



HAL
open science

Nouvelles compétences des sages-femmes en matière de contraception : impact d'une formation spécifique à l'UJF de Grenoble

Thomas Le Chanoine Du Manoir de Juaye

► To cite this version:

Thomas Le Chanoine Du Manoir de Juaye. Nouvelles compétences des sages-femmes en matière de contraception : impact d'une formation spécifique à l'UJF de Grenoble. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00743656

HAL Id: dumas-00743656

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00743656v1>

Submitted on 19 Oct 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.



SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université
Joseph Fourier** 
GRENoble
MEDECINE

AVERTISSEMENT

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

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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

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

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

ECOLE DE SAGE-FEMME DE GRENOBLE

**Nouvelles compétences des sages-femmes en
matière de contraception : impact d'une formation
spécifique à l'UJF de Grenoble**

Mémoire soutenu le 30 mai 2012

Le Chanoine du Manoir de Juaye Thomas

Né le 22 Novembre 1988

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme

Année 2012

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

ECOLE DE SAGE-FEMME DE GRENOBLE

**Nouvelles compétences des sages-femmes en
matière de contraception : impact d'une formation
spécifique à l'UJF de Grenoble**

Mémoire soutenu le 30 mai 2012

Le Chanoine du Manoir de Juaye Thomas

Né le 22 Novembre 1988

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme

Année 2012

Je remercie les membres du jury :

Mme le Dr Véronique EQUY, *PH en Gynécologie Obstétrique au CHU de Grenoble*

Mr le Dr Cédric GABELLE, *Gynécologue-obstétricien à la Clinique des cèdres*

Mme Chantal SEGUIN, Directrice de l'Ecole de sages-femmes, dpt Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, représentée par Nadine VASSORT, sage-femme enseignante, cadre supérieure

Mr Lionel DI MARCO, sage-femme enseignant dans le dpt de Maïeutique de l'UFR Médecine de Grenoble

Mme Yasmina GUEBBABI, sage-femme au CH de voiron

Je remercie particulièrement :

Mme le docteur Véronique Equy, Praticien Hospitalier en gynécologie-obstétrique au CHU de Grenoble, directrice de ce mémoire,

Pour son aide lors de la réalisation du recueil de données et pour m'avoir permis de mener à bien ce mémoire.

Mr Lionel Di Marco, sage-femme enseignant dans le département de maïeutique de l'UFR Médecine de Grenoble, guidant de ce mémoire

Pour m'avoir permis de réaliser ce mémoire en me motivant dans les moments difficiles de la préparation du recueil de données et pour son objectivité.

Mme Claire Baudon, sage-femme enseignante à l'école de sages-femmes de Grenoble, sage-femme enseignant dans le département de maïeutique de l'UFR Médecine de Grenoble , responsable de ma promotion

Pour son soutien durant 3 années difficiles et importantes de notre formation.

L'ensemble des personnes qui ont répondu à mon questionnaire.

L'ensemble de l'équipe enseignante de l'école de sages-femmes de Grenoble pour leur accompagnement durant ces 4 années d'études.

Je remercie aussi :

Mes parents, ma famille,
pour leur soutien affectif et financier quotidien, leur bonne humeur et leur aide tout au long de mes études.

Géraldine,
pour son entrain et son amour.

Mes amis,
pour leur soutien moral pendant ces 4 ans.

Table des matières

| | |
|--|----|
| Abréviations : | 1 |
| I- Introduction..... | 2 |
| II- Matériel et méthode..... | 4 |
| 1. Type d'étude : | 4 |
| 2. Population : | 4 |
| 3. Recueil des données : | 4 |
| 4. Critères de jugement : | 6 |
| 5. Traitement des données et analyse statistique..... | 6 |
| III- Résultats:..... | 8 |
| 1. Population..... | 8 |
| 2. Caractéristiques des sages-femmes répondant..... | 9 |
| 2- Activités pratiquées..... | 10 |
| 3. Consultations de contraception et de suivi gynécologique..... | 11 |
| 4. L'âge des patientes traitées par les sages-femmes pour leur contraception | 14 |
| 5. Evaluation de la formation..... | 16 |
| IV-Discussion..... | 18 |
| 1. Biais et limites..... | 18 |
| 2. Discussion des résultats..... | 19 |
| 3. Réponse aux objectifs..... | 24 |
| 4. Proposition..... | 25 |
| V- conclusion..... | 26 |
| Bibliographie..... | 27 |
| Annexe : | 30 |

Abréviations :

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoire

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

UJF : Université Joseph Fourier

FCV : Frottis cervico-vaginal

EP : Oestro-Progestative

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

DU : Diplôme Universitaire.

I- Introduction

La profession de sage-femme est une profession médicale. Ce métier suit un véritable essor depuis quelques années. Depuis 2004, les sages-femmes ont le droit de prescrire la contraception hormonale lors des suites de couches, de l'examen post-natal ou après une IVG [1]. La loi HPST, datée du 21 juillet 2009, permet à la sage-femme de suivre des patientes sur le point de vue gynécologique et contraceptif [2]. La sage-femme devra adresser sa patiente à un médecin en cas de situation pathologique [2].

Les sages-femmes peuvent ainsi prescrire les contraceptifs locaux et hormonaux, les contraceptifs intra-utérins, les diaphragmes et les capes. Elles peuvent effectuer l'insertion des dispositifs intra-utérins et leur surveillance [2].

Avec cet élargissement de compétences, elle se place encore plus activement au sein de la politique de santé pour les femmes en France. Désormais, elle peut suivre des patientes pendant la grossesse et en dehors de celle-ci. Ceci permet de s'adresser à une grande partie des femmes Françaises. En effet, selon une étude de l'INPES, trois quarts des femmes sexuellement actives dont l'âge est compris entre 15 et 54 ans utilisent un moyen de contraception [3]. De plus, l'offre des sages-femmes s'adressait à environ 800 000 femmes enceintes ou après leur accouchement avant la loi HPST, alors que désormais, l'offre des sages-femmes s'adresse à toutes les femmes en âge de procréer, soit un peu plus de 15 millions de femmes en 2006 [4-5].

Des formations, entrant dans le cadre de la formation continue qui est d'ailleurs une obligation pour les sages-femmes, se sont développées dans plusieurs universités en France, notamment l'université Joseph Fourier de Grenoble. La formation proposée dans cette université se déroule sur trois jours et aboutit à la délivrance, après validation des connaissances, pour les personnes qui l'ont suivie, d'un certificat universitaire de contraception. Cette formation est ouverte aux pharmaciens, aux sages-femmes et aux infirmières scolaires. Ses objectifs sont de «Connaître tous les procédés de contraception, savoir les proposer, les prescrire, les délivrer. En connaître les contre-indications. Savoir se référer au référentiel HAS

stratégies contraceptives. S'approprier ces nouvelles compétences et en connaître les limites. »[6]. Cette formation existe depuis l'année 2011 et compte deux promotions formées (une en 2011 et une en 2012). Les sages-femmes se forment aux nouvelles compétences dans le but d'augmenter leur activité en matière de contraception. Selon une étude réalisée en 2010 sur un groupe significatif de sages-femmes, 80,6% demandent une formation théorique d'apprentissage sur la contraception, 77,1% sur le suivi gynécologique de prévention [7]. Il nous est apparu utile de décrire l'activité des sages-femmes en matière de contraception après formation. Il serait aussi intéressant de savoir à quelle tranche d'âge appartiennent les patientes intéressées par l'offre de soins des sages-femmes en matière de contraception car nous pensons que les sages-femmes après formation suivent des patientes plus jeunes que celles avant formation, sur le point de vue gynécologique.

Ce mémoire a pour but de faire un état des lieux de l'utilisation des nouvelles compétences en matière de contraception par les sages-femmes avant et après avoir effectué la formation proposée par l'université Joseph Fourier sur la contraception.

L'objectif principal de cette étude est donc d'estimer si la fréquence des consultations de contraception des sages-femmes ayant suivi la formation de l'UJF a augmenté depuis celle-ci.

Les objectifs secondaires de cette étude sont : de savoir à quelle tranche d'âge appartiennent les patientes suivies par les sages-femmes pour leur contraception ; de connaître quelles activités sont pratiquées, en matière de contraception, par les sages-femmes ayant réalisé cette formation ; d'entamer une évaluation de la formation.

Notre hypothèse est que les sages-femmes ayant suivi la formation font plus fréquemment des consultations de contraception que les sages-femmes n'ayant pas encore suivi celle-ci.

II- Matériel et méthode

1. Type d'étude :

Cette étude est une étude observationnelle descriptive de l'impact d'une formation sur les pratiques professionnelles des sages-femmes.

2. Population :

L'étude est réalisée auprès des sages-femmes ayant réalisé la formation sur la contraception proposée par l'université Joseph Fourier de Grenoble pendant les années 2011 et 2012, soit deux promotions.

Les personnes ayant suivi la formation mais exerçant un métier autre que sage-femme seront exclus de cette étude.

La population ayant effectué la formation en 2012 sera considérée comme « avant la formation ». Celle de 2011 sera considérée comme « après formation ».

3. Recueil des données :

Le recueil des données a été réalisé de manière rétrospective par la distribution de questionnaires standardisés portant sur les 3 mois précédant leur distribution (de Novembre 2011 à Février 2012). Les questionnaires ont été distribués par le Docteur Véronique Equy (coordinatrice de la formation) le 8 Février, dernier jour de la formation de l'année 2012, à tous les participants. Ils ont été récupérés après la fin de celle-ci.

Le recueil des données pour la promotion de 2011 a été réalisé de deux manières. Une liste des participants a été récupérée auprès du Dr Equy. Le questionnaire standardisé a été reporté sur le site google docs de manière à ce qu'il puisse être rempli en ligne. La plupart des participants disposait d'une adresse e-mail par laquelle a été envoyé le lien permettant d'accéder au questionnaire. Pour les

personnes n'ayant pas mentionné leur adresse e-mail, ou pour celles dont l'adresse n'était pas fonctionnelle, un questionnaire papier a été envoyé par la poste. Une enveloppe réponse affranchie a été jointe au questionnaire. Le recueil des données de la promotion 2011 a été réalisé le 2 Février 2012, date de l'envoi des questionnaires par la poste et de l'envoi du lien permettant l'accès au questionnaire via les adresses e-mail. Une relance du lien permettant d'accéder au questionnaire en ligne a été envoyée le 12 Février sur toutes les adresses e-mail présentes dans la liste, mentionnant que les personnes ayant déjà répondu ne devaient pas répondre une seconde fois.

Le recueil des données a pris fin le 27 Février 2012.

Le questionnaire (Annexe 1):

Le questionnaire compte 23 questions réparties en quatre parties. La première partie comporte des questions permettant de définir les caractéristiques socio-démographiques, le mode d'exercice et l'école de formation des sages-femmes répondant à l'enquête. Elle est composée de 2 réponses ouvertes permettant aux participants de renseigner leur âge et leur nombre d'années d'exercice ; d'une question à réponse multiple qui renseigne leurs activités pratiquées en générale sur la totalité de leur activité ; et de 5 questions à réponse unique de manière à détailler leur sexe, leur profession, leur mode d'exercice, leur école de formation initiale, et pour les sages-femmes salariées de clinique et d'hôpitaux, leur secteur d'activité actuel et le changement de celui-ci durant l'année 2011.

La seconde partie comporte des questions visant à connaître l'activité des sages-femmes répondant à l'enquête en matière de contraception ainsi que les pratiques associées comme la pratique du frottis cervico-vaginal, l'examen des seins et le suivi biologique de la contraception. Elle comporte une question à réponses multiples, permettant de définir les activités réalisées en matière de contraception sur la période de recueil, c'est à dire de Novembre 2011 à Février 2012 ; et 4 questions à réponse unique pour renseigner la fréquence de réalisation des consultations de contraception, des FCV sur la période de recueil, ainsi que la pratique de l'examen des seins et du suivi biologique des EP. La question sur la fréquence des consultations de contraception contient 5 modalités de réponse (plusieurs fois par

jour, une fois par jour, une fois par semaine, une fois par mois, moins d'une fois par mois). Pour l'analyse statistique des données, elles seront regroupées en 3 modalités de réponse (une fois ou plus par jour, une fois par semaine, une fois ou moins par mois).

La troisième partie comporte des questions visant à connaître les catégories d'âge de la population traitée pour la contraception par les sages-femmes ayant réalisé la formation. Elle est composée de cinq questions à réponse unique avec quatre modalités de réponses en fonction de la fréquence de réalisation des consultations de contraception pour une catégorie d'âge donné.

La dernière partie comporte des questions visant à évaluer le contenu de la formation ainsi que l'avis des participants concernant celle-ci. Elle est composée de trois questions à réponse unique avec une modalité de réponse à 4 possibilités et d'une question à réponse ouverte de façon à ce que chacun puisse répondre librement sur les axes d'amélioration de la formation.

4. Critères de jugement :

Le critère de jugement principal est la fréquence des consultations de contraception réalisées par les sages-femmes participant à la formation, avant la formation et après la formation, durant la période des 3 mois précédant le recueil des données, c'est à dire de Novembre 2011 à Février 2012.

Les critères de jugement secondaires sont :

- La tranche d'âge à laquelle appartiennent les patientes suivies par les sages-femmes, ayant effectué la formation, pour leur contraception.
- Les activités pratiquées par ces sages-femmes en matière de contraception.
- L'opinion des sages-femmes sur la formation.

5. Traitement des données et analyse statistique

Le traitement des données et l'analyse statistique de celles-ci a été réalisé à l'aide du logiciel Statview et du site www.u707.jussieu.fr/biostatgv/

Pour l'âge et le nombre d'années d'exercice, une moyenne sera utilisée. En ce qui concerne le reste des données, la p-value sera calculée avec des tests exacts de Fisher. Ce test est une alternative du test du Chi2 lorsque les échantillons analysés sont trop petits ($n < 5$).

III- Résultats:

1. Population

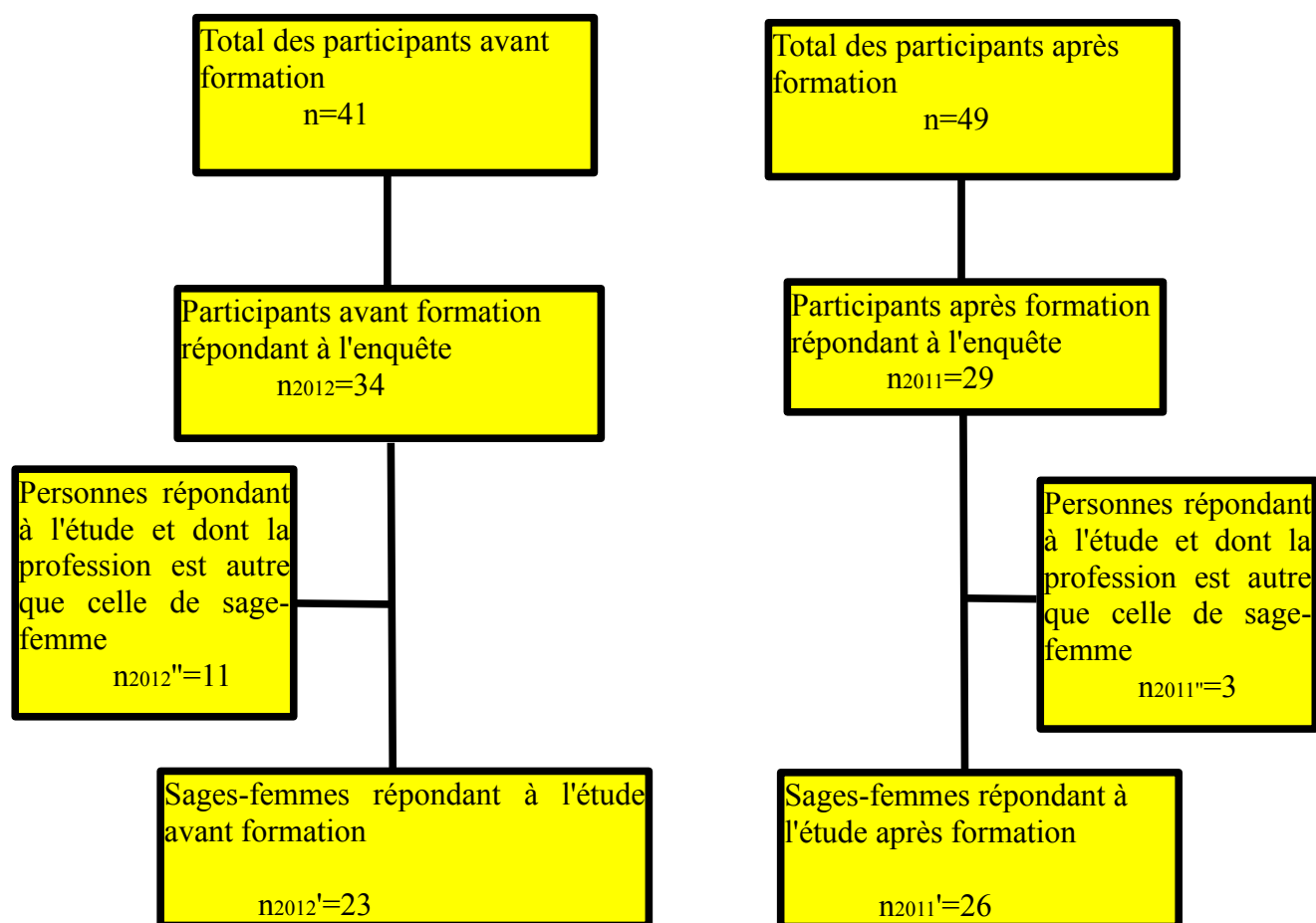


Figure 1 : diagramme d'inclusion des personnes avant et après formation

Le questionnaire a été distribué aux 49 personnes qui ont effectué la formation durant l'année 2011 et aux 41 personnes ayant effectué celle de 2012. Le nombre de questionnaires recueilli durant la période de l'étude a été de 29 pour l'année 2011 et de 34 pour l'année 2012 soit un taux de réponse respectif de 59,18% et 82,93%. Parmi ces réponses, il y avait 2 personnes en 2011, et 9 personnes en 2012, qui n'étaient pas sage-femme. Ces personnes sont alors exclues de l'étude.

Le pourcentage de réponses éligibles à l'étude est donc de 53% en 2011 et de 56% en 2012. Tous les questionnaires remplis par les sages-femmes ayant participé à la formation en 2011 et 2012 ont été exploités.

2. Caractéristiques des sages-femmes

| N=49 | %=n/N | Avant et après formation N₁+N₂=49 | |
|--------------------------------|--------------------------|--|---|
| Age | <i>Moyenne (min-max)</i> | 43,6 (26-58) | |
| Sexe | n (%) | | |
| <i>Féminin</i> | | 48 (97,96) | |
| <i>Masculin</i> | | 1 (2,04) | |
| Années d'exercice | <i>Moyenne (min-max)</i> | 19,4 (2-35) | |
| | | Avant formation N₁=23 | Après formation N₂=23 |
| | | | P-value selon test exact de Fisher |
| Mode d'exercice | n (%) | | |
| <i>libéral</i> | | 18 (78,26) | 21 (80,77) <i>p</i> =1 |
| <i>Hôpital/clinique</i> | | 3 (13,04) | 4 (15,38) <i>p</i> =1 |
| <i>PMI</i> | | 1 (4,35) | 0 <i>p</i> =0,48 |
| <i>Centre de planification</i> | | 1 (4,35) | 0 <i>p</i> =0,48 |
| <i>autre</i> | | 0 | 1 (3,85) <i>p</i> =1 |
| Ecole de formation | n (%) | | |
| <i>Grenoble</i> | | 9 (39,13) | 12 (46,15) <i>p</i> =0,77 |
| <i>Lyon</i> | | 5 (21,74) | 4 (15,38) <i>p</i> =0,72 |
| <i>Bourg-en-Bresse</i> | | 1 (4,35) | 2 (7,69) <i>p</i> =1 |
| <i>Autres</i> | | 8 (34,78) | 8 (30,77) <i>p</i> =1 |

Tableau I : Caractéristiques des sages-femmes répondant à l'enquête

Les caractéristiques des sages-femmes répondant à l'enquête sont résumés dans le tableau I.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes avant et après formation.

2- Activités pratiquées

| | %=n/N | Avant formation N ₁ = 23 | Après formation N ₂ = 26 | P-value selon le test exact de Fisher |
|--------------------------------------|-------|---|---|---|
| Activités pratiquées | n(%) | | | |
| <i>Consultation pré-natales</i> | | 20 (86,96) | 21 (80,77) | <i>p=0,71</i> |
| <i>Consultation post-natales</i> | | 19 (82,61) | 22 (84,61) | <i>p=1</i> |
| <i>Echographie</i> | | 0 | 0 | |
| <i>Préparation à la naissance</i> | | 19 (82,61) | 22 (84,61) | <i>p=1</i> |
| <i>Rééducation périnéale</i> | | 19 (82,61) | 22 (84,61) | <i>p=1</i> |
| <i>Consultation gynécologique</i> | | 2 (8,70) | 11 (42,31) | <i>p=0,01</i> |
| <i>Consultation de contraception</i> | | 10 (43,48) | 14 (53,85) | <i>p=0,57</i> |

Tableau II : activités pratiquées par les sages-femmes de l'étude.

Les activités pratiquées par les sages-femmes avant et après formation sont résumées dans le tableau II.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux populations sauf pour les consultations gynécologiques ($p=0,01$).

3. Consultations de contraception et de suivi gynécologique

a- Pratiques réalisées

| N=49 | | Avant formation N₁= 23 | Après formation N₂= 26 | P-value selon le test exact de Fisher |
|--|------|--|--|--|
| Pratiques | n(%) | | | |
| <i>Pose et retrait d'implants</i> | | 1 (4,35) | 0 | <i>p=0,47</i> |
| <i>Pose de DIU</i> | | 3 (13,04) | 4 (15,38) | <i>p=1</i> |
| <i>Retrait de DIU</i> | | 3 (13,04) | 7 (26,92) | <i>p=0,30</i> |
| <i>Primo-prescription de contraception</i> | | 6 (26,09) | 15 (57,69) | <i>p=0,04</i> |
| <i>Renouvellement de contraception</i> | | 20 (86,96) | 23 (88,46) | <i>p=1</i> |
| <i>Examen des seins</i> | | 12 (57,17) | 16 (61,54) | <i>p=0,53</i> |
| <i>Suivi biologique des EP</i> | | 13 (56,52) | 6 (23,70) | <i>p=0,03</i> |

Tableau III : Pratiques des sages-femmes répondant à l'enquête

Les pratiques, en matière de contraception, des sages-femmes interrogées sont résumées dans le tableau III.

Il n'y a pas de différence statistiquement significative en ce qui concerne la pose et le retrait d'implants et de DIU, le renouvellement de contraception et l'examen des seins entre les deux populations. En ce qui concerne la primo-prescription de contraception et le suivi biologique des EP, on note une différence statistiquement significative entre les deux groupes étudiés.

| | Avant formation N₁= 23 | Après formation N₂= 26 |
|---|--|--|
| Fréquence de réalisation des FCV | n(%) | |
| Plusieurs fois par jour | 0 | 0 |
| Une fois par jour | 0 | 1 (3,85) |
| Une fois par semaine | 1 (4,35) | 5 (19,23) |
| Une fois par mois | 5 (21,74) | 8 (30,77) |
| Moins d'une fois par mois | 17 (73,91) | 11 (42,31) |

Tableau IV : Fréquence de réalisation des FCV

La fréquence de réalisation des FCV est résumée dans le tableau IV. Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les deux populations étudiées ($p=0,11$).

b- fréquence des consultations de contraception

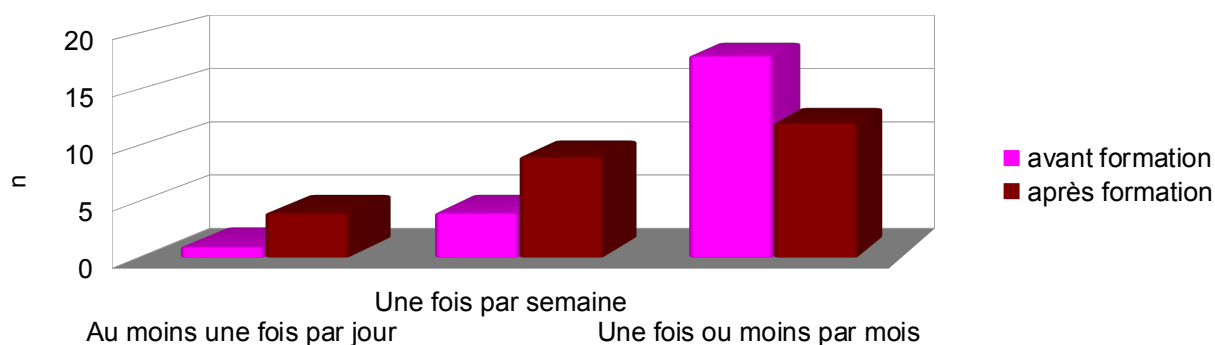


Figure 2 :Diagramme de fréquence des consultations de contraception durant la période de recueil.

A la question de la fréquence des consultations de contraception, 4,35% (n=1) ont répondu au moins une fois par jour avant la formation contre 15,38% (n=4) après formation. La différence entre avant et après formation n'est pas statistiquement significative (p=0,35).

17,39% (n=4) ont répondu réaliser une fois par semaine des consultations de contraception avant formation contre 34,61% (n=9) après formation. La différence n'est pas statistiquement significative (p=0,21).

Enfin, 78,26% (n=18) avant formation et 46,15% (n=12) après formation, réalisaient des consultations de contraception une fois ou moins par mois. La différence entre les deux groupes est statistiquement significative (p=0,039).

4. L'âge des patientes traitées par les sages-femmes pour leur contraception

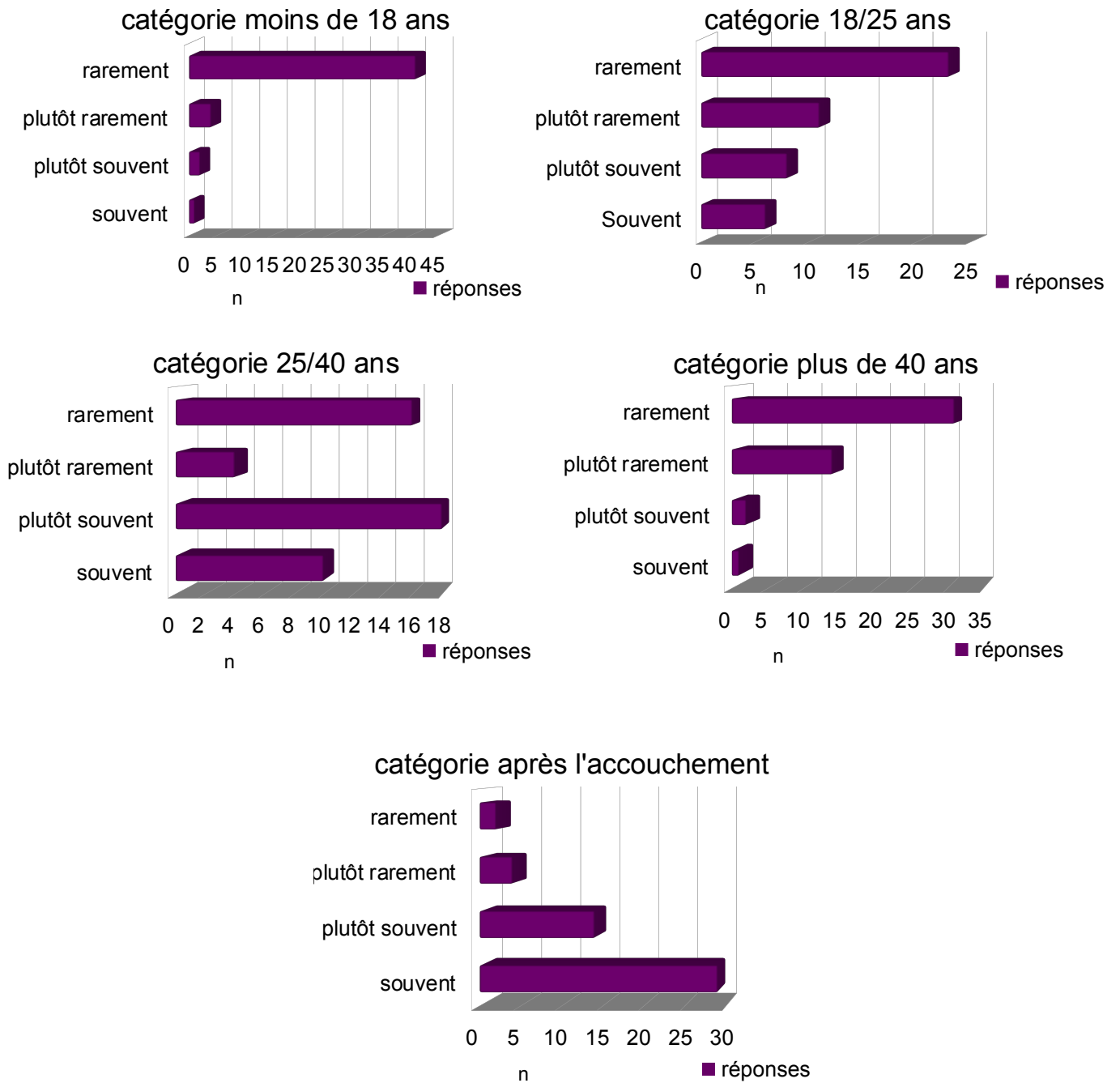


Figure 3 : Diagrammes des âges des patientes suivies pour la contraception.

Pour les questions sur les âges des patientes traitées, une personne n'a pas répondu. Les pourcentages sont calculés avec N=48.

Pour la catégorie d'âge 15/18 ans, 2,08% (n=1) ont répondu souvent, 4,16% (n=2) ont répondu plutôt souvent, 8,33% (n=4) ont répondu plutôt rarement, et 85,42% (n=41) ont répondu rarement. La différence entre avant et après formation n'est pas significative pour cette tranche d'âge (p=0,8).

Pour la catégorie d'âge 18/25 ans, 12,5% (n=6) ont répondu souvent, 16,67% (n=8) ont répondu plutôt souvent, 22,92% (n=11) ont répondu plutôt rarement, et 47,92% (n=23) ont répondu rarement. La différence entre avant et après formation n'est pas significative pour cette tranche d'âge (p=0,27).

Pour la catégorie d'âge 25/40 ans, 20,83% (n=10) ont répondu souvent, 37,5% (n=18) ont répondu plutôt souvent, 8,33% (n=4) ont répondu plutôt rarement, et 33,33% (n=16) ont répondu rarement. La différence entre avant et après formation n'est pas significative pour cette tranche d'âge (p=0,25).

Pour la catégorie d'âge de plus de 40 ans, 2,08% (n=1) ont répondu souvent, 4,16% (n=2) ont répondu plutôt souvent, 29,17% (n=14) ont répondu plutôt rarement, et 64,58% (n=31) ont répondu rarement. La différence entre avant et après formation n'est pas significative pour cette tranche d'âge (p=0,38).

Pour la catégorie après l'accouchement, 60,42% (n=29) ont répondu souvent, 29,17% (n=14) ont répondu plutôt souvent, 8,33% (n=4) ont répondu plutôt rarement, et 4,16% (n=2) ont répondu rarement. La différence entre avant et après formation n'est pas significative pour cette tranche d'âge (p=0,43).

5. Evaluation de la formation

100% des personnes (n=49) ont répondu de manière positive au fait que la formation leur a permis d'acquérir de nouvelles compétences, que la formation va changer leur pratiques, et qu'ils la recommanderaient à leurs collègues. Il n'y a pas de différence significative entre les deux promotions.

| | Avant formation N=23 | Après formation N=26 | P-value selon le test exact de Fisher |
|--|----------------------------|----------------------------|--|
| La formation m'a permis d'acquérir de nouvelles connaissances | n (%) | | |
| <i>Tout à fait d'accord</i> | 19 (82,61) | 23 (88,46) | <i>p= 0,69</i> |
| <i>Plutôt d'accord</i> | 4 (17,39) | 3 (11,5) | |
| <i>Plutôt en désaccord</i> | 0 | 0 | |
| <i>Tout à fait en désaccord</i> | 0 | 0 | |
| La formation va changer ma pratique | | | |
| <i>Tout à fait d'accord</i> | 14 (60,87) | 18 (69,23) | <i>p= 0,56</i> |
| <i>Plutôt d'accord</i> | 9 (39,13) | 8 (30,77) | |
| <i>Plutôt en désaccord</i> | 0 | 0 | |
| <i>Tout à fait en désaccord</i> | 0 | 0 | |
| Je recommanderai la formation à mes collègues | | | |
| <i>Tout à fait d'accord</i> | 18 (78,26) | 22 (84,61) | <i>p= 0,72</i> |
| <i>Plutôt d'accord</i> | 5 (21,74) | 4 (15,38) | |
| <i>Plutôt en désaccord</i> | 0 | 0 | |
| <i>Tout à fait en désaccord</i> | 0 | 0 | |

tableau V : Réponses aux questions sur l'évaluation de la formation

Enfin, à la question sur ce que les participants aimeraient ajouter à leur formation, 28,57% (n=14) aimeraient ajouter des ateliers de pratiques sur la pose et le retrait des DIU, 4,08% (n=2) aimeraient avoir plus d'informations et de pratiques sur le suivi gynécologique (examen des seins et réalisation/interprétation des FCV, 8,16% (n=4) aimeraient avoir des stages de consultation en planning familial ou avec des médecins, et 8,16% (n=4) aimeraient avoir plus de cas cliniques durant la formation.

IV-Discussion

1. Biais et limites

Le principal biais de cette étude est le faible nombre de sujets. Concernant la formation de 2011, 49 personnes ont été interrogées, 49 questionnaires formalisés ont été distribués et seulement 29 ont été récupérés ; soit 59,18% (n=29) de réponses. Sur ce nombre de réponses, 3 personnes n'étaient pas sages-femmes et ont donc été exclues de l'étude, soit 6,12% des participants. La proportion de personnes dont le métier était autre que sage-femme n'était pas préalablement connu, la véritable proportion des sujets éligibles à l'étude n'était alors pas connu, ce qui nous permettait d'avoir seulement une approximation du taux réel de réponses. Pour la promotion 2012, il en est de même, on ne connaissait pas la proportion de sages-femmes dans la formation ce qui nous donnait aussi une approximation du taux de réponses qui était sûrement sous-estimé. De plus, pour cette année là, on a un taux de réponse à 82,93% (n=34) ce qui est satisfaisant, mais seulement 23 réponses sur 34 étaient des réponses de sages-femmes et donc étaient intégrables à l'étude.

Un autre biais de cette étude est le moyen de diffusion du questionnaire. Il s'agissait du même questionnaire pour le recueil des deux promotions mais le moyen de diffusion était triple. La première méthode à été un questionnaire mis en ligne avec un lien permettant d'y accéder. Ce lien a été envoyé sur les boites mail des participants de la formation de 2011. Ce questionnaire, une fois rempli, pouvait être renvoyé par les personnes sur un compte Google docs. Toutes les personnes de la formation de 2011 ne disposant pas d'adresse e-mail, il fallait trouver un moyen d'interroger la totalité des participants. Nous possédions les adresses postales des participants qui n'avaient pas renseigné leurs adresse e-mail. Un courrier à été envoyé à leur domicile avec une enveloppe réponse affranchie. Enfin, la dernière méthode de recueil a été de distribuer en main propre les questionnaires aux participants de la formation de l'année 2012 le dernier jour de celle-ci, c'est à dire le mercredi 8 Février 2012, et de les récupérer par la suite. Cette méthode a permis un plus grand taux de réponses mais n'avait pas été réalisé en 2011.

De plus, on a un biais de mémorisation car l'étude a été effectuée en rétrospectif et non en prospectif pour des raisons de faisabilité. La période de recueil de Novembre 2011 à Février 2012 a été choisie arbitrairement de façon à ce que la période soit le plus près possible de la distribution du questionnaire pour que les réponses portant sur la période de recueil puissent être remplies de la manière la plus juste qui soit. Les résultats obtenus pourraient varier si l'étude avait été réalisée en prospectif.

Enfin, le dernier biais de cette étude est que les effectifs comparés sont différents. Ils sont nommés avant et après formation mais il ne s'agit pas de la même promotion. Les promotions étant espacées d'un an et la législation évoluant rapidement, les résultats pourraient être changés car durant cette année, les sages-femmes auraient pu prendre conscience de leur place à jouer dans l'offre de soins et ainsi décider, spontanément et avant formation, de réaliser des consultations de contraception. Ainsi, les personnes de la formation de 2012 réalisent peut-être des actes qui n'étaient pas réalisés par les personnes de l'année 2011 avant leur formation. Cependant, les caractéristiques des deux populations ne nous montrent pas de différence statistiquement entre elles. On peut donc dire qu'elles sont comparables. Il serait intéressant par la suite de réaliser la même étude sur une même promotion pour voir si les résultats diffèrent.

2. Discussion des résultats

Les populations étudiées sont très hétérogènes au niveau de l'âge. La moyenne d'âge est de 43,6 ans avec des âges compris entre 26 et 58 ans. La moyenne d'âge des sages-femmes en France était, en 2010, de 42 ans selon l'ONDPS [8]. L'âge moyen des sages-femmes libérales est plus élevé que celui de l'ensemble de la profession. Il est aux alentours de 44,9 ans en 2008 [8]. La plupart des sages-femmes interrogées appartiennent au groupe des sages-femmes libérales, dont la moyenne d'âge en France est supérieure à celle des sages-femmes

en général. Nous avons dans cette étude une moyenne d'âge, comprise entre la moyenne d'âge des sages femmes, tout secteur confondu, et celle des sages-femmes libérales, assez représentative par rapport au mode d'exercice des personnes interrogées.

Dans notre étude, nous avons 97,96% de femmes et 2,04% d'hommes. Par rapport au sexe, les chiffres nationaux sont 98,2% de femmes pour 1,8% d'hommes [8]. Notre étude suit donc approximativement cette répartition.

Au niveau du nombre d'années d'exercice, on voit que les populations sont tout aussi hétérogènes que pour l'âge. En effet on retrouve une moyenne d'années d'exercice de 19,4 ans avec 2 ans d'exercice au minimum et 35 ans au maximum. La moyenne d'ancienneté au niveau national est de 15,7 ans [9]. On a donc une population avec plus d'expérience que la moyenne. Il faut cependant dire que l'ancienneté prend en compte toutes les années depuis l'obtention du diplôme alors que les années d'exercice prennent en compte seulement les années travaillées.

Sur la population totale (2011 et 2012), 79,6% (n=39) exerçaient en libéral, 2% (n=1) exerçaient en PMI, 2% (n=1) exerçaient en centre de planification et 14,3% (n=8) travaillaient en mode hospitalier ou en clinique. La répartition nationale des sages-femmes, par rapport à leur mode d'exercice, est complètement différente. En effet, en France, 75,3% des sages-femmes exercent dans un établissement d'hospitalisation public ou privé, 17,4% en cabinet libéral et environ 7% sont salariées non hospitalières (principalement travaillant en PMI) [8] . Il y a une sur-représentation des sages-femmes libérales dans notre population ce qui s'explique par le fait que les sages-femmes qui vont être en première ligne pour le suivi gynécologique des femmes sont les sages-femmes libérales. L'exercice hospitalier n'est pas propice à la prescription de contraception hormis celle du post-partum [9] car peu d'hôpitaux de la région propose aux sages-femmes des créneaux horaires leur permettant de mettre en œuvre leur nouvelles compétences de gynécologie. La sage-femme libérale est la plus concernée par l'élargissement de ses compétences car ce mode d'exercice permet d'aménager du temps pour les consultations de

contraception si elle le souhaite. On notera tout de même que dans le groupe avant formation a participé une sage-femme qui travaille en centre de planification familial et qui par conséquent devait voir une patientèle plus jeune et devait avoir une activité plus grande, en matière de contraception, que les autres sages-femmes de la population. Dans le groupe après formation une sage-femme était enseignante dans une école de sage-femme en France ; elle traitait les patientes au travers des encadrements cliniques des étudiants.

En ce qui concerne les activités pratiquées par les sages-femmes de la formation, une seule différence est observée entre les catégories avant et après formation. Il s'agit des consultations de gynécologie. 8,70% avant formation contre 42,31% après formation les pratiquaient. La différence est statistiquement significative ($p=0,01$) ce qui nous permet de dire que les personnes après la formation, font plus de consultations de gynécologie que les personnes avant formation. Une étude réalisée en 2010 a montré que 91,5% des sages-femmes interrogées ne pratiquent pas le suivi gynécologique de prévention [7]. La formation, si l'on se fie au résultats de cette étude, est bénéfique sur le point de vue des consultations de gynécologie car un peu moins de la moitié des sages-femmes après formation réalisent des consultations gynécologiques. Il faut nuancer ces résultats car l'écart de temps entre les deux populations étudiées peut modifier les résultats car les lois ont évolué rapidement et des lois qui n'étaient pas encore d'actualité au moment de la formation de 2011, le sont au moment de celle de 2012. De plus, il faut aussi nuancer les résultats avec le fait qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux populations pour la fréquence de réalisations des FCV ($p=0,11$) et l'examen des seins ($p=0,53$). En effet, les consultations de gynécologie comprennent normalement l'examen des seins et la réalisation d'un FCV tous les 3 ans maximum [10].

Pour le suivi biologique des EP, il faut noter une différence significative ($p=0,04$) qui est en faveur du groupe avant formation dans lequel 56,5% ont répondu de manière positive contre 23,7% après formation. Ceci est peut-être dû au fait que les réglementations changent et autorisent les sages-femmes, depuis le 30 Décembre 2011, à faire le suivi biologique des EP [11], mesure qui n'était pas d'actualité au moment de la formation de l'année 2011.

Une sage-femme inscrite à la formation posait et retirait des implants. Par rapport au résumé des caractéristiques du produit, seuls les médecins sont habilités à les introduire [12]. La personne qui pratiquait en 2012 la pose et le retrait d'implants dépassait ses compétences. Pourtant, il s'agit d'une contraception hormonale. La sage-femme a donc le droit de le prescrire depuis l'élargissement de compétence de la loi HPST du 21 juillet 2009 [2].

Aucune différence n'existe, avant ou après formation, en ce qui concerne la pose et le retrait de DIU (respectivement $p=1$ et $p=0,3$). Nous avons 13% ($n=3$) avant formation et 15,4% ($n=4$) après formation qui pratiquaient la pose de DIU. Dans une étude réalisée en 2010 [7], 11 sages-femmes sur 1163 effectuaient la pose de stérilet, soit 0,9%. Nous avons aussi 13% ($n=3$) avant formation et 26,9% ($n=7$) après formation qui pratiquaient le retrait de DIU. Dans la même étude [7], 18 sages-femmes sur 1163 effectuaient le retrait de DIU, soit 1,55%. Notre population réalise donc, en pourcentage plus de poses et de retraits de DIU si l'on se compare à cette étude. Ceci peut être expliqué par le fait que notre population est formée ou, au moins, inscrite à une formation sur la contraception, ce qui traduit le fait qu'elle est désireuse de se former et donc, de réaliser de nouvelles pratiques. Cependant, étant donné le faible effectif étudié par rapport à l'étude de 2010 [7], les résultats obtenus ne sont pas statistiquement exploitables.

Pour la primo-prescription de contraception, la différence entre les deux promotions est significative. Les personnes formées pratiquent plus la primo-prescription de contraception que celle non formée. On peut donc supposer, un an après, que la formation a été bénéfique et que les personnes osent plus la primo-

prescription de contraception que la population de sages-femmes avant formation. Ces résultats vont de paire avec la pratique de consultation de gynécologie car la sage-femme doit, selon la démarche médicale en consultation, connaître l'anamnèse de la patiente, réaliser une consultation médicale générale et gynécologique avant toute prescription de contraception [10]. Les augmentations du nombre de personnes faisant du suivi gynécologique et de personnes faisant de la primo-prescription de contraception devraient donc évoluer conjointement.

L'objectif principal de cette étude était de savoir si les sages-femmes après formation réalisent plus fréquemment des consultations de contraception qu'avant celle-ci. Nous n'avons pas de différence statistiquement significative entre les deux effectifs en ce qui concerne la réalisation de consultation de contraception pour les réponses au moins une fois par jour et une fois par semaine (respectivement $p=0,35$ et $p=0,21$). Cependant, il y a une différence significative, avant et après formation, pour la réponse une fois ou moins par mois ($p=0,039$). Dans cette catégorie, les personnes avant formation réalisent donc moins souvent des consultations de contraception que les personnes après formation. Le fait qu'il n'y ait pas de différence dans les deux premières catégories est dû au faible effectif étudié. Il faudrait réaliser une étude en faisant un véritable avant/après, sur la même promotion, avec un plus grand nombre de sujets de manière à pouvoir montrer une différence de pratique plus nette. De plus, le fait que les sages-femmes après formation effectuent plus de primo-contractions nous conforte dans l'idée que les modifications de pratiques après formation sont réelles. Les sages-femmes manquent de patientes intéressées par leur offre de soins en matière de gynécologie et contraception, sûrement parce qu'il s'agit de nouveaux attributs méconnus du grand public. Cependant, cette demande risque d'augmenter avec les années. En effet, selon l'ONDPS, la profession de gynécologie médicale est pratiquée par une population avec un âge moyen à 56,2 ans, soit 5 ans de plus que les autres médecins spécialistes [13]. Si cette tendance se confirme, les sages-femmes auront donc un rôle à jouer dans le suivi gynécologique des femmes en France dans les années qui viennent. De plus, étant donné la conjoncture actuelle sur le financement des soins, et le fait que les soins des sages-femmes, selon l'OCDE, sont moins

coûteux que ceux des gynécologues [14], la sage-femme devrait voir son rôle s'accroître, au niveau des suivis gynécologiques physiologiques.

Les patientes suivies pour leur contraception par les sages-femmes de notre études sont majoritairement les femmes après leur accouchement. Au niveau des catégories d'âges, on peut voir dans nos résultats que les sages-femmes suivent majoritairement des patientes dont l'âge est compris entre 25 et 40 ans. Ces résultats sont logiques car selon l'INED, l'âge moyen à la maternité, en 2008, est de 29,9 ans et l'âge du premier enfant est à 28 ans [15]. Les populations traitées pour la contraception entre 25 et 40 ans et après l'accouchement sont sensiblement les mêmes. A partir de cela, on peut dire que la patientèle des sages-femmes venant pour du suivi gynécologique appartient au groupe des femmes ayant eu au moins un enfant. Ceci explique le fait que les populations jeunes (inférieures à 25 ans) sont peu ou très peu suivies par les sages-femmes de notre population. De plus, la profession de sage-femme est méconnue du grand public. En effet, seulement 13,1% des femmes connaissent l'existence de la loi HPST qui permet aux sages-femmes de prescrire une contraception aux femmes en bonne santé [16].

L'intégralité des personnes ayant participé à la formation sont d'accord avec le fait que la formation leur a permis d'acquérir de nouvelles connaissances et sur le fait que la formation va changer leur pratique. Ils sont aussi majoritairement d'accord avec le fait qu'ils recommanderaient cette formation à leurs collègues. Il n'y a pas de différence entre les deux promotions, ce qui nous permet de dire que la formation semble utile directement après l'avoir effectuée mais aussi avec un an de recul.

28,57% des sages-femmes de la formation souhaiteraient avoir un atelier de pratique concernant la pose et le retrait de DIU. Cet entraînement est disponible dans le DU de l'UJF de Grenoble « Contraception, IVG, Sexualité » [6], qui propose une formation plus complète sur un an.

3. Réponse aux objectifs

L'objectif principal de cette étude n'a été que partiellement atteint car les deux populations étudiées étaient différentes, ne nous permettant pas d'évaluer un véritable changement de pratiques portant sur les mêmes personnes avant et après formation.

Les objectifs secondaires ont été partiellement atteints eux aussi. En effet, en ce qui concerne la tranche d'âge la plus traitée par les sages-femmes pour leur contraception porte sur un petit nombre de sages-femmes qui ont effectué la formation. Cette population ne peut être extrapolée à la population nationale, comme vu préalablement. De plus, dans les études analysées durant la réalisation de ce travail, peu de chiffres concernent la catégorie d'âge des patientes traitées par les sages-femmes pour leur contraception. Les chiffres retrouvés traitaient surtout de l'âge des patientes au moment de leur maternité car cette catégorie de personnes constitue la principale demande de soins auprès des sages-femmes.

Pour les activités pratiquées en matière de contraception, on a ici une bonne idée de ce que les sages-femmes de la formation réalisent. De plus, le fait que la différence entre les populations, en ce qui concerne la primo-prescription de contraception, soit significative nous montre bien que cette formation est utile.

Enfin, pour l'évaluation de la formation, l'objectif a été bien rempli car toutes les personnes ayant rendu le questionnaire ont répondu. Elle comprend, du coup, toutes les sages-femmes participant à l'étude.

4. Proposition

La façon dont s'est déroulé le recueil des données et le fait que deux promotions différentes soient étudiées ne permet pas de faire un réel avant/après. Il serait intéressant de refaire cette étude de Novembre 2012 à Février 2013 sur la promotion de l'année 2012 de manière à avoir un véritable avant/après. Cela pourrait faire l'objet d'un nouveau mémoire en conservant une seule promotion, celle de 2012. Les données ayant déjà été recueillies dans ce travail et le questionnaire déjà fait permettrait d'avoir la pratique avant la formation. La distribution du même questionnaire un an plus tard permettrait de mettre en évidence l'éventuelle évolution des pratiques après formation.

V- conclusion

Cette étude porte sur l'impact du Certificat Universitaire de l'UJF sur la pratique des sages-femmes en matière de contraception. Ce certificat se déroule sur trois jours.

Le principal objectif de cette étude était d'évaluer la fréquence des consultations de contraception sur une période de quatre mois, avant et après formation. Dans un deuxième temps, nous voulions évaluer les pratiques effectuées par les sages-femmes avant et après formation en matière de contraception. Ensuite, nous voulions évaluer la tranche d'âge à laquelle appartiennent les patientes suivies par les sages-femmes pour leur contraception. Enfin, un des objectifs secondaires était d'évaluer cette formation.

Cette étude est descriptive et prospective. Elle a été réalisée sur deux promotions formées, en 2011 et en 2012.

Les résultats montrent que les sages-femmes formées pratiquent plus, de manière significative, la primo-prescription et la consultation gynécologique que les sages-femmes non formées. Cependant, les sages-femmes ne réalisent pas plus de FCV et d'examen des seins avant ou après formation. De plus, nous avons vu que les sages-femmes suivent principalement des femmes comprises entre 25 et 40 ans pour leur contraception, âge qui correspond à une population de femmes ayant déjà eu un enfant. Enfin, la formation a été appréciée de tous. Il n'y a pas de différence d'appréciation entre les personnes qui viennent de la suivre et celles qui l'ont suivie il y a 1 an. La formation reste utile dans la pratique des personnes qui l'ont effectuée.

Le champ de compétence des sages-femmes en matière de contraception ne cesse de s'élargir. La législation et les pratiques évoluent. Il convient aux sages-femmes de se former, dans le cadre de la formation continue obligatoire selon le code de déontologie, pour pouvoir conseiller les femmes et veiller à leur santé en France.

Bibliographie

- [1] loi n°2009-879
article L5134-1 du Code de la santé publique
disponible sur www.legifrance.gouv.fr
consulté en mars 2012
- [2] loi n°2009-879
article L.4151-1 du Code de la santé publique
modifié par l'article 38 de la loi n°2011-814 du 7 juillet 2011
disponible sur www.legifrance.gouv.fr
consulté en mars 2012
- [3] Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
Dossier de presse du 5 juin 2007
disponible sur www.inpes.sante.fr
consulté en mars 2012
- [4] Institut National Etudes Démographiques
recherche sur la population et en démographie.
Disponible sur www.ined.fr
consulté en mars 2012

- [5] Benoit Truong Canh M.
Quelle place de la sage-femme dans le parcours de soins ?
contact sages-femme de juillet 2010 ; n°24 ; 5-7
- [6] Catalogue des formations continues de l'UJF
disponible sur :
http://fc-sante.ujf-grenoble.fr/documents/catalogues_formations.pdf
consulté en Décembre 2011
- [7] Conseil Inter-régional de l'Ordre des sages-femmes de secteur 2
groupe de travail « Contraception, Santé des femmes »
contact sages-femmes de janvier 2011 ; n°26 ; 4-8
- [8] Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé
Compte-rendu de l'audition des Sages-femmes du 7 avril 2010
disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante-ondps.html>
consulté en mars 2012

- [9] Charrier P.
Les sages-femmes en France
Rapport de recherche de l'université de Lyon
Présenté en janvier 2011
Disponible sur <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00584595>
Consulté en mars 2012
- [10] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme
Décembre 2004
disponible sur www.has-sante.fr
consulté en mars 2012
- [11] loi n° 2011-2012 du 29/12/11
article 44
paru au journal officiel le 30 Décembre 2011
disponible sur www.legifrance.gouv.fr
consulté en mars 2012
- [12] Akouka C. et Pinon L.
Implant contraceptif : quid de la pose et du retrait par les sages-femmes ?
contact sage-femme d'avril 2011 ; n°27 ; 12

- [13] Observatoire National de la Demographie des Professions de Santé
Compte-rendu de l'Audition des Gynécologues médicaux du 2 février 2011
disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante-ondps.html>
consulté en mars 2012
- [14] Organisation de coopération et de Développement Economiques
panorama de la santé de 2009
disponible sur www.ocde.org
consulté en mars 2012
- [15] Institut National Etudes Démographiques
Evolution de la fécondité en France
Disponible sur www.ined.fr
consulté en mars 2012
- [16] Maury M.
Nouvelles compétences en gynécologie et contraception : quels intérêts portés par les patientes, quels enjeux pour les sages-femmes ?
diplôme d'état de sage-femme ; université Paris Descartes ; soutenu le 8 avril 2011
disponible sur www.dumas.ccsd.cnrs.fr/

Annexe :

questionnaire

Mesdames, Messieurs,

Je suis étudiant en dernière année à l'école de sages-femmes de Grenoble. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, sous la direction du Dr Véronique Equy, je cherche à évaluer l'utilisation des compétences des sages-femmes en matière de contraception avant et après avoir effectué le certificat universitaire de contraception, proposé à l'UJF de Grenoble.

Vous êtes bien entendu libre de participer à cette étude en répondant au questionnaire ci-joint.

Ce questionnaire respecte l'anonymat de chacun

Je vous remercie d'avance de votre participation

Du Manoir Thomas

I-caractéristiques :

1- Vous êtes ?

- un homme
- une femme

2-Quel est votre âge ?

____ans

3-Quelle est votre profession ?

- sage-femme
- autre

4-Quel est votre nombre d'années d'exercice ?

____ans

5-Quel est votre mode d'exercice ? (*une seule réponse possible*)

- sage-femme libérale
- sage-femme de PMI
- sage-femme de centre de planification
- sage-femme d'hôpital ou de clinique
- autre : précisez _____

Seules les sages-femmes hospitalières (public ou privé) doivent répondre aux questions 6 et 7. Les autres peuvent passer directement à la question 8.

6-Quel a été votre secteur principal d'activité entre Novembre 2011 et Février 2012? *(une seule réponse possible)*

- salle de naissance
- suite de couche
- consultation
- grossesse à haut risque
- autre : précisez : _ _ _ _ _

7-Avez-vous changé de secteur d'activité durant l'année 2011 ? *(une seule réponse possible)*

- oui
- non

8-Quelles activités pratiquez-vous ? *(plusieurs réponses possibles)*

- consultations pré-natales
- consultations post-natales
- échographies
- préparation à la naissance
- rééducation périnéale
- consultations gynécologiques
- consultations concernant la contraception
- autre : précisez : _ _ _ _ _

9-Quelle a été votre école de formation ? *(une seule réponse possible)*

- Grenoble
- Lyon
- Bourg-en-Bresse
- Autres : précisez : _ _ _ _ _

II-Pratiques :

10-Quelles activités pratiquez-vous en matière de contraception ? *(plusieurs réponses possibles)*

- pose d'implants
- retrait d'implants
- pose de DIU
- retrait DIU
- primo-prescription de contraception
- renouvellement de contraception
- autre : précisez : _ _ _ _ _
- aucune de ces activités

11-Quel a été votre nombre approximatif de consultations de contraception entre Novembre 2011 et Février 2012 ? *(une seule réponse possible)*

- plusieurs fois par jour
- une fois par jour
- une fois par semaine
- une fois par mois
- moins d'une fois par mois

12-Quel est votre nombre approximatif de frottis cervico-vaginal réalisés en consultation ? *(une seule réponse possible)*

- plusieurs fois par jour
- une fois par jour
- une fois par semaine
- une fois par mois
- moins d'une fois par mois

13-Pratiquez-vous l'examen gynécologique des seins lors de vos consultations de contraception ? *(une seule réponse possible)*

- oui
- non

14-Réalisez-vous le suivi biologique de la contraception oestro-progestative ?

- oui
- non

III-Population traitée (uniquement pour la contraception) :

Les questions suivantes aborderont la tranche d'âge de la population traitée uniquement en matière de contraception. (une seule réponse possible pour les questions 15 à 19)

15- Femmes entre 15 et 18 ans

- souvent
- plutôt souvent
- plutôt rarement
- rarement

16- Femmes entre 19 et 25 ans

- souvent
- plutôt souvent
- plutôt rarement
- rarement

17- Femmes entre 25 et 40 ans

- souvent
- plutôt souvent
- plutôt rarement
- rarement

18- Femmes de plus de 40 ans

- souvent
- plutôt souvent
- plutôt rarement
- rarement

19- Femmes après leur accouchement

- souvent
- plutôt souvent
- plutôt rarement
- rarement

IV-Evaluation de la formation :

20- Cette formation m'a permis d'acquérir de nouvelles connaissances : *(une seule réponse possible)*

- tout à fait d'accord
- plutôt d'accord
- plutôt en désaccord
- tout à fait en désaccord

21- Le certificat universitaire va (ou a) changer ma pratique professionnelle : *(une seule réponse possible)*

- tout à fait d'accord
- plutôt d'accord
- plutôt en désaccord
- tout à fait en désaccord

22- Je pense recommander cette formation à mes collègues : *(une seule réponse possible)*

- tout à fait d'accord
- plutôt d'accord
- plutôt en désaccord
- tout à fait en désaccord

23- Ce qui serait souhaitable pour compléter cette formation: *(réponse libre)*

Résumé

Objectif : Cette étude a pour objectif de savoir si les sages-femmes font plus fréquemment de consultations de contraception après formation.

Matériel et méthode : il s'agit d'une étude descriptive des pratiques professionnelles montrant l'impact du certificat universitaire de l'UJF de Grenoble sur la pratique des sages-femmes en matière de contraception. Deux promotions ont été évaluées par la distribution d'un questionnaire. Celle de 2012 a été interrogée lors de la formation et constitue le groupe avant formation, celle de 2011 a été interrogée 10 mois après celle-ci et constitue le groupe après formation.

Résultats : 49 questionnaires ont été récupérés au total, soit un taux de participation de 54,4%.

Les sages-femmes après formation réalisent plus de consultations gynécologiques et prescrivent plus de primo-contraceptions qu' avant formation.

Il a été montré que les sages-femmes avant formation réalisaient plus de suivis biologiques des EP que celles après formation. Ceci étant dû aux nouvelles lois de Décembre 2011.

Enfin, l'offre de soins, en matière de contraception, des sages-femmes étudiées s'adresse principalement aux femmes après l'accouchement dont l'âge est compris entre 25 et 40 ans.

Conclusion : La formation continue est une obligation pour les sages-femmes. Les personnes formées réalisent plus d'actes que les personnes non formées en ce qui concerne la contraception. La législation évoluant rapidement, il convient de se tenir au courant des dernières modifications et des formations proposées, dans le cadre du développement professionnel continu, par les différentes universités.

Mots clefs : sage-femme, contraception, loi HPST, formation universitaire.