



HAL
open science

Sages-femmes en contraception : investissement des nouvelles compétences attribuées par la loi HPST du 21 juillet 2009. Étude prospective auprès de 100 sages-femmes de Seine-Maritime sur leur prescription de contraception

Lucie Paty

► **To cite this version:**

Lucie Paty. Sages-femmes en contraception : investissement des nouvelles compétences attribuées par la loi HPST du 21 juillet 2009. Étude prospective auprès de 100 sages-femmes de Seine-Maritime sur leur prescription de contraception. Gynécologie et obstétrique. 2010. dumas-00678216

HAL Id: dumas-00678216

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00678216v1>

Submitted on 12 Mar 2012

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

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

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

DEPARTEMENT DES ETUDES DE SAGE-FEMME

**Sages-femmes en contraception :
Investissement des nouvelles
compétences attribuées par la loi HPST
du 21 juillet 2009**

Etude prospective auprès de 100 sages-femmes de
Seine-Maritime sur leur prescription de
contraception

Mémoire présenté par

Mademoiselle Lucie PATY

Née le 8 janvier 1986

DIPLOME D'ETAT SAGE-FEMME

PROMOTION 2010

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
REVUE DE LA LITTERATURE	
1. L'HISTORIQUE DE LA CONTRACEPTION.....	2
1.1 De l'antiquité à la première guerre mondiale.....	2
1.2 De 1919 à 1974.....	3
1.3 De 1975 à nos jours.....	4
2. EPIDEMIOLOGIE DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE.....	5
2.1 L'évolution de l'IVG en chiffres.....	5
2.2 La prévention et ses paradoxes.....	6
3. LEGISLATION SUR LA PRESCRIPTION DE CONTRACEPTION PAR LA SAGE-FEMME.....	6
3.1 Le contexte législatif et réglementaire, jusqu'à la loi HPST.....	6
3.2 Les nouvelles dispositions législatives.....	8
4. LES DIFFERENTS MODES DE CONTRACEPTION ACCESSIBLES AUX SAGES-FEMMES.....	10
4.1 La contraception hormonale oestroprogestative.....	11
4.1.1 La forme orale.....	12
4.1.2 Le patch.....	13
4.1.3 L'anneau vaginal.....	13
4.2 La contraception hormonale progestative.....	14
4.2.1 Microdosée orale.....	14
4.2.2 Macrodosée orale.....	14
4.2.3 L'implant.....	15

4.3	Les dispositifs intra-utérins.....	15
4.3.1	A la progestérogène.....	15
4.3.2	Au cuivre ou DIU non hormonal.....	16
4.4	Les autres méthodes contraceptives.....	16
4.4.1	Les spermicides.....	17
4.4.2	Le diaphragme et la cape cervicale.....	17
4.4.3	Les préservatifs masculins et féminins.....	17
4.4.4	La contraception d'urgence.....	18
5.	LA SURVEILLANCE A METTRE EN PLACE.....	19
5.1	La surveillance clinique.....	19
5.2	La surveillance gynécologique : le frottis cervico-vaginal.....	19
5.3	La surveillance biologique.....	20
 ETUDE		
1.	METHODOLOGIE.....	21
1.1	Les objectifs de l'étude.....	21
1.2	Les moyens de l'étude.....	21
1.3	Les démarches.....	22
1.4	Le questionnaire auprès des sages-femmes.....	23
1.5	Les tests statistiques.....	25
2.	LES RESULTATS.....	25
2.1	A propos de la population.....	25
2.2	A propos du droit de prescription des sages-femmes.....	31
2.3	A propos de la prescription des sages-femmes en pratique.....	33

2.4 A propos de cette nouvelle compétence qui s'offre aux sages-femmes.....	43
---	----

DISCUSSION

1. Le profil professionnel de la population étudiée.....	49
2. A propos des connaissances des sages-femmes de leur droit de prescription....	51
3. A propos de la prescription de contraception dans la pratique.....	53
4. A propos des nouvelles compétences qui s'offrent aux sages-femmes.....	54

CONCLUSION

57

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

INTRODUCTION

A l'heure de l'intégration des études de sage-femme à l'université, notre profession se voit donner un nouvel élan par une extension de son champ de compétence en dehors de celui de la grossesse.

Depuis la loi Hôpital patient santé et territoire (HPST) du 21 juillet 2009, les sages-femmes sont désormais autorisées à prescrire une contraception tout au long de la vie génitale de la femme et à assurer le suivi gynécologique de prévention dans le cadre de la physiologie. Lors des stages de formation, en suites de couches, en planification ainsi qu'en consultation, nous avons pu nous rendre compte des connaissances, des compétences des sages-femmes et de leur rôle d'information en matière de contraception auprès de leurs patientes. Nous nous sommes alors demandés si les sages-femmes étaient désireuses et avaient la capacité d'investir ces nouvelles compétences qui s'offrent à elles.

Afin de mettre en avant les nouvelles attributions des sages-femmes en contraception, nous avons tout d'abord réalisé une revue de la littérature qui s'organise autour de quatre grands axes. Nous avons commencé par un rappel historique de la contraception. Puis, nous avons décrit les données épidémiologiques de l'interruption volontaire de grossesse. Ensuite, nous avons détaillé la législation sur la prescription de contraception par la sage-femme en insistant sur ses toutes récentes évolutions. Enfin, nous avons fait un tour d'horizon des différents contraceptifs accessibles à cette prescription.

Ensuite, nous avons enquêté auprès des sages-femmes hospitalières, libérales et de protection maternelle et infantile de Seine-Maritime afin d'établir un état des lieux de leurs connaissances et pratiques en contraception et connaître leur point de vue. Nous vous exposerons les méthodes et les résultats de cette étude.

Enfin, à la lumière des deux premières parties, nous discuterons les différents résultats obtenus et réfléchirons sur les moyens nécessaires à la mise en place de consultations de contraception de qualité par les sages-femmes.

REVUE DE LA LITTERATURE

1. L'historique de la contraception

1.1 De l'antiquité à la première guerre mondiale [32]

La limitation des naissances n'est pas une préoccupation récente des femmes et des hommes.

Pendant l'Antiquité, la Grèce est sujette à la famine. C'est pourquoi les philosophes et les hommes politiques prônent la contraception et l'avortement pour éviter le surpeuplement. La seule contraception se limite alors à l'utilisation de plantes médicinales et à la pratique du coïtus interruptus.

En Egypte, il est décrit un dispositif utérin datant de 5000 ans (en or ou en cuivre).

Les préservatifs (vessie de chèvre, cuir, carapace molle de tortue ou boyau animal), les « obturateurs féminins » (en papier huilé) ancêtres des diaphragmes, l'utilisation de gomme arabique visant à empêcher la migration des spermatozoïdes sont connus et utilisés dès l'Antiquité.

Au Moyen-âge, la médecine ne se que pratique dans les monastères : la contraception et l'avortement sont donc interdits et même sévèrement punis avec la condamnation précoce et absolue de tout ce qui peut limiter la procréation selon les décrétales du pape Grégoire IX en 1239.

A la Renaissance, l'abstinence de 130 jours par an est de mise ainsi que l'allaitement prolongé pour seuls moyens de régulation des naissances.

Au XVIIème siècle, parallèlement à la découverte de l'œuf et du spermatozoïde, le préservatif en tissu de lin ou en boyau de mouton fait son apparition, bien que la pression morale exercée par l'église reste.

Au XIXème siècle, le courant antinataliste par abstinence de Thomas Robert Malthus voit le jour en raison du risque de pénurie alimentaire par surpopulation.

En 1840 le latex est découvert par la galvanisation du caoutchouc, l'utilisation du préservatif se répand.

En 1892, Marie Huot, journaliste et femme de lettres s'illustrant comme précurseur du néo-malthusianisme français, proclame la « grève des ventres » : c'est le début d'une grande campagne pour la contraception et l'interruption volontaire de grossesse.

Le premier mouvement de libre maternité est créé en 1900.

En 1909, le premier guide de la contraception qui donne les moyens pour éviter une grossesse, a été mis en circulation. Les hommes politiques et le clergé réagissent et essayent d'étouffer le mouvement. C'est aussi l'époque de l'apparition des premiers dispositifs intra-utérins.

1.2 De 1919 à 1974 [17] [35]

Au cours des deux premiers tiers du XXème siècle, les deux principales méthodes de contraception que sont la pratique du coïtus interruptus et la méthode Ogino persistent.

Le 31 juillet 1920, une loi est votée contre « la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle ». Cette loi sera appliquée pendant 45 ans, la dernière « faiseuse d'anges » sera exécutée en 1943.

Après la 2^{ème} guerre mondiale, pendant les 30 glorieuses, la presse féminine se développe et les femmes travaillent. Leur statut prend donc de l'ampleur et les lois changent.

La maîtrise de la contraception par la femme elle-même va prendre toute sa signification avec l'apparition de la contraception orale. La première pilule, constituée d'une association d'œstrogène et de progestérone, sera commercialisée en 1956 par Gregory Pincus. A cette même période est créé le mouvement français pour le planning familial; son objectif est de légaliser les moyens anticonceptionnels et de lutter contre les avortements clandestins.

C'est le 27 décembre 1967 que la loi (n° 67-1176) relative à la régulation des naissances, proposée par le député Lucien Neuwirth est votée. Cette loi constitue l'acte fondateur de la légalisation de la contraception en France. Elle donne aux femmes la possibilité de maîtriser leur fécondité, en posant comme principe le droit à la contraception et à l'information, tout en l'encadrant de manière rigoureuse.

L'article 3 de la loi de 1920 portant sur l'interdiction de la diffusion de la contraception est suspendu.

En 1968, la déclaration des droits de l'homme des Nations Unies stipule : « Les couples ont le droit fondamental de décider librement et en toute responsabilité du nombre d'enfants qu'ils veulent et du moment de leur naissance. »

Le 5 avril 1971, *Le Nouvel Observateur* publie un manifeste signé par 343 femmes, parmi lesquelles de nombreuses personnalités, qui déclarent avoir avorté et réclament l'avortement libre.

La loi du 4 décembre 1974 modifie une première fois la loi « Neuwirth » pour permettre la délivrance sur prescription médicale des contraceptifs hormonaux et intra-utérins, la possibilité de vendre des contraceptifs aux mineurs sans accord parental, la délivrance, à titre gratuit, des médicaments, produits ou objets contraceptifs, sur prescription médicale, aux mineurs désirant garder le secret.

1.3 De 1975 à nos jours [35]

Le 17 janvier 1975, la loi Veil, relative à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), précise que l'avortement est désormais légal sous certaines conditions. C'est une première en ce qui concerne le droit des femmes en France. Cette loi, votée pour cinq ans, est pérennisée le 31 décembre 1979 suite à une nette amélioration de la situation sanitaire, sous le titre de loi Veil-Pelletier.

Parallèlement à l'évolution de la législation sur la contraception, l'arrêté du 15 mai 1975 assure le remboursement par la sécurité sociale de la pilule. A partir du 21 juillet 1975 stérilet et diaphragme sont eux aussi remboursés.

Ce cadre législatif a ensuite été assoupli à diverses reprises pour tenir compte de l'évolution de la société.

Enfin, la publicité relative aux préservatifs et aux autres contraceptifs est autorisée, dans le respect des dispositions générales fixées par le code de la santé

publique. La première campagne nationale sur la contraception intitulée « pouvoir choisir » sera lancée le 18 novembre 1981.

La loi du 23 janvier 1990 permet le dépistage par la création des centres dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et le traitement dans l'anonymat des maladies sexuellement transmissibles pour tous.

La loi du 13 décembre 2000 autorise la délivrance de la contraception d'urgence hormonale aux mineures dans des circonstances précisées par décrets, d'une part en pharmacie, d'autre part dans les établissements scolaires du second degré.

2. Epidémiologie de l'Interruption volontaire de grossesse

2.1 L'évolution de l'IVG en chiffres [9] [11]

En 1975, lors de la promulgation de la loi Veil autorisant le recours à l'IVG, le législateur espérait que ces dispositions ne seraient utilisées que comme ultime recours en cas de grossesses non désirées. Cette situation aurait dû se raréfier au fil du temps grâce à la loi Neuwirth et au remboursement de la pilule.

Depuis 1975, en France, le taux d'IVG reste autour de 14.6 avortements annuels pour 1000 femmes en âge de procréer, et de 20 à 22 en Ile-de-France. Ceci correspond à plus de 200 000 IVG par an. La moyenne européenne est de 11.2/1000. En 2003, une légère baisse est observée par rapport à l'année précédente. C'est le premier recul constaté depuis 1996 après une hausse régulière entre 1995 et 2002. Actuellement, une grossesse sur cinq se termine par une IVG. La difficulté d'accès à la contraception pour toute une frange de la population de notre pays en est une explication.

Si le taux d'IVG reste stable pour toutes les tranches d'âge au-delà de vingt ans, il augmente de façon régulière chez les jeunes femmes de moins de vingt ans, notamment chez les mineures de 15 à 17 ans.

2.2 La prévention et ses paradoxes [6] [32] [33]

La France connaît une situation paradoxale : le taux d'utilisation des contraceptifs y est parmi les plus élevés d'Europe. En effet, moins de 5% des femmes de 15 à 45 ans sexuellement actives et ne souhaitant pas avoir d'enfants déclarent ne pas utiliser, ou ne pas utiliser systématiquement, un moyen de contraception. De plus, l'accès à la contraception d'urgence est de plus en plus facilité. Or, le nombre annuel d'IVG reste stable, à un niveau relativement élevé.

Autre paradoxe : en 2004, environ un quart des femmes ayant eu recours à une IVG n'utilisaient pas de contraceptifs. Cette absence de contraception explique une part importante des IVG mais n'y suffit pas. En effet, près de deux grossesses non prévues sur trois surviennent chez des femmes qui déclarent utiliser une contraception au moment de la survenue de cette grossesse.

Les principales difficultés identifiées sont : l'absence de méthode contraceptive, les difficultés de gestion quotidienne d'une méthode de contraception notamment orale et le déficit d'accès à une information claire et validée. Pourtant, les campagnes de prévention et d'information sur la contraception se multiplient tout particulièrement auprès des mineurs par des interventions dans les collèges et les lycées. Cela relève t'il plus d'un problème de société caractérisé par une défaillance d'éducation et de prise en charge individuelle des jeunes que d'un réel manque d'information ?

Une des stratégies d'action est d'améliorer l'accessibilité à la contraception.

3. Législation sur la prescription de contraception par la Sage-Femme

3.1 Le contexte législatif et réglementaire, jusqu'à la Loi HPST [3] [10] [19] [25] [26] [27] [28] [29] [30] [31] [36]

La profession de sage-femme se définit comme la profession médicale prenant en charge exclusivement les grossesses physiologiques et les accouchements eutociques. Son exercice est encadré par des lois et des règlements : le code de déontologie et le code de la santé publique.

C'est le code de la santé publique qui fixe règlementairement les prescriptions autorisées aux sages-femmes. Il en fixe les limites : art. L. 4127-313 « dans l'exercice de sa profession, la sage-femme ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, effectuer des actes ou donner des soins, ni formuler des prescriptions dans les domaines qui débordent sa compétence professionnelle ou dépassent ses possibilités. »

Ce même code rappelle que les sages-femmes ont « un rôle d'information et de prescription dans le domaine de la contraception locale » et l'article L 4151-1 précise ainsi « L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la participation aux consultations de planification familiale ».

Or, jusqu'à peu, en vertu de l'article 24, L. 5134 Titre II (loi du 4 juillet 2001), les sages-femmes n'étaient habilitées qu'à prescrire les diaphragmes, capes et contraceptifs locaux.

La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a étendu leur champ de compétence en leur donnant la possibilité d'effectuer l'examen postnatal si la grossesse a été normale et l'accouchement eutocique. Cela suppose qu'elles puissent être en mesure de prescrire une contraception hormonale lors de ces consultations. Ainsi l'article 102 de cette même loi stipule que « les sages-femmes sont habilitées à prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen postnatal et après une interruption volontaire de grossesse. »

Selon l'article L 4151-4 du code de la santé publique, les sages-femmes peuvent prescrire les médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFFSSAPS).

L'arrêté du 12 octobre 2005 pris en application de cet article L 4151-4, modifiant l'arrêté du 23 février 2004 fixe la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes. Il précise dans son annexe I les types de contraceptifs susceptibles d'être prescrits par les sages-femmes : « spermicides, contraceptifs d'urgence : lévonorgestrel seul ou associé à l'éthinylestradiol, contraceptifs hormonaux : oestroprogestatifs par voie orale, transdermique ou anneau vaginal ; progestatifs par voie orale, injectable ou implant. »

Le référentiel métier du 1^{er} octobre 2007, réalisé à l'initiative du collectif des associations, des syndicats des sages-femmes et du conseil national de l'ordre des sages-femmes, met en exergue les compétences des sages-femmes et les modalités de leurs applications en pratique. Il décrit ainsi des situations types considérées comme particulièrement représentatives de la profession. Huit ont été identifiées comme faisant partie du cœur de métier et représentant une variété suffisante de situations qui relèvent de la compétence de la sage-femme. Ce texte est un outil indispensable dans l'évaluation des pratiques professionnelles dans le but d'une démarche de qualité de soins, il sert également de document de référence pour la formation initiale en plus de l'arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme. La 7^{ème} situation clinique décrite concerne la prescription de contraception par les sages-femmes. Elle s'intitule « Réaliser une consultation de contraception en post partum et post abortum. » dans laquelle figure notamment l'item « en rédigeant la prescription de contraception. »

Ce texte permet de redonner aux sages-femmes leur place, de considérer la totalité des actes qu'elles peuvent réaliser. Il permet ainsi à tous les professionnels et aux usagers de mieux connaître les compétences de la sage-femme.

3.2 Les nouvelles dispositions législatives [4] [20] [22] [36] [37]

L'article 86 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a étendu le champ de compétences des sages-femmes en matière de contraception. Cette loi rentre dans le cadre de mesures de santé publique et participe également à garantir certains droits des femmes comme ceux relatifs à la maîtrise de leur fécondité. Le fait d'étendre le champ de compétence des sages-femmes à la prescription des contraceptifs hormonaux tout au long de la vie génitale de la femme offre une possibilité supplémentaire pour les femmes d'avoir accès à la contraception plus aisément. En effet, il a été démontré que la forte diminution du nombre d'interruption volontaire de grossesse (IVG) dans certains pays européens allait de pair avec une amélioration des pratiques contraceptives.

Ce dispositif donne aussi la possibilité aux sages-femmes de prescrire une contraception orale aux mineures qui fréquentent les centres de planification familiale ou de Protection maternelle et infantile (PMI) et, ce, dans le cadre de la prévention des grossesses non désirées chez les adolescentes. La sage-femme a tout à fait son rôle à

jouer dans ce domaine. Ce problème est important car le nombre d'IVG chez les adolescentes augmente d'un point chaque année.

Ayant une place privilégiée aux yeux des patientes et apparaissant très accessibles aux femmes, notamment dans le domaine de la prévention primaire, les sages-femmes tiennent une place importante au sein des centres de PMI et des centres périnataux de proximité (CPP), voire, à l'avenir, dans les maisons de santé pluridisciplinaires. Cette extension de leurs compétences permet de toucher davantage les populations qui, aujourd'hui, pour des raisons économiques ou du fait d'une raréfaction de l'offre de soins dans certaines zones périurbaines et rurales, ne peuvent accéder normalement aux soins dispensés par les médecins. La Seine-Maritime est tout particulièrement touchée par ce problème, la démographie médicale étant loin d'y être homogène. Une délégation de tâches et de compétences s'impose afin de permettre aux femmes de tout âge d'avoir un accès, dans de bonnes conditions et à intervalle régulier, aux prescriptions de contraceptifs tout en s'adaptant aux besoins qui sont les leurs à un moment précis de leur vie génitale.

De plus, faciliter l'accès à la prévention dans le domaine gynécologique, c'est aussi faire des économies immédiates au profit de l'Assurance maladie. Cela permettra d'éviter certaines IVG et de dépister de manière plus efficiente des cancers chez les femmes. Les sages-femmes, de part leur formation initiale et la formation médicale continue qu'elles se doivent de suivre, ont les compétences nécessaires pour assurer ces consultations de contraception sans engendrer un surplus d'investissement particulier.

Selon l'article R.4127-304 du code de la santé publique, « la sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances dans les conditions prévues par l'article L.4153-1. ». Cet article stipule : « Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les sages-femmes. »

Les nouvelles dispositions qui modifient le code de la santé publique sont les suivantes :

- L'article L.4151-1, le troisième alinéa est remplacé par « L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de

consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique. »

- L'article L.5134-1 au titre II : « Les contraceptifs intra-utérins ainsi que les diaphragmes et les capes ne peuvent être délivrés que sur prescription d'un médecin ou d'une sage-femme [...]. La première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par un médecin ou une sage-femme. L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin ou une sage-femme. »

Au titre III : « Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux. La surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant. »

- L'article L.2122-1 auquel est ajouté : « Le médecin ou la sage-femme propose également un frottis cervico-utérin, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. »

Toutes ces compétences sont requises pour réaliser de manière efficiente une consultation de contraception par les sages-femmes. Une tarification adaptée aux sages-femmes devrait également s'en suivre.

4. Les différents modes de contraception accessibles aux sages-femmes [1][2] [3] [6] [7] [9] [13] [16]

Le choix d'une contraception doit s'effectuer en respectant certaines règles, comme stipulé dans les recommandations professionnelles de l'HAS établies en décembre 2004 {Annexe I}.

En effet, pour être bien acceptée et bien suivie, la méthode contraceptive doit être adaptée à chaque femme et choisie avec elle, en fonction de sa réalité quotidienne.

L'acceptabilité, l'observance, la maîtrise et l'efficacité sont les maîtres mots de toute utilisation de contraceptifs. La consultation de contraception est un moment clé

pour qu'une prescription éclairée s'en suive. Elle doit comprendre un temps d'information et d'explication des différents moyens de contraception en insistant sur les avantages, les inconvénients, l'efficacité, les échecs, la forme galénique et les modes d'action de chacun. L'information délivrée doit être claire, hiérarchisée et sur mesure. Un interrogatoire, un examen clinique général et gynécologique permet d'identifier les éventuelles contre-indications en tenant compte de l'âge de la patiente. Le professionnel doit accompagner la patiente dans sa réflexion et le choix de contraception la plus adaptée à sa situation et à sa demande. La prescription de contraception doit être adaptée à chaque consultante.

Le prix doit être un argument dans le choix d'une contraception. Il s'agit de prévention des grossesses non désirées et de sécurité affective. L'accessibilité doit être maximale et il n'y a pas de raison médicale, sauf cas particulier, pour prescrire en première intention d'autres spécialités que les spécialités remboursées. Les patientes n'ont pas à être pénalisées par leurs moyens financiers.

Voici les différents contraceptifs que les sages-femmes sont donc amenées à prescrire lors de leur exercice, en insistant davantage sur ceux dont l'utilisation est la plus répandue.

4.1 La contraception hormonale oestroprogestative [3] [5] [6] [8] [12][18]

La contraception hormonale œstro-progestative est constituée d'un œstrogène de synthèse l'éthinyl œstradiol (EE) associé à un progestatif norstéroïdien (dérivé de la 19-nortestostérone). Les progestatifs peuvent être de première (noréthistérone et noréthindrone), deuxième (lévonorgestrel) ou de troisième génération (désogestrel, gestodène, norgestimate). Les progestatifs de deuxième et de troisième génération à fort pouvoir anti-gonadotrope ont permis de diminuer les doses d'œstrogènes nécessaires.

Quels que soient la composition, le dosage, la génération du progestatif et la forme galénique, tous les oestro-progestatifs présentent la même efficacité contraceptive et les mêmes contre-indications. Seuls les effets secondaires « mineurs » peuvent varier.

L'action d'une telle contraception est triple : par le blocage constant de l'ovulation, la modification de la glaire cervicale et de l'endomètre, le rendant impropre à la nidation.

Les complications des oestro-progestatifs sont rares mais graves. Ils sont associés à une augmentation du risque d'accident thrombo-embolique. C'est l'œstrogène qui en est responsable par le biais de son action sur les facteurs de l'hémostase. Les thromboses veineuses dont la survenue est indépendante de l'âge de la patiente et de la durée de la prise sont favorisées par des anomalies préexistantes de l'hémostase. La thrombose artérielle est également dépendante de la dose d'œstrogènes qui agissent sur les parois vasculaires. L'âge supérieur à 35 ans, les hyperlipidémies et le tabac augmentent le risque. Leur prévention passe par le respect strict des contre-indications absolues.

Les effets secondaires mineurs sont ceux qui incommode le plus les patientes. Il s'agit principalement de saignements inter menstruels (spotting), jambes lourdes, prise de poids, aménorrhée, nausées, céphalées, mastodynies et troubles de la libido. Ils sont sans gravité mais sont souvent cause d'arrêt de la contraception.

Malgré ces éléments, les oestroprogestatifs présentent des effets bénéfiques non négligeables. Ils permettent de régulariser les cycles, de guérir les dysménorrhées, d'améliorer l'acné et l'hirsutisme, de diminuer les risques de cancers de l'ovaire, de l'endomètre et du côlon, prévenir les kystes ovariens et la grossesse extra-utérine.

La contraception oestroprogestative est la méthode de première intention, pour les femmes ne présentant pas de facteur de risque particulier.

4.1.1 La forme orale

C'est le moyen de contraception le plus utilisé en France, son indice de Pearl est excellent aux environs de 0.1 en utilisation optimale. Parmi les grossesses survenant sous pilule, nombreuses sont celles dues à une mauvaise observance ; 20% des IVG en utilisation non-conforme.

Il existe plusieurs classifications des pilules. Leur efficacité contraceptive demeurant identique, seuls les effets secondaires mineurs peuvent varier.

Selon la dose d'œstrogènes, les contraceptifs sont dits normo-dosés quand ils contiennent 50 γ d'EE (de moins en moins utilisés, ils étaient le standard dans les années 70) et dits mini-dosés quand ils contiennent de 30 γ à 15 γ d'EE. Avec les oestro-progestatifs contenant de 20 à 15 γ d'EE, le blocage de l'ovulation est assuré par le

progestatif seul. Selon les combinaisons associant œstrogène et progestatif, leurs taux respectifs varient au cours de la plaquette : monophasique, tous les comprimés sont également dosés ; bi-phasique le dosage varie selon deux paliers ; tri-phasique, selon trois paliers.

Les pilules sont majoritairement discontinues : 3 semaines de prise quotidienne et une semaine d'arrêt. Il existe également des pilules en continu qui comportent un certain nombre de comprimés inactifs en fin de plaquette. Elles sont conçues pour diminuer le risque de grossesse consécutive à un oubli de reprise après l'interruption des 7 jours.

4.1.2 Le patch

Le patch contraceptif est composé d'un œstrogène dosé à 20 γ d'EE et d'un progestatif de troisième génération, la norgestromine 150 μ g délivrés quotidiennement par voie transcutanée. C'est un dispositif transdermique applicable sur la peau, à débiter le premier jour des règles lors de la première application. Il est mis en place sous la forme d'un patch hebdomadaire pendant 3 semaines et 7 jours d'arrêt pour avoir des règles. Il peut être appliqué au niveau de la hanche, de l'abdomen, du bras ou tout endroit de la peau à distance des seins. Son indice de Pearl est autour de 0.70. Il offre une meilleure tolérance métabolique que par voie orale, les taux hormonaux étant constants ; son observance est également meilleure que par voie orale. Son coût est en revanche plus important que pour une pilule et il n'est pas remboursé.

4.1.3 L'anneau vaginal

Ce dispositif oestro-progestatif libère par voie trans-muqueuse quotidiennement 15 γ d'EE et 120 μ g d'étonorgestrel. Il se présente sous la forme d'un anneau de 54mm de diamètre laissé en place pendant 3 semaines puis retiré 1 semaine. Il peut s'enlever au moment du rapport sexuel mais pas plus de 3 heures par jour ; sa mise en place et son retrait sont faciles. Il suppose néanmoins que la femme soit à l'aise avec son corps. Son indice de Pearl est autour de 0.65. Il présente les mêmes avantages que le patch.

4.2 La contraception hormonale progestative [3] [5] [6] [8] [12] [14] [18]

4.2.1 Microdosée orale

Encore appelée micropilule, elle consiste en la prise continue d'un progestatif. Elle agit par modification de la glaire cervicale et de l'endomètre. Ses indications sont principalement lors de l'allaitement (contraception classée comme très efficace dans ce cas précis par l'OMS), en cas de contre-indication aux oestro-progestatifs (cf paragraphe plus haut). Son efficacité est variable selon le progestatif utilisé ; indice de Pearl de 1 pour le lévonorgestrel (Microval®) et de 0.52 pour le désogestrel (Cérazette®) mais pouvant aller jusqu'à 10 dans les études de cohortes. Elle impose en effet une grande régularité de prise, pas d'oubli de plus de 3h si utilisation de lévonorgestrel.

4.2.2 Macrodosée orale

La pilule progestative macro-dosée a une triple action : par blocage de l'ovulation, modification de la glaire cervicale et action sur l'endomètre qui devient impropre à la nidation.

Bien qu'elle n'ait pas l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en contraception, elle est indiquée chez la patiente de plus de 40 ans souhaitant poursuivre une contraception hormonale, chez une patiente présentant une pathologie bénigne mammaire ou utérine dont le traitement est un progestatif, chez la femme jeune ayant un antécédent familial du premier degré de cancer du sein et chez la patiente à risque thrombo-embolique.

Elle est contre-indiquée en cas de diabète, d'obésité, d'hypertension artérielle ou d'hypercholestérolémie.

Les inconvénients sont la prise de poids, les sensations de gonflement, une atrophie de l'endomètre excessive responsable d'une aménorrhée.

Elle peut être un traitement de choix lors de la période pré ménopausique (hyperestrogénie relative).

4.2.3 L'implant

Il est accessible à la prescription des sages-femmes mais celles-ci ne peuvent en assurer la pose.

Il s'agit d'un bâtonnet de 4cm, implanté en sous-cutané libérant de l'étonogestrel de façon continue à 60 à 70µg/j après 5 à 6 semaines puis de 30 à 40µg/j à la fin de la 2^{ème} année et environ 25 à 30µg/j à la fin de la 3^{ème} année.

C'est l'un des moyens de contraception les plus efficaces disponibles sur le marché. L'indice de Pearl est chiffré entre 0.00 à 0.08. La durée d'efficacité est classiquement de 3 ans.

Son avantage par rapport aux microprogestatifs oraux est l'absence de 1^{er} passage hépatique. Les saignements irréguliers restent le problème le plus fréquent et le plus ennuyeux de cette modalité contraceptive. Ils sont fréquents au début du traitement et représentent la cause principale de demande de retrait de ce type de contraception. Il est donc indispensable d'informer les patientes de ce risque.

Son remboursement est assuré par la sécurité sociale.

4.3 Les dispositifs intra-utérins (DIU) [5] [6] [12] [14] [18]

La sage-femme peut désormais en assurer la prescription et la pose, auparavant seule sa surveillance par l'échographie lui était possible dans le cadre de son exercice en centre de planification familiale.

La contraception intra-utérine est utilisée en France par 16% des femmes âgées de 20 à 49 ans.

Le dispositif intra-utérin peut être une contraception de première intention, quels que soient l'âge et la parité.

4.3.1 A la progestérone

Ce dispositif libère in utero un progestatif, à raison de 20µg de lévonorgestrel par 24 heures pendant une durée maximale de 5 ans. Il est préconisé de diminuer cette durée à 2 ans chez les femmes obèses.

C'est un dispositif de polyéthylène en forme de *T* comportant un réservoir cylindrique contenant du lévonorgestrel. Ce réservoir libère progressivement son contenu au travers d'une membrane qui limite le débit hormonal.

Son mécanisme d'action combine l'action d'un dispositif intra-utérin classique et d'une contraception hormonale : décidualisation de l'endomètre le rendant impropre à la nidation, modification de la glaire cervicale prévenant le passage cervical des spermatozoïdes et inhibition de l'ovulation. Il ne suscite qu'une faible réaction de type corps étranger.

Il est indiqué préférentiellement chez les patientes présentant des ménorragies ou dysménorrhées ou des antécédents d'anémie sous DIU au cuivre.

Son indice de Pearl est de 0.1%.

4.3.2 Au cuivre ou DIU non hormonal

Il possède une tige verticale sur laquelle s'enroule un fil de cuivre avec une âme d'argent. La présence de ce corps étranger dans la cavité endométriale entraîne des modifications biochimiques et morphologiques au niveau de l'endomètre nuisant au transport des spermatozoïdes. Les ions cuivres ont également un effet direct sur la mobilité des spermatozoïdes, affectant la capacité de ces derniers à pénétrer la glaire cervicale, les rendant peu aptes à la fécondation. L'ovulation n'est pas affectée par le DIU au cuivre. Le traumatisme de l'endomètre induit une réaction inflammatoire locale qui entraîne un retard de maturation de la muqueuse, qui constitue ainsi un milieu défavorable à toute implantation si jamais une fécondation avait quand même lieu.

4.4 Les autres méthodes contraceptives [5] [6] [18]

Les contraceptions locales (spermicides, cape, diaphragme) sont les premières pour qui la prescription a été accessible aux sages-femmes. Elles sont également nommées les contraceptions barrières. Leur diffusion est quasi confidentielle en France. Leur utilisation nécessite une bonne connaissance des organes génitaux. Elles ne comportent pas de contre-indication sauf une réticence de la femme ou du partenaire, une malformation, une lésion ou infection vaginale en cours. Elles requièrent une utilisation rigoureuse pour une bonne efficacité. Les femmes qui choisissent ces modes de contraception, doivent être informées des échecs possibles.

Seul le diaphragme est remboursé par la sécurité sociale.

4.4.1 Les spermicides

Ce sont des produits tensio-actifs se déposant sur la muqueuse vaginale, ayant une action spermicide et quelquefois bactéricide. Ils sont disponibles sous forme de crèmes, ovules, tampons ou éponges. Ils sont facilement disponibles, ne nécessitent pas de prescription médicale, faciles d'utilisation ils permettent une lubrification vaginale. Leur durée d'efficacité contraceptive est de 4 heures après leur mise en place. Leur efficacité est très variable selon l'âge, la fertilité et l'adhésion à la méthode des utilisatrices. Leur indice de Pearl variant de 6 à 25.

Il est recommandé de les utiliser en association avec le préservatif ou le diaphragme.

Une possible intolérance locale, un coût élevé rendent leur acceptabilité médiocre.

4.4.2 Le diaphragme et la cape cervicale

Le diaphragme est une membrane en latex soutenue par un anneau souple qui va prendre appui sur le périnée dans le cul de sac postérieur. La cape englobe le col de l'utérus, elle est le plus souvent en silicone. Ils sont de diamètre différent selon la taille du col ; ils nécessitent un examen gynécologique préalable pour les ajuster. Ils doivent être imprégnés d'une crème spermicide renouvelée à chaque rapport. Ils nécessitent un apprentissage par la patiente, mais peuvent être utilisés à tout âge. Ils sont à mettre en place juste avant le rapport et à retirer 8 heures après, ils sont réutilisables après nettoyage. Leur indice de Pearl est élevé de 8 à 17.

4.4.3 Les préservatifs masculins et féminins

Les préservatifs sont les seuls contraceptifs protégeant des infections sexuellement transmissibles (IST). Ils sont disponibles gratuitement dans la plupart des centres de planification. Leur indice de Pearl varie entre 0.8 et 22.

Le préservatif féminin est un préservatif en polyuréthane, de taille unique, comportant un anneau à chaque extrémité, l'un s'appuyant dans le cul de sac postérieur,

l'autre à la vulve. Il est indiqué en cas de rapports occasionnels, contrôlés par la femme. Il a comme inconvénients d'être cher, peu engageant et peu disponible en pharmacie.

Le préservatif masculin est le plus fréquemment en latex. 85% des jeunes l'utilisent au premier rapport mais il est vite abandonné.

4.4.4 La contraception d'urgence [12] [13]

Il est recommandé que lors de la prescription et de la délivrance d'une contraception, la femme soit préventivement informée des possibilités de rattrapage en cas de rapport non protégé, de leur efficacité et de leurs conditions d'accès.

La contraception d'urgence ou « contraception du lendemain » est le seul moyen actuel pour essayer de prévenir une grossesse non désirée après un rapport non ou mal protégé : c'est une méthode de rattrapage. Elle peut aider à palier les absences ou erreurs de contraception. La seule méthode existante actuellement utilise un progestatif, le lévonorgestrel. La posologie est de un comprimé unique de 1,5mg. Elle n'a aucune contre-indication, il n'est donc pas nécessaire de faire un examen médical ou gynécologique avant sa prise.

Le mode d'action de la contraception d'urgence par lévonorgestrel est mal connu. Elle retarderait l'ovulation ou la perturberait lorsque celle-ci est sur le point de se produire ; mais elle ne la stopperait pas lorsqu'elle est commencée. Il est donc important de prescrire cette contraception très rapidement pour qu'elle agisse avant l'ovulation, tout en sachant que sa date n'est pas fixe. Le lévonorgestrel aurait aussi un effet sur la mobilité et le pouvoir fécondant des spermatozoïdes. Il protège le rapport qui vient d'avoir lieu mais ne protège pas les rapports suivants, les patientes doivent donc prendre des précautions contraceptives jusqu'aux règles suivantes.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) rapporte des taux de succès qui changent suivant le moment de la prise de la contraception d'urgence. L'efficacité est de 95% si elle est prise dans les 24 heures après le rapport non protégé, de 85% dans les 24 à 48 heures, de 63% dans les 49 à 72 heures, de 58% dans les 72 à 120 heures. L'efficacité est donc certaine mais pas parfaite.

La tolérance du lévonorgestrel est bonne. Les effets secondaires sont essentiellement des troubles digestifs, nausées, vomissements.

Les sages-femmes peuvent la prescrire. Néanmoins afin de ne pas retarder sa prise, celle-ci est disponible sans prescription médicale dans les pharmacies, avec gratuité pour les mineures. Sa délivrance peut également s'effectuer en cas d'urgence dans les établissements scolaires par les infirmières selon l'arrêté du 20 janvier 2000. Toutefois, sur ordonnance, elle est remboursée par la sécurité sociale.

5. La surveillance à mettre en place [5]

Actuellement, la législation ne permet pas aux sages-femmes d'assurer ce suivi. Le médecin traitant est en première ligne pour la surveillance biologique et clinique de la contraception.

5.1 La surveillance clinique

Une consultation à trois mois de la première prescription permet d'apprécier la tolérance générale, les effets secondaires de la contraception prescrite avec un examen clinique complet (général, gynécologique) puis le rythme des consultations est bi-annuel.

L'examen clinique comprend un examen général, la détermination du poids et de la taille, le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC), la mesure de la pression artérielle.

5.2 La surveillance gynécologique : le frottis cervico-vaginal

Selon les recommandations de 2004 de l'HAS, il doit être réalisé à la première consultation pour les femmes ayant débuté leur activité génitale, puis à 1 an et tous les 3 ans en l'absence de facteurs de risque ou antécédents cervicaux.

En cas de frottis considéré comme de qualité insuffisante, il faut le répéter jusqu'à l'obtention d'un prélèvement interprétable.

Pour les femmes ayant des signes gynécologiques et/ou un frottis anormal, une prise en charge par un médecin est nécessaire.

L'examen gynécologique peut néanmoins être expliqué et programmé pour une consultation ultérieure, notamment lorsqu'il s'agit d'une adolescente. Il doit être réalisé en dehors de toutes métrorragies ou inflammation afin d'en optimiser la qualité.

Lorsque la pose d'un DIU est envisagée, hors problème signalé par la consultante, les consultations de suivi gynécologique sont programmées 1 à 3 mois après la pose puis 1 fois par an.

5.3 La surveillance biologique

Un bilan sanguin à trois mois dosant la glycémie à jeun, la triglycémie et le taux de cholestérol total est nécessaire. Il est répété tous les 5 ans si les résultats sont normaux ou en l'absence de facteurs de risque.

La non réalisation de ce bilan ne doit pas retarder la prescription d'une contraception oestroprogestative.

C'est après ces réflexions sur la contraception et les nouvelles compétences des sages-femmes dans ce domaine, que nous avons voulu, par le biais d'une enquête nous enquêter de l'avis des sages-femmes quant à l'élargissement de leur droit de prescription de contraceptifs.

ETUDE

1. Méthodologie

1.1 Les objectifs de l'étude

Cette étude se veut être un état des lieux sur un nouveau champ de compétence des sages-femmes : la réalisation de prescriptions de contraception à toutes les femmes en âge de procréer. Plusieurs hypothèses en découlent :

- Les sages-femmes ont la capacité d'informer les femmes de la diversité de la contraception, elles le font déjà lors de leur exercice actuel : dans le post-partum pour celles exerçant dans les services de suites de couches, ainsi que dans le post-abortum dans les services de planification familiale ou de PMI. La formation initiale ainsi que la formation médicale continue leur assurent les compétences nécessaires pour assumer pleinement cette nouvelle compétence et ainsi effectuer une prescription de contraceptifs éclairée et de qualité tout au long de la vie génitale de la femme.
- De plus, les sages-femmes sont volontaires pour investir cette nouvelle compétence qui s'offre à elles. Cela répond à une demande de leur part.

Pour répondre à ces hypothèses, cette étude se propose de prendre en compte le regard que portent les sages-femmes hospitalières de l'agglomération rouennaise, de PMI et libérales de Haute-Normandie sur la possibilité de réaliser des consultations de contraception et sur leurs connaissances dans ce domaine.

1.2 Les moyens de l'étude : l'enquête auprès des sages-femmes

Notre étude repose sur une enquête prospective, multicentrique par questionnaire anonyme destiné aux sages-femmes hospitalières, de PMI et libérales. Les questionnaires ont été distribués dans 3 maternités : une maternité de niveau III le CHU de Rouen (60 sages-femmes), et 2 maternités de niveau II : le CH du Belvédère (60 sages-femmes) et le CH d'Elbeuf, Louviers, Val de Reuil (38 sages-femmes). Les sages-femmes libérales (30 sages-femmes) et de PMI (19 sages-femmes) ont reçu un courrier nominatif avec une enveloppe de retour du questionnaire.

1.3 Les démarches

Chaque sage-femme cadre a été contactée par téléphone ou par courrier électronique au mois d'octobre 2009 pour l'informer de notre sujet de mémoire et de notre souhait de sonder toutes les sages-femmes de l'établissement hospitalier par le biais d'un questionnaire. Nous laissons nos coordonnées afin que les sages-femmes cadres puissent communiquer leur accord pour réaliser l'enquête : 1 a donné sa permission par téléphone, les 2 autres après une relance par téléphone.

Pour les maternités du CHU de Rouen, du Belvédère et d'Elbeuf, des questionnaires ont été distribués dans les différents services dans des boîtes disposées dans les chambres de garde ou dans les bureaux.

Pour les sages-femmes de PMI et libérales, les questionnaires ont été envoyés par voie postale, accompagnés d'un courrier expliquant notre enquête ainsi que d'une enveloppe timbrée destinée au retour du questionnaire.

Les questionnaires ont été à disposition des sages-femmes du 2 novembre 2009 jusqu'au 5 janvier 2010.

Au total, 200 questionnaires ont été distribués ; 100 ont été récupérés. Le taux de récupération est de 50%. Le taux de retour chez les sages-femmes libérales est d'environ 43%, cela peut s'expliquer par une probable surestimation du nombre de sages-femmes exerçant en libéral en Seine-Maritime ; en effet nous nous sommes basés sur les registres de l'assurance maladie (site Internet AMELI). De plus, une relance était difficile à envisager nous ne disposons que de leur adresse postale. Le taux de récupération pour les sages-femmes de PMI est de 65%. Une relance par courrier électronique par le biais de la sage-femme coordinatrice du conseil général a permis d'augmenter sensiblement le nombre de questionnaires remplis. Le taux de retour des sages-femmes des structures hospitalières est d'environ 49%, de nombreuses relances n'ont pas permis d'obtenir plus de questionnaires.

1.4 Le questionnaire auprès des sages-femmes {Annexe II}

Le questionnaire comporte vingt-deux questions réparties en quatre parties.

La première partie a pour objectif de dresser le profil de la population enquêtée en terme de :

- **Age** – Variable quantitative continue, transformée en variable qualitative à 8 classes : [20-25 ans[, [25-30 ans[, [30-35 ans[, [35-40 ans[, [40-45 ans[, [45-50 ans[, [50-55 ans[, [55-60 ans[.
- **Sexe** – Variable qualitative à 2 classes : Féminin, Masculin.
- **Ancienneté et expérience professionnelle** – Variable quantitative, transformée en variable qualitative à 7 classes : [0-5 ans[, [5-10 ans[, [10-15 ans[, [15-25 ans[, [20-25 ans[, [25-30 ans[, [30-35 ans[.
- **Formations complémentaires** – Variable qualitative à 2 classes (oui, non) englobant deux sous-classes : Formations antérieures, formations projetées.
- **Lieu d'exercice** – Variable qualitative à 3 classes : milieu hospitalier, cabinet libéral et PMI.
- **Exercice en secteur de planification familiale** – Variable qualitative à deux classes (oui, non).

La deuxième partie s'intéresse aux connaissances des sages-femmes concernant leur droit de prescription de la contraception :

- **Loi autorisant la prescription de la contraception par les sages-femmes** – Variable qualitative à 3 classes.
- **Les contraceptifs accessibles à la prescription des sages-femmes** – Variable qualitative à 9 classes.
- **L'amendement présentant les nouvelles compétences des sages-femmes** – Variable qualitative à 6 classes.

La troisième partie fait le point sur les connaissances des sages-femmes et leur prescription en matière de contraception :

- **La fréquence de prescription de contraception** – Variable qualitative à 5 classes.

- **L'aisance des sages-femmes dans leur prescription** – Variable qualitative à 4 classes.
- **Importance des points essentiels à aborder lors d'une consultation de contraception** – Variable qualitative à 10 classes.
- **Les différents contraceptifs et leur indice de Pearl** – Variable qualitative à 7 classes.
- **La contraception du post partum** – Variable qualitative à 6 classes.
- **La contraception post IVG** – Variable qualitative à 5 classes.
- **La 1^{ère} prescription de contraception chez une adolescente** – Variable qualitative à 9 classes.
- **La contraception chez une femme de plus de 40 ans** – Variable qualitative à 4 classes. Cette question n'est pas exploitable, car il n'est pas mentionné dans la consigne que c'est en application de la loi HPST.
- **Les contre-indications formelles aux oestroprogestatifs** – Variable qualitative à 10 classes.
- **La conduite à tenir en cas d'oubli de pilule** – Variable qualitative à 5 classes.
- **Le suivi d'une prescription de contraception** – Variable qualitative à 5 classes.

La quatrième partie met en relief le point de vue des sages-femmes quant à cette nouvelle compétence :

- **La projection de l'aisance dans leurs prescriptions futures de contraceptifs** – Variable qualitative à 4 classes.
- **L'actualisation des connaissances** – par la lecture de revues médicales, la consultation de sites Internet professionnels, la participation à des congrès ou des présentations par des laboratoires ; respectivement variables qualitatives à 2 classes (oui, non).
- **Le souhait des sages-femmes d'être formées dans ce domaine et sous quelle forme** – respectivement variables qualitatives à 2 et 4 classes.
- **Le désir des sages-femmes de s'investir dans la mise en place de ces consultations de contraception** – Variable qualitative à 2 classes

1.5 Les tests statistiques

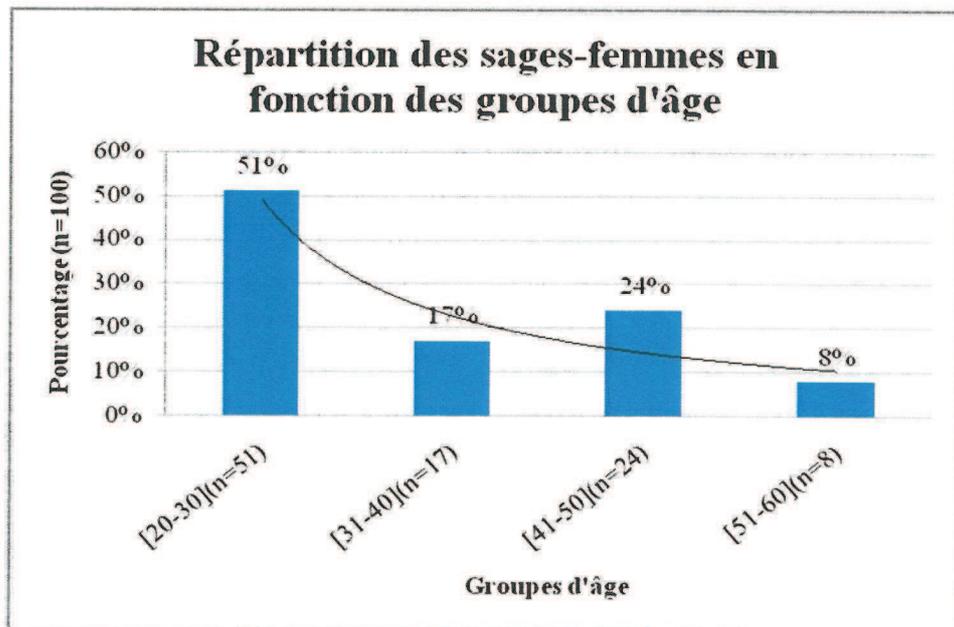
L'analyse statistique a été réalisée en utilisant le logiciel stata 7.0 (Stata Corporation, 4905 Lakeway Drive, College Station, texas USA). Dans le cadre de l'analyse uni-variée, les différences observées ont été considérées statistiquement significatives pour $p < 0,05$.

La représentation graphique des résultats a été réalisée par le logiciel Microsoft Office Excel 2007.

2. Les résultats

2.1 A propos de la population

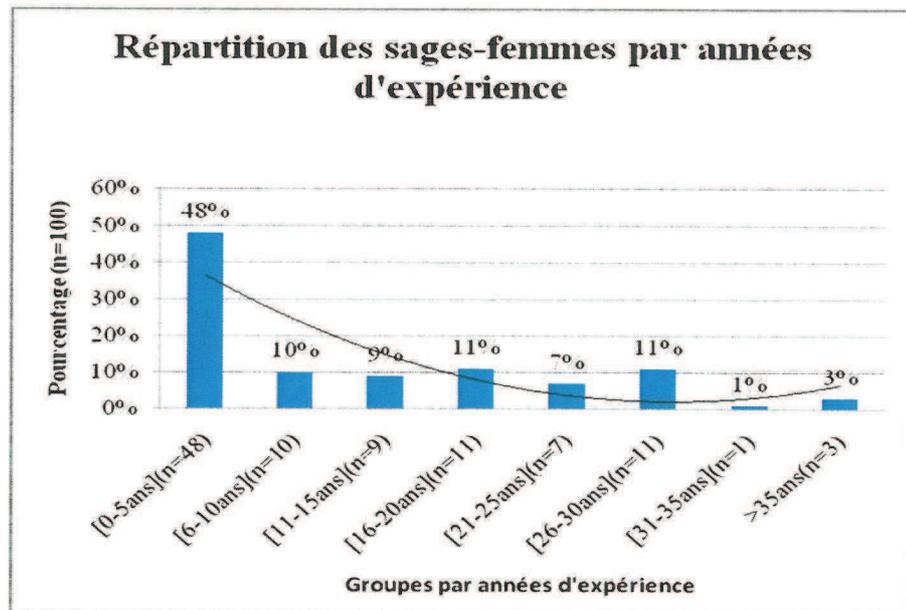
• GROUPES D'AGE



Nous constatons que le groupe de sages-femmes le plus représenté (51%) est les [20-30ans].

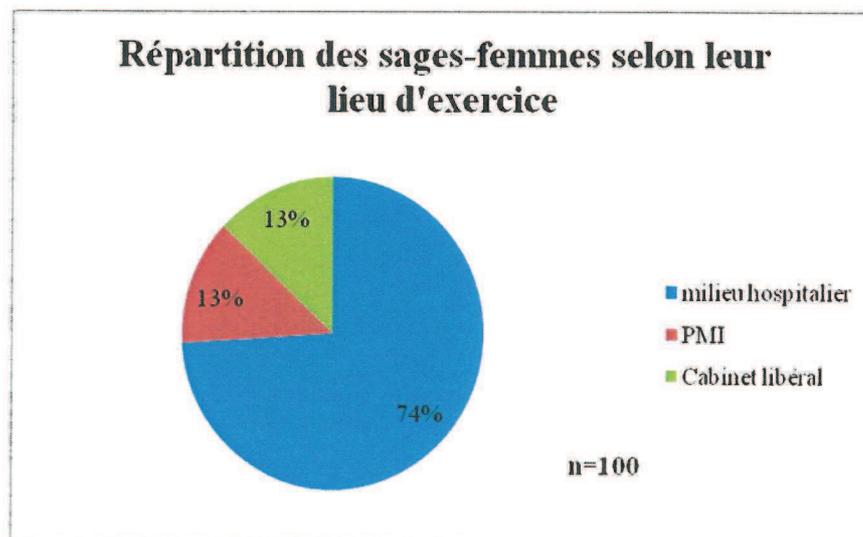
• LE GENRE des 100 professionnels interrogés, les femmes représentent 96% (nf=96) contre 4% (nh=4) d'hommes.

● **EXPERIENCE PROFESSIONNELLE DES SAGES-FEMMES**

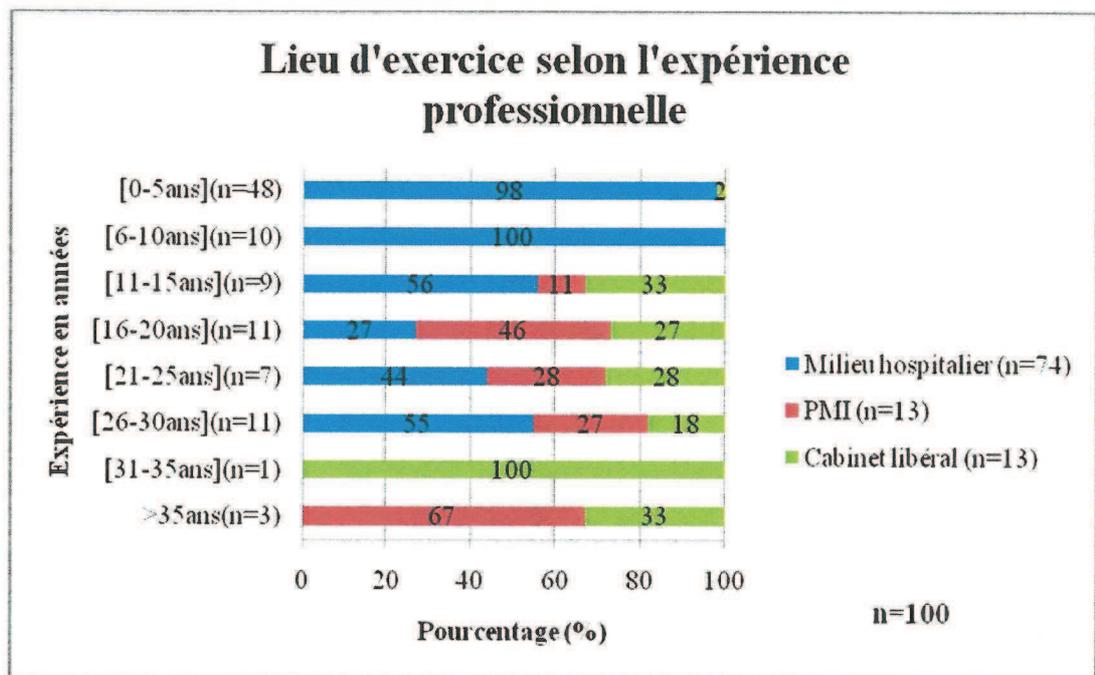


Nous constatons que 58% (n=58) des sages-femmes, ayant répondu à notre enquête, ont moins de 10 ans d'exercice, dont 48% ont moins de 5 ans d'expérience professionnelle (exploitée par le nombre d'années d'exercice).

● **LIEU D'EXERCICE**

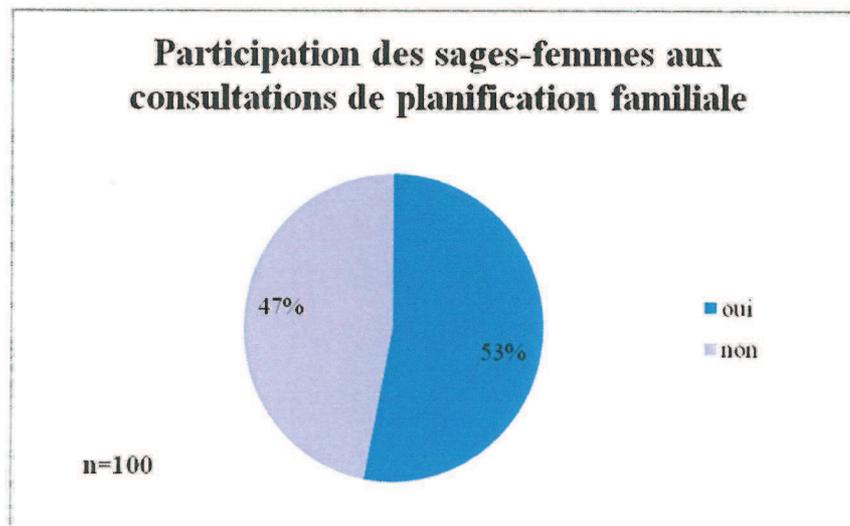


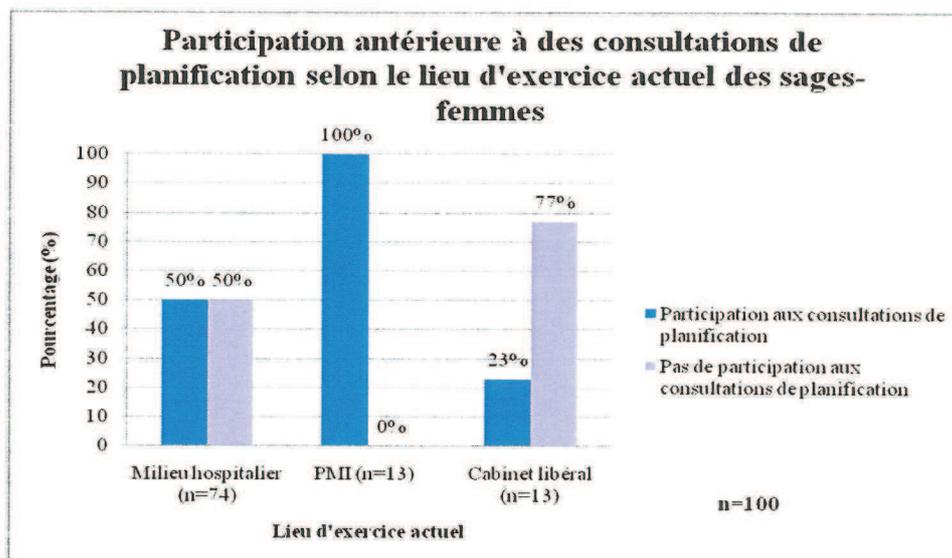
74% des sages-femmes interrogées exercent en milieu hospitalier.



Nous constatons qu'après 15 ans d'exercice professionnel, les sages-femmes, ayant répondu à notre enquête, exercent pour plus de la moitié d'entre elles en PMI ou en libéral. Alors qu'avant 10 ans d'expérience, elles pratiquent pour la quasi-totalité en milieu hospitalier. Mais cette différence n'est pas significative ($p=0,397$).

• PARTICIPATION A DES CONSULTATIONS DE PLANIFICATION

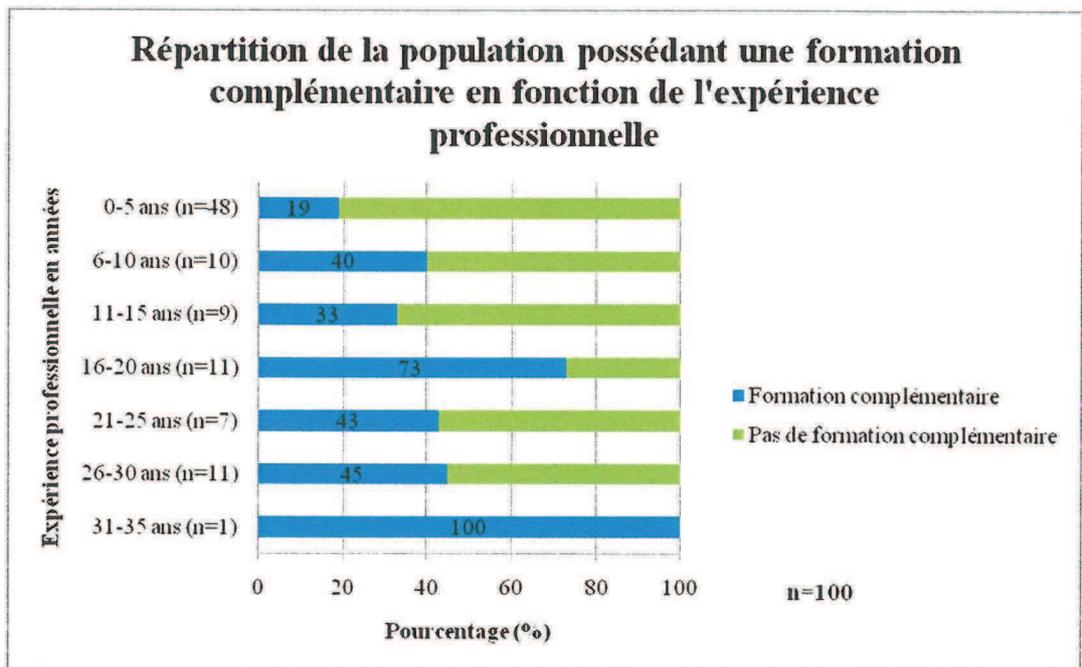




Concernant la participation à des consultations de contraception en fonction du lieu d'exercice des sages-femmes, nous constatons que pour moitié en milieu hospitalier et 23% en libéral, elles y ont déjà participé. Cette différence est significative ($p=0,0056$).

- Les sages-femmes ayant une **FORMATION COMPLEMENTAIRE** représentent 35% (n=35) de la population interrogée. Les formations supplémentaires ou diplômes universitaires (DU) sont répartis de la manière suivante :

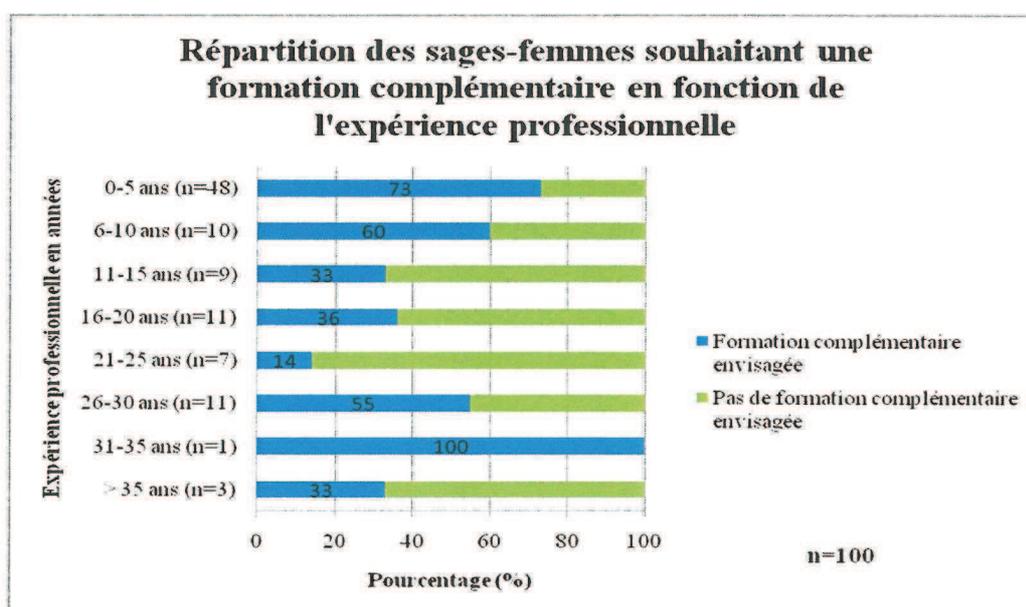
Formations	Effectifs (n=35)	Pourcentage (%)	Formations	Effectifs (n=35)	Pourcentage (%)
Acupuncture	8	23	Allaitement maternel	1	3
Rééducation périnéale	8	23	DU puériculture	1	3
Préparation piscine	4	11	DU recherche clinique	1	3
Homéopathie	2	5	DU psychiatrie périnatale	1	3
Echographie	2	5	DU régulation des naissances	1	3
Sophrologie	1	3	Hypnose	1	3
Postures d'accouchements	1	3	Procréation médicale assistée (PMA)	1	3
Conseillère conjugale	1	3	Planification familiale	1	3



Lorsque nous nous intéressons à la REALISATION ANTERIEURE D'UNE FORMATION en fonction de l'expérience professionnelle, nous constatons que les sages-femmes appartenant à la classe [16-20ans] et >31 ans sont plus formées. Cette différence est significative ($p=0,009$). En moyenne, c'est après 5 ans d'expérience professionnelle que les sages-femmes se forment.

• Les sages-femmes ENVISAGEANT UNE FORMATION COMPLEMENTAIRE représentent 57% (n=57). Les formations complémentaires souhaitées sont réparties de la manière suivante :

Formations	Effectifs (n=57)	Pourcentage (%)	Formations	Effectifs (n=57)	Pourcentage (%)
Acupuncture	16	28	Conseillère conjugale	1	2
Echographie	12	21	Haptonomie	1	2
Allaitement maternel	6	10	Sophrologie	1	2
Homéopathie	3	5	Pédagogie	1	2
Ostéopathie	3	5	Anthropologie	1	2
Rééducation périnéale	3	5	Contraception	1	2
DU régulation des naissances	2	3	Diététique	1	2
Postures d'accouchements	2	3	DU grossesses pathologiques	1	2
Réanimation néonatale	1	2	Gymnastique sensorielle périnatale	1	2

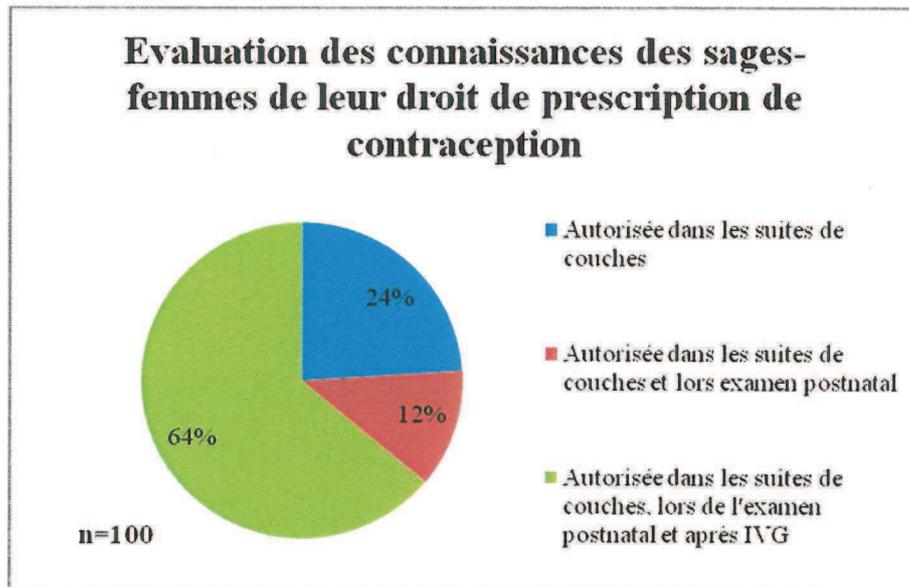


Lorsque nous nous intéressons au SOUHAIT DE REALISER UNE FORMATION COMPLEMENTAIRE en fonction de l'expérience professionnelle des sages-femmes, nous constatons que ce sont les sages-femmes les moins

expérimentées (moins de 10 ans s'expérience, n=58 ; soit 58%) qui souhaitent le plus se former. Cette différence est significative (p=0,016).

2.2 A propos du droit de prescription des sages-femmes

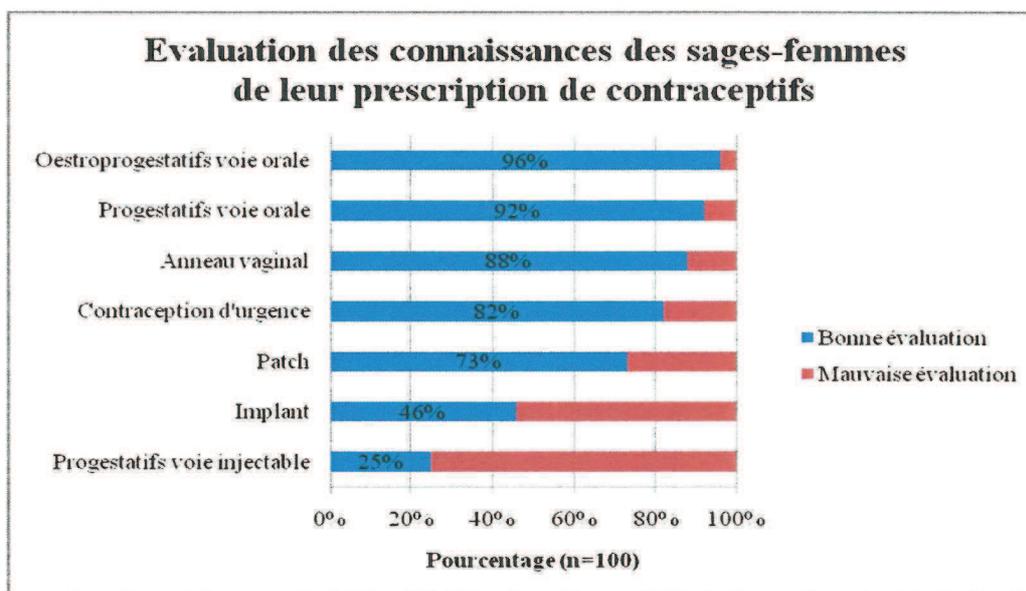
• LOI DU 4 AOUT 2004 RELATIVE A LA PRESCRIPTION DE CONTRACEPTION :



36% des sages-femmes pensent qu'elles ne peuvent prescrire une contraception que dans les suites de couches ou dans les suites de couches et lors de l'examen postnatal.

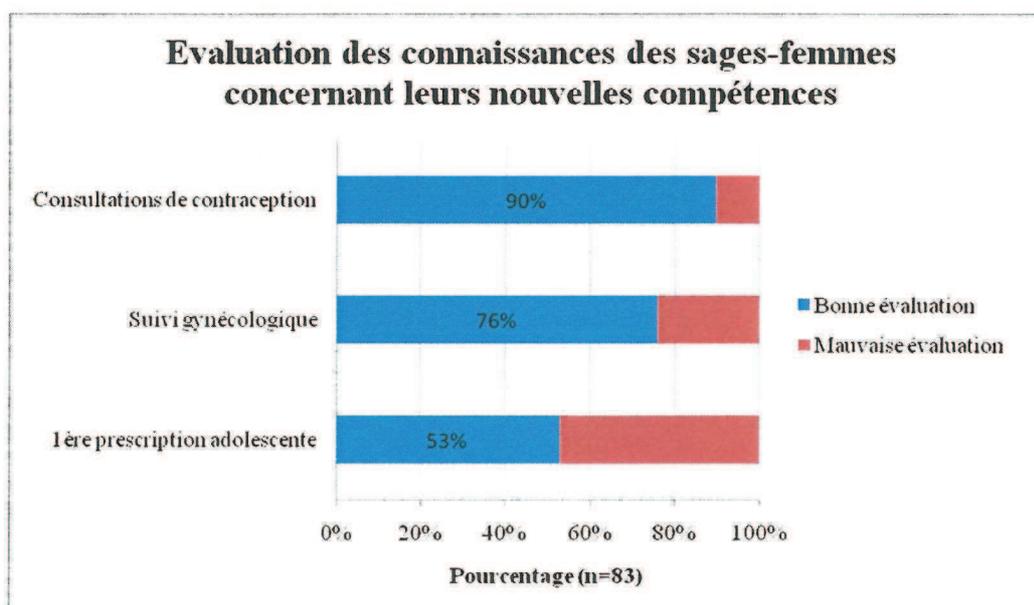
● **CONTRACEPTIFS ACCESSIBLES A LEUR PRESCRIPTION** selon

l'arrêté du 12 octobre 2005



Seules 14% des sages-femmes ont connaissance de tous les contraceptifs accessibles à leur prescription depuis cet arrêté. Respectivement 17% et 15% des sages-femmes pensent que le stérilet au cuivre et le Miréna en font partie.

● **LES NOUVELLES COMPETENCES** selon la loi HPST du 21 juillet 2009

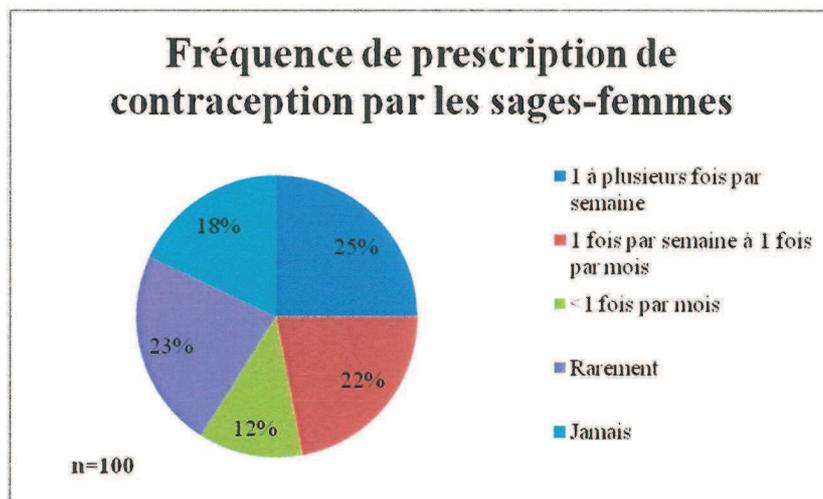


Les sages-femmes connaissant toutes ces nouvelles compétences représentent 12% (n=10) des professionnels interrogés informés de la nouvelle législation. 40% y associent le suivi biologique de la femme sous contraception ; alors que celui-ci est

attribué aux médecins traitants. Nous observons que 17% des sages-femmes n'ont pas eu connaissance de cet amendement.

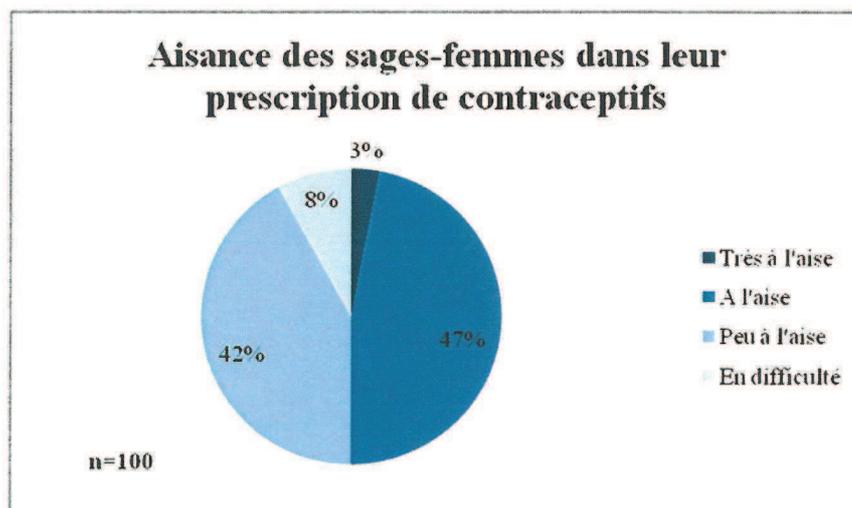
2.3 A propos de la prescription des sages-femmes en pratique

● FREQUENCE DE PRESCRIPTION DE CONTRACEPTION

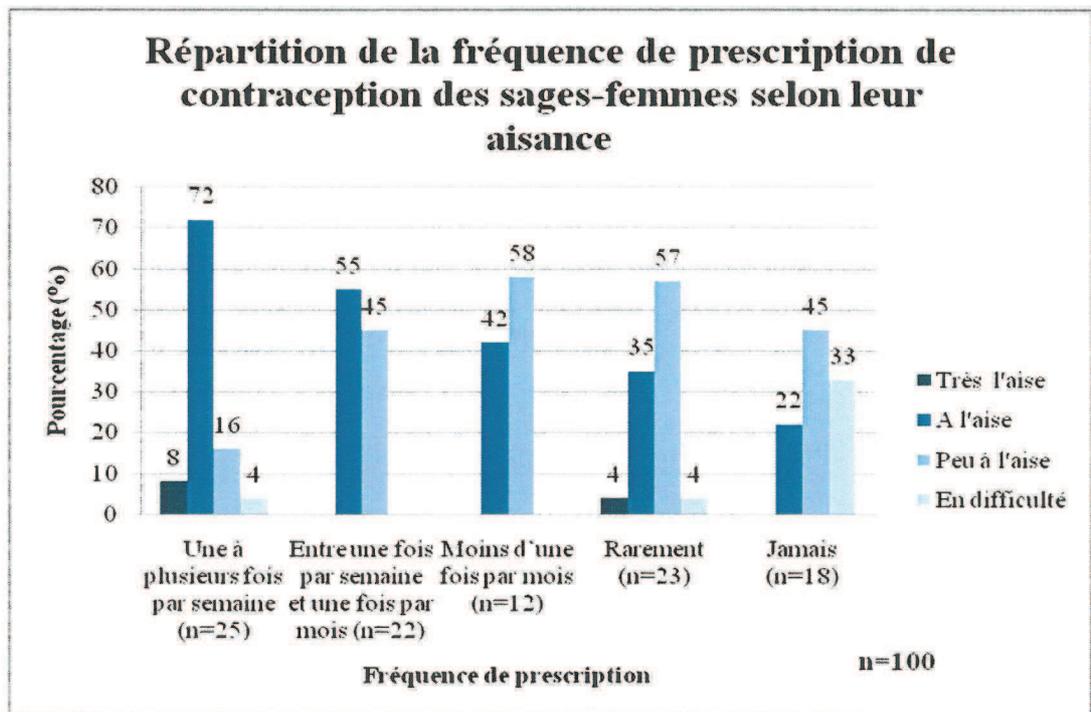


Les sages-femmes sont 53% (n=53) à en prescrire moins d'une fois par mois.

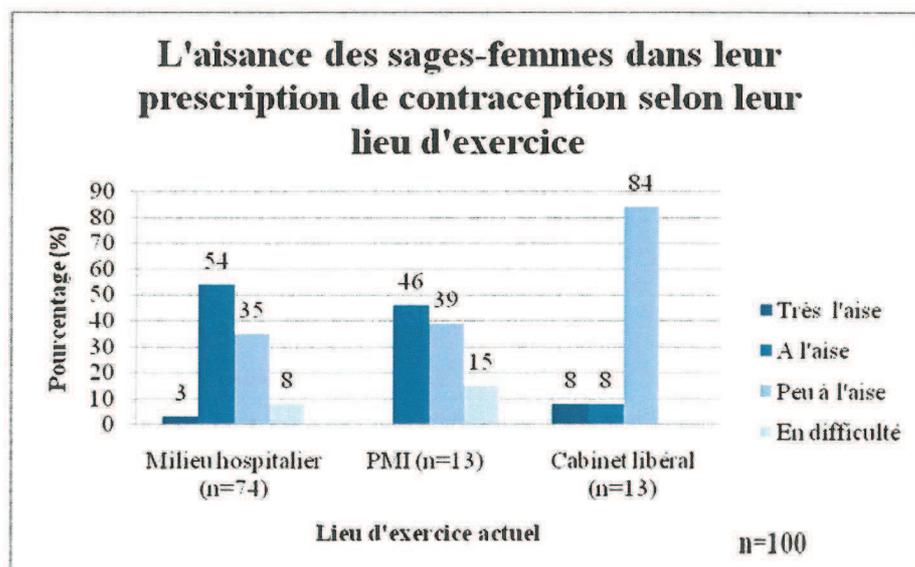
● L'AISSANCE DES SAGES-FEMMES DANS LEUR PRESCRIPTION



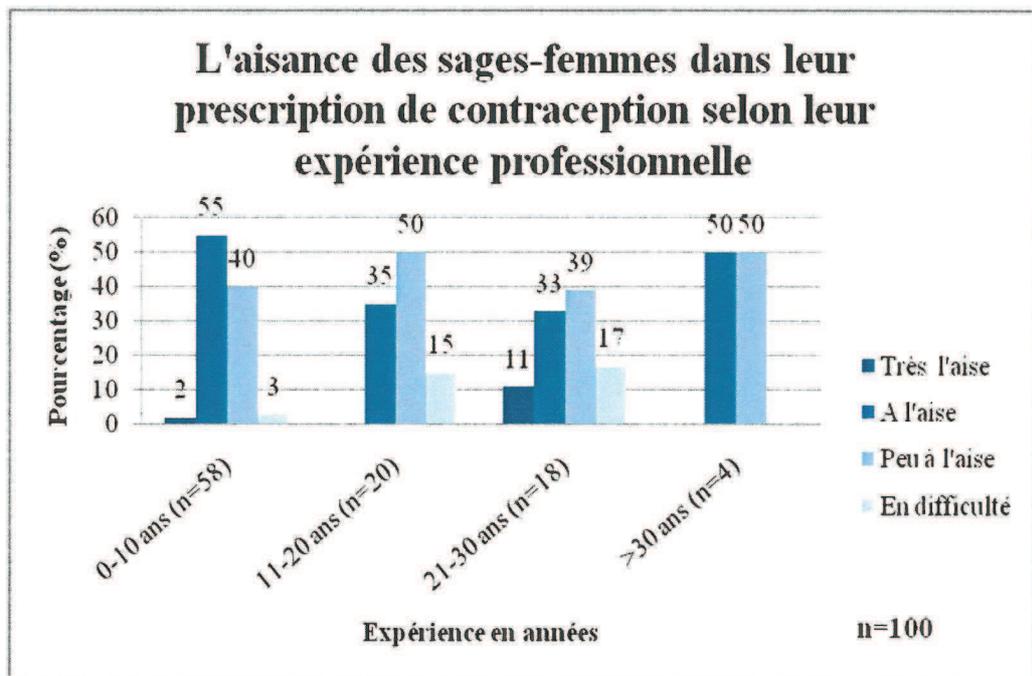
Nous observons que 50% des sages-femmes se sentent peu à l'aise voire en difficulté lors de cette activité.



Nous constatons que plus les sages-femmes prescrivent fréquemment une contraception plus elles se déclarent à l'aise lors de cette prescription. 68% (n=32) des sages-femmes prescrivant une contraception au moins une fois par mois, sont à l'aise voire très à l'aise dans la réalisation de cet acte. Cette différence est significative (p=0,0005).



Les sages-femmes semblent plus à l'aise (très à l'aise ou à l'aise) dans leur prescription de contraception, lorsqu'elles exercent en milieu hospitalier ou en PMI, pour 55% (n=48) d'entre elles. Cette différence est significative (p=0,010).



Nous remarquons que 51% (n=40) des sages-femmes ayant moins de 20 années d'exercice sont à l'aise voire très à l'aise (n=1) dans leur prescription actuelle de contraceptifs. Mais ces résultats ne sont pas significatifs ($p=0,31$). Pour plus de lisibilité des résultats, nous avons choisi de regrouper les classes d'âges.

● **OBJECTIFS D'UNE CONSULTATION DE CONTRACEPTION,**

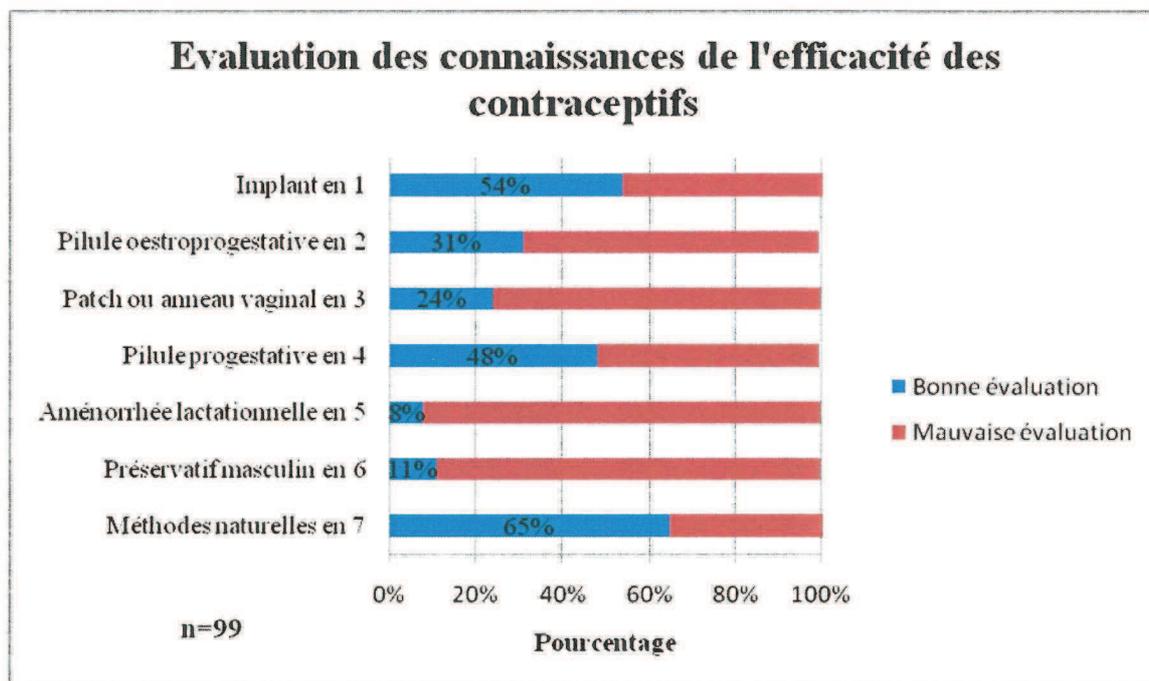
Classement des objectifs

Objectifs classés	1^{er} objectif (n=98) (en %)	10^{ème} objectif (n=98) (en %)
Accompagner la consultante ou le couple dans le choix de la contraception la plus adaptée à sa situation et à sa trajectoire personnelle	67	2
Dispenser une information claire, hiérarchisée et sur mesure	9	4
Respecter le choix de la méthode contraceptive choisie par la consultante	8	5
Recueil d'information et d'expression de la femme	6	24
Informé sur l'importance de la prévention des grossesses non désirées	6	13
Réévaluer la méthode, son utilisation et vérifier qu'elle est adaptée	2	3
Informé sur la prévention des facteurs de risques thromboemboliques favorisés par l'association tabac, pilule et âge	1	11
Informé sur la prévention des infections sexuellement transmissibles	1	8
Permettre une discussion autour de la méthode choisie	0	6
Explorer les motivations de la patiente vis-à-vis de la contraception	0	24

76% des sages-femmes pensent que le premier intérêt d'une consultation de contraception est d'accompagner la consultante ou le couple dans le choix de la contraception la plus adaptée à sa situation et trajectoire personnelles (67%, n=65) ou de dispenser une information claire, hiérarchisée et sur mesure (9%, n=9). Les objectifs tels

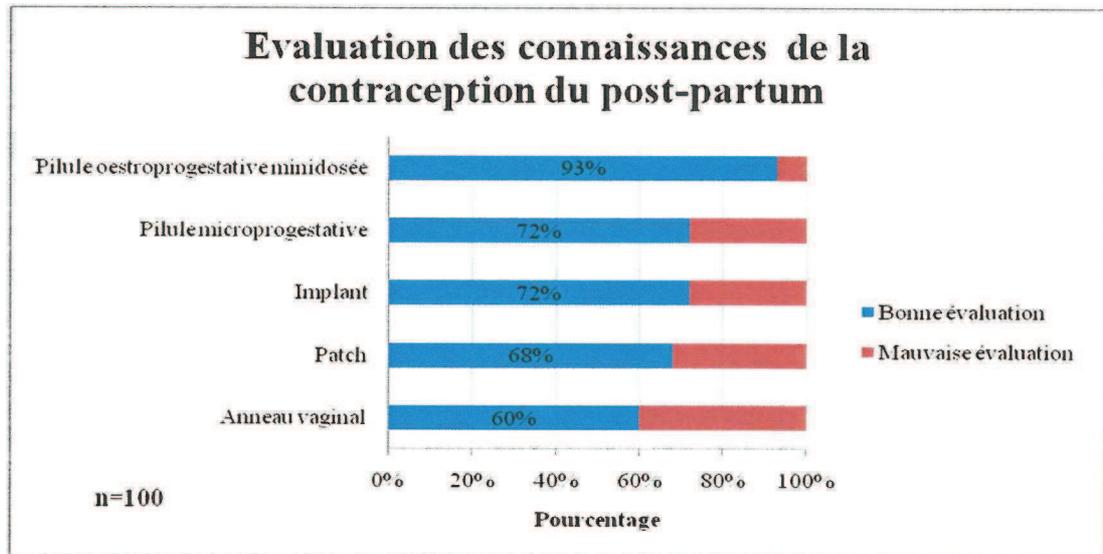
que explorer les motivations de la patiente vis-à-vis de la contraception et permettre de discuter autour de la méthode choisie sont ceux jugés les « moins importants ».

• **DIFFERENTS CONTRACEPTIFS ET LEUR EFFICACITE**



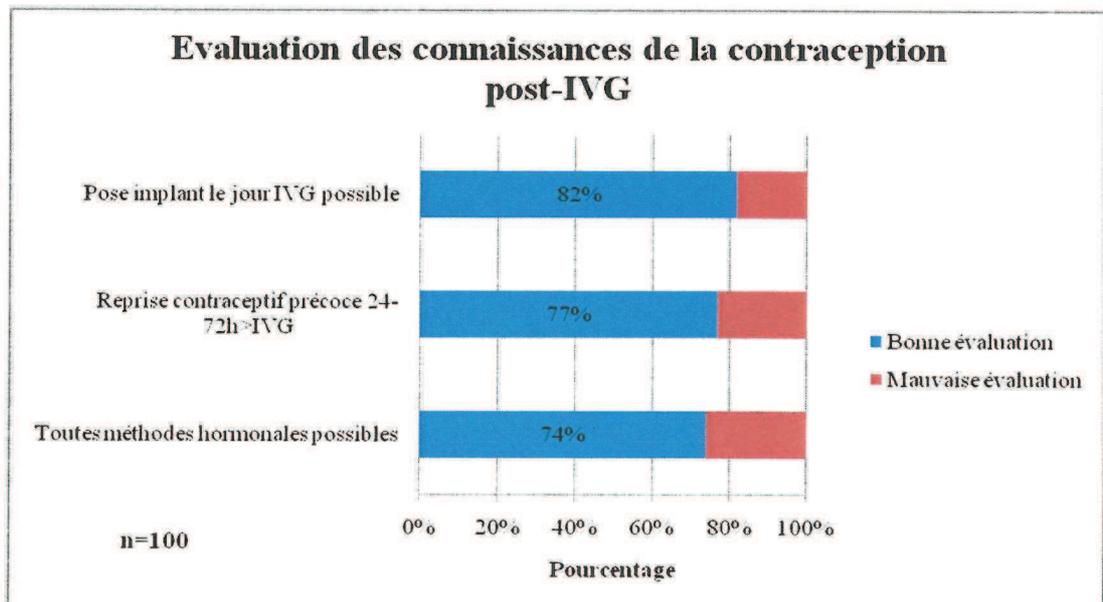
Concernant l'efficacité des contraceptifs à établir par un classement de 1 à 7, aucune sage-femme n'a effectué le bon classement. La moitié d'entre elles (54%) évalue correctement l'implant comme la méthode contraceptive la plus efficace et 65% les méthodes naturelles comme ayant l'indice de pearl le plus faible.

- **LA CONTRACEPTION DU POST-PARTUM** chez une femme qui n'allait pas et ne présente pas de facteurs de risque.



42% des sages-femmes ont connaissance de la contraception qu'elles peuvent prescrire en post-partum chez une femme qui n'allait pas et qui ne présente pas de facteurs de risque. 9% conseillent une contraception locale seule.

- **CONTRACEPTION POST-IVG**



43% (n=48) des sages-femmes ont correctement évalué les modalités de leur prescription. 10% pensent que la reprise d'un contraceptif ne peut se faire qu'après 3 semaines et 2% que seule une contraception microprogestative peut être prescrite. 10 n'ont pas répondu à cette question.

● **RECOMMANDATIONS LORS 1ère PRESCRIPTION DE CONTRACEPTION CHEZ UNE ADOLESCENTE**

n=99	Vrai (en%)	Faux (en%)
Utilisation conjointe du préservatif recommandée	95	5
Vaccination anti papillomavirus proposée si début vie sexuelle récente	91	9
1^{ère} plaquette de pilule débutée le 1^{er} jour des règles	90	10
Méthode remboursée par la Sécurité sociale	78	22
En première intention pilule oestroprogestative minidosée prescrite	70	30
Débuter contraception oestroprogestative dès la jour consultation quel que soit le jour du cycle + utilisation méthode barrière les 7 1^{er} jours possible	31	69
Pas d'examen gynécologique réalisé	18	82
Attente résultats des examens pour prescrire une contraception hormonale	16	84
Patch ou anneau vaginal déconseillés	11	89

Seules 6% (n=6) des sages-femmes connaissent toutes ces recommandations.

• **CONTRE-INDICATIONS FORMELLES DES OESTROPROGESTATIFS**

n=100	Vrai (en%)	Faux (en%)
Antécédents personnels thromboemboliques artériel ou veineux	100	0
Hypertension artérielle sévère	98	2
Tumeur maligne du sein ou de l'utérus	91	9
Diabète insulino-dépendant	66	33
Thrombophilie	65	35
Tabagisme	48	52
Obésité	37	63
Allaitement	26	74
Femmes >35 ans	2	98
Dysménorrhées	1	99

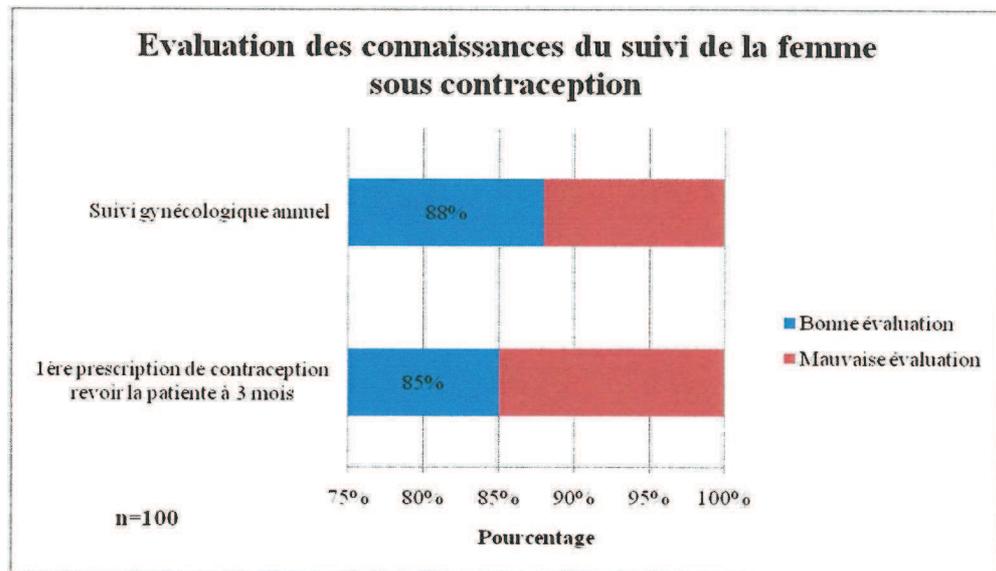
Seules 4% des sages-femmes ont notion de toutes ces contre-indications. Néanmoins, elles sont 100% à identifier les antécédents thromboemboliques personnels artériels ou veineux comme l'une d'entre elles.

• **CONDUITE A TENIR EN CAS D'OUBLI OU DE DECALAGE DANS LA PRISE DE PILULE**

n=100	Vrai (en%)	Faux (en%)
Oubli pilule microprogestative > 12h : prise immédiate comprimé oublié + poursuite à l'heure habituelle	22	78
Tout oubli justifie la prise du comprimé oublié	57	43
2 comprimés ne doivent jamais être pris le même jour	3	97
Oubli pilule OP > 12h : prise immédiate comprimé oublié + poursuite à l'heure habituelle + préservatif si rapport sexuel dans les 7 jours	90	10
Pour tout oubli suivi d'un rapport sexuel : envisager la contraception d'urgence	69	31

Seulement 15% des sages-femmes prodiguent les bons conseils. 31% d'entre elles n'envisagent pas systématiquement la contraception d'urgence.

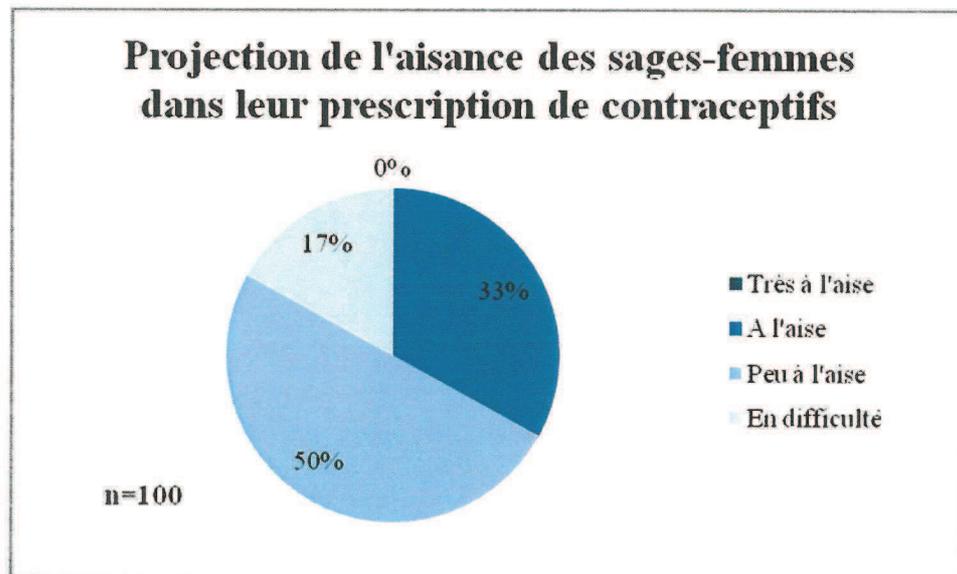
● RECOMMANDATIONS DE SUIVI D'UNE FEMME SOUS CONTRACEPTION



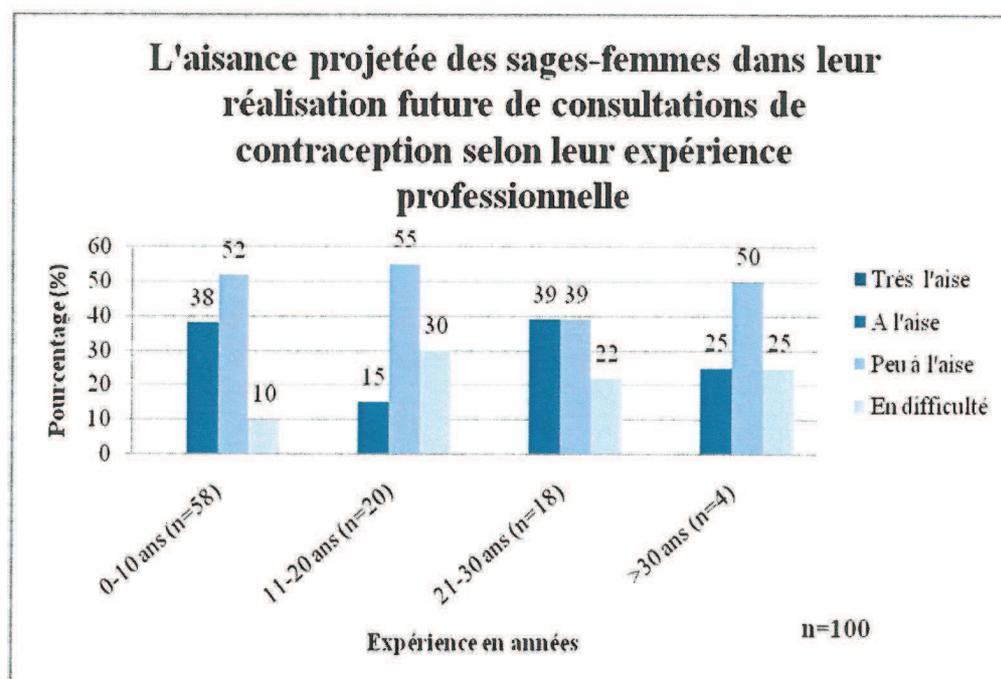
Seules 4% des sages-femmes connaissent toutes les recommandations. 88% évaluent correctement la périodicité du suivi gynécologique à une fois par an. Tandis que 89% estiment qu'il faut effectuer un FCV tous les 2 ans pour toutes les femmes et non tous les 3 ans comme recommandé par l'HAS.

2.4 A propos de cette nouvelle compétence qui s'offre aux sages-femmes

• PROJECTION DE L'AISSANCE DANS LA PRESCRIPTION FUTURE DE CONTRACEPTIFS



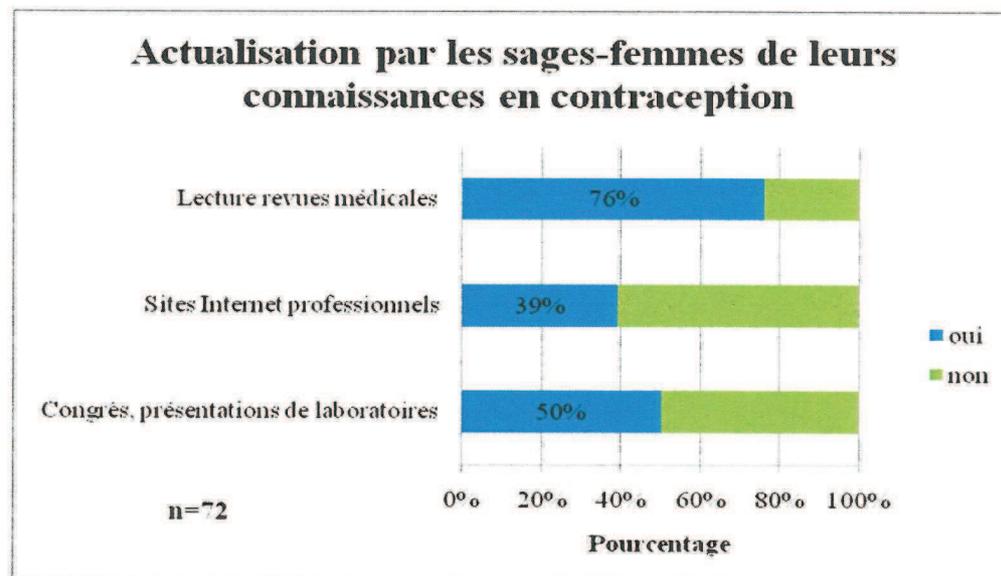
67% (n=67) des sages-femmes estiment qu'elles seront peu à l'aise voire en difficulté.



Nous constatons que l'expérience professionnelle ne va pas de pair avec une plus grande aisance lors des prescriptions de contraception en prenant en compte la

nouvelle réglementation. Les sages-femmes ayant de 11 à 20 années de pratique sont 85% (n=17) à se projeter comme peu à l'aise voire en difficulté lors de cette prescription future. Cette différence n'est pas significative ($p=0,30$).

• **L'ACTUALISATION DES CONNAISSANCES**

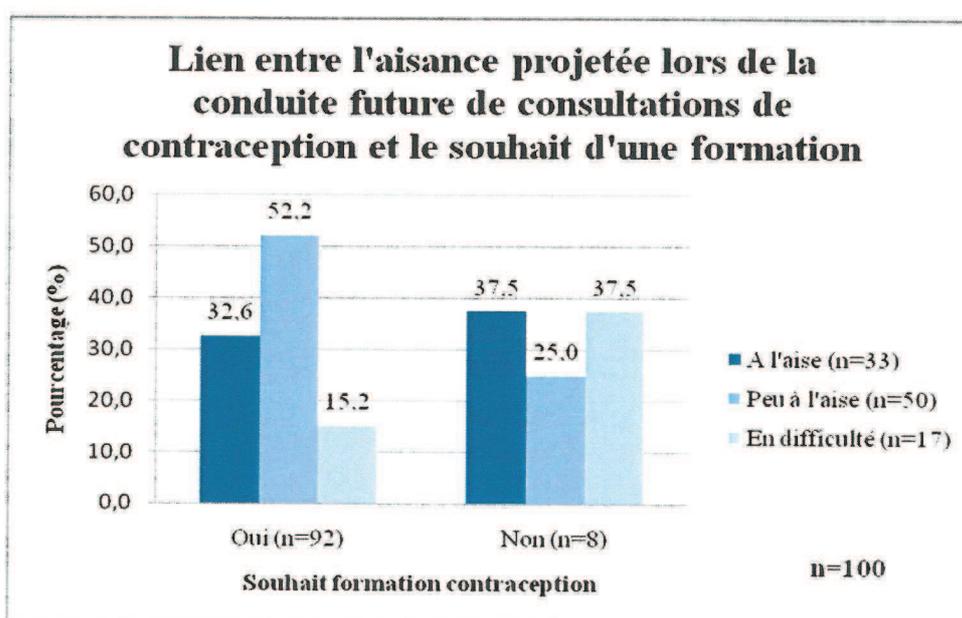
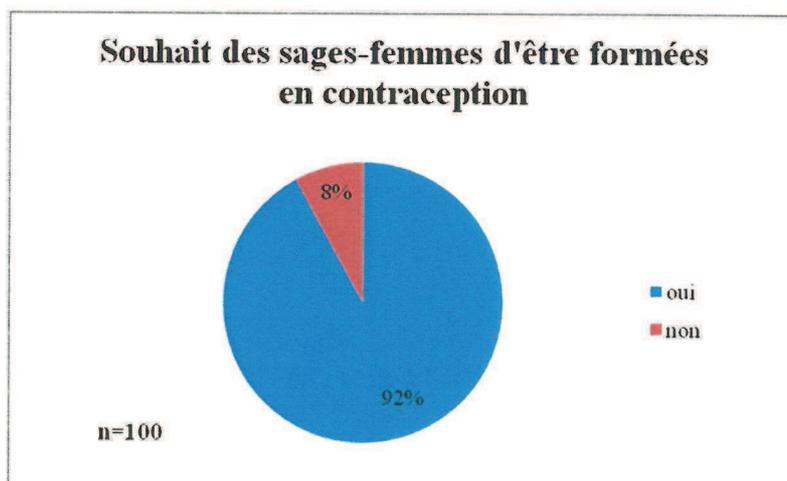


28% des sages-femmes déclarent ne pas les actualiser dans le domaine de la contraception.

Les différents moyens utilisés de mise à jour des connaissances en contraception se répartissent de la manière suivante :

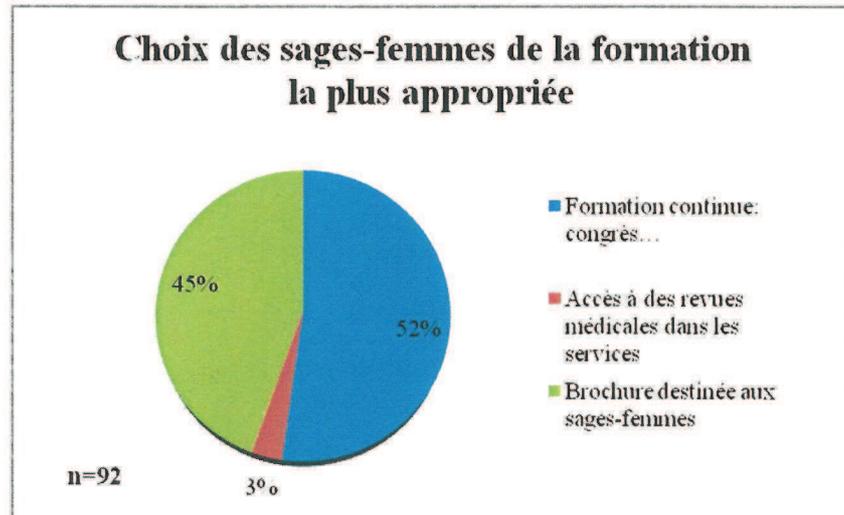
Revue médicale		Effectifs (n=55)	Sites Internet professionnels		Effectifs (n=28)	Congrès, présentations laboratoires	Effectifs (n=36)
Revue sages-femmes	Revue Sage-Femme	13	Sites officiels	Conseil national de l'ordre des sages-femmes	9	Présentations laboratoires : Schering, Organon...	11
	Profession Sage-Femme	11		Haute autorité de Santé (HAS)	2	Assises des sages-femmes	5
	Dossiers de l'obstétrique	10		Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)	1	Journées du collège national des sages-femmes	3
	Contact Sage-Femme	10		Vidal	1	GYPOM	3
	Vocation Sage-Femme	6	Autres sites	Univadis	2	Journées des sages-femmes territoriales	2
	Lettre de l'association nationale des sages-femmes libérales	1		Gyneweb	2	Entretiens de Bichat	1
Autres revues	Quotidien du médecin	1	Laboratoires	2	Conseil national des gynécologues et obstétriciens français	1	
	Journal de gynécologie et biologie de la reproduction	2	Non répondu	9	Non répondu	10	
	Laboratoires	1					

● **SOUHAIT D'UNE FORMATION**



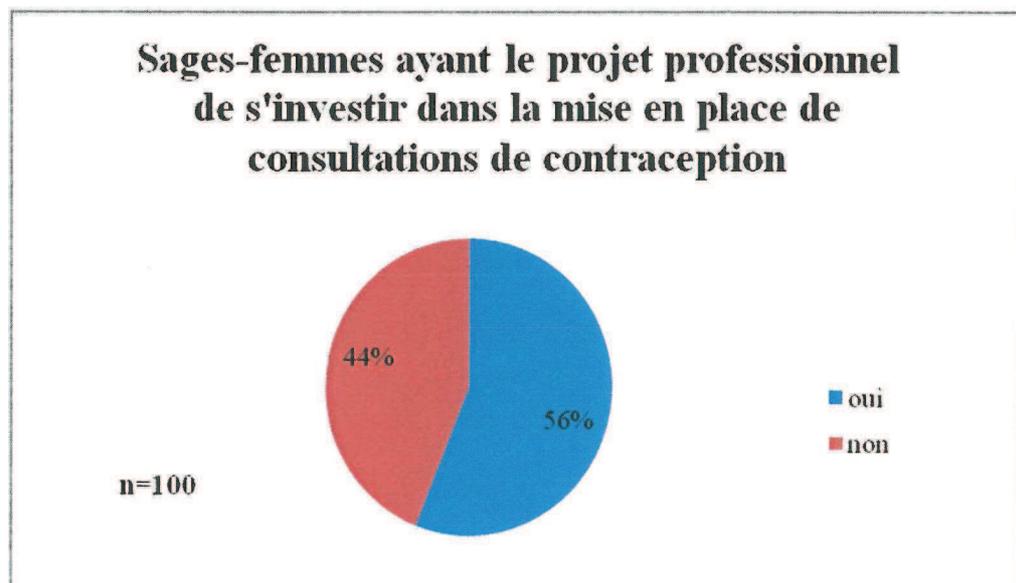
Parmi les sages-femmes interrogées, 67% (n=67) déclarent qu'elles ne seront pas à l'aise dans la conduite de consultations de contraception. Nous observons que les 8% (n=8) ne souhaitant pas de formation en contraception, sont des professionnels s'estimant pour 62,5% (n=5) peu à l'aise voire en difficulté avec la réalisation de cette consultation. Mais ces résultats ne sont pas significatifs (p=0,132).

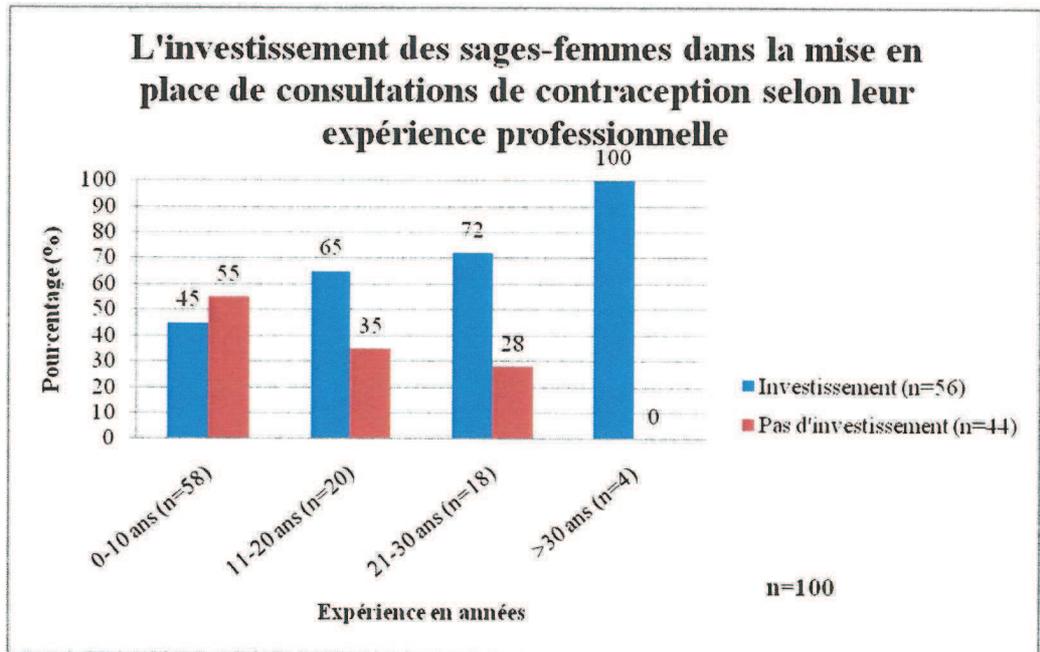
• **TYPE DE FORMATION LA PLUS APPROPRIÉE**



Dans le domaine de la contraception, 97% des sages-femmes (n=89) optent pour une formation continue ou pour une brochure qui leur serait dédiée.

• **DESIR DE S'INVESTIR DANS DES CONSULTATIONS DE CONTRACEPTION**





Nous constatons que le désir de s'investir dans la mise en place de consultations de contraception croît avec les années de pratique. Cette différence est significative ($p=0,012$).

DISCUSSION

Cette enquête a pour ambition d'étudier les connaissances des sages-femmes dans le domaine de la contraception au regard des nouvelles compétences qui leur sont accordées par la loi HPST du 21 juillet 2009. Elle se veut un état des lieux de la place que les sages-femmes accordent à ce champ d'action.

Nous allons désormais analyser certains résultats intéressants nous permettant de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses de départ. Dans cet objectif, nous dégagerons un profil professionnel de notre population. Dans un second temps, nous exploiterons les résultats des sages-femmes interrogées quant à leurs connaissances dans le domaine de la contraception.

1. le profil professionnel de la population étudiée

Selon la répartition des âges, nous pouvons discerner deux informations essentielles : 51 sages-femmes ont moins de 30 ans tandis que seulement 8 sages-femmes ont plus de 51 ans. Il semble donc que la population ayant répondu à notre enquête soit jeune. L'évolution progressive de la pyramide des âges est en relation avec la parution du décret de périnatalité de 1998 [24]. En effet, il a établi dans le secteur de la naissance les effectifs minimum des différents professionnels intervenants. Cela a permis la création de nouveaux postes de sages-femmes, notamment en suites de couches où leur présence est désormais rendu obligatoire. Le nombre d'étudiants admis est également évolutif en fonction des besoins de la région concernée et plus particulièrement du nombre de naissances de celle-ci. En Haute Normandie, 23537 naissances ont été répertoriées en 2007 [38]. L'augmentation par le législateur du numéris clausus en est une réponse. Actuellement et ce depuis 2 ans, à l'entrée du département des études de sages-femmes de Rouen, le chiffre d'admission est donc de 27 étudiants. Une vague d'embauche de jeunes diplômés est venue contrebalancer les départs en retraite. Le rapport de l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) {Annexe III} sur la démographie des professionnels de santé en Haute-Normandie en 2008 décrit un nombre moyen de départ en retraite par an de 7 sages-femmes, avec un pic de 10 départs en 2010. Ajouté à cela les mutations et les promotions professionnelles, le taux de renouvellement d'ici 2015 de notre profession est donc très élevé ; il représente

61,9% de l'effectif. Le besoin de recrutement est en conséquence de 21 sages-femmes par an. Les sages-femmes tout nouvellement diplômées sont souvent en première ligne pour ces recrutements. Nous pouvons également émettre l'hypothèse que les jeunes sages-femmes dont les préoccupations étudiantes sont récentes sont plus enclines à répondre aux enquêtes. En effet, notre population n'est pas représentative des sages-femmes de France dont l'âge moyen est de 42 ans en 2006 [37].

L'expérience professionnelle (en nombre d'années d'exercice) tend aussi à nous confirmer cette constatation. En effet, il n'est pas étonnant d'observer, en comparaison avec l'âge de notre population, que 48 sages-femmes ont moins de 5 ans d'expérience. A l'opposé de cette répartition, seulement 15 sages-femmes ont atteint les 25 années d'expérience professionnelle. Il faut cependant mettre en parallèle de l'expérience professionnelle le lieu d'exercice de ces sages-femmes. En effet, si nous constatons que la majorité des sages-femmes exerçant dans les établissements publics hospitaliers est jeune et avec peu d'expérience ; 57 sages-femmes sur les 58 ayant moins de 10 ans d'exercice pratiquent en milieu hospitalier. Nous remarquons à l'inverse que 100% (n=3) des sages-femmes de plus de 31 ans de pratique exercent en PMI ou en cabinet libéral. Ces résultats ne sont cependant pas représentatifs, seules 26 % des sages-femmes interrogées exercent en libéral (13%) et en PMI (13%). Nous pouvons cependant constater que c'est après 10 années d'expérience professionnelle que les sages-femmes semblent se tourner vers ces modes d'exercice que sont la PMI et le libéral. L'exercice hospitalier de la sage-femme aurait-il tendance à se restreindre aux jeunes sages-femmes nouvellement diplômées ? Cela pose le problème de la transmission des « savoirs » entre les sages-femmes expérimentées et leurs nouvelles consœurs sans oublier les étudiants sages-femmes.

Notre étude ressort que seulement 4 hommes ont répondu à l'enquête. Alors que la législation autorise depuis 1982, l'entrée des hommes dans les écoles de sages-femmes de France. Ce sont des diplômés de moins de 5 ans, la sélection par les études de médecine depuis 2001 ayant accéléré la masculinisation de notre profession. Ils représentent un peu plus de 1% des effectifs nationaux seulement. Nous n'avons donc pas jugé nécessaire de différencier nos résultats selon le genre des professionnels.

Afin d'affiner le profil du professionnel, notre questionnement s'est ensuite orienté vers les formations complémentaires réalisées par les sages-femmes. Elles sont

35% à avoir approfondi leurs connaissances en complément de leur diplôme d'état. Deux types de formations ressortent principalement : l'acupuncture (n=8 ; 23%) et la rééducation périnéale (n=8 ; 23%). Selon notre enquête, ce sont les sages-femmes ayant une expérience professionnelle supérieure à 15 années d'exercice qui ont bénéficié de formations complémentaires. De notre enquête se dégage une tendance : c'est après 5 années d'expérience que les sages-femmes semblent, pour la plupart, débiter les formations diplômantes. Il existe en effet des formations ponctuelles, telles les journées départementales du conseil de l'ordre, qui n'aboutissent pas à la remise d'un diplôme reconnu. Nous avons choisi de ne pas les recenser à travers notre questionnaire. La formation médicale continue est une obligation législative reprise par l'article 4 du code de déontologie des sages-femmes. Nous nous sommes donc intéressés à la proportion des sages-femmes désireuses de réaliser une formation. Il n'est pas étonnant d'observer que 57% des sages-femmes interrogées envisagent cette option. Parmi elles, 58% des sages-femmes ont moins de 10 ans d'expérience professionnelle. Elles entrevoient de s'intéresser à l'acupuncture (n=16 ; 28%), tout comme leurs aînées déjà formées, à l'échographie (n=12 ; 21%) et à l'allaitement maternel (n=6 ; 10%). Seule une sage-femme émet le souhait de se former en contraception et deux celui d'acquérir un diplôme universitaire de régulation des naissances. Avec les nouvelles compétences de prescription qui s'offrent aux sages-femmes dans le domaine de la contraception, nous aurions pu espérer un résultat plus conséquent et donc affirmer que ces évolutions législatives répondent à une réelle demande des sages-femmes et un véritable intérêt de leur part pour la contraception. Est-ce vraiment le cas ? Ou alors les sages-femmes sont prêtes à assumer ces nouvelles compétences sans formation complémentaire et donc qu'elles sont « au point » sur leurs connaissances dans ce domaine. C'est précisément ce qui va nous intéresser par la suite.

2. A propos des connaissances des sages-femmes de leur droit de prescription

Lorsque nous demandons aux sages-femmes quels contraceptifs elles peuvent prescrire selon l'arrêté du 12 octobre 2005 [27], seuls 14% des professionnels ont connaissance de tous les contraceptifs accessibles à leur prescription depuis 4 ans. Nous attendions un meilleur taux de bonnes réponses. Cela peut s'expliquer par la faible

utilisation par les femmes de certains contraceptifs, tels que les progestatifs par voie injectable, les sages-femmes sont donc rarement voire jamais amenées à les prescrire. De même, 36% des sages-femmes ne savent pas qu'elles peuvent prescrire une contraception après une IVG ; cet exercice étant limité à celles exerçant en PMI ou en centre de planification. Néanmoins, toute sage-femme se doit de connaître toutes les compétences qui lui sont attribuées. Si les sages-femmes n'ont pas notion de leur droit de prescription de contraceptifs, qu'en est-il pour les nouvelles compétences qui leur sont attribuées depuis la loi HPST du 21 juillet 2009?

Les sages-femmes ayant eu connaissance de cette loi, au moment de la réalisation de notre enquête, sont 83%. Si l'information que des nouvelles compétences sont attribuées à notre profession semble s'être assez bien diffusée ; en revanche, le contenu de cette loi n'est connu dans sa totalité que par 12% des sages-femmes interrogées. Les consultations de contraception et le suivi gynécologique de prévention semblent globalement acquis comme faisant désormais partie de notre champ de compétences. 60% y intègrent le suivi biologique de la femme sous contraception qui en découle. Or, ce suivi à long terme de la contraception prescrite, initialement prévu par l'amendement du 6 février 2009 [21], leur a été refusé par la suite au profit des médecins traitants : « la surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant »[22]. Cette mention introduit une incohérence : ces actes relèvent de la compétence de la sage-femme qui doit pouvoir prescrire les examens nécessaires à l'exercice de sa profession. Les femmes suivies pour leur contraception par une sage-femme devront alors se tourner vers leur médecin traitant pour la surveillance. Cela multiplie les intervenants et engendre des dépenses supplémentaires pour l'Assurance maladie. Lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) 2010 permettant entre autres d'identifier les dépenses non justifiées, un amendement visant à supprimer cette mention a été adopté par l'Assemblée nationale et le Sénat. Le Conseil constitutionnel a censuré cette proposition, jugeant qu'elle n'avait pas sa place dans cette loi. L'incohérence demeure pour l'instant.

3. A propos de la prescription de contraception dans la pratique des sages-femmes

Les sages-femmes interrogées ne sont pas de grandes prescriptrices de contraception. Si 47% en prescrivent au moins une fois par mois, 17% déclarent ne jamais en prescrire. L'aisance lorsqu'elles réalisent cette activité s'en ressent, elles sont peu à l'aise voire en difficulté pour moitié. Une des explications données le plus fréquemment est que ce ne sont pas elles qui prescrivent cette contraception, mais bien souvent les internes notamment en suites de couches dans certains établissements hospitaliers. Nous ne pouvons que le regretter. Même si pour palier à la charge de travail conséquente de certains services la multiplicité des intervenants peut se justifier.

Nos résultats concernant les connaissances des sages-femmes en matière de contraception ne sont pas brillants. Pour la contraception du post-partum, qui est pourtant le moment privilégié de prescription de contraception par la sage-femme, seules 42% ont correctement répondu. 4% connaissent toutes les contre-indications formelles aux oestroprogestatifs. La faible fréquence de prescription de contraception peut en être une explication mais n'y suffit pas. Le taux de bonnes réponses chute lorsque nous nous intéressons aux connaissances requises pour s'approprier les nouvelles compétences. 6% ont connaissance de toutes les recommandations de l'HAS de 2004 pour réaliser la 1^{ère} prescription d'une contraception chez une adolescente. D'autant plus, que la majorité des sages-femmes interrogées sont de jeunes diplômées dont la formation dans ce domaine est récente. Nous pouvons ainsi en partie révoquer notre première hypothèse ; en effet, les sages-femmes ne semblent pas en mesure d'informer les femmes ni d'effectuer une prescription de contraceptifs éclairée et de qualité tout au long de la vie génitale de la femme.

Afin d'établir les causes d'un tel constat, nous nous sommes tournés vers la formation initiale en contraception que reçoivent les sages-femmes au cours de leurs études. Le programme des études de sage-femme est fixé par l'arrêté du 11 décembre 2001 [23]. Celui-ci précise : qu'en 1^{ère} phase 60 heures de cours doivent être consacrées à la gynécologie soit 5,8% du temps d'apprentissage théorique, les thèmes abordés comportent entre autres la régulation des naissances sans plus de précisions dans le texte. En 2^{ème} phase, 78 heures sont attribuées à la gynécologie soit 10% des apprentissages théoriques ; la contraception et l'IVG doivent être approfondies. De plus,

des plages horaires de pharmacologie sont dédiées aux contraceptifs. La mise en pratique de ces acquis théoriques se fait lors de stages en consultations de planification et en PMI et représentent 11,8% du temps de stage lors de la seconde phase. C'est aussi un apprentissage transversal, tout au long de nos études, lors des différents stages notamment en suites de couches. La formation semble donc accorder actuellement une place toute relative à la contraception, même si tous ses aspects sont évoqués plus ou moins brièvement. Mais ce programme, établi en 2001, devrait suivre les évolutions de la nouvelle législation dans ce domaine pour approfondir et élargir les thèmes abordés afin que toute sage-femme diplômée soit désormais en mesure de prescrire une contraception tout au long de la vie génitale de la femme. Nous pouvons tout de même noter la réactivité et l'adaptabilité dont sait faire preuve notre formation. Des mises à jour face aux différentes évolutions de notre profession sont intégrées aux cours préexistants, afin d'être toujours plus proche des préoccupations pratiques de la sage-femme.

4. A propos des nouvelles compétences qui s'offrent aux sages-femmes

Les sages-femmes semblent bien conscientes que leurs connaissances en contraception ne leur permettent pas de réaliser des prescriptions de qualité. Elles sont donc 67% à se projeter peu à l'aise voire en difficulté dans leur prescription future de contraceptifs, en tenant compte de la nouvelle législation, à la suite de notre questionnaire, quelque soit leur expérience professionnelle. Pourtant 72% d'entre elles affirment actualiser régulièrement leurs connaissances dans ce domaine, soit par la lecture de revues médicales, en consultant des sites Internet professionnels ou en assistant à des congrès et des présentations de laboratoires. Rappelons que le code de déontologie stipule : « la sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances. » et exige qu'elle donne des soins « conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente »[30]. La sage-femme cadre a pour mission d'informer son personnel des évolutions réglementaires, mais mettre à jour ses connaissances relève des devoirs de la sage-femme. Les sages-femmes souhaitant réaliser des actes ou des prescriptions entrant dans leurs nouvelles compétences doivent, dès lors que cela s'avère utile, et il le semble aux vues de nos résultats, suivre des formations. Tout particulièrement pour la pose de DIU qui peut désormais être réalisée par la sage-femme, bien que celle-ci n'ait jusque là reçu aucune formation dans ce sens. Une formation complémentaire s'avère plus que nécessaire. « La sage-femme doit

s'interdire dans les investigations ou les actes qu'elle pratique comme dans les traitements qu'elle prescrit de faire courir à sa patiente un risque injustifié » d'après l'article R.4127-314 du code de la santé publique. Ainsi, 92% des sages-femmes interrogées souhaitent une formation supplémentaire pour investir pleinement et en toute sécurité leur nouveau champ de compétence en contraception. Cela ne peut que nous rassurer aux vues des résultats de notre questionnaire de connaissances. 48 optent préférentiellement pour la création de formations continues en contraception, 41 pour une brochure qui leur serait dédiée. Des formations en contraception voient le jour répondant ainsi à une demande de la profession. Tout comme certains établissements de la région qui commencent à proposer des ateliers pratiques pour les sages-femmes auprès des gynécologues. C'est probablement l'entraide et la coopération entre les professionnels compétents dans ce domaine qui pourra amener les sages-femmes à investir pleinement leurs nouvelles compétences en dehors de la grossesse et toujours dans le champ de la physiologie.

Enfin, seule une faible majorité (56%) des sages-femmes souhaitent s'engager dans la mise en place et la réalisation de consultations de contraception. Notre deuxième hypothèse de départ peut être en partie elle aussi récusée. Les sages-femmes ne semblent pas pour la plupart volontaires pour investir ces nouvelles compétences. Cette avancée prometteuse de leur droit de prescription en matière de contraception répond-elle à une demande de leur part ? Il semblerait que ce ne soit pas le cas... Cette loi n'est pas la conséquence d'un élan commun de toute la profession vers plus d'autonomie dans le suivi des patientes en dehors de la grossesse, mais plutôt un moyen de faire face à la démographie plus que disparate des gynécologues tout en permettant de faire faire des économies à la Sécurité sociale. En effet, une consultation pour une simple prescription de contraception chez un gynécologue sera facturée 28€, chez un médecin généraliste 22€ ; alors que la consultation d'une sage-femme 17€. Nous nous sommes basés sur la tarification d'une consultation de grossesse selon la classification commune des actes médicaux (CCAM), la mise en place d'une cotation adaptée aux nouvelles compétences accordées aux sages-femmes n'étant pas encore d'actualité. Si les sages-femmes peuvent en théorie prescrire une contraception tout au long de la vie génitale de la femme depuis juillet 2009, en pratique des aménagements devront être envisagés. D'un point de vue général, la mise en place d'une nouvelle activité passe d'abord par une autorisation légale puis par une étude des moyens qui devront être déployés. Il est

tout de même regrettable qu'avant de proposer un tel transfert d'actes médicaux vers les sages-femmes, répondant certes aux besoins des patientes et aux problèmes de démographie médicale, que les principales intéressées n'aient pas été consultées afin d'en donner leur avis. Nous sommes donc en mesure de nous demander si des consultations de contraception réalisées par des sages-femmes verront le jour prochainement. Il est encore un peu tôt pour en juger, mais il semble que cela ne fait pas partie des préoccupations des sages-femmes de notre département à l'heure actuelle.

Les sages-femmes devant ces nouvelles responsabilités vont avoir le devoir de se former afin de devenir des professionnels référents en contraception de qualité : il y va de notre avenir et de notre reconnaissance.

CONCLUSION

La profession de sage-femme est en perpétuelle évolution dans ses pratiques professionnelles, ses responsabilités et son indépendance suivant les progrès de la médecine et la baisse de la démographie médicale. Si la loi HPST du 21 juillet 2009 autorise les sages-femmes à réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique dans le cadre de la physiologie, nous constatons que celles-ci ne sont pas tout à fait prêtes, aux vues de l'état actuel de leurs connaissances et de leur motivation, à investir en pratique ce nouveau champ de compétence.

Le paradoxe qui ressort de notre étude est qu'il semble que cette mesure de santé publique, garantissant un accès plus aisé pour toute femme à la contraception, ne répond cependant pas à une demande des professionnelles que nous avons interrogées.

Malgré les obstacles qui semblent se dresser pour la mise en place de consultations de contraception, nous pouvons espérer que les sages-femmes prendront la mesure de l'opportunité qui s'offre à elles de diversifier leur activité en dehors de la grossesse et ainsi de renforcer la valorisation de ses compétences et la reconnaissance de la profession. Elles bénéficient déjà d'une place privilégiée aux yeux des patientes, à qui elles peuvent désormais apporter une prise en charge globale durant toutes les étapes de leur vie de femme : de leur première prescription de contraception à l'adolescence, de leur grossesse, des suites de couches et jusqu'à leur ménopause.

Nous pouvons nous demander si, à distance de ces mesures, les sages-femmes vont s'approprier ces nouvelles compétences ?

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES

- [1] FERNANDEZ Hervé-Traité de gynécologie-Flammarion-2007-
847p
- [2] SERFATY David-Contraception Abrégés-Broché -11 Juillet 2007-543p

ARTICLES

- [3] AUBENY E., BUREAU A., BOURDAIS F., TOURMEN F.- Sage-Femme en contraception- Les dossiers de l'obstétrique- Mai 2008- Vol 35- n°371- p 6-20
- [4] BENOIT M., CANH T.-Les nouvelles compétences des sages-femmes après la publication de la loi HPST du 21 juillet 2009- Contact Sage-Femme – Octobre 2009- n°21- p 20-21
- [5] BRINGER-DEUTSCH S., PONS J.-C- Contraception- La revue du praticien- Juin 2008- Vol 58- n°12- p 153-1362
- [6] CRECY M. de- Une contraception adaptée à chaque femme- La revue du praticien- Janvier 2008- Vol 58- n°1-p 15-69
- [7] FANELLO S. et Al- La contraception du post partum : les recommandations médicales, le point de vue des femmes- Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction-2007-Vol 36-p369-374
- [8] GAUDU S.-Vue d'ensemble sur la contraception hormonale féminine- Les dossiers de l'obstétrique- Mai 2007- Vol 34- n°360- p 24-29
- [9] GIOJA-BRUNIERE C.- L'IVG, un défaut de contraception ?-Les dossiers de l'obstétrique- Mars 2006- Vol 33-n°347-p9-13
- [10] GOMEZ C- La contraception : quel rôle pour la sage-femme ? Incidences des nouvelles dispositions légales- La revue Sage-Femme- Juin 2007- Vol 6- n°2-p 74-89
- [11] GOUALARD F., JALOUX S., CESBRON P., BIRMAN C.- Contraception/ avortement : enjeux et perspectives ?- Les dossiers de l'obstétrique- Juin 2008- Vol 35- n°372-p 6-25
- [12] GRAESSLIN O., QUEREUX C.-Mise au point sur la contraception- Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction- Octobre 2005- Vol 34-n°6-p 529-556

- [13] HOUSSIN D.-Contraception : pour une prescription adaptée- Le concours médical-Septembre 2006-Vol 128- p1045-1064
- [14] MADELENAT P., KOSKAS M.-Mise au point sur la contraception progestative-Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction-Mai 2009-Vol 38-Hors-série 3-p F65-F96
- [15] MATET N., AMBROISE P.-Contraception : les nouveaux enjeux- La revue du praticien- Janvier 2008- Vol 58- n°1-p5-6
- [16] MULET F., DESCAMPS P.- Contraception du post-partum, contraception du post-abortum- Profession Sage-Femme- Août 2007- n°137-p32-34
- [17] OUAHRANI C.-Contraception : la loi Newirth a 40 ans- Profession Sage-Femme- Février 2008- n°142-p 11-12
- [18] ROBIN G., MASSART P., GRAIZEAU F., GUERIN DU MASGENET B- La contraception du post-partum : état des connaissances- Gynécologie obstétrique et fertilité- Juin 2008- Vol 36-n°36-p 603-615

TEXTES OFFICIELS

- [19] Référentiel Métier / Compétences de la sage-femme- CASSF/CNOSF- 1^{er} octobre 2007- p12
- [20] Loi du 4 juillet 2001- Article 24 L.5134 titre II (Amendement-n°453-6 février 2009-POLETTI B.)
- [21] Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme- Service des recommandations professionnelles de l'ANAES- Décembre 2004
- [22] Article 86 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)
- [23] Arrêté du 11 décembre 2001 (JOFR n° 294 du 19/12/2001) fixant le programme des études de sage-femme
- [24] Décret n° 98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux normes des établissements et typologie des maternités

Code de la santé publique

- [25] Article L.4127-313 relatif aux actes et prescriptions autorisées aux sages-femmes

- [26] Article L. 4151-1 relatif à la participation des sages-femmes aux consultations de planification familiale
- [27] Article 24, L.5134 titre II de la loi du 4 juillet 2001 relatif aux contraceptifs autorisés à la prescription des sages-femmes
- [28] Article 102 de la loi n°2004-86 du 9 août 2004 relatif à la pratique de l'examen postnatal par les sages-femmes
- [29] Article L. 4151-4 relatif à la prescription d'examens strictement nécessaires à l'exercice de la profession de sage-femme
- [30] Article L. 4153-1 relatif à la formation continue obligatoire des sages-femmes

DOCUMENTS NON PUBLIES

- [31] GACHARD Alexandra- Etre Sage-Femme et prescrire une contraception- mémoire ESF- Bordeaux-2007

SITES INTERNET

- [32] Stratégies d'actions en matière de contraception-<http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr>-consulté le 3 juin 2009
- [33] Contraception-Interruption volontaire de grossesse-http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/contraception_ivg/sommaire.htm-consulté le 3 juin 2009
- [34] Choisir sa contraception-INPES-<http://www.choisirsacontraception.fr>-consulté le 3 juin 2009
- [35] Contraception et IVG-www.ladocumentationfrancaise.fr-consulté le 30 novembre 2009
- [36] www.legifrance.fr – Code de la santé publique – consulté en novembre 2009
- [37] www.conseil-ordre-sages-femmes.fr – consulté en juin et novembre 2009
- [38] <http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/frames/fr76.htm> –consulté en février 2010

ANNEXES

Annexe I

Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

1. La **différence possible entre l'efficacité optimale** des méthodes contraceptives (celle des essais thérapeutiques) et leur **efficacité en pratique courante** constitue un argument fort pour que la femme et le couple soient impliqués dans un choix adapté à leur réalité quotidienne.
2. **Laisser les personnes choisir** une méthode contraceptive est associé à une plus grande satisfaction des personnes ainsi qu'à une utilisation plus élevée des méthodes. La littérature souligne l'importance de considérer le couple dans la démarche contraceptive et de prendre en compte l'accord du partenaire.
3. La première consultation au cours de laquelle la question de la contraception est abordée devrait **autant que possible être une consultation spécifiquement dédiée à cette question**. S'il n'est pas possible de consacrer suffisamment de temps au sein de la consultation sur le sujet de la contraception (par ex. en cas d'urgence), il est recommandé de néanmoins réserver à ce sujet un temps spécifique et de programmer à court terme une autre consultation qui lui sera entièrement consacrée.
4. S'il s'agit d'une adolescente, elle sera reçue sans ses parents. L'entretien est **confidentiel**, même si l'évocation des parents dans la conversation en tête à tête reste tout aussi essentielle. Il importe de rester neutre et de ne pas avoir *d'a priori*. Les méthodes de 1^{er} choix chez l'adolescente sont le préservatif masculin et la contraception hormonale, surtout œstroprogestative.
5. La littérature souligne la nécessité pour le professionnel de santé :
 - d'adapter sa consultation et sa prescription à chaque consultante ;
 - d'étendre le champ de son entretien au-delà des seuls critères médicaux en prenant en compte des déterminants psychologiques, sociologiques ou encore économiques ;
 - d'explorer les motivations de la consultante vis-à-vis de la contraception ;
 - d'accompagner la consultante ou le couple dans la réflexion et le choix de la **forme de contraception la plus adaptée à sa situation et à sa trajectoire personnelles**.Une consultation bâtie sur le modèle BERCER de l'OMS pourrait être adaptée.
6. Sous couvert d'un examen clinique normal, d'une recherche systématique des antécédents personnels ou familiaux (HTA, diabète, hyperlipidémie, migraine, accidents thrombo-emboliques) et en l'absence de problème médical familial ou personnel identifié, **les examens gynécologique et sanguins peuvent être expliqués et programmés pour une consultation ultérieure** (dans les 3 à 6 mois), notamment chez les adolescentes. Le frottis n'est utile que s'il y a eu des relations sexuelles antérieures.
7. La **contraception œstroprogestative est l'une des méthodes de 1^{re} intention, pour les femmes ne présentant pas de facteur de risque particulier** (cardio-vasculaire, cancéreux, hépatique, etc.).

La contraception œstroprogestative présente en outre des **bénéfices potentiels non contraceptifs**, par ex. dans la prévention de certains cancers (cancers de l'endomètre, des ovaires et colorectaux).

Toutes les générations de pilules œstroprogestatives sont associées à une augmentation du risque d'accident thrombo-embolique. Le plus grand danger en

prescrivant une contraception œstroprogestative, qu'elle soit de 2^e ou 3^e génération, est d'ignorer la présence de facteurs de risque cardio-vasculaire associés pour lesquels elle est contre-indiquée.

Les données de la littérature rapportent une augmentation potentielle du risque de certains cancers, notamment du sein et du col utérin. Ces cancers restent relativement peu fréquents dans les tranches d'âge considérées. Pour le cancer du sein, les cancers sont découverts à un stade plus précoce et aucune différence n'a été observée en termes de mortalité.

8. Il est possible d'utiliser la **contraception par progestatif seul** dans certaines situations où les pilules œstroprogestatives sont contre-indiquées, notamment en cas de risque cardio-vasculaire.

La contraception par progestatif seul n'est cependant pas qu'une méthode de 2^e intention. Elle est à classer, de même que les œstroprogestatifs, au rang des méthodes efficaces dans leur emploi courant et très efficaces en utilisation optimale.

En l'état actuel, il s'agit essentiellement de la pilule microprogestative, laquelle implique une **prise rigoureuse** : tous les jours à la même heure, même pendant les règles.

La bonne efficacité des méthodes par progestatif seul doit être envisagée au regard de leur tolérance (mauvais contrôle du cycle, risque accru de saignements, etc.).

9. **Les dispositifs intra-utérins (DIU) ne sont pas uniquement destinés aux multipares. Il s'agit d'une méthode contraceptive de 1^{re} intention**, considérée comme toujours très efficace, de longue durée d'action et pour laquelle aucun risque cancéreux ou cardio-vasculaire n'est établi.

Si le risque de maladie inflammatoire pelvienne (MIP) lié à la pose est avéré, sa survenue est essentiellement limitée aux 3 semaines qui suivent l'insertion. **Aucun risque de stérilité tubaire n'a été démontré**, y compris chez les nullipares. **Étant donné la grande efficacité contraceptive des DIU, le risque de grossesse extra-utérine (GEU) est extrêmement faible** et inférieur d'un facteur 10 à celui associé à l'absence de contraception. La littérature ne permet pas de conclure si le risque de GEU en cours d'utilisation d'un DIU est augmenté par comparaison aux autres méthodes contraceptives.

Un DIU peut être proposé à toute femme dès lors que :

- les contre-indications (CI) à sa pose sont prises en compte ;
- les risques infectieux et de GEU ont été évalués et les situations à risque écartées ;
- la femme est informée des risques de MIP et de GEU ainsi que des risques potentiels, mais non démontrés, de stérilité tubaire. Cette information est prépondérante chez une femme nullipare, sa pose devant être envisagée avec prudence et en prenant en compte son désir d'enfant à venir.

10. Qu'elles soient masculines ou féminines, les **méthodes de stérilisation sont susceptibles**, sur simple demande du couple ou de la personne concernée ou sur proposition du médecin, **d'apporter une réponse contraceptive appropriée** dans certaines situations médicales, sociales ou culturelles particulières. Elles ont l'avantage de n'avoir aucune CI permanente. En pratique, il est recommandé de **les présenter comme généralement irréversibles**.

Le Code de santé publique précise que « la ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure ».

Un délai de réflexion de 4 mois doit être respecté après décision initiale de stérilisation et recueil du consentement.

La signature d'un consentement éclairé est obligatoire.

11. **Les préservatifs, masculins ou féminins, sont la seule méthode qui ait fait preuve de son efficacité dans la prévention de la transmission des IST.** Une situation estimée à risque du fait de l'existence de plusieurs partenaires, de l'évocation de relations occasionnelles ou de l'absence de relation stable (notamment chez l'adolescente) doit conduire le professionnel de santé à recommander l'utilisation de cette méthode contraceptive, en complément ou non d'une autre méthode médicale. Ces méthodes nécessitent une pédagogie ciblée.

L'utilisation de spermicides seuls n'est pas efficace dans la prévention des infections sexuellement transmissibles.

12. La méthode de l'aménorrhée lactationnelle, lorsque l'allaitement est exclusif ou quasi exclusif, est d'une efficacité comparable à celle d'une contraception orale. Au regard de leur risque élevé d'échec en usage courant, les autres méthodes naturelles devraient être réservées à des femmes connaissant bien leur cycle, maîtrisant bien l'utilisation de la méthode et acceptant ou pouvant médicalement s'exposer à un risque de grossesse.

13. Il est recommandé que lors de la prescription et de la délivrance d'une contraception, **la femme soit préventivement informée des possibilités de rattrapage en cas de rapport non protégé, de leur efficacité et de leurs conditions d'accès.**

La contraception d'urgence hormonale et le DIU au cuivre sont les deux méthodes de rattrapage utilisables. Dans ce cadre, il convient de noter que :

- le DIU au cuivre est la méthode la plus efficace en cas de rapport non protégé ;
- la contraception d'urgence hormonale (par progestatif seul) n'est pas efficace à 100 % et est **d'autant plus efficace qu'elle est utilisée plus précocement après le rapport non protégé**. L'utilisation opportuniste et répétitive de cette méthode en tant que seule méthode contraceptive est nettement moins efficace qu'une méthode continue.

La contraception d'urgence par progestatif seul présente l'avantage par rapport au DIU au cuivre de pouvoir être obtenue sans ordonnance en pharmacie (où elle est anonyme et gratuite pour les mineures qui en font la demande), en centre de planification familiale ou dans les infirmeries scolaires.

Suite à la prise d'une contraception d'urgence par progestatif seul, il est recommandé de conseiller à la consultante :

- d'adopter une méthode contraceptive efficace (préservatifs) jusqu'à la fin du cycle en cours ;
- de réaliser un test de grossesse si les règles ne surviennent pas dans les 5 à 7 jours après la date attendue.

14. Lorsqu'un oubli de pilule se renouvelle trop fréquemment ou qu'il est constaté un réel manque d'observance, il est recommandé d'envisager une méthode moins sujette aux problèmes d'observance (DIU, dispositif transdermique hormonal, implant hormonal, etc.).

Le schéma général de la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule(s) est présenté ci-après.

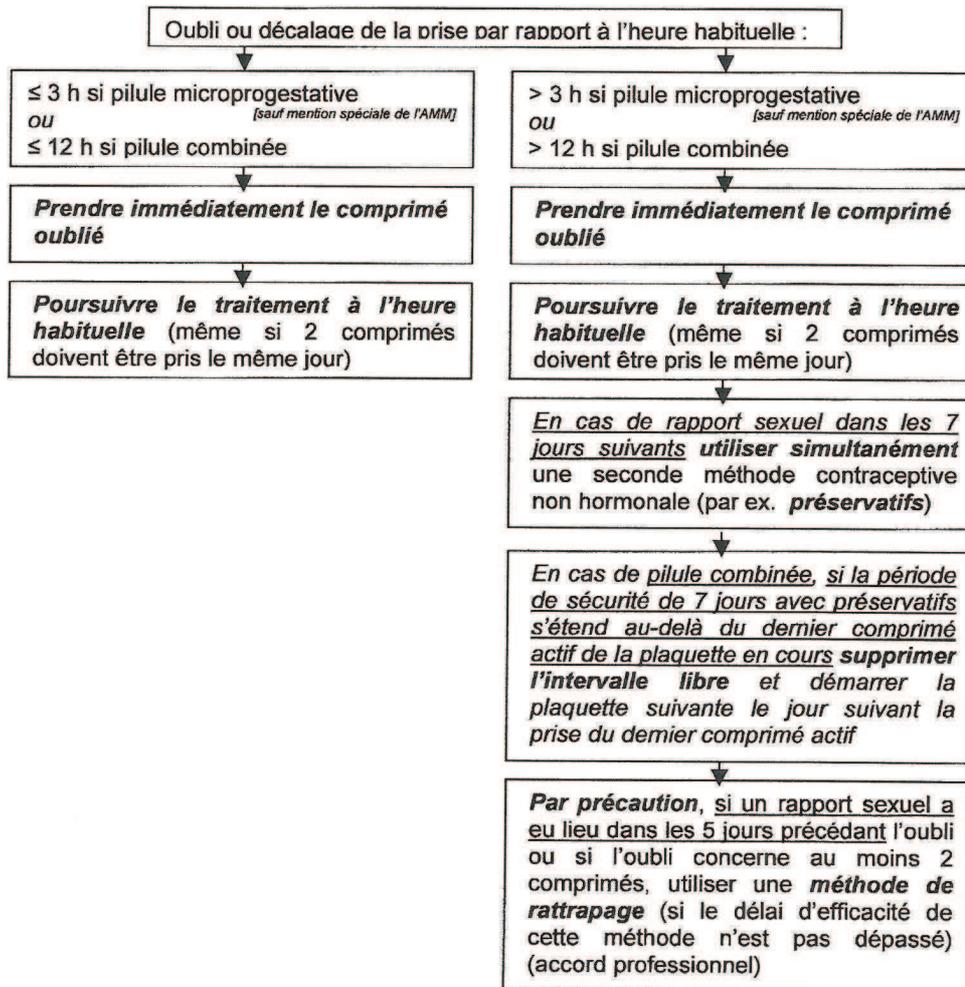


Schéma 1. Conduite à tenir en cas d'oubli ou de décalage de la prise d'une pilule

15. L'augmentation des risques cancéreux et cardio-vasculaires avec l'âge et la pré-ménopause doivent amener à réévaluer l'adéquation de la méthode contraceptive utilisée à partir de 35-40 ans.

Annexe II

QUESTIONNAIRE AUX SAGES-FEMMES

Bonjour,

Etudiante sage-femme en dernière année d'études, je réalise mon mémoire sur « **La prescription de la contraception par les sages-femmes tout au long de la vie génitale de la femme : une nouvelle compétence** ».

Afin de mener à bien ce travail de recherche, je sollicite votre participation de façon anonyme et vous remercie de consacrer quelques minutes pour répondre à ce questionnaire composé de 4 parties.

Lucie Paty – ESF4

Département des études de Sage-Femme

I. Quelle Sage-Femme êtes-vous ?

1) Quel est votre âge ?.....

2) Vous êtes :

Un homme

Une femme

3) En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état (DE) ?.....

4) Avez-vous, en plus de votre DE, d'autres formations ou diplômes universitaires ?

Oui

Non

Si oui, le(s)quel(s) ?.....

Envisagez-vous d'en faire ?

Oui

Non

Si oui, le(s)quel(s) ?.....

5) Quel est votre lieu actuel d'exercice ?

Milieu hospitalier

Cabinet libéral

Protection Maternelle et Infantile (PMI)

6) Avez-vous déjà participé à des consultations de planification familiale ?

Oui

Non

II. A propos de votre droit de prescription...

1) En matière de prescription de contraception par les sages-femmes, savez-vous ce que stipule la Loi du 4 août 2004 ? *Cochez la bonne réponse*

Elle autorise les sages-femmes à prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches

Elle autorise les sages-femmes à prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches et lors de l'examen postnatal

Elle autorise les sages-femmes à prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen postnatal et après une interruption volontaire de grossesse

2) Parmi les contraceptifs suivants quels sont ceux accessibles à votre prescription selon l'arrêté du 12 octobre 2005? *Cochez les bonnes réponses*

- Les oestroprogestatifs par voie orale
- L'anneau vaginal Nuvaring®
- Le stérilet Mirena®
- Le stérilet au cuivre
- Les progestatifs par voie orale
- L'implant Implanon®
- Le patch Evra®
- La contraception d'urgence Norlevo®
- Les progestatifs par voie injectable Dépo-Provéra®

3) Selon l'amendement du 6 février 2009 (dans le cadre du projet de loi Hôpital Patient Santé et Territoire), quelles activités la sage-femme pourrait désormais exercer ? *Cochez les bonnes réponses*

- Des consultations de contraception
- Le suivi gynécologique de prévention
- Le suivi biologique d'une femme sous contraception
- La 1^{ère} prescription de contraception chez une adolescente
- La prescription de contraception chez une femme présentant des facteurs de risque cardio-vasculaires
- Je n'ai pas eu connaissance de cet amendement

III. A propos de votre prescription de contraception en pratique...

1) Vous prescrivez une contraception au cours de votre activité professionnelle:

- Une à plusieurs fois par semaine
- Entre une fois par semaine et une fois par mois
- Moins d'une fois par mois
- Rarement (moins d'une fois par mois)
- Jamais

2) Comment vous sentez-vous dans votre prescription de contraception actuellement ?

- Très à l'aise à l'aise Peu à l'aise En difficulté

Pour quelles raisons ?.....
.....

3) Pour vous, une consultation de contraception est l'occasion de : *(numérotez de 1 à 10 par ordre d'importance, 1 étant le plus important et 10 le moins important)*

- D'explorer les motivations de la patiente vis-à-vis de la contraception
- D'accompagner la consultante ou le couple dans le choix de la contraception la plus adaptée à sa situation et à sa trajectoire personnelles
- D'un recueil d'information et d'expression de la femme
- De dispenser une information claire, hiérarchisée et sur mesure
- De respecter le choix de la méthode contraceptive choisie par la consultante
- De permettre une discussion autour de la méthode choisie
- De réévaluer la méthode, son utilisation et de vérifier qu'elle est adaptée
- D'informer sur la prévention des infections sexuellement transmissibles
- D'informer sur l'importance de la prévention des grossesses non désirées
- D'informer sur la prévention des facteurs de risques thromboemboliques favorisés par l'association tabac, pilule et âge

4) Classez les différentes méthodes contraceptives suivantes selon leur indice de Pearl en utilisation optimale : (numérotez de 1 à 8 de la méthode la plus efficace à la moins efficace, 1 étant la méthode la plus efficace et 8 la moins efficace)

- La pilule progestative
- L'implant
- Le préservatif masculin
- Les méthodes naturelles
- La contraception oestroprogestative transdermique ou l'anneau vaginal
- La méthode de l'aménorrhée lactationnelle
- La pilule oestroprogestative

5) Quelle(s) contraception(s) pouvez-vous prescrire à une accouchée qui n'allait pas et qui ne présente pas de facteurs de risque pour sa sortie de la maternité ? Cochez la ou les bonne(s) réponse(s)

- Une pilule oestroprogestative minidosée
- Une pilule microprogestative
- Un anneau vaginal
- Un patch
- Un implant
- Aucune : vous lui conseillez une contraception locale

6) Quelles sont les modalités de votre prescription de contraception en post-IVG ? : cochez la ou les affirmation(s) vraie(s)

- La reprise d'un contraceptif doit être précoce dans les 24h à 72h suivant l'expulsion de la grossesse
- La reprise d'un contraceptif ne peut se faire qu'à partir de 3 semaines
- Le choix du contraceptif est ouvert à toutes les méthodes hormonales
- Seule une contraception microprogestative peut être prescrite
- La mise en place d'un implant contraceptif est possible le jour même de l'IVG

7) Quelles sont les recommandations concernant la 1^{ère} prescription d'une contraception chez une adolescente : *cochez la ou les affirmation(s) vraie(s)*

- En première intention une pilule oestroprogestative minidosée sera prescrite
- Vous lui déconseillez le patch ou l'anneau vaginal
- Vous lui proposez une méthode remboursée par la sécurité sociale
- Vous lui recommandez une utilisation conjointe du préservatif, seule méthode de protection contre les Infections sexuellement transmissibles (IST)
- La première plaquette de pilule est débutée au 1^{er} jour des règles
- Une prise de la contraception oestroprogestative dès le jour même de la consultation, quel que soit le jour du cycle en conseillant l'utilisation complémentaire d'une méthode barrière les 7 premiers jours est possible
- Vous ne réalisez pas d'examen gynécologique
- Vous lui proposez une vaccination anti papillomavirus si elle a débuté sa vie sexuelle récemment (moins de 1 an)
- Vous attendez les résultats des examens pour lui prescrire une contraception hormonale

8) Dans le cadre d'une consultation de contraception chez une femme de plus de 40 ans, Quelle est votre attitude ? *cochez la ou les affirmation(s) vraie(s)*

- Vous poursuivez une contraception oestroprogestative bien tolérée par cette femme sans facteurs de risques cardiovasculaires
- Vous poursuivez une contraception oestroprogestative bien tolérée par cette femme qui fume
- Vous l'orientez vers un médecin d'emblée
- Elle vous expose son désir de dispositif intra utérin ; vous l'orientez alors vers un médecin

9) Quelles sont les contre-indications formelles aux oestroprogestatifs ? *cochez la ou les affirmation(s) vraie(s)*

- Les antécédents personnels thromboembolique artériel ou veineux
- La femme de plus de 35 ans
- L'allaitement
- L'hypertension artérielle sévère
- L'obésité

- Les dysménorrhées
- Le Diabète insulino-dépendant
- Le tabagisme
- La thrombophilie
- La tumeur maligne du sein ou de l'utérus

10) Quels sont vos conseils en cas d'oubli ou de décalage de la prise d'une pilule ? *cochez la ou les affirmation(s) vraie(s)*

- L'oubli de la prise de la pilule microprogestative est de plus de 12h, vous lui conseillez la prise immédiate du comprimé oublié et de poursuivre sa contraception à l'heure habituelle
- Tout oubli justifie la prise du comprimé oublié quelque soit le délai
- 2 comprimés ne doivent jamais être pris le même jour
- L'oubli de la prise de la pilule oestroprogestative est de plus de 12h, vous lui conseillez la prise immédiate du comprimé oublié, de poursuivre le traitement à l'heure habituelle et d'utiliser des préservatifs en cas de rapport sexuel dans les 7 jours
- Pour tout oubli suivi d'un rapport sexuel la contraception d'urgence doit être envisagée

11) Quelles sont les recommandations de suivi de la femme sous contraception tout au long de sa vie génitale? *Cochez la ou les affirmation(s) vraie(s)*

- La prescription de contraception est valable pour 6 mois non renouvelable
- La réalisation d'un frottis cervico vaginal tous les 2 ans pour toutes les femmes
- La réalisation d'un bilan biologique (glycémie à jeun, triglycérides et cholestérol total) ne peut être effectuée qu'après la prise de la contraception
- Lors de la 1^{ère} prescription de contraception il est conseillé de revoir la patiente à 3 mois
- Le suivi gynécologique doit être annuel

IV. A propos de cette nouvelle compétence qui s'offre à vous...

1) Si vous deviez réaliser une consultation de contraception, comment vous sentiriez-vous dans vos prescriptions ?

- Très à l'aise à l'aise Peu à l'aise En difficulté

Pour quelles raisons ?.....

Concernant ce domaine, comment actualisez-vous vos connaissances ?

Par la lecture de revues médicales ?

Oui Non

Si oui, la(les)quelle(s) ?

.....

En consultant des sites Internet professionnels ?

Oui Non

Si oui, le(s)quel(s) ?.....

.....

En assistant à des congrès, des présentations par les laboratoires ?

Oui Non

Si oui, le(s)quel(s) ?.....

.....

Je n'actualise pas mes connaissances dans ce domaine

Souhaitez-vous être formé(e) dans ce domaine ?

Oui Non

Si oui, quelle serait la forme la plus appropriée selon vous ?

Une formation continue : Congrès....

Un accès à des revues médicales dans les services

Une brochure destinée aux sages-femmes

Autre :

2) Une fois le décret d'application de la loi paru, vous investirez-vous dans la mise en place de consultations de contraception?

Oui Non

Merci de votre participation

Remarques :

Annexe III

Démographie des professions de santé en Haute-Normandie. Bilan et perspectives. Rapport de l'ARH Haute-Normandie 2008-2015.

Sage femme

Sages femmes 277,4 ETP au 31/12/2007									Total des départs
Années	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Nombre de départs en retraite	7,3	6,1	10,3	6,3	3,3	8,4	7,1	8,2	57,0
Nombre de départs en promotion professionnelle	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
Autres causes (hors mutations)	16,9	14,4	13,9	14,4	13,9	14,4	13,9	14,4	116,2
Total des départs hors mutation	25,2	20,5	24,2	20,7	17,2	22,8	21,0	22,6	174,2

Années	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total des recrutements
Nombre total de créations et transformations de postes	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0
intentions de recrutements suite aux départs	26,9	18,9	23,4	19,9	16,4	22,9	19,4	21,9	169,7
Nombre d'intentions de recrutements toutes causes confondues	28,9	18,9	23,4	19,9	16,4	22,9	19,4	21,9	171,7

Nombre cumulé des départs en retraite d'ici 2015/ effectif total	20,5%
Taux renouvellement d'ici 2015	61,9%

<i>Nombre de mutations hors région Haute Normandie</i>	2,0
<i>Nombre de mutations intra région Haute Normandie</i>	2,5
<i>Total des mutations</i>	4,5

Départ en retraite : Le nombre moyen des départs en retraite par an est de 7 sages femmes. Il varie de 3 à 10 départs par an. Il y a un pic de départ en 2010 avec 10 départs. Entre 2013 et 2015 il y a 8 départs par an. Le nombre cumulé du départ en retraite d'ici 2015 représente 57 ETP, soit 20,5% de l'effectif.

Promotion professionnelle : Il y a eu une prise en charge en 2008.

Mobilité : Le nombre de démission, départ pour un autre exercice ou une autre institution, pour arrêt de la profession représente 14 sages femmes par an jusqu'en 2015. L'essentiel de cette mobilité se concentre sur l'agglomération rouennaise.

2 mutations en région et 2 hors région ont eu lieu en 2008.

Création : Pas de création prévue d'ici 2015.

Taux de renouvellement : Le taux de renouvellement d'ici 2015 est de 171,7 ETP, soit le taux très élevé de 61,9% de l'effectif. Cela représente un besoin de recrutement de 21 sages femmes par an.

Synthèse : Le besoin moyen annuel de recrutement de sages femmes dans les établissements publics est de 21 ETP par an et le quota de la seule école régionale semble adapté avec 27 places.