contraception : cela est permis grâce à la comparaison des méthodes contraceptives utilisées par les étudiantes sages-femmes, ayant reçu une formation approfondie, et celles utilisées par la population générale.

A. Le suivi gynécologique

Nous avons vu que 22,8% des étudiantes interrogées se font suivre sur le plan gynécologique par une sage-femme. Aucune ne bénéficiait de ce suivi avant d'entrer en formation. La formation leur a donc fait découvrir l'étendue des compétences de la sage-femme sur le plan gynécologique. Une grande majorité a effectué ce choix de suivi par solidarité confraternelle.

La majorité des étudiantes continue cependant par se faire suivre par un gynécologue. Le suivi gynécologique étant quelque chose d'intime, il est normal que les étudiantes ayant créé un lien particulier avec leur praticien n'aient pas souhaité changé de professionnel, juste par solidarité avec la profession.

Nous ne sommes pas parvenues à trouver les chiffres concernant le suivi gynécologique par les sages-femmes dans la population générale. Nous ne pouvons donc pas comparer les 2 populations sur ce point particulier.

B. La contraception en début de formation

Au début de la formation, 80,9% des étudiantes utilisant une méthode contraceptive étaient sous pilule oestro-progestative. 10,7% utilisaient les préservatifs. Les utilisatrices de l'anneau vaginal représentaient 2,4% de la population et celles de la pilule micro-progestative et de l'implant 2% pour chaque catégorie. Les méthodes dites naturelles étaient le moyen utilisé par 1,2% de notre population d'étudiantes sages-femmes. Le DIU concernait que 0,70% des participantes et le SIU et le patch n'étaient pas du tout utilisés.

Dans la population générale des 20-24 ans, en 2010, 83,4% des femmes utilisent une pilule contraceptive (oestro-progestative ou micro-progestative), 7,2% les préservatifs et 3,7% le DIU ou le SIU. L'anneau vaginal, le patch transdermique, l'implant ou encore les injections de progestatifs sont utilisés par 5,4% de la population. Les méthodes dites naturelles sont le moyen utilisé par 0,3% des femmes âgées de 20 à 24 ans.

Notre population d'étudiantes sages-femmes est-elle représentative de la population générale ? Pour répondre à cette question, nous avons utilisé la loi binomiale pour comparer les pourcentages.

En partant de l'hypothèse H0, qui est que la population des étudiantes sages-femmes est différente de la population générale des 20-24 ans, nous avons pu analyser les résultats suivants :

- La population des étudiantes sages-femmes est représentative de la population générale des 20-24 ans en France quant à l'utilisation de la contraception orale (oestro-progestative ou micro-progestative) ($p=0,7993$)

- La population des étudiantes sages-femmes est significativement différente de la population générale des 20-24 ans en matière d'utilisation des préservatifs ($p=0,0369$). Il semble que les étudiantes sages-femmes utiliseraient davantage le préservatif que la population générale des 20-24 ans.

- La population des étudiantes sages-femmes n'est pas similaire à la population générale des 20-24 ans ($p=0,0106$). Il semblerait que les étudiantes sages-femmes seraient moins nombreuses à utiliser le DIU ou le SIU par rapport à la population générale.

- La population des étudiantes sages-femmes est similaire à la population générale des 20-24 ans quant à l'utilisation de l'anneau vaginal, du patch transdermique, de l'implant ou encore des injections de progestatifs ($p=0,5763$).

- La population des étudiantes sages-femmes n'est pas représentative de la population générale des 20-24 ans pour ce qui est de l'utilisation des méthodes dites naturelles comme moyen de contraception ($p=0,041$). Il semblerait qu'elles soient plus nombreuses à utiliser ces méthodes que les femmes du même âge de la population générale.

Nous remarquons donc une similitude entre notre population d'étudiantes sages-femmes en 1^{ère} année de formation et la population générale des femmes françaises âgées de 20 à 24 ans. Néanmoins, des différences existent entre les 2 populations en ce qui concerne l'utilisation des préservatifs, des dispositifs intra-utérins hormonaux ou au cuivre et des méthodes naturelles. Ces différences sont-elles significatives ou traduisent-elles uniquement un trop faible effectif dans notre population étudiée ? Une enquête avec plus de participantes mériterait d'être réalisée afin de pouvoir conclure sur ce point. Il serait en effet intéressant, si les différences entre les 2 populations sont confirmées, de savoir pourquoi.

C. La contraception en fin de formation

Nous allons maintenant comparer la contraception utilisée par les étudiantes sages-femmes en fin de formation et celle utilisée par la population générale des femmes de 20 à 24 ans afin de voir si les 2 populations sont similaires ou non.

Pour rappel, la distribution parmi les étudiantes sages-femmes des moyens de contraception utilisés en fin de formation est la suivante :

- 37,3% utilisent une pilule oestro-progestative de 1^{ère} ou de 2^{ème} génération, 14,4% une pilule oestro-progestative de 3^{ème} ou 4^{ème} génération ; 4,9% prennent une pilule micro-progestative.

- 17,9% portent un DIU et 6,1% un SIU

- 7,2% disposent d'un implant, 4,9% d'un anneau vaginal et 0,3% d'un patch

- 5,3% préfèrent l'utilisation des préservatifs

- et 1,5% les méthodes dites naturelles.

Nous partons de l'hypothèse H_0 qui est que les 2 populations diffèrent. Pour calculer la significativité du test, nous utiliserons la même loi binomiale pour la comparaison de pourcentages : si « p » calculé est supérieur à 0,05, cela signifie que le test n'est pas significatif et donc que les populations sont similaires.

- En fin de formation, la population des étudiantes sages-femmes est statistiquement différente de la population générale des 20-24 ans en ce qui concerne la contraception orale ($p < 2,2 \times e^{-16}$). Elles utilisent moins cette contraception (pilule oestro-progestative ou micro-progestative) par rapport aux femmes du même âge de la population générale.
- La population des étudiantes sages-femmes n'est pas similaire à la population générale des 20-24 ans pour ce qui est de la contraception intra-utérine (DIU et SIU confondus) ($p < 2,2 \times e^{-16}$) : elles sont plus nombreuses à utiliser ce type de contraception par rapport à la population générale.
- Les 2 populations ne sont pas similaires en ce qui concerne la contraception par l'implant, du patch transdermique, de l'anneau vaginal ou des injections de progestatifs ($p=7,38 \times e^{-6}$) : les étudiantes sages-femmes utilisent davantage ces moyens que les femmes de la population générale âgées de 20 à 24 ans.
- Les 2 populations sont similaires quant à l'utilisation des préservatifs comme moyens de contraception ($p=0,2825$)
- La population des étudiantes sages-femmes est statistiquement différente de la population générale des 20-24 ans pour ce qui est de la contraception par les méthodes naturelles ($p=0,0085$). Les étudiantes sages-femmes utilisent de façon plus fréquente ces méthodes par rapport à la population générale.

En fin de formation, la population des étudiantes sages-femmes n'est pas du tout similaire à la population générale des femmes françaises âgées de 20 à 24 ans. En effet, nous constatons une diminution nette de l'utilisation de la contraception orale au profit de moyens comme le DIU, le SIU, l'implant ou encore l'anneau. La population des étudiantes sages-femmes est néanmoins similaire à la population générale en ce qui concerne l'utilisation des préservatifs. Nous constatons cependant une diminution de leur utilisation depuis le début de la formation où les étudiantes sages-femmes semblaient être plus nombreuses que dans la population générale à utiliser ce moyen de contraception.

Une autre différence assez marquante est aussi à souligner: en début de formation, 80,9% des étudiantes utilisaient une contraception orale oestro-progestative dont plus de la moitié une pilule de 3^{ème} ou 4^{ème} génération ; en fin de formation, la répartition est tout autre puisque elles ne sont plus que 51,7% à utiliser ce moyen mais surtout les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération ne sont plus utilisées que par 14,5% des étudiantes... Cela traduit sûrement l'effet de la polémique sur les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération. Il aurait donc été intéressant d'avoir les chiffres récents de l'utilisation de ces moyens de contraception depuis 2012, date de la polémique, pour voir si cela a eu le même impact dans la population générale que dans notre population d'étudiantes sages-femmes. Néanmoins, les 1^{ères} études réalisées suite à cet événement semblent montrer que les dernières générations de pilules ont subi une chute de leur vente en 2013.

L'ensemble des étudiantes ayant choisi leur moyen de contraception par manque d'information sur les autres moyens disponibles (n=24) utilisaient la pilule oestro-progestative. En fin de formation, sur ces mêmes étudiantes, 11 étaient encore sous pilule oestro-progestative, 8 portaient un DIU ou SIU, 2 un implant, 1 un anneau vaginal, 1 un patch et 1 utilise des préservatifs. La différence entre la population des étudiantes en début de formation et celle de fin de formation quant à l'utilisation de la pilule oestro-progestative est significative ($p=0,0026$). Ce changement dans la répartition montre bien l'impact qu'a eu la délivrance d'une information complète et éclairée aux sujets des différents moyens de contraception disponibles. Même si la pilule oestro-progestative semble correspondre à 45,8% de ces étudiantes lorsque leur praticien leur a délivré cette

méthode, ce moyen n'était visiblement pas forcément adapté pour plus de la moitié des étudiantes.

Parmi celles qui se sont vues leur moyen de contraception imposé par leur praticien (n=88), l'extrême majorité était aussi sous pilule contraceptive. Seulement 2 d'entre elles utilisaient les préservatifs. En fin de formation, 36 étudiantes sont toujours sous pilule oestro-progestative ; 24 ont un DIU ou un SIU ; 8 disposent d'un implant ; 6 portent un anneau, 1 un patch ; 5 personnes utilisent une pilule microprogestative et 3 des préservatifs. Les 2 populations d'étudiantes sages-femmes (de début et de fin de formation) sont statistiquement différentes en ce qui concerne l'utilisation de la contraception orale ($p=0,0139$) et de la contraception intra-utérine ($p=8,2 \times e-9$). En acquérant les connaissances nécessaires, les étudiantes ont donc pu découvrir de nouveaux moyens peut-être plus adaptés à leur fonctionnement et à leur mode de vie, ce qui a pu conduire à une discussion entre le praticien et sa patiente pour savoir la méthode contraceptive qui lui conviendrait le mieux.

D. Le changement de contraception

Les moyens pour lesquels les étudiantes ont le plus changé sont le DIU, la pilule oestro-progestative et l'implant. Aucune des étudiantes ayant essayé le DIU, le SIU, l'anneau ou le patch n'utilisait un de ces moyens au début de la formation. La formation leur a donc permis de découvrir ces nouvelles méthodes, jusque-là méconnues.

Les principales raisons du changement de contraception invoquées par les étudiantes montrent l'impact direct de la formation puisque il s'agit pour la plupart d'un problème d'observance lié au changement trop fréquent du rythme avec les gardes de jour puis de nuit pendant les stages. Pour 17,3% des étudiantes, le nouveau moyen de contraception a été découvert pendant la formation aux détours des cours théoriques et des stages. Le principal moyen découvert est le DIU. Les études ont donc permis une meilleure information des étudiantes quant à

leur contraception et aux possibilités plus larges de choix (le DIU chez la nullipare...).

Les étudiantes n'ayant pas changé de contraception mais en ayant le souhait auraient opté pour le DIU ou le SIU en grande majorité (pour 83,8% des étudiantes ayant souhaité changer de contraception sans aller au bout de leurs démarches). Les autres moyens pour lesquels auraient pu changer ces étudiantes sont l'implant sous-cutané, l'anneau vaginal et le patch transdermique. La pilule oestro-progestative n'arrive qu'en 6^{ème} position. Nous constatons à nouveau une diminution de l'intérêt pour la pilule au profit de moyens moins connus au début de la formation comme la contraception intra-utérine ou les autres moyens à durée d'action plus longue (hebdomadaire pour le patch, mensuelle pour l'anneau, annuelle pour le DIU et l'implant)

La principale raison les ayant empêchées de changer de méthode contraceptive est l'appréhension des effets secondaires possibles. Ayant eu des cours sur les différents moyens contraceptifs existants, les étudiantes connaissent aussi les différents effets indésirables ainsi que leur fréquence. Cela a donc pu les freiner et les entraver dans leur souhait de changement de contraception. Voici un autre impact de la formation sur leur choix en matière de contraception.

Le manque de temps pour s'occuper de cela est la 2^{nde} raison à l'absence de changement. Encore une fois cela peut traduire un impact de la formation : les étudiantes étant prises dans leur rythme des stages, des cours, des travaux à rendre... ne trouvent pas le temps pour prendre un rendez-vous pour rediscuter voire changer de moyen de contraception.

E. La contraception d'urgence et les tests de grossesse

Dans notre enquête, nous avons demandé aux étudiantes de nous indiquer leur fréquence d'utilisation de la contraception d'urgence et du test de grossesse. Cela avait pour but de montrer l'impact de la formation sur leur gestion de leur contraception. Nous voulions comparer notre population d'étudiantes sages-

femmes par rapport à la population générale des 20-24 ans afin de voir s'il existe une différence entre les 2 populations.

Parmi les étudiantes sages-femmes interrogées, 50,2% déclarent avoir utilisé au moins une fois la contraception d'urgence. Ce chiffre s'élève à 43,3% dans la population des femmes françaises âgées de 20 à 24 ans en 2010. La question qui se pose alors est : la différence constatée entre les 2 populations est-elle significative ?

Nous partons de l'hypothèse H_0 que la population des étudiantes sages-femmes n'est pas similaire à la population générale des 20-24 ans.

Après calcul, il s'avère que la population des étudiantes sages-femmes diffère de la population générale des 20-24 ans ($p=0,0198$). Seulement, selon nos hypothèses de départ, nous pensions montrer que les étudiantes sages-femmes utilisaient moins la contraception d'urgence car mieux formées sur leur contraception (conduite à tenir en cas d'oubli, adaptation de leur méthode à leur rythme de vie...). Il semble que la tendance soit plutôt à l'inverse : les étudiantes paraissent avoir plus recours à la contraception d'urgence que la population générale. Cela peut s'expliquer malgré tout par la formation elle-même. En effet, plusieurs étudiantes ont déclaré avoir pris la « pilule du lendemain » suite aux cours reçus (possibilité d'une grossesse sous contraception, possibilité d'une grossesse même en présence de menstruations, déni de grossesse...) ou encore suite aux stages aux centres de planification familiale où des jeunes filles étaient reçues dans le cadre d'une IVG... Il aurait donc été intéressant de demander aux étudiantes dans quelles circonstances elles ont pris la contraception d'urgence (échec de contraception, suite aux cours ou aux stages...). De plus, les étudiantes sages-femmes sont peut-être aussi plus exposées aux oublis de contraception étant donné leurs rythmes irréguliers, ce qui pourrait expliquer l'utilisation plus importante de la contraception d'urgence. Elles disposent aussi d'une information claire et de bonne qualité sur la conduite à tenir à adopter en cas d'oubli, ce qui leur permet de réagir rapidement et de façon adéquate.

N'ayant pas trouvé les chiffres d'utilisation d'un test de grossesse dans la population générale, nous ne pouvons pas comparer le résultat que nous avons obtenu dans notre population d'étudiantes sages-femmes avec la population des

20-24 ans. Nous pouvons malgré tout supposer que la tendance est sûrement similaire à celle de l'utilisation de la contraception d'urgence.

Un de nos objectifs était de voir l'évolution de l'utilisation de la contraception d'urgence et du test de grossesse au fur et à mesure de la formation mais les réponses manquaient de précision dans la majorité des cas. Il a donc été impossible d'exploiter ces résultats pour conclure sur une tendance particulière.

F. Evaluation de la formation

Il n'y a que peu de différences constatées dans la formation délivrée par les différentes écoles de formation maïeutique françaises. La totalité fournit à leurs étudiants des cours théoriques au sujet de la contraception et en gynécologie. 82,5% des écoles les forment aussi sur la pratique de la pose et du retrait d'un DIU par le biais de travaux pratiques. Des cas cliniques et autres travaux dirigés aident à l'apprentissage dans 76,8% des sites de formation. Par contre, seulement 60% des étudiantes ont reçu une formation sur la pose et le retrait de l'implant. D'ailleurs, lorsque nous regardons plus en détail les points sur lesquels les étudiantes estiment avoir des lacunes, davantage se sentent moins à l'aise dans la pose et le retrait d'un implant par rapport à la pose ou le retrait d'un DIU ($p=0,038$).

Seulement 66,3% des étudiantes interrogées se sentent suffisamment bien formées. Parmi celles qui ne s'estiment pas assez formées, les principaux moyens de contraceptions sur lesquelles elles ressentent des lacunes sont la cape cervicale, le diaphragme, les spermicides et les méthodes naturelles. Bien qu'il s'agisse de moyens peu utilisés, il est quand même important d'être formé sur leur utilisation afin de pouvoir conseiller les patientes que l'on pourrait rencontrer au cours de notre vie professionnelle et qui pourrait en être demandeuses. En ce qui concerne les points de la formation sur lesquels les étudiantes estiment ne pas être suffisamment formées, ce qui revient le plus souvent est la pratique de la pose et du retrait d'un DIU ou d'un implant, l'utilisation et l'efficacité des moyens

comme la cape cervicale, le diaphragme et les spermicides ainsi que l'adaptation d'une contraception à des effets indésirables ressentis par la patiente.

Enfin de pallier à ces sensations de lacunes, plusieurs éléments pourraient être mis en place. Tout d'abord, élaborer un cours théorique au sujet des moyens de contraception ou de régulation peu usités pourrait permettre d'élargir nos connaissances sur les moyens comme la cape cervicale, le diaphragme, les spermicides et les méthodes naturelles. Un nombre plus important de stages en consultations gynécologiques ou au planning familial permettrait une pratique plus importante sur la pose et le retrait d'implant ou de DIU. Ceci pourrait être possible avec le projet de réforme des études de santé en cours : une 6^{ème} année de formation serait peut-être ajoutée au cursus des étudiants sages-femmes, permettant un nombre de stage plus important et donc plus de formation clinique. Enfin, pour permettre aux étudiantes de développer leur sens clinique et de savoir adapter leur prise en charge en fonction de la patiente et de ses souhaits, il peut être intéressant d'élaborer des cas cliniques de situations courantes (adaptation d'une contraception chez une patiente se plaignant d'effets indésirables particuliers...).

L'analyse des réponses au cas cliniques n°1 montre qu'une majorité d'étudiantes ont répondu correctement au problème posé (préconisation de l'utilisation des préservatifs du fait des partenaires multiples et donc du risque d'IST, contraception à base de progestatifs comme la pilule micro-progestative ou l'implant, qui permettrait en plus une meilleure observance...). Néanmoins, presque la moitié (48,3%) autoriserait l'utilisation d'oestro-progestatifs malgré le tabagisme de la patiente. De la même façon, 48% proposeraient à cette patiente la pose d'un DIU ou d'un SIU malgré les partenaires occasionnels multiples. Ceci est probablement dû à un manque d'homogénéité dans les recommandations officielles : certaines instances contre-indiquent formellement l'utilisation des oestro-progestatifs en cas de tabagisme, quel que soit le nombre de cigarettes fumées, tout comme elles contre-indiquent la pose d'un DIU en cas de partenaires occasionnels multiples ; d'autres instances ne considéreront ces éléments que comme des contre-indications relatives... Une harmonisation des recommandations serait donc grandement bénéfique afin de permettre aux

praticiens de conseiller de façon juste et argumentée leurs patientes dans leur choix de contraception.

En ce qui concerne les réponses au cas clinique n°2, les étudiantes sont partagées. Une légère majorité (53,3%) a répondu que le DIU était un moyen de contraception possible pour cette patiente ayant pour antécédent une salpingite. Selon les recommandations officielles, l'antécédent d'IGH n'est pas une contre-indication absolue à la pose d'une contraception intra-utérine si aucun autre facteur de risque d'IGH ne se rajoute (partenaires sexuels multiples, ...). Mais là encore les avis divergent : pour certains, l'IGH doit dater d'au moins 3 mois, pour d'autres le délai est plus long ; certains préconisent la réalisation d'un prélèvement vaginal à la recherche de Chlamydiae ou de gonocoques avant la pose, d'autres estiment que le traitement complet de l'IGH suffit... Ce balancement entre les différentes recommandations (avec chacune des arguments pertinents) se retranscrit bien dans les réponses des étudiantes sages-femmes interrogées puisque la population est clairement divisée en deux entre celles qui poseraient un DIU chez cette patiente et celles qui ne le feraient pas.

Pour le cas clinique n°3, la grande majorité des étudiantes (environ 82%) proposerait à cette patiente le passage à un DIU afin de régler à la fois ses problèmes de spottings et son souhait d'arrêt d'hormones. Presque 58% lui prescriraient une pilule oestro-progestative ou encore un autre type de contraception oestro-progestative (patch, anneau). Les deux solutions sont parfaitement plausibles : le choix entre les 2 propositions est donc à faire par la patiente. Néanmoins, quelques étudiantes (18,8% et 10%) recommanderaient l'utilisation du SIU ou de l'implant : cela ne résoudrait pas le problème de la patiente car ces 2 méthodes sont aussi pourvoyeuses de spotting. Ceci n'est donc pas adapté à la situation.

Pour le cas clinique n°4, 77,5% des étudiantes expliquent l'impossibilité de prendre une pilule oestro-progestative durant la durée de lactation. En effet, les œstrogènes passent dans le lait et peuvent bloquer la lactation si commencés trop tôt après la naissance. Par contre seulement 47,2% des étudiantes contre-indiquent les oestro-progestatifs en post-partum du fait du risque thrombo-embolique majoré. Pour le coup, l'ensemble des recommandations officielles s'accorde pour contre-indiquer les OP en post-partum immédiat. Le faible taux de

bonnes réponses pour cette question-là peut néanmoins s'expliquer d'une certaine manière : certaines recommandations autorisent la reprise des OP dès J21 du post-partum, des étudiantes ont donc pu croire que la question se posait à partir de ce délai et non pas à la sortie même de la maternité.

La grande majorité des étudiantes s'accorde pour dire que le moyen le plus adapté à cette patiente et à sa situation (post-partum et allaitement maternel) est la pilule micro-progestative. L'utilisation du préservatif est aussi possible. Très peu d'étudiantes prescriraient une contraception à base d'oestro-progestatifs. La patiente pourra réévaluer son choix au moment de la visite post-natale. Cela correspond bien aux recommandations officielles.

Les réponses au cas clinique n°5 ont dû être classées par item pour plus de clarté. Ainsi, 88,4% des étudiantes informent la patiente de la nécessité d'une protection par préservatifs lors des rapports suivant l'oubli de plus de 12 heures d'un comprimé. Les avis divergent cependant sur le délai pendant lequel cette double protection est nécessaire (la majorité opte néanmoins pour une durée de 7 jours). 75% expliquent que, si des rapports sexuels non protégés ont eu lieu dans les jours précédents (généralement dans les 5 jours précédents), la contraception d'urgence doit être utilisée. 64,2% précisent que, si l'oubli remonte à plus de 12h, il est nécessaire de prendre le comprimé oublié et de continuer sa plaquette aux heures habituelles (61,6% préconisent la même chose en cas d'oubli de moins de 12heures sans avoir besoin de faire autre chose, l'effet contraceptif étant conservé). Seulement 29,5% des étudiantes conseillent à leur patiente d'enchaîner avec une nouvelle plaquette sans période d'arrêt ou en sautant la semaine de placebos en cas d'oubli d'un comprimé lors de la dernière semaine de comprimés actifs. Globalement, les étudiantes sages-femmes sont donc bien au fait de la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule.

Dans l'ensemble, les réponses des étudiantes sages-femmes sont plutôt bonnes. La formation est donc suffisamment bonne pour permettre aux étudiantes de s'adapter à des situations cliniques simples et courantes.

Cependant, on ne peut faire l'analyse d'une formation sur 5 cas cliniques demandant des réponses relativement courtes. Cela ne nous donne donc qu'un aperçu.

III. Propositions et nouvelles hypothèses

Parmi les hypothèses initialement émises, certaines se sont vues confirmées. En effet, nous avons réussi à montrer que les étudiantes sages-femmes utilisent davantage les moyens de contraception comme le DIU, l'implant, l'anneau vaginal que la population générale du même âge. De plus, une baisse de l'utilisation des pilules contraceptives est constatée chez les étudiantes entre le début de la formation et la fin du cursus (surtout une chute des pilules oestroprogestatives de 3^{ème} et 4^{ème} génération). Elles sont aussi moins nombreuses par rapport à la population générale des 20-24 ans à utiliser une contraception orale.

Cependant, certaines de nos conclusions ne sont pas allées dans le sens auquel nous nous attendions. En effet, les étudiantes utilisent la contraception d'urgence de façon plus importante que la population générale de la même tranche d'âge. Nos nouvelles hypothèses pouvant expliquer cela sont que les étudiantes sages-femmes sont plus exposées aux oublis de pilule du fait de leur rythme irrégulier ; de plus, elles ont aussi une formation approfondie leur permettant de connaître la conduite à tenir en cas d'oubli ou d'échec de contraception. Il serait intéressant d'étudier cet aspect dans une nouvelle étude : les étudiantes sages-femmes semblent utiliser plus souvent la contraception d'urgence que la population générale ; mais sont-elles davantage exposées aux grossesses non désirées ou au contraire, leur gestion des problèmes de contraception (oubli, ...), grâce à leur formation, les préserve-t-elle d'une certaine façon de grossesses non souhaitées ?

En ce qui concerne le cursus, la formation reçue permet aux étudiantes de faire intervenir leurs connaissances afin de justifier une prescription de contraception devant une situation courante. Malgré certaines lacunes ressenties, elles sont à même de gérer les cas classiques de contraception. Les moyens sur lesquels les étudiantes ne se sentent pas suffisamment formées ne sont pas les moyens les plus usités, ce qui permettra aux futures professionnelles de gérer la majorité des situations rencontrées. Cependant, nous avons constaté que les étudiantes sages-femmes étaient parfois tiraillées entre plusieurs recommandations officielles qui, sans être forcément contradictoires, changent la prise en charge de la patiente selon le point de vue depuis lequel on se place.

La différence constatée entre la population des étudiantes sages-femmes et la population générale confirme la nécessité d'une meilleure information auprès des jeunes sur le sujet de la contraception. Notre enquête a montré que, une fois l'information reçue, les personnes parvenaient à choisir un moyen de contraception plus adapté à leur mode de vie, à leurs souhaits... De nombreuses campagnes d'information ont donc été élaborées par le gouvernement, qui a pris conscience de ce problème de santé publique. Un changement dans les mentalités semble se profiler suite à cela, changement fortement influencé par la polémique sur les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} génération. Les femmes se sentent plus concernées par leur contraception, elles sont plus actives dans le choix de leur méthode contraceptive. La population des jeunes reste particulièrement exposée aux échecs de contraception : des actions telles que l'augmentation de la part remboursée par la Sécurité Sociale de moyens comme l'anneau vaginal, le patch transdermique, etc... permettrait peut-être aux jeunes d'avoir accès à des méthodes moins dépendantes de leur observance (à l'opposé de la pilule et des préservatifs qui sont les moyens les plus utilisés par cette population alors qu'ils sont exclusivement dépendants de l'individu).

Les principales causes d'échecs de contraception sont le défaut d'observance mais aussi de persistance : en moyenne, lorsqu'une femme garde la même contraception pendant longtemps, la contraception est arrêtée pendant environ 2 mois. Il faudrait donc privilégier au maximum les méthodes contraceptives qui peuvent être laissées en place longtemps tout en assurant une contraception efficace (implant, DIU, SIU)

Conclusion

Les 5 années de formation sage-femme sont riches en connaissances apportées. En ce qui concerne la contraception, le sujet est aussi vaste que délicat. La quantité d'information à acquérir y est très importante. Ce sujet touche 2 aspects de la vie de l'étudiante : le côté professionnelle (la formation va influencer sa future façon de prescrire, sa future prise en charge des patientes...) ainsi que le côté personnel (influence sur le choix de la méthode de contraception, le suivi gynécologique...).

Lors de notre étude, nous avons pu constater l'impact certain qu'a eu la formation sur le choix personnel des étudiantes en matière de contraception. Chacune a mis à profit les connaissances apportées afin de les appliquer à son propre vécu. Cet impact s'est révélé à travers différents aspects : sur le moyen de contraception en lui-même (plus de DIU, d'implant, moins de contraception orale...), sur les raisons ayant poussé au changement de méthode contraception (problème d'observance suite aux changements incessants de rythme, découverte par les biais des cours ou des stages...) ou encore sur les raisons ayant empêché un changement éventuel (pas le temps de s'en occuper...).

Les étudiantes sages-femmes reçoivent une formation suffisamment complète et de bonne qualité, pour leur permettre d'affronter la majorité des situations qu'elles rencontreront dans leur future vie professionnelle. Néanmoins, une harmonisation des recommandations faciliterait la prise en charge des patientes demandeuses d'une contraception.

La différence statistiquement significative entre la population des étudiantes sages-femmes, ayant eu une information claire et détaillée sur tous les moyens de contraceptions existants, et la population générale des femmes âgées de 20 à 24 ans permet de conclure sur le fait qu'il existe un défaut d'information auprès de la population des jeunes en France. En effet, si, une fois l'information reçue, les personnes osent sortir du parcours stéréotypé de la contraception (à savoir, préservatifs en début d'activité sexuelle puis pilule contraceptive lorsque la relation amoureuse s'installe et enfin DIU lorsque le nombre d'enfants souhaité est atteint), cela montre bien que ce parcours ne convient pas à tout le monde et qu'il ne faut pas basculer dans une habitude de prescription, qui pourrait faire plus de dégâts qu'autre chose (augmentation du nombre d'échecs de contraception, augmentation du nombre de grossesses non désirées, augmentation du nombre d'IVG...)

Au détour de notre enquête, nous nous sommes rendues compte que les étudiantes sages-femmes utilisaient davantage la contraception d'urgence que les jeunes femmes du même âge de la population générale. Nous avons alors émis l'hypothèse que cela serait dû au fait qu'elles seraient plus exposées à l'oubli de contraception du fait de l'alternance des gardes de jour et de nuit. De plus, ayant reçu une formation approfondie, elles sont peut-être plus à même de réagir de façon adéquate en cas d'oubli ou d'échec de contraception (connaissance de quand prendre la contraception d'urgence, combien de temps protéger ses rapports avec une méthode non hormonale, combien de temps après l'oubli est-il utile de réaliser un test de grossesse afin de s'assurer du succès de la contraception d'urgence...). L'élément qu'il serait alors intéressant d'étudier serait de voir si les étudiantes sages-femmes sont plus ou moins exposées que la population générale aux grossesses non désirées, non planifiées. En effet, nous pourrions supposer que leur formation leur permet une bonne connaissance de leur moyen de contraception et donc moins de risque d'échec du fait d'une meilleure adhérence de la personne au moyen choisi et utilisé.

Annexes

ANNEXE I : Le questionnaire

La contraception chez les étudiantes sage-femmes

Bonjour,

Je suis étudiante sage-femme en 5ème année à l'école de Bourg-en-Bresse et je réalise mon mémoire de fin d'étude sur la contraception chez les étudiantes sages-femmes. Mon but est d'évaluer l'impact de la formation sage-femme sur les étudiantes en matière de contraception.

Ce questionnaire est donc destiné à toutes les étudiantes en dernière année de formation (DFASMa5). Les réponses sont strictement anonymes et confidentielles. Les données fournies ne seront utilisées que dans le cadre de ce mémoire.

Ce questionnaire se compose de 27 questions suivies de 5 cas cliniques.

Merci par avance pour le temps que vous y accorderez.

1/ Dans quelle école étudiez-vous ?

2/ Quel âge avez-vous ?

3/ Dans quel type de relation êtes-vous ?

- Pas de partenaires actuellement
- 1 seul partenaire

- Partenaires occasionnels multiples

4/ Si vous êtes en couple, depuis combien de temps ?

- Moins de 6 mois
- Entre 6 et 12 mois
- Plus de 12 mois

5/ Votre suivi gynécologique est effectué par :

- Pas de suivi particulier
- Par un gynécologue-obstétricien
- Par une sage-femme
- Par votre médecin traitant

Si vous n'êtes pas suivie par une sage-femme, merci de passer directement à la question 8

6/ Si vous êtes suivie par une sage-femme, depuis combien de temps ?

7/ Pour quelles raisons avez-vous choisi une sage-femme pour votre suivi gynécologique ? Cochez la ou les réponse(s) correspondantes.

- Choix confraternel
- Moins de dépassement d'honoraires
- Délai pour avoir un RDV plus court
- Plus de temps accordé par consultation
- Autre : à préciser

8/ Quel était votre moyen de contraception en début de formation (DFGSMa2) ?

- Aucun
- Préservatifs masculins/féminins
- Pilule oestro-progestative 1^{ère} ou 2^{ème} génération
- Pilule oestro-progestative 3^{ème} ou 4^{ème} génération
- Pilule micro-progestative
- Implant
- Dispositif intra-utérin (DIU)
- Système intra-utérin (SIU)
- Patch contraceptif
- Anneau vaginal
- Autre : à préciser

9/ Quels ont été les critères de votre choix ?

10/ Ce choix s'est-il fait après discussion avec votre praticien ?

- Non, il/elle vous a prescrit la contraception qu'il/elle jugeait adaptée pour vous
- Vous en avez discuté afin d'éclairer votre choix
- Vous saviez déjà ce que vous vouliez

11/ Quel est votre moyen de contraception actuel ?

- Aucun
- Préservatifs masculins/féminins
- Pilule oestro-progestative 1^{ère} ou 2^{ème} génération
- Pilule oestro-progestative 3^{ème} ou 4^{ème} génération
- Pilule micro-progestative
- Implant
- Dispositif intra-utérin (DIU)

- Système intra-utérin (SIU)
- Patch contraceptif
- Anneau vaginal
- Autre : à préciser

12/ Etes-vous satisfaite de votre contraception actuelle ?

- Oui
- Non

13/ Avez-vous changé de moyen de contraception au cours de votre formation ?

- Oui
- Non

Si non, merci de vous reporter à la question 16

Si vous avez changé de moyen de contraception au cours de votre formation :

14/ Combien de fois avez-vous changé de moyen de contraception ?

15/ Quel(s) autre(s) moyen(s) avez-vous utilisé depuis le début de votre formation en sage-femme ?

16/ Pour quelles raisons avez-vous changé de contraception ?

Merci de préciser le nouveau moyen utilisé suivi par la raison du changement parmi la liste suivante: changement dans la situation de couple (rupture, relation devenue stable, partenaires occasionnels multiples, pas de partenaires), découverte par le biais des cours/stages du nouveau moyen de contraception, difficultés d'observance (horaires décalés avec rythme des stages...), survenue de contre-indications (précisez lesquelles), survenue d'effets indésirables (précisez lesquels), "ras-le-bol", changement imposé par la praticien, ne convenait pas au

partenaire, préférence pour une contraception non hormonale, grossesse et post-partum, allaitement maternel, autres(à préciser)

Merci de passer directement à la question 20

Si vous n'avez pas changé de moyen de contraception :

17/ Y a-t-il eu un souhait de changement au cours de la formation?

- Oui
- Non

Si non, passez à la question 20

18/ Si oui, pour quel(s) autre(s) moyen(s) contraceptif(s) auriez-vous aimé changer?

19/ Quel(s) élément(s) a/ont empêché ce changement ? Cochez la ou les réponses correspondante(s)

- Coût
- Appréhension de la douleur
- Appréhension des effets secondaires possibles : précisez le(s)quel(s) vous redoutez
- Opposition du praticien
- Opposition du partenaire
- Changement dans la relation amoureuse : rupture, pas de partenaires, partenaires multiples...
- Pas de temps pour s'en occuper pour le moment
- Autres : à préciser

Qu'il y ait eu ou non changement de contraception :

20/ Depuis vos 1ers rapports, avez-vous déjà utilisé :

- La pilule du lendemain : oui non
- Un test de grossesse : oui non

21/ Si oui, combien de fois et en quelle année ?

- La pilule du lendemain :
- Le test de grossesse :
-

Evaluation de la formation :

22/ Durant votre formation initiale, les cours traitant de la contraception ont été dispensés par : (plusieurs réponses possibles)

- Un gynécologue-obstétricien
- Une sage-femme
- Des prestataires de laboratoire
- Médecin d'un centre de planification et d'éducation familiale
- Autre : *à préciser*

23/ Sous quelles formes les enseignements vous ont-ils été donnés ? (plusieurs réponses possibles)

- Cours magistraux
- TD/cas cliniques
- Jeux de rôles
- Simulation d'une consultation de contraception
- TP pose et retrait d'implant
- TP pose et retrait de DIU/SIU
- Autres : *à préciser*

24/ Vous sentez-vous suffisamment bien formée sur chaque moyen de contraception existant ?

- Oui
- Non

25/ Si non, sur quel(s) moyen(s) particulièrement éprouvez-vous une carence dans la formation ?

- Préservatifs
- Pilules oestro-progestatives
- Pilules micro-progestatives
- DIU
- SIU
- Implant
- Anneau vaginal
- Patch contraceptif
- Cape cervicale
- Diaphragme
- Spermicides
- Méthodes naturelles
- Autres : à préciser

26/ Sur quel(s) point(s) ressentez-vous des lacunes ? Sous quelle(s) forme(s) pensez-vous qu'il serait intéressant d'avoir ces informations manquantes?

Ex. : points sur lesquels des lacunes sont ressenties= mode de fonctionnement, fiabilité des différents moyens contraceptifs, effets indésirables...

Sous quelle forme les améliorer : cours magistraux, TD, TP, cas cliniques, stages...

27/ CAS CLINIQUES

Pour finir, voici quelques cas cliniques.

• Patiente âgée de 20 ans, sans antécédent particulier, Indice de Masse Corporelle = 20, fumeuse de 10 cigarettes par jour et a plusieurs partenaires occasionnels : quels moyens de contraception est-il possible de lui prescrire?

• Patiente de 35 ans avec un antécédent de salpingite datant de 2 ans : est-il possible de lui poser un DIU ou SIU ?

• Patiente âgée de 23 ans, nullipare, sans facteur de risque cardio-vasculaire, en couple depuis 1 an, nous signale qu'elle souhaite arrêter la contraception

hormonale car trop d'effets secondaires à type de spotting : que lui conseillez-vous ?

• Patiente de 28 ans, pas de facteur de risque ni d'antécédent particulier, vient d'accoucher de son 1^{er} enfant qu'elle allaite, est sur le point de sortir de la maternité et souhaite reprendre son ancienne pilule oestro-progestative ; que lui dites-vous ?

• Une jeune fille de 17 ans vient consulter dans votre cabinet pour la prescription d'une 1^{ère} contraception. Au terme de la discussion, elle opte pour une pilule oestro-progestative. Que lui dites-vous sur la conduite à tenir en cas d'oubli ?

ANNEXE II : Le mail pour la transmission du questionnaire aux étudiantes sages-femmes

Madame, Monsieur,

Etudiante en dernière année de formation maïeutique à l'école de Bourg-en-Bresse, je réalise mon mémoire de fin d'étude sur la contraception chez les étudiantes sages-femmes. En effet, je m'intéresse à l'impact qu'a eu la formation sur leur choix personnel en matière de contraception, de suivi gynécologique, sur leur manière de prescrire et de conseiller les patientes sur ce sujet...

Serait-il possible pour vous de transmettre mon questionnaire à vos étudiantes en dernière année de formation afin de m'aider dans cette entreprise?

Merci pour le temps accordé,

Voici le lien de mon questionnaire:

https://docs.google.com/forms/d/1Ar2Lb5bem9EZaxct2HtBDcMwH3Phtav8M-9E2R7bw8/viewform?usp=send_form

Je reste à disposition pour toute question éventuelle,

Clotilde DUCHON, Ma5 Site de Formation Maïeutique Bourg-en-Bresse

ANNEXE III : Correction des cas cliniques

Cas clinique n°1 :

Patiente âgée de 20 ans, sans antécédent particulier, IMC = 20, fume 10 cigarettes par jour, a plusieurs partenaires occasionnels: quel(s) moyen(s) de contraception est-il possible de lui prescrire?

Le 1^{er} objectif ici est de faire comprendre à la patiente la nécessité d'une protection contre les IST et le VIH, protection uniquement apportée par l'utilisation de préservatifs féminins et masculins. Il est impératif qu'elle utilise ce moyen lors de chaque rapport sexuel avec un partenaire non fixe.

Une seconde méthode de contraception peut lui être proposée en plus, étant donné le risque non négligeable de grossesse en cas d'utilisation simple du préservatif (Indice de Pearl = 3% pour le préservatif masculin et 5% pour le préservatif féminin).

Les contraceptions à base d'oestro-progestatifs sont fortement déconseillées du fait du tabagisme de la patiente. En effet, les oestro-progestatifs sont associés à une augmentation du risque cardio-vasculaire. Une association supplémentaire avec le tabac augmenterait considérablement ce risque : la balance bénéfice-risque deviendrait donc déficitaire.

L'utilisation d'une contraception intra-utérine n'est pas adaptée non plus. En effet, la multiplication des partenaires sexuels expose la patiente à un sur-risque d'infections génitales hautes qui pourraient avoir des conséquences graves sur sa fertilité. Même en cas d'utilisation du préservatif, le risque d'oubli du fait du jeune âge de la patiente est trop important pour lui proposer une association DIU-préservatifs.

Les contraceptions à base de progestatif comme la pilule micro-progestative ou l'implant sont une possibilité intéressante. L'implant apporte en plus une contraception de longue durée, indépendante de l'observance de la patiente qui, du fait de son jeune âge, pourrait oublier plus facilement de prendre un comprimé tous les jours.

Dans tous les cas, il est important d'en discuter avec la patiente afin de lui expliquer les risques encourus de chaque moyen disponible, leurs effets secondaires ainsi que leur efficacité. La patiente doit être en accord avec son moyen de contraception afin d'éviter au maximum tout risque d'échec.

Cas clinique n°2 :

Patiente de 35 ans avec un antécédent de salpingite datant de 2 ans : est-il possible de lui poser un DIU ou SIU ?

L'infection génitale haute étant ancienne et traitée, cela ne constitue pas une contre-indication absolue à la pose d'une contraception intra-utérine. Il faut aussi garder à l'esprit l'âge de la patiente : le risque cardio-vasculaire augmente avec l'âge en cas d'utilisation d'oestro-progestatifs. Ce risque est nettement augmenté à partir de 35-40 ans.

Il est donc possible de poser un DIU chez cette patiente. Néanmoins, des précautions particulières sont à prendre : une recherche de chlamydiae et de gonoques doit être faite avant la pose afin d'exclure toute infection qui pourrait, pour le coup, contre-indiquer une contraception intra-utérine.

Cas clinique n°3 :

Patiente âgée de 23 ans, nullipare, sans facteur de risque cardio-vasculaire, en couple depuis 1 an, nous signale qu'elle souhaite arrêter la contraception hormonale car trop d'effets indésirables à type de spotting sous pilule micro-progestative: que lui conseillez-vous ?

Ici, la patiente souhaite arrêter les hormones du fait des effets indésirables qu'elles provoquent chez elle. Il s'agirait déjà de savoir si elle souhaite arrêter les hormones dans tous les cas ou si elle souhaite juste voir disparaître ses spottings.

En fonction de la réponse de la patiente, plusieurs possibilités sont à évoquer.

Si elle souhaite avant tout arrêter de prendre des hormones, un DIU au cuivre peut lui être proposé. Il faut néanmoins l'informer de la possibilité de ménorragies lors des cycles suivant la pose. Des méthodes locales sans hormones sont possibles aussi (préservatifs, cape, diaphragme, spermicides...) mais il faut informer la patiente du risque d'échec de ce genre de contraception au sein d'un

couple stable ayant des relations sexuelles régulièrement. Si la possibilité d'une grossesse n'est pas un problème pour le couple, une information sur les méthodes naturelles peut aussi être fournie.

Si le plus important pour la patiente est l'arrêt des spotting, une contraception oestro-progestative peut lui être proposée (pilule, patch, anneau vaginal). Elle aura ses règles, appelées saignements de privation, comme un cycle normal.

Les contraceptions à base de progestatif (pilule, implant, SIU) sont déconseillées dans ce cas-ci car ce sont les progestatifs qui sont pourvoyeurs de spottings. Cela ne répondrait donc pas à la demande de la patiente.

Cas clinique n°4 :

Patiente de 28 ans, pas d'antécédent ni de facteur de risque particulier, vient d'accoucher de son 1er enfant qu'elle allaite, est sur le point de sortir de la maternité et souhaite reprendre son ancienne pilule oestro-progestative ; que lui dites-vous ?

Chez une femme allaitante, les oestro-progestatifs sont contre-indiqués pendant la durée de l'allaitement. En effet, il existe un passage des œstrogènes dans le lait avec un effet possible sur l'enfant. De plus, si la contraception est débutée dans les 15 jours suivant la naissance, une baisse de la lactation peut se faire ressentir. L'OMS recommande la reprise des oestro-progestatifs au bout d'au moins 6 mois, si la femme allaite toujours. Il faut attendre au minimum 6 semaines après l'accouchement avant de débiter sa contraception oestro-progestative.

De plus, la femme pendant sa grossesse et en post-partum a une hypercoagulabilité sanguine et, de ce fait, un risque thrombo-embolique majoré. Les oestro-progestatifs augmentant encore ce risque, ils sont contre-indiqués dans la période du post-partum. Il faut attendre au moins 21 jours après l'accouchement avant de pouvoir reprendre sa contraception orale oestro-progestative. L'HAS recommande même d'attendre 42 jours.

En post-partum immédiat chez la femme allaitante, les moyens disponibles sont donc : les progestatifs (pilule micro-progestative, implant) ou les méthodes locales

(préservatifs...). Les méthodes avec manipulation vaginale (cape, diaphragme, anneau) sont déconseillées, du fait du risque infectieux. La contraception intra-utérine n'est recommandée qu'à partir de la visite post-natale.

Cas clinique n°5 :

Une jeune fille de 17 ans vient consulter dans votre cabinet pour la prescription d'une 1ère contraception. Au terme de la discussion, elle opte pour une pilule oestro-progestative. Que lui dites-vous sur la conduite à tenir en cas d'oubli?

Si l'oubli est de moins de 12 heures : il faut prendre le comprimé oublié puis continuer sa plaquette aux horaires habituels même si cela implique de prendre 2 comprimés le même jour. L'effet contraceptif sera quand même assuré. Il ne sera pas nécessaire de faire autre chose.

Si l'oubli est de plus de 12 heures ou si il concerne au moins 2 comprimés : il faut prendre le comprimé oublié (si plusieurs comprimés ont été oubliés, la patiente peut les jeter) puis continuer sa plaquette aux heures habituelles. L'effet contraceptif n'étant plus assuré, d'autres moyens doivent être mis en place pour éviter une grossesse. Une protection supplémentaire par préservatifs lors des rapports sexuels sera nécessaire pendant au moins 7 jours, le temps que la contraception fasse à nouveau effet. De plus, si des rapports non protégés ont eu lieu dans les 5 jours précédant l'oubli, une contraception d'urgence devra être prise le plus rapidement possible. Si l'oubli concerne l'un des 7 derniers comprimés actifs de la plaquette, la semaine d'arrêt ou les comprimés placebo devront être supprimés et la patiente devra enchaîner sur une nouvelle plaquette. Un test de grossesse peut être réalisé 15 jours après pour éliminer de façon certaine une grossesse.

Devant le jeune âge de la patiente, il est important de ne pas l'embrouiller avec des conduites à tenir différentes pour chaque semaine ou en fonction du dosage de la pilule, etc...

Il faut aussi l'informer des moyens de contraception d'urgence disponibles et dans quel délai elle peut les prendre (NORLEVO® à prendre dans les 72 heures suivant le rapport à risque, gratuite pour les mineures, sans ordonnance ; ELLAONE® à

prendre dans les 120 heures suivant le rapport à risque, sur ordonnance ; le DIU au cuivre à poser dans les 5 jours suivant le rapport à risque)

Références bibliographiques

- (1) Vincent-Rohfritsch A, Pernin E, Chabbert-Buffet N. Nouveautés en contraception. J GYNECOL OBST BIO R. 2012 Avr ; 41(2) : 108-114
- (2) Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Les femmes utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ?, Baromètre Santé 2010
- (3) Screve O. Les alternatives à la pilule : implant sous-cutané, patch contraceptif et anneau vaginal : évaluation des connaissances et des représentations des femmes de 15 à 24 ans et impact de ces connaissances sur leur choix. [Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme]. Bourg en Bresse : Université Claude Bernard LYON 1 ; 2012
- (4) Moreau C., Lydie N., Warszawski J., Bajos N., Baromètre santé 2005, INPES, Paris, 2007
- (5) CRIPS Provence-Alpes-Côte-d'Azur. Données sur la contraception, la contraception d'urgence et l'IVG en France. Dossier de synthèse documentaire et bibliographique. 2014 mai
- (6) Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C, Equipe de l'enquête FECOND. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ?. Population & Sociétés. 2012 ; 492 : 4 p
- (7) Organisation Mondiale de la Santé. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. Guide Essentiel OMS de planification familiale, 4^{ème} édition, 2009
- (8) Serfaty D. Abrégés Contraception. 4^{ème} édition. Elsevier Masson, 2011
- (9) Quereux C, Gabriel R. Bénéfices non contraceptifs de la contraception orale. Gynécologie obstétrique et fertilité. 2003 ; 31 : 1047-51
- (10) Organisation Mondiale de la Santé. Sélections des recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives. 2^{ème} édition, 2005
- (11) Haute Autorité de Santé. Contraceptifs oraux estroprogestatifs : préférez les "pilules" de 1^{ère} ou 2^{ème} génération. Saint-Denis : HAS, 2012, 2 p.

- (12) Haute Autorité de Santé. Les contraceptifs oraux de 3^{ème} génération. Saint-Denis : HAS, 2012
- (13) Jamin C. Comment classer les contraceptifs hormonaux ?. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2012 Avr ; 41(2) : 103-104
- (14) Derniaux E, Lucereau-Barbier M, Graesslin. Suivi et conseils après infections génitales hautes. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2012 Dec ; 41(8) : 922-929
- (15) Haute Autorité de Santé. Fiche Mémo Contraception du post-partum. Saint-Denis : HAS, 2013
- (16) Organisation Mondiale de la Santé. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. troisième édition, 2004.
- (17) Organisation Mondiale de la Santé. Sélections des recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives, mises à jour. 2008
- (18) Inspection Générale des Affaires Sociales. La prévention des grossesses non désirées, contraception et CU. 2010
- (19) Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques
- (20) Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme
- (21) Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, COCON group Contraception: from accessibility to efficiency Hum Reprod. 2003; 18 : 994–999
- (22) Moreau C. et al. Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée. In Beck F, Guilbert. P ; Gautier. A. Baromètre santé 2005. Editions INPES, p.328-353.
- (23) Trussell J. Contraceptive efficacy. Dans : Hatcher RA, et al., Contraceptive technology: eighteenth revised edition. New York NY: Ardent Media, 2004.
- (24) Van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Vandenbroucke JP, Doggen CJ, Rosendaal FR The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of

oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study *BMJ*. 2009;339

- (25) Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé. Evolution de l'utilisation en France des Contraceptifs Oraux Combinés et autres contraceptifs de janvier 2013 à décembre 2013. Saint-Denis : ANSM, 2014, 8 p.
- (26) Haute Autorité de Santé. Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Saint-Denis : HAS, 2013, 54 p.
- (27) Haute Autorité de Santé. Ensemble de 9 fiches mémo : Contraception : prescriptions et conseils aux femmes, Contraception chez la femme adulte en âge de procréer, Contraception chez l'adolescente, Contraception chez la femme en postpartum, Contraception chez la femme après une IVG, Contraception chez l'homme, Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme et la femme, Contraception d'urgence, Efficacité des méthodes contraceptives. Saint-Denis : HAS, 2013
- (28) Haute Autorité de Santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Saint-Denis : HAS, 2013, 50 p

Bibliographie

Livres :

1.) Serfaty D. Abrégés Contraception. 4ème édition. Elsevier Masson, 2011

Articles et études:

2) Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé. Evolution de l'utilisation en France des Contraceptifs Oraux Combinés et autres contraceptifs de janvier 2013 à décembre 2013. Saint-Denis : ANSM, 2014, 8 p.

3) Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C, Equipe de l'enquête FECOND. La contraception en France: nouveau contexte, nouvelles pratiques ?. Population & Sociétés. 2012 ; 492 : 4 p

4) Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N, COCON group
Contraception: from accessibility to efficiency Hum Reprod. 2003; 18 : 994–999

5) CRIPS Provence-Alpes-Côte-d'Azur. Données sur la contraception, la contraception d'urgence et l'IVG en France. Dossier de synthèse documentaire et bibliographique. 2014 mai

6) Derniaux E, Lucereau-Barbier M, Graesslin. Suivi et conseils après infections génitales hautes. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2012 Dec ; 41(8) : 922-929

7) Haute Autorité de Santé. Contraceptifs oraux estroprogestatifs : préférez les "pilules" de 1ère ou 2ème génération. Saint-Denis : HAS, 2012, 2 p.

8) Haute Autorité de Santé. Ensemble de 9 fiches mémo : Contraception : prescriptions et conseils aux femmes, Contraception chez la femme adulte en âge de procréer, Contraception chez l'adolescente, Contraception chez la femme en postpartum, Contraception chez la femme après une IVG, Contraception chez l'homme, Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme et la femme, Contraception d'urgence, Efficacité des méthodes contraceptives. Saint-Denis : HAS, 2013

9) Haute Autorité de Santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Saint-Denis : HAS, 2013, 50 p

10) Haute Autorité de Santé. Fiche Mémo Contraception du post-partum. Saint-Denis : HAS, 2013

- 11) Haute Autorité de Santé. Les contraceptifs oraux de 3ème génération. Saint-Denis : HAS, 2012
- 12) Haute Autorité de Santé. Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Saint-Denis : HAS, 2013, 54 p.
- 13) Inspection Générale des Affaires Sociales. La prévention des grossesses non désirées, contraception et CU. 2010
- 14) Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Les femmes utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ?, Baromètre Santé 2010
- 15) Jamin C. Comment classer les contraceptifs hormonaux ?. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2012 Avr ; 41(2) : 103-104
- 16) Moreau C. et al. Activité sexuelle, IST, contraception : une situation stabilisée. In Beck F, Guilbert. P ; Gautier. A. Baromètre santé 2005. Editions INPES, p.328-353.
- 17) Moreau C., Lydie N., Warszawski J., Bajos N., Baromètre santé 2005, INPES, Paris, 2007
- 18) Organisation Mondiale de la Santé. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. troisième édition, 2004.
- 19) Organisation Mondiale de la Santé. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. Guide Essentiel OMS de planification familiale, 4ème édition, 2009
- 20) Organisation Mondiale de la Santé. Sélections des recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives. 2ème édition, 2005
- 21) Organisation Mondiale de la Santé. Sélections des recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives, mises à jour. 2008
- 22) Quereux C, Gabriel R. Bénéfices non contraceptifs de la contraception orale. Gynécologie obstétrique et fertilité. 2003 ; 31 : 1047-51
- 23) Trussell J. Contraceptive efficacy. Dans : Hatcher RA, et al., Contraceptive technology: eighteenth revised edition. New York NY: Ardent Media, 2004.
- 24) Van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Vandenbroucke JP, Doggen CJ, Rosendaal FR The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control studyBMJ. 2009;339
- 25) Vincent-Rohfritsch A, Pernin E, Chabbert-Buffet N. Nouveautés en contraception. J GYNECOL OBST BIO R. 2012 Avr ; 41(2) : 108-114

Textes de lois :

26) Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Annexe Diplôme de Formation générale en Sciences Maïeutique, 25 août 2011

27) Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Annexe Diplôme d'Etat Sage-Femme, 11 avril 2013

28) Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques

29) Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme

Mémoires :

30) Moine L. Evaluation des connaissances des primipares concernant les contraceptifs intra-utérins. [Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme]. Bourg-en-Bresse : Université Claude Bernard LYON 1 ; 2014

31) Petit M. Dispositif intra-utérin et nulliparité : Représentation et évaluation des pratiques chez les gynécologues libéraux de la région Rhône-Alpes. [Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme]. Bourg-en-Bresse : Université Claude Bernard LYON 1 ; 2014

32) Screve O. Les alternatives à la pilule : implant sous-cutané, patch contraceptif et anneau vaginal : évaluation des connaissances et des représentations des femmes de 15 à 24 ans et impact de ces connaissances sur leur choix. [Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme]. Bourg en Bresse : Université Claude Bernard LYON 1 ; 2012

Sites Internet :

33) www.has-sante.fr

34) www.ined.fr

35) www.inpes.sante.fr

36) www.sante.gouv.fr

RESUME :

Ce mémoire traite de l'impact de la formation sage-femme sur le choix des étudiantes en matière de contraception.

Il a pour but de montrer que les études de maïeutique ont une influence sur le souhait de contraception des étudiantes ainsi que de montrer le fait qu'une meilleure information sur les différents moyens existants permet de choisir un moyen de contraception plus adapté aux besoins de la personne. L'objectif second de ce mémoire est de mettre en évidence les lacunes quant à l'information faite aux jeunes sur les différents moyens de contraception existants.

Un rapide état des lieux sur la formation sage-femme en matière de contraception et de gynécologie est fait afin de visualiser la qualité des informations reçues par les futurs professionnels.

TITRE :

La contraception chez les étudiantes sages-femmes : Etude de l'impact de la formation sur leur choix

MOTS-CLES :

Contraception, étudiants sages-femmes, gynécologie, formation maïeutique, prescription

Adresse de l'auteur :

Clotilde DUCHON

83 D rue Laënnec, app 715

69008 LYON