



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

DEPARTEMENT DE MAIEUTIQUE

LA PREVENTION DES GROSSESSES NON
DESIREES CHEZ LES ETUDIANTS DE 20 A
24 ANS PAR L'UTILISATION DE LA
CONTRACEPTION D'URGENCE

Mémoire soutenu le :

Lundi 16 juin 2014

Par TIRLAND Marine

Née le 02 Avril 1990

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

Année 2014

Remerciements

Je remercie les membres du jury :

Madame le Docteur Véronique EQUY, PU-PH en Gynécologie Obstétrique au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, Président du jury.

Madame Nadine VASSORT, Sage-Femme Cadre Enseignant à l'Ecole de Sages-femmes de Grenoble, représentante de la directrice de l'Ecole de Sages-Femmes, Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, et Sage-Femme Guidante du mémoire.

Madame le Docteur Amélie CHATRIAN, Gynécologue Obstétricienne à la Clinique Mutualiste des Eaux Claires de Grenoble, Médecin invité.

Madame M. GONZALEZ, Sage-Femme au Centre Hospitalier de Voiron, Sage-Femme invitée.

Je remercie plus particulièrement,

Madame Eveline BANGUID, Médecin et Chef de service adjoint, au service de Protection Maternelle et Infantile, Au centre de Santé Albert 1^{er} de Belgique, Directrice de ce mémoire.

Pour sa disponibilité et ses conseils durant l'élaboration de ce mémoire.

Madame Nadine VASSORT, Sage-Femme Cadre Enseignant à l'Ecole de Sages-Femmes de Grenoble, Guidante de ce mémoire.

Pour sa disponibilité, son écoute, et son aide durant ces deux années de travail.

Madame Sophie JOURDAN, Sage-Femme Cadre Enseignant à l'Ecole de Sages-Femmes de Grenoble.

Pour sa présence, son accompagnement et son dévouement durant ces quatre années d'études.

Madame Chantal SEGUIN, Directrice de l'Ecole de Sages-Femmes, Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble.

Pour son accompagnement et son écoute pour notre promotion durant ces quatre années d'études.

Tous les étudiants travaillant dans les Bibliothèques Universitaires de Médecine et Pharmacie, des Lettres et des Sciences.

Pour leur disponibilité et leur gentillesse.

Je remercie à titre personnel,

Ma famille, et en particulier mes parents, mes frères et sœurs, et mon compagnon Valentin.

Pour leur soutien permanent, leur écoute et leur confiance qu'ils m'ont témoignés durant ces études.

Monsieur Rémi GUICHARD.

Pour sa présence et son aide dans l'élaboration de ce mémoire.

Madame Laurine NAVARRO.

Pour son dévouement pour notre promotion.

Mes amis et ma promotion à l'école de sage-femme.

Pour les bons moments partagés.

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION	2
II.	MATERIEL ET METHODES	4
1.	<i>Type d'étude</i> :	4
2.	<i>Site de l'étude</i> :	4
3.	<i>Population</i> :	5
4.	<i>Objectifs de l'étude</i> :	6
5.	<i>Critères de jugement</i> :	6
6.	<i>Recueil des données</i> :	7
7.	<i>Analyse statistique</i> :	9
III.	RESULTATS	10
1.	<i>Diagramme d'inclusion</i> :	10
2.	<i>Caractéristiques de la population : filières d'étude</i>	11
3.	<i>Caractéristiques de la population : Autres critères</i>	12
4.	<i>Connaissance de l'échantillon à propos des compétences de la sage-femme dans le domaine de la contraception d'urgence</i> :	13
5.	<i>Les objectifs secondaires</i>	15
5.1	<i>Evaluer les connaissances de l'échantillon par rapport à la notion de comportement à risque</i>	15
5.2	<i>Evaluer les connaissances de l'échantillon par rapport à la contraception d'urgence avec trois points : son existence, son mode d'obtention et son mode d'utilisation</i>	15
5.3	<i>Evaluer les connaissances de l'échantillon par rapport aux compétences de la sage femme dans le domaine de la gynécologie</i>	17
5.4	<i>Evaluer le taux de recours à une sage-femme dans la situation de besoin de la contraception d'urgence</i>	18
IV.	DISCUSSION	21
1.	<i>Limite de l'étude</i> :	21
2.	<i>Discussion par rapport aux caractéristiques de la population</i>	22

3.	<i>Discussion à propos de l'objectif principal</i>	23
4.	<i>Discussion sur les objectifs secondaires</i>	25
4.1	<i>Connaissance de la notion de comportement à risque</i>	25
4.2	<i>Connaissance de la contraception d'urgence</i>	26

4.3	<i>Connaissance des compétences de la sage-femme en gynécologie</i>	27
4.4	<i>Recours à une sage-femme dans une situation de besoin de la contraception d'urgence</i>	28
5.	<i>Propositions</i>	29
V.	CONCLUSION	32
VI.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	33
VII.	ANNEXES.....	37

ABREVIATIONS

A.M.M. : Autorisation de Mise sur le Marché

A.R.S : Agence Régional en Santé

B.U. : Bibliothèque Universitaire

C.P.E.F. : Centre de Planification et d'Education Familial

C.R.I.P.S. : Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida

F.C.V. : Frottis Cervico-Vaginal

H.A.S : Haute Autorité de Santé

H.P.S.T. : Loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires »

H.P.V. : Human Papilloma Virus

I.N.P.E.S. : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

I.S.T : Infection Sexuellement Transmissible

I.V.G : Interruption Volontaire de Grossesse

O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé

O.R.S : Observatoire régional de la santé

V.I.H : Virus de l'Immunodéficience Humaine

I. INTRODUCTION

En France, depuis plus de trente ans et malgré l'accès facilité à la contraception, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) est stable, et près de 40% des femmes y auront recours une fois dans leur vie [1][2]. Il y a eu 222 500 IVG et 823 400 naissances en 2011 [3][4][5]. Ce nombre d'IVG, stable depuis plusieurs années interroge les professionnels de la prévention, et en terme de santé publique, il est alarmant [6].

33% des grossesses ne sont pas désirées initialement, et sept grossesses non désirées sur dix se terminent par une IVG [7]. C'est une source de souffrance pour la femme ou le couple. Avoir recours à une IVG est un acte non anodin pour la femme, le couple, parfois l'entourage, tant du point de vue physique que psychologique.

Pourtant, la contraception, légalisée par la loi Neuwirth du 28 décembre 1967, a pour but la maîtrise de la fécondité, et la loi Veil de 1975 encadrant la dépénalisation de l'avortement en France a autorisé les femmes à interrompre une grossesse non désirée sans risquer de perdre la vie. Les combats menés par les féministes dans les années 70, « un enfant si je veux, quand je veux », avaient permis aux femmes de repousser leur projet d'enfant. Mais aujourd'hui, l'augmentation du délai entre le premier rapport sexuel qui a lieu de plus en plus jeune, et celui du premier enfant désiré, qui tarde de plus en plus, rend difficile le suivi parfait de la contraception dans le temps [8]. Deux grossesses non prévues sur trois surviennent chez des femmes qui déclarent utiliser une contraception. Ceci fait apparaître un taux d'échec non négligeable de cette contraception, et traduit les difficultés que les femmes rencontrent dans la gestion de celle-ci. L'oubli de pilule constitue un phénomène fréquent, et l'attitude des patientes après cet oubli témoigne notamment d'un réel manque d'information quant à la conduite à tenir dans ce genre de circonstance [9][8]. Un travail réalisé en Rhône Alpes par l'O.R.S souligne que les échecs de contraception sont plus fréquents chez les jeunes, car ils sont moins expérimentés que la population plus âgée. De plus, les jeunes constituent une population ayant davantage de rapports irréguliers et/ou de partenaires occasionnels, ce qui engendre des prises de risque en termes de pratiques sexuelles non protégées plus importantes [10].

En représentant environ 25% des IVG, la tranche d'âge des 20-24 ans est la plus concernée [7]. L'engagement scolaire est également un élément déterminant pour les femmes de moins de 25 ans. Effectivement, une maternité à cet âge-là apparaît comme un frein au déroulement de la scolarité. Au contraire quand les études ne représentent pas un investissement rentable, le choix d'une maternité précoce peut représenter un moyen d'acquérir un statut social. Et il en est de même pour le niveau d'études du partenaire [10].

Ce nombre stable de recours à l'IVG interroge les professionnels de santé. Suivant l'âge, les raisons du recours à l'IVG sont différentes, ce qui rend difficile la prévention pour diminuer ces chiffres. Comment agir sur certaines de ces raisons concernant la tranche d'âge des 20-24 ans ? Une première problématique se pose : ces jeunes savent-ils ce qu'est un rapport à risque [11][12] ? Ont-ils une bonne connaissance des méthodes contraceptives ? Parmi les multiples causes pouvant amener à une grossesse non désirée, il y a sans doute une mauvaise connaissance des moyens de contraception, ainsi que de la contraception d'urgence (une utilisation incorrecte, une difficulté de prise, un manque d'information, des connaissances partielles, des idées reçues (« je ne risque rien si »...), une méconnaissance de la conduite à tenir en cas d'une mauvaise utilisation). Lors d'un échec des méthodes contraceptives ou lors d'une prise de risque, connaissent-ils la conduite à tenir pour limiter le risque de grossesse non désirée, par exemple par l'utilisation de la contraception d'urgence ?

L'utilisation de la contraception d'urgence s'est développée dans les années 1980, puis en 1999, le Levonorgestrel (un progestatif) obtient l'AMM sous le nom de Norlevo®, et il est aujourd'hui le composé le plus utilisé en matière de contraception d'urgence. Avec lui, la réduction des grossesses non désirées serait de 59% à 94% [13][14]. Depuis la loi du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence, celle-ci peut être délivrée sans ordonnance, et est gratuite pour les mineurs. En 2010, le taux d'utilisation de la contraception d'urgence en cas de prise de risque est de 43,3% chez les 20-24ans [3].

Depuis la loi du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé, et aux territoires, ainsi que mentionné dans l'article L. 4151-1 du code de santé public, la sage-femme peut réaliser des consultations de gynécologie

préventives auprès de toute femme en bonne santé. Prescrire la contraception, en assurer le suivi et donner les bonnes informations aux patientes font donc partie des nouvelles compétences de la sage femme [15][16][17]. Avec la loi du 17 juillet 2012, la sage-femme est maintenant habilitée notamment à prescrire, poser et retirer l'implant contraceptif. Elle est aujourd'hui un acteur en matière de santé génésique des femmes, et participe à la prévention en gynécologie, notamment par rapport à la contraception, et la contraception d'urgence.

Aussi, nous avons choisi de nous interroger sur la place que prend actuellement la sage-femme dans une population de jeunes de 20 à 24 ans, émettant ainsi l'hypothèse qu'elle n'est pas reconnue comme un professionnel de recours dans une situation de besoin de contraception d'urgence, et que les connaissances des jeunes dans la tranche d'âge 20 à 24 ans sont insuffisantes en matière de contraception d'urgence et concernant la prise de risque.

L'objectif principal de l'étude était donc d'évaluer les connaissances des étudiants de 20 à 24 ans à propos du rôle de la sage-femme dans le domaine de la contraception d'urgence.

Les objectifs secondaires de l'étude étaient d'évaluer le taux de recours à une sage-femme dans la situation de besoin de cette contraception, ainsi que les connaissances théoriques des étudiants de 20 à 24 ans concernant la notion de comportement à risque, de la contraception d'urgence avec trois points : son existence, son mode d'utilisation et son mode d'obtention, et sur la compétence de la sage-femme en gynécologie.

II. MATERIEL ET METHODES

1. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude épidémiologique descriptive transversale multicentrique.

2. Site de l'étude :

Afin d'avoir un panel représentatifs d'étudiants, nous avons choisi de les rencontrer dans les bibliothèques universitaires. Il s'agit d'un lieu fréquenté par la majorité des étudiants, et ce dès leur entrée à l'université. En France, 86,8% des étudiants fréquentent les B.U., et 49,9% de façon hebdomadaire selon l'OVE en 2006 [18].

Le sexe, le niveau d'études, le niveau dans le cursus et la profession des parents n'ont qu'une très faible influence quant à cette fréquentation [19][20].

L'étude était donc multicentrique, elle a eu lieu dans trois différentes Bibliothèques Universitaires de l'agglomération grenobloise:

- La première était la Bibliothèque Universitaire de Médecine et de Pharmacie à La Tronche.
- La deuxième était la Bibliothèque Universitaire des Sciences à Saint Martin d'Hères.
- La troisième était la Bibliothèque Universitaire des Lettres à Saint Martin d'Hères.

3. Population :

L'échantillon était constitué d'étudiants détenteurs du baccalauréat de 20 à 24 ans travaillant dans les structures d'études de Grenoble sélectionnées, avec une proportion équivalente de femmes et d'hommes, ainsi que d'âges.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Etudiants de moins de 20 ans ou de plus de 24 ans.
- Exclusion des questionnaires non remplis ou remplis de façon incomplète.
- Etudiants non-inscrits dans une structure d'étude à Grenoble.
- Exclusion des étudiants ne parlant pas français.

Les caractéristiques de l'échantillon choisi étaient :

- Le sexe : masculin ou féminin.

- L'âge : de 20 ans à 24 ans inclus.
- Les lieux de recueil du questionnaire : les B.U. des Sciences, des Lettres, et de Médecine et Pharmacie.
- La filière d'études.
- La source des informations à propos de la contraception d'urgence : par ses parents, sa fratrie, un centre de planification et d'éducation familial, une infirmière scolaire, la scolarité, des amis, un médecin, une sage-femme, les médias ou une autre source d'information. Le choix pour cette question était sous forme de QCM à réponses multiples.
- Le recours ou non au moins une fois à la contraception d'urgence.

4. Objectifs de l'étude :

L'objectif principal de l'étude était donc d'évaluer les connaissances des étudiants de 20 à 24 ans à propos du rôle de la sage-femme dans le domaine de la contraception d'urgence.

Les objectifs secondaires de l'étude étaient d'évaluer les connaissances théoriques des étudiants de 20 à 24 ans concernant la notion de comportement à risque, la compétence de la sage-femme en gynécologie, ainsi que le taux de recours à une sage-femme dans la situation de besoin de cette contraception, et concernant la contraception d'urgence avec trois points : son existence, son mode d'utilisation et son mode d'obtention,

5. Critères de jugement :

Concernant l'objectif principal, deux critères de jugement ont été choisis :

- La possibilité pour la sage-femme de prescrire la contraception d'urgence
- La possibilité pour la sage-femme de délivrer la contraception d'urgence

6. Recueil des données :

Les données ont été recueillies de manière prospective, par l'intermédiaire d'un questionnaire anonyme et auto-administré. Il a été distribué par nous-mêmes, à chacun des étudiants. La distribution des questionnaires a eu lieu au cours de plusieurs journées lors des mois de septembre, d'octobre et de novembre 2013 (*Annexe II : Calendrier des saisies*).

Le consentement oral pour la distribution des questionnaires a pu être obtenu à l'arrivée dans la Bibliothèque Universitaire auprès d'un des gérants, et pour la participation à l'étude, à la distribution du questionnaire. Celui-ci était laissé à l'étudiant acceptant la participation pendant cinq minutes puis récupéré par nous-mêmes.

Préalablement à la distribution du questionnaire, nous avons vérifié les critères d'inclusion à l'étude. Nous avons questionné les étudiants pour connaître leur âge et vérifié leur carte d'étudiant. Grâce aux premières questions également, nous avons pu vérifier l'âge et la formation de l'étudiant. Nous avons eu ainsi dans notre recueil de données uniquement des étudiants ayant entre 20 et 24 ans. Les étudiants ne parlant pas français n'ont pas reçu de questionnaire.

Nous n'avons pas mentionné notre filière d'étude exacte lors de la distribution des questionnaires pour éviter d'influencer les réponses.

Le questionnaire (*Annexe I : Questionnaire*) était composé de 24 questions, dont six permettant de définir les caractéristiques de la population. La majorité des questions était fermées, avec plusieurs items. Cinq questions étaient ouvertes.

Pour évaluer l'objectif principal, deux items étaient inclus dans deux questions à choix multiples différentes. La réponse était considérée comme fausse si l'un des items faux était coché ou l'un des items vrai était non coché.

Pour évaluer les objectifs secondaires, les questions étaient fermées à choix multiples, ou ouverte avec une réponse attendue. Par rapport aux questions à choix multiples, il était comptabilisé réponse fausse si l'un des items faux était coché ou l'un des items vrai était non coché.

Concernant l'objectif secondaire « La connaissance de l'échantillon par rapport à la prise de risque », Deux questions ont été formulées. La première à choix multiples (question 8, *Annexe I : Questionnaire*). La deuxième était une question ouverte (question 9, *Annexe I : Questionnaire*), où la réponse attendue était le risque de grossesse non désirée (si la personne ne répondait que « risque d'IST » ou rien, ou une autre réponse, la question était comptée comme fausse).

Pour évaluer la connaissance de l'échantillon par rapport à la contraception d'urgence, la question 18 (*Annexe I : Questionnaire*), qui portait sur le délai de prise de la contraception d'urgence après un rapport à risque, était une question ouverte. Deux réponses pouvaient être proposées par l'échantillon pour être comptées comme une bonne réponse : un délai de 72h (qui concernait Norlevo®) ou un délai de 5 jours (qui concernait Ellaone®). La question 11 était aussi ouverte, les réponses attendues étaient les trois principales différences dans l'utilisation entre Ellaone® et Norlevo®, c'est-à-dire le délai de prise du comprimé, la nécessité ou non d'avoir une ordonnance, et l'efficacité du produit. La réponse était considérée comme juste si l'une des différences était citée. Les autres questions étaient fermées, à choix multiples.

Concernant l'objectif secondaire « Le recours à une sage-femme pour obtenir la contraception d'urgence », deux questions étaient présentées sous forme d'items à classer. L'échantillon devait classer les 5 items en les numérotant de 1 à 5 en fonction du professionnel qui pour eux avait un rôle important à jouer dans ce domaine, 1 étant le professionnel le plus important et 5 le moins (question 21) et en qui ils avaient le plus confiance (question 22), sachant que 1 était le plus important et 5 le moins (*Annexe I : Questionnaire*).

Enfin, vis-à-vis de l'objectif secondaire « les connaissances de l'échantillon par rapport aux compétences de la sage-femme en gynécologie », deux questions fermées à choix multiples ont été posées (question 23 et 24, *Annexe I : Questionnaire*).

Une phase test a été réalisée lors du mois d'août 2013. Le questionnaire avait été distribué à 15 étudiants de la Bibliothèque Universitaire des Sciences. Au terme de cette phase nous avons pu évaluer la durée moyenne pour remplir le questionnaire, et

ajuster la formulation de certaines questions en fonction des difficultés de compréhension. Cinq minutes ont été jugées suffisantes pour répondre à l'ensemble des questions. Deux questions ont été reformulées.

7. Analyse statistique :

Les données ont été saisies informatiquement et l'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Statview.

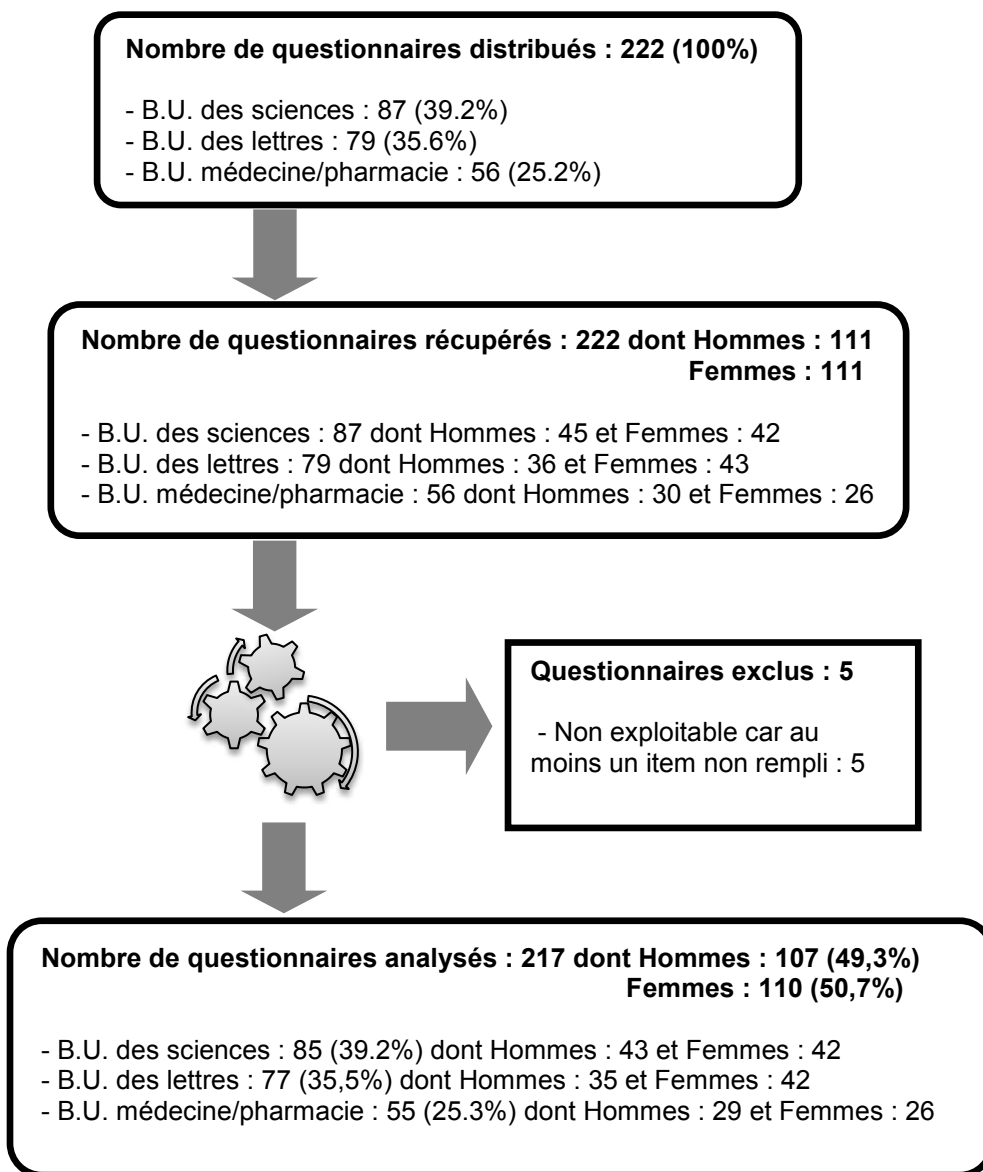
Toutes les variables de l'étude mis à part deux étaient des variables qualitatives. Elles ont donc été décrites par les effectifs et les proportions.

Deux variables ont été quantitatives (continues). Il s'agissait de la question 22 et la question 23 décrites plus haut (*Annexe 1 : Questionnaire*), avec un score allant de 1 à 5 concernant l'item « la sage-femme ». Ces deux variables ont été décrites par la moyenne.

Nous avons comparé les caractéristiques de la population avec l'objectif principal, en utilisant le test de Chi-2, résumé ensuite dans un tableau de contingence. Le seuil de signification statistique retenu a été fixé à 0.05.

III. RESULTATS

1. Diagramme d'inclusion :



222 questionnaires ont été distribués dans les différentes Bibliothèques Universitaires de Grenoble. Sur ceux-ci, cinq n'ont pas été remplis de façon complète et ont été exclus. Au total, 217 étudiants ont été inclus à l'étude, dont 110 femmes et 107 hommes.

2. Caractéristiques de la population : filières d'étude

La population, composée de 217 étudiants, est répartie de la manière suivante dans les trois bibliothèques [TABLEAU I].

	Effectif (n)	Proportion (%)		Effectif (n)	Proportion (%)		Effectif (n)	Proportion (%)
<u>BU des Sciences :</u>	85	39.2	<u>BU des Lettres :</u>	77	35,5	<u>BU de Médecine / Pharmacie :</u>	55	25,3
Biologie	21	9,7	Art du spectacle	1	0,5	Biothérapies	2	0,9
Biotechnologies	5	2,3	Commerce	2	0,9	Diagnostic in vitro	2	0,9
Chimie	10	4,6	Droit	22	10,1	Informatique méd.	1	0,5
Ecole d'ingénieur	8	3,7	Eco. Et Gestion	7	3,2	Kinésithérapie	2	0,9
Finance	2	0,9	Education	1	0,5	Médecine	22	10,1
Génie civile	2	0,9	Histoire	7	3,2	Nano chimie	1	0,5
GEII	2	0,9	Métier du livre	3	1,4	Pharmacie	17	7,8
Géologie	1	0,5	Psychologie	14	6,5	Radioprotection	2	0,9
IEE	2	0,9	Sciences Po.	12	5,5	Santé	6	2,8
IMAG	2	0,9	Sociologie	6	2,8			
Informatique	8	3,7	Traduction	2	0,9			
LEA	11	5,1						
Mathématiques	1	0,5						
Physique	1	0,5						
Polytechnique	2	0,9						
SVT	3	1,4						
STAPS	1	0,5						
STE	3	1,4						

La B.U. des Sciences était le lieu de recueil dans lequel le maximum de filières étaient représentées (18 filières d'étude différentes). Puis vient la B.U. des Lettres avec 11 filières d'étude différentes, et enfin la B.U. de Médecine et de Pharmacie qui en comptait 9 [TABLEAU I].

Concernant la B.U. de Médecine et de Pharmacie, la proportion d'étudiants de médecine et de pharmacie de l'échantillon était de 70,9% (39 étudiants pour 55) [TABLEAU I].

3. Caractéristiques de la population : Autres critères

Notre population d'étude était définie de la manière suivante de manière générale, et en fonction des différents lieux de recueil [TABLEAU II].

TABLEAU II : Caractéristiques de la population.									
	(N=217)		BU des Sciences (N=85)		BU des Lettres (N=77)		BU de Med/Pharma. (N=55)		P value
	Effectif (n)	Proportion (%)	Effectif (n)	Proportion (%)	Effectif (n)	Proportion (%)	Effectif (n)	Proportion (%)	
Sexe :									
Masculin	107	49,3	43	50,6	35	45,5	29	52,7	0,77
Féminin	110	50,7	42	49,4	42	54,5	26	47,2	
Age :									0,21
20 ans	45	20,7	21	24,7	17	22,1	7	12,7	
21 ans	44	20,3	16	18,8	15	19,5	13	23,6	
22 ans	43	19,8	22	25,9	10	13,0	11	20,0	
23 ans	43	19,8	16	18,8	15	19,5	12	21,8	
24 ans	42	19,4	10	11,8	20	26,0	12	21,8	
Source de l'information :									
Les parents	46	21,2	16	18,8	17	22,1	13	23,6	0,77
La fratrie	13	6,0	9	7,8	6	7,8	1	1,8	0,31
Les CPEF	65	30,0	19	22,4	25	32,5	21	38,2	0,11
L'inf. scolaire	56	25,8	21	24,7	22	28,6	13	23,6	0,78
La scolarité	135	62,2	50	58,8	50	64,9	35	63,6	0,70
Les amis	111	51,2	38	44,7	48	62,3	25	45,5	0,05
Le médecin	48	22,1	18	21,2	23	29,9	7	12,7	0,06
La sagefemme	2	0,9	1	1,2	0	0,0	1	1,8	0,53
Les médias	113	52,1	33	38,8	44	57,1	36	65,5	0,005
Autres :	1	0,5	0	0,0	1	1,3	0	0,0	0,40
- Pharmacie	1	0,5	0	0,0	1	1,3	0	0,0	0,40
Utilisation de la C.U. au moins une fois :									

Oui	86	39,6	23	27,1	38	49,4	25	45,5	0,009
Non	131	60,4	62	72,9	39	50,6	30	54,5	

L'échantillon a été équilibré au niveau du sexe (49,3% d'hommes et 50,7% de femmes) et également au niveau des différents âges représentés (de 20 à 24 ans inclus, la proportion oscille entre 19.4% et 20,7%) [TABLEAU II].

A propos de la source de l'information, 0.9% de l'échantillon avait été informé par une sage-femme dans le domaine de la contraception d'urgence. Plus de 50% de l'échantillon avait été informé par la scolarité, des amis, et par les médias [TABLEAU II].

39,6% de l'échantillon avait déjà eu recours à la contraception d'urgence au moins une fois [TABLEAU II].

En fonction du lieu de recueil, il n'y avait pas de différence statistiquement significative mise en valeur suivant sexe, l'âge et la source de l'information. Une différence statistiquement significative a pu être montrée entre le recours au moins une fois précédemment à la contraception d'urgence par l'échantillon, et le lieu de recueil. La p value est de 0,009 [TABLEAU II].

4. Connaissance de l'échantillon à propos des compétences de la sage-femme dans le domaine de la contraception d'urgence :

TABLEAU III : Connaissance de l'échantillon à propos des compétences de la sage-femme dans le domaine de la contraception d'urgence, et comparaison avec les caractéristiques de la population

<u>Possibilité pour la sage femme de :</u>	Donner la contraception d'urgence (C.U.)			Prescrire la contraception d'urgence (C.U.)		
	Bonnes réponses			Bonnes réponses		
	Effectif (n)	Proportion (%)	P value	Effectif (n)	Proportion (%)	P value
<u>Population globale (N=217)</u>	114	52,5		50	23,0	
<u>Sexe :</u>			0.38			0.83
Masculin (N=107)	53	49,5		24	22,4	
Féminin (N=110)	61	55,5		26	23,6	
<u>Lieux de Recueil :</u>			0.44			0.01
BU Sciences (N=85)	43	50,6		26	30,6	
BU Lettres (N=77)	38	49,4		9	11,7	
BU Med/Pharma.	33	60,0		15	27,3	

(N=55)						
<u>Âges :</u>			0.07			0.04
20 ans (N=45)	17	37,8		8	17,8	
21 ans (N=44)	21	47,7		13	29,5	
22 ans (N=44)	28	65,1		16	37,2	
23 ans (N=43)	22	51,2		7	16,3	
24 ans (N=42)	26	61,9		6	14,3	
<u>Utilisation de la C.U. au moins une fois :</u>			0.06			0.79
Oui (N=86)	52	60,5		19	22,1	
Non (N=131)	62	47,3		31	23,7	

52.5% de l'échantillon savait que la sage-femme pouvait donner la contraception d'urgence. 23% connaissait sa compétence pour la prescrire [TABLEAU III].

Concernant l'objectif principal par rapport aux différentes caractéristiques de la population : on ne distinguait pas de différence statistiquement significative en fonction du sexe. Les femmes interrogées ont répondu de façon exacte à respectivement 55.5 et 23.6% aux deux critères de jugement, et les hommes à 49.5 et 22.4% [TABLEAU III]. Il n'y avait pas non plus de différence statistiquement significative perçue si la personne avait déjà utilisé au moins une fois la contraception d'urgence.

Nous avons pu distinguer une différence statistiquement significative entre l'objectif principal et les différents lieux de recueil du questionnaire. Concernant la possibilité pour la sage-femme de prescrire la contraception d'urgence, la *p value* était de 0,01. Nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence vis-à-vis de la possibilité pour la sage-femme de donner la contraception d'urgence [TABLEAU III].

Concernant les différents âges de l'échantillon, nous avons remarqué également une différence statistiquement significative concernant la possibilité pour la sage-femme de prescrire la contraception d'urgence, avec une *p value* de 0,04. Mais nous n'avons pas perçu de différence à propos de la possibilité pour la sage-femme de donner la contraception d'urgence [TABLEAU III].

Nous n'avons distingué également aucune différence statistiquement significative en fonction du lieu ou de la personne donnant l'information à propos de la contraception d'urgence (Annexe IV : Tableau représentant la comparaison de l'objectif principal avec la source de l'information).

5. Les objectifs secondaires

5.1 Evaluer les connaissances de l'échantillon par rapport à la notion de comportement à risque

<i>TABLEAU IV : Connaissance par l'échantillon de la notion de « rapport à risque ».</i>		
(N=217)	Bonnes réponses	
	Effectif (n)	Proportion (%)
Connaissance de ce qu'est un rapport à risque	68	31,3
Connaissance du fait que la technique du retrait est à risque	122	56,2
Connaissance du risque encourus (Ici bonne réponse si : Grossesse)	131	60,4

L'échantillon savait à 31,3% ce qu'était un rapport à risque, et parmi les 69,7% ayant fait une erreur à cette question, 81,9% a fait l'erreur par rapport à la technique du retrait, qu'il pensait non à risque de grossesse. Les 18,1% restant a fait une erreur par rapport au risque pris lors d'un rapport sans contraception, ou associé à un oubli de pilule ou à un préservatif mal mis. Etant donné que la question était à choix multiples, l'erreur a pu être faite sur plusieurs items aussi [TABLEAU IV].

60,4 % de l'échantillon savait que parmi les risques encourus lors d'un « rapport à risque », il existait le risque de grossesse non désirée [TABLEAU IV].

5.2 Evaluer les connaissances de l'échantillon par rapport à la contraception d'urgence avec trois points : son existence, son mode d'obtention et son mode d'utilisation

<i>TABLEAU V : Connaissance de l'échantillon par rapport à la contraception d'urgence.</i>	
	Réponse : Oui (N=217)

<u>Connaissance :</u>	Effectif (n)	Proportion (%)
<ul style="list-style-type: none"> • <u>De l'existence :</u> De la contraception d'urgence De deux types de pilule du lendemain D'une des différences entre les deux pilules du lendemain 	214	98,6
	22	10,1
	9	4,2
	Bonnes réponses	
	Effectif (n)	Proportion (%)
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Du mode d'obtention :</u> Gratuité possible de la contraception d'urgence Non nécessité d'une ordonnance systématique Du personnel pouvant la prescrire Du personnel / des structures pouvant la délivrer 	156	71,9
	198	91,2
	14	6,5
	69	31,8
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Du mode d'utilisation :</u> La contraception ne protège pas des IST Du délai de prise De la conduite à tenir après la prise de la C.U. De la possibilité de la reprendre plusieurs fois dans un délai court (6 jours) 	206	94,9
	48	22,1
	46	21,2
	120	55,3

Connaissance de l'existence de la contraception d'urgence : la grande majorité de l'échantillon, avec 98,6% connaissait l'existence de la contraception d'urgence. Les deux types de pilules du lendemain étaient connus par 10,1% de l'échantillon, et parmi ce pourcentage, 41,6% connaissait au moins une des différences entre ces deux types de pilules du lendemain [TABLEAU V].

Mode d'obtention de la contraception d'urgence : sa gratuité était connue par 71,9% de l'échantillon, et la possibilité d'obtention sans ordonnance par 91,2%. L'échantillon était plus mitigé à propos du personnel ou des structures pouvant la délivrer avec 31,8% de bonnes réponses, et du personnel pouvant la prescrire avec 6,5% de bonnes réponses [TABLEAU V]. 100% de l'échantillon a cité le pharmacien comme personnel pouvant délivrer la contraception d'urgence.

Mode d'utilisation de la contraception d'urgence : la majorité de l'échantillon, avec 94,9% savait que celle-ci ne protégeait pas des IST. La conduite à tenir après la prise de la contraception d'urgence était connue de 21,2% des étudiants interrogés.

Concernant le délai de prise de la contraception d'urgence, 22,1% de l'échantillon a bien répondu. La possibilité de la reprendre plusieurs fois dans un délai court (dans l'exemple, 6 jours après une première prise) était connue par 55,3% [TABLEAU V].

5.3 Evaluer les connaissances de l'échantillon par rapport aux compétences de la sage femme dans le domaine de la gynécologie.

<i>TABLEAU VI : Connaissances de l'échantillon par rapport aux compétences en obstétrique et en gynécologie de la sage-femme.</i>		
<u>Connaissance des compétences de la sage-femme :</u>	Bonnes réponses (N=217)	
	Effectif (n)	Proportion (%)
• En gynécologie	0	0,0
Pratique d'une consultation de gynécologie	32	14,7
Pratique du F.C.V.	46	21,2
Pratique de l'examen des seins	68	31,3
Travail possible en C.P.E.F.	150	69,1
Vaccination contre l'H.P.V.	43	19,8
Prescrire la contraception	52	24,0
Administrer la contraception	28	12,9
Assurer la surveillance biologique de la contraception	87	40,1

Concernant les compétences de la sage-femme en gynécologie, nous voyons qu'aucun étudiant ne les connaissait dans leur ensemble [TABLEAU VI].

14,7% de l'échantillon savait qu'elle pouvait pratiquer une consultation de gynécologie. Par rapport à la contraception, 24% de l'échantillon connaissait les compétences de la sage-femme pour la prescrire, 12,9% pour l'administrer et 40,1% pour assurer sa surveillance biologique [TABLEAU VI].

69,1% des étudiants interrogés avaient connaissance que la sage-femme peut travailler en centre de planification et d'éducation familial [TABLEAU VI].

5.4 Evaluer le taux de recours à une sage-femme dans la situation de besoin de la contraception d'urgence.

TABLEAU VII : Le recours à la sage-femme pour obtenir la contraception d'urgence.		
(N=217)	Effectif (n)	Proportion (%)
- La sage-femme est le premier professionnel adressé :	0	0,0
- La sage-femme est classée premier professionnel à jouer un rôle important *	1	0,5
- La sage-femme est classée premier professionnel de confiance *	1	0,5
	Moyenne (m)	
- Classement de la sage-femme comme professionnel ayant un rôle important *	4,4	
- Classement de la sage-femme comme professionnel de confiance *	4,0	

*Score de 1 à 5 pour cinq professionnels concernés par la contraception d'urgence en évaluant leur importance pour l'étudiant, 1 étant le plus concerné et 5 le moins.



Figure 1 : Classement de la sage-femme comme professionnel ayant un rôle important à jouer dans le domaine de la contraception d'urgence.

Figure 2 : Classement de la sage-femme comme professionnel de confiance dans le domaine de la contraception d'urgence.

Comme nous pouvons le voir si dessus, l'échantillon n'a pas cité la sage-femme comme premier professionnel auquel il s'adresserait pour obtenir la contraception

d'urgence. Elle a été considérée par une personne comme premier professionnel ayant un rôle important concernant la contraception d'urgence, et par une personne comme premier professionnel de confiance [TABLEAU VII][Figure 1][Figure 2].

Le score attribué à la sage-femme comme professionnel ayant un rôle important est dans 59,4% des cas 5, et dans 84,8% des cas 4 ou 5 [Figure 1].

Le score attribué à la sage-femme comme professionnel de confiance dans le domaine de la contraception d'urgence est dans 68,7% des cas 4 ou 5 [Figure 2].

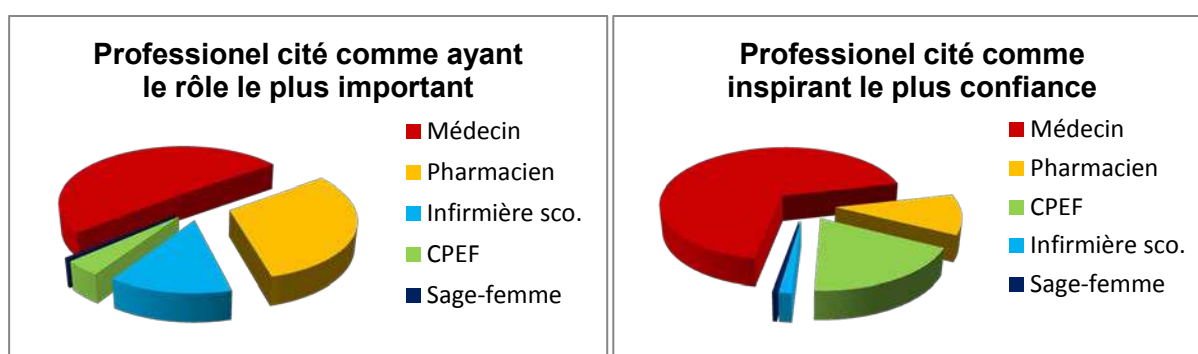


Figure 3 : Professionnel cité comme ayant le rôle le plus important (score = 1) par rapport à la contraception d'urgence.

Figure 4 : Professionnel cité comme inspirant le plus confiance (score = 1) par rapport à la contraception d'urgence.

Le médecin est cité majoritairement par l'échantillon (à 51,1%) comme professionnel ayant le rôle le plus important dans la contraception d'urgence. Puis vient le pharmacien (30,8%) et le centre de planification familial (13,3%). L'infirmière scolaire est citée par neuf personnes, et la sage-femme par une personne [Figure 3].

Le médecin est cité majoritairement par l'échantillon (à 68,7%) comme professionnel de confiance dans le domaine de la contraception d'urgence. Puis vient le centre de planification familial (18,4%), le pharmacien (11,1%) et de façon presque identique la sage-femme (cité une fois) et l'infirmière scolaire (cité 3 fois) [Figure 4].

La sage-femme était classée en moyenne à 4,4 / 5 comme professionnel ayant un rôle important concernant la contraception d'urgence, et à 4 comme professionnel de confiance dans ce domaine [TABLEAU VII].

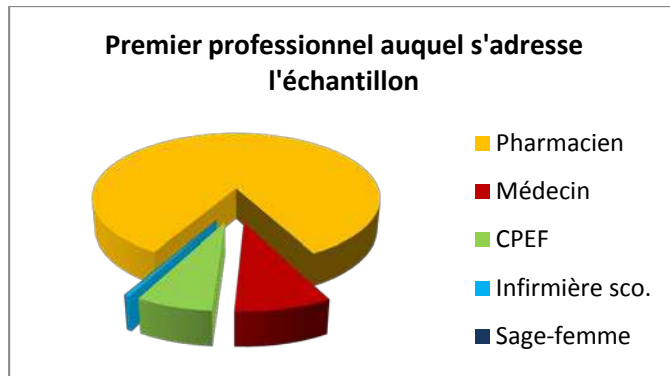


Figure 5 : Premier professionnel auquel s'adresse l'étudiant de l'échantillon pour obtenir la contraception d'urgence.

Le premier professionnel vers lequel se tourne l'échantillon pour récupérer la contraception d'urgence est majoritairement le pharmacien à 83.9%. Ensuite, l'échantillon s'adresse au médecin, puis aux centres de planification et d'éducation familiale et à l'infirmière scolaire du centre de santé universitaire très minoritairement. La sage-femme n'a pas été citée.

IV. DISCUSSION

1. Limite de l'étude :

Un biais de sélection est possible, car la population ne se composait que d'étudiants travaillant à la bibliothèque universitaire. Seulement environ 50% des étudiants se rendent à la B.U. au moins une fois par semaine, et 13% ne s'y rendent jamais [19]. D'après plusieurs études réalisées dans différentes B.U. de France, il ne semble pas que le sexe, le niveau d'études, le niveau dans le cursus et la profession des parents aient une influence quant à la fréquentation des B.U. [19][20].

Les étudiants ayant rempli le questionnaire de façon incomplète étaient peut-être moins informés. Mais cela concerne seulement 5 étudiants sur notre échantillon total de 222 étudiants, ce qui limite ce biais. Les étudiants qui ont refusé de remplir le questionnaire étaient peut-être également moins informés (150 questionnaires ont été proposés dans chaque B.U., et seulement une proportion de ces questionnaires a été complétée, si l'étudiant acceptait ou non de répondre).

Les femmes sont peut-être plus sensibilisées que les hommes concernant ce thème, nous avons donc choisi une population comportant autant d'hommes que de femmes. Il n'a pas été montré de différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes concernant l'objectif principal.

Les étudiants des professions médicales sont peut être mieux informés que d'autres étudiants dans ce domaine. Nous souhaitons recueillir le même nombre d'étudiants dans chaque Bibliothèque universitaire. Mais pour 150 questionnaires proposés dans chaque B.U., nous avons essuyé plus de refus dans la B.U. de médecine et pharmacie. Nous avons donc un échantillon moins important pour cette B.U. Ceci peut créer un biais de sélection. Si nous comparons les filières d'études suivant les différentes B.U., nous constatons qu'à la B.U. de médecine et pharmacie les étudiants étaient de façon majoritaire des étudiants en médecine ou en pharmacie (70,9% des étudiants interrogés), et moins de filières étaient représentées dans ce lieu de recueil, ce qui équilibre l'échantillon en fonction des filières d'études suivies, et permet donc de limiter ce biais.

Un biais de contamination est possible également, notamment si plusieurs étudiants d'un groupe remplissaient le questionnaire et se passaient les réponses. Pour limiter ce biais je suis restée présente lors du remplissage du questionnaire et n'ai pas constaté d'échanges entre les groupes pouvant modifier les réponses.

Nous constatons qu'il existe une différence statistiquement significative entre les différents lieux de recueil des données et le recours au moins une fois à la contraception d'urgence par l'étudiant. Mais comme nous n'avons pas démontré de différence significative entre l'objectif principal et ce recours à la contraception d'urgence, cela ne crée pas de biais.

Je n'ai pas signalé ma filière exacte d'études lors de la distribution du questionnaire pour éviter d'influencer les étudiants. Je ne leur ai signalé que j'étais étudiante sage-femme qu'au moment de le récupérer. Par cette méthode, j'ai tenté d'éviter un biais d'indication.

2. Discussion par rapport aux caractéristiques de la population

Notre étude qui comprenait 50,7% de femmes étudiantes, est en correspondance avec les données du ministère de l'enseignement en France métropolitaine où nous observons 55,7% de femmes étudiantes pour 44,3% d'hommes [21]. De plus, les femmes sont majoritaires dans les filières études des lettres et des sciences humaines, ce qui est conforme à l'étude avec 54,5% d'étudiantes à la B.U. des lettres [21].

Notre étude est également en accord avec les données du CRIPS de 2010 par rapport au recours à la contraception d'urgence qui est respectivement de 39,6 et 43,3% pour les 20-24 ans [3].

Plus de 50% de l'échantillon a désigné la scolarité, les amis et les médias comme sources de l'information concernant la contraception d'urgence. Aujourd'hui, n'importe quel étudiant peut trouver sur internet toutes les données qu'il souhaite, et de nombreuses campagnes d'informations ont été faites sur les conduites à tenir lors de rapports à risque. Mais ceci reste à nuancer car les connaissances de la majorité de l'échantillon vis-à-vis de la contraception d'urgence ne sont pas acquises. Les médias, via les forums internet, et les amis véhiculent des informations qui n'engagent que les

connaissances de la personne questionnée et dont la véracité n'a pas été contrôlée. Dans un rapport de 2007 de l'HAS, nous voyons que de nombreuses études mettent en évidence la présence d'informations inexacts sur les sites de santé [22]. Concernant la scolarité, des séances d'éducation à la sexualité sont proposées dans les collèges et les lycées et permettent aux jeunes de prendre connaissance notamment de la contraception, des solutions à proposer lors d'une prise de risque vis-à-vis de la grossesse, ainsi que du personnel ressource en cas de questionnement, ou lors d'un besoin de la contraception d'urgence. L'information des jeunes vient notamment de ces séances. Des études ont montré que l'éducation à la sexualité augmentait leurs connaissances, sans en augmenter leur activité sexuelle ou leur utilisation de la contraception d'urgence [13]. En France ces sessions sont obligatoires depuis 2001 et devraient être au nombre de trois chaque année [23][24]. Mais ceci n'est pas appliqué de façon homogène sur le territoire français, le nombre de séances étant bien inférieur en pratique [23][24].

Nous observons que l'échantillon a été informé minoritairement par les professionnels de santé pouvant prescrire et fournir la contraception. Le médecin n'a été cité que par 22,1%, le CPEF par 30%, l'infirmière scolaire par 25.8% et la sage-femme et le pharmacien par respectivement 0.9% et 0.5%. Le médecin est pourtant le premier prescripteur de contraception, et le pharmacien le premier fournisseur. La sage-femme n'est citée que par deux personnes dans l'échantillon.

3. Discussion à propos de l'objectif principal

L'objectif principal était d'évaluer les connaissances de l'échantillon vis-à-vis du rôle de la sage-femme dans le domaine de la contraception d'urgence. Nous avons pu voir que la sage-femme n'est pas connue comme un professionnel ayant la compétence de prescription (23% de l'échantillon savait qu'elle pouvait prescrire la contraception d'urgence). C'est un acteur en cas de besoin de la contraception d'urgence pour 52% de l'échantillon.

En comparant l'objectif principal avec les caractéristiques de la population, nous avons distingué une différence statistiquement significative entre la connaissance de la possibilité pour la sage femme de prescrire la contraception d'urgence, et

respectivement l'âge de l'échantillon et les étudiants des différentes bibliothèques universitaires. Aucune étude n'a été retrouvée montrant une différence de connaissances à ce sujet en fonction de l'âge et du type d'études. Ceci peut être expliqué par le récent élargissement du champ de prescription de la sage femme à la contraception qui date de 2009 [15][16][17]. Dans notre étude, 30.6% et 27.3% de l'échantillon venant des B.U. scientifiques ont bien répondu, contre 11,7% dans la B.U. des lettres. Nous émettons l'hypothèse que les étudiants de filières scientifiques sont mieux informés que ceux de la filière littéraire. Nous pouvons supposer que les étudiants les plus âgés n'ont pas eu d'informations nouvelles depuis l'époque du lycée sur la contraception d'urgence et en ont donc oubliés certaines. De plus, lorsqu'ils étaient au lycée, la sage-femme n'avait pas encore les compétences de prescription de la contraception d'urgence. Ceci pourrait expliquer ces différences retrouvées dans l'étude.

La sage-femme pourrait être le nouveau professionnel de recours dans la prévention gynécologique et la contraception, notamment pour la contraception d'urgence. Elle fait partie des interlocuteurs pour renseigner, aider dans le choix de la contraception, prescrire et délivrer. En effet, avec un numérus clausus strict, les gynécologues obstétriciens travaillant en cabinet sont de moins en moins nombreux et les délais pour obtenir un rendez-vous sont de plus en plus démesurés. Le médecin généraliste est sollicité pour le suivi gynécologique. C'est le professionnel le plus consulté par les femmes en âge de procréer pour la prescription de la contraception (44% contre 42,5% qui consultent un gynécologue). De plus, pour les femmes de 18 à 25 ans, le premier motif de consultation chez un médecin généraliste est la contraception. Ceci est peut-être en lien avec les difficultés d'accès à une consultation chez un gynécologue [25]. Mais il est difficile pour le médecin généraliste de se positionner dans un schéma thérapeutique habituel dans la mesure où la contraception est prescrite dans le cadre de la prévention, et que celle-ci a longtemps été considérée comme relevant du gynécologue [24]. Nous pouvons émettre l'hypothèse de deux freins limitant la patiente jeune à consulter son médecin traitant pour le suivi gynécologique : parfois celui-ci est le médecin de famille qui suit également les parents et cela peut la décourager à le consulter, par crainte du non-respect de la confidentialité concernant sa sexualité. Ensuite, ce médecin peut être associé dans l'esprit des jeunes à celui que l'on consulte lorsqu'on est malade et non pour un suivi de prévention, et il est peut être

difficile de parler de sexualité si de surcroît c'est le médecin qu'ils connaissent depuis l'enfance.

La sage-femme pourrait être une alternative pour les jeunes dans ce domaine, car c'est un professionnel de santé de la physiologie, qui a donc sa place dans le suivi gynécologique de prévention, et la base des prescripteurs s'est élargie avec sa participation depuis 2009 [9][15][16][17].

4. Discussion sur les objectifs secondaires

4.1 Connaissance de la notion de comportement à risque

Dans l'étude, nous avons vu que 60,4% des étudiants a ciblé un risque de grossesse non désirée lors d'un rapport à « risque ». Dans les 40,6% restant, les étudiants ont pensé au risque de contamination par une IST, mais pas au risque de grossesse. On peut penser qu'aujourd'hui, avec la prévention omniprésente vis-à-vis des IST, et en particulier du VIH, les jeunes pensent tout d'abord à se protéger pour éviter une infection. Ils en oublient le risque de grossesse qui s'y ajoute. Cela peut être mis en lien avec les résultats des études [10][26] où l'accent mis sur la prévention des IST et l'usage du préservatif a fait passer le risque de grossesse au second plan pour les jeunes. La solution pourrait être de proposer des brochures abordant à la fois le risque de grossesse et le risque de transmission d'IST.

68.7% de l'échantillon ne savait pas ce qu'est un rapport à risque, et 81.9% d'entre eux a considéré que la technique du retrait n'était pas à risque de grossesse. D'après plusieurs études, nous voyons que l'un des problèmes réside dans le fait que la population n'a pas recours à la contraception d'urgence parce qu'elle ne se perçoit pas comme à risque de grossesse [10][12][24][27]. Malgré l'accès facilité à la contraception d'urgence, et parfois même la possession du comprimé à la maison, la non prise de conscience du risque de grossesse est le facteur le plus important limitant son utilisation [12]. Ce facteur peut être dû aux idées reçues concernant la fertilité et aux croyances erronées sur les contraceptifs. En effet, les jeunes n'ont peut-être pas notion que cette période de la vie est celle où la fertilité est maximale, et ils ne connaissent pas bien la physiologie du corps de la femme.

4.2 Connaissance de la contraception d'urgence

Dans notre étude, l'existence de la contraception d'urgence était connue par 98,6% de l'échantillon. Peu de références ont été trouvées dans la littérature concernant cette population. Un mémoire de sage femme datant de 2005 retrouve un échantillon dans lequel 88,7% en connaissait l'existence [28]. Ces différences de pourcentage peuvent s'expliquer par l'ancienneté de la source, et par la population qui se composait de mineurs et non d'étudiants de 20 à 24 ans.

L'utilisation d'Ellaone® ne représente qu'une toute petite partie de la consommation de la contraception d'urgence en 2010, mais cela se justifierait par sa date de mise sur le marché très récente, depuis le premier octobre 2009. D'après le CRIPS, ceci s'expliquerait par l'obligation d'obtenir une prescription médicale [3]. Dans notre étude, nous voyons que seulement 10,1% des étudiants savait qu'il existe deux types de pilule du lendemain, ce qui peut aussi justifier cette très faible utilisation.

La gratuité de la contraception d'urgence en pharmacie était relativement bien connue par notre échantillon, avec 71.9% de bonnes réponses. Concernant la connaissance de la possibilité d'achat de la contraception d'urgence sans ordonnance, notre étude est également en accord avec les données du baromètre santé fournie par l'INPES avec respectivement 91,2% de notre échantillon, et 93% des femmes et 87% des hommes de 15 à 25 ans au courant [29]. Le fait que la contraception d'urgence ne protégeait pas des IST était connu par 94,9% de l'échantillon.

Un des freins à l'utilisation de la contraception d'urgence réside dans la méconnaissance des professionnels de santé prescripteurs, dans notre étude 6,3% de l'échantillon les connaissait tous. La plupart de l'échantillon connaissait le médecin comme un prescripteur de la contraception d'urgence, mais a également cité le pharmacien en grande majorité, alors qu'elle ignorait que la sage-femme avait cette compétence. Nous pouvons supposer que les jeunes ne savent pas comment fonctionne le système de santé et qu'ils ont confondu les prescripteurs et les délivreurs.

Avec l'obsolescence rapide des connaissances techniques et l'étroitesse du socle de formation initiale, les professionnels de santé prescripteurs manquent

potentiellement de connaissances vis-à-vis de la contraception d'urgence. La formation initiale et continue des professionnels de santé ne prévoit pas de sensibilisation aux représentations socioculturelles ni à l'abord des questions dans le domaine de la sexualité [24].

31,8% de l'échantillon connaissait tous les professionnels et établissements pouvant délivrer la contraception d'urgence. Nous pouvons nuancer ce chiffre car 100% de l'échantillon savait que le pharmacien pouvait la délivrer. Il reste encore une action à faire en termes d'information pour la délivrance de la contraception d'urgence dans les CPEF et à l'infirmerie scolaire ou encore au centre de santé universitaire.

Le délai pour prendre la contraception d'urgence n'est connu que par 22,1% de l'échantillon. Nous notons une différence avec les données du baromètre santé fournie par l'INPES où 22% des femmes et 9% des hommes de 20 à 24 ans connaissaient le délai [29]. Mais ces données englobaient tous les 20-24 ans et pas seulement les étudiants. Nous pouvons nuancer ce faible pourcentage de bonnes réponses (22,1%) en mentionnant que la grande majorité des étudiants a répondu un délai plus court que la réponse attendue (beaucoup ont répondu 12h). Ces jeunes auraient donc sûrement réagi plus vite dans la prise du contraceptif du lendemain, et qu'ils n'auraient donc pas pris de risque. Mais nous pouvons nous demander s'ils n'ont pas confondu le délai de prise de la contraception d'urgence avec celui de l'oubli du comprimé de pilule contraceptive qui est de 12 heures pour la majorité de celles-ci. De nombreuses informations sont connues par l'échantillon, mais celles-ci semblent se mélanger.

44.7% de l'échantillon a répondu qu'il ne devait ou ne pouvait pas reprendre une contraception d'urgence dans un délai de 6 jours après l'avoir prise une première fois. Ceci peut nous amener à penser que ces étudiants imaginaient être encore dans le délai de protection du premier comprimé, ou qu'ils s'exposaient à un danger en prenant plusieurs fois celui-ci dans un court laps de temps. Les périodes pour la prise et pour la reprise de la contraception d'urgence ne sont donc pas encore acquises par l'échantillon.

4.3 Connaissance des compétences de la sage-femme en gynécologie

Dans notre étude, aucun étudiant ne connaissait toutes les compétences de la sage-femme, et seulement 14,7% savait qu'elle peut réaliser une consultation de gynécologie. Nous n'avons pas retrouvé d'études estimant ces données. Ceci peut être expliqué également par le récent élargissement du champ de compétence de la sage-femme de 2009.

69.1% de l'échantillon savait que la sage-femme peut travailler dans un centre de planification et d'éducation familiale. En Isère, les sages-femmes sont aujourd'hui de plus en plus nombreuses à y travailler. En effet d'après les statistiques du conseil général de l'Isère, pour un total de 25 CPEF dans le département, en 2011 elles étaient cinq (pour deux équivalents temps plein), et en 2013 treize (pour quatre équivalent temps plein). Ce sont parfois elles qui vont dans les écoles pour faire de la prévention dans des séances d'éducation à la sexualité. Le conseil général de l'Isère va donc dans le sens d'une valorisation des nouvelles compétences des sages-femmes dans le domaine de la gynécologie et de la prévention, et favorise cette nouvelle activité en embauchant de plus en plus de sages-femmes pour cette fonction.

4.4 Recours à une sage-femme dans une situation de besoin de la contraception d'urgence

Nous observons qu'aucun étudiant de l'échantillon ne s'adresse à la sage femme en premier lieu dans une situation de besoin de la contraception d'urgence. 68,7% de l'échantillon lui attribue le score de 4 ou de 5 comme professionnel de confiance, et 84,8% comme ayant un rôle important à jouer dans ce domaine. La sage-femme n'est citée que par une personne comme étant le professionnel de confiance et comme ayant le rôle le plus important. Ceci confirme que, pour l'échantillon, la sage-femme n'est actuellement pas un professionnel de référence dans le domaine de la contraception d'urgence.

Le médecin est le professionnel référence dans ce domaine, il est cité par 51,1% de l'échantillon comme ayant le rôle le plus important, et par 68.7% comme le premier professionnel de confiance lors d'un recours à la contraception d'urgence. Il est capital qu'il soit compétent dans ce domaine, et qu'il informe ses patients au maximum sur les conduites à tenir lors de prises de risques.

Le pharmacien est le premier professionnel de santé auquel s'adresse la population pour obtenir la contraception d'urgence. Selon les chiffres de l'HAS d'avril 2013, 90% des personnes va chercher celle-ci en pharmacie, tout comme 83,9% de notre échantillon [27]. Nous notons que l'échantillon ne classe pas le pharmacien comme professionnel de confiance (le CPEF est mieux positionné) mais il est considéré comme professionnel ayant un rôle important juste après le médecin. Nous supposons que le grand rôle de prévention joué par les CPEF met plus en confiance les jeunes sur la contraception d'urgence. Il semble qu'ils trouvent plus pratique d'aller en pharmacie pour la récupérer que de ce rendre dans les CPEF, notamment grâce à l'ouverture de celles-ci 24 heures sur 24. Renforcer la prévention et la formation dans les pharmacies paraît encore important pour dispenser les conseils et répondre aux questionnements des étudiants.

5. Propositions

Comme nous l'avons cité plus haut, avec les nouvelles dispositions législatives concernant les compétences de la sage-femme, celle-ci devient un réel professionnel de recours dans la prévention gynécologique et la contraception, notamment la contraception d'urgence. Il semble indispensable de développer une véritable collaboration entre les différents professionnels de santé sur un territoire de soin, et c'est à la sage femme, lors de son installation en activité libérale et de mettre en place cette collaboration interprofessionnelle (avec notamment le pharmacien, le médecin généraliste, le gynécologue et les centres de planification et d'éducation familiales) dans l'optique d'un bénéfice pour la patiente.

La sage-femme travaillant en CPEF pourrait lors de séances d'éducation à la sexualité dans les écoles nommer les professionnels de recours dans le domaine de la gynécologie et de la contraception. Les jeunes d'aujourd'hui auront notion qu'ils peuvent consulter une sage-femme comme leur médecin généraliste ou un gynécologue pour leur suivi gynécologique de prévention. Ces séances pourraient aussi être renforcées dans leur nombre, en respectant la législation qui indique 3 séances chaque année au collège et au lycée [23].

Une obtention gratuite pour une population élargie, ainsi qu'une augmentation du nombre d'acteurs pouvant délivrer la pilule du lendemain, pourrait faciliter son accès, car les jeunes étudiants n'ont pas toujours les revenus nécessaires [9][27].

La formation des professionnels de santé doit être renforcée au sujet de la contraception, pour pouvoir mieux informer les patients. Le temps consacré aux questions de la planification familiale est faible au cours des études de médecine générale, et les programmes de formation continue sur ce thème existent déjà et pourraient être consolidés [9][24]. L'information fournie par les cliniciens aux patients est un frein à l'utilisation de la contraception d'urgence lorsqu'elle est incomplète [27]. Une information claire devrait être donnée à chaque consultation de prescription de la contraception à propos de la conduite à tenir en cas de prise de risque de grossesse, et aussi à chaque renouvellement de contraception. Il est nécessaire de vérifier qu'elle a été bien comprise et assimilée [9]. De plus, le rôle des professionnels de santé est de faire de la prévention dans le domaine de la sexualité et les risques associés chez les 20-24 ans, car ce sont des enjeux majeurs de santé à cette période de la vie.

Les campagnes d'information pourraient être renforcées et ciblées à toute la population mais particulièrement aux jeunes car comme évoqué dans ce travail, les jeunes de 20-24 ans représentent la population ayant recours à la contraception d'urgence et à l'IVG le plus fréquemment, et une bonne information sur la pilule du lendemain pourrait avoir un impact dans le cadre de la prévention des grossesses non désirées [23]. Il faut mettre à disposition des jeunes des supports sur les problèmes concrets de gestion de la contraception (dans les CPEF, les salles d'attente des cabinets médicaux, dans les écoles à l'infirmerie) [9]. Ceux-ci pourraient également être donnés par le professionnel prescripteur de la contraception. Dans ces supports d'information, il semble intéressant de préciser les nouvelles compétences de la sage femme pour que les jeunes puissent se diriger vers le professionnel de santé de leur choix.

Actuellement, l'OMS parle de « santé sexuelle » comme un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. Ce terme comprend la sexualité dans sa globalité, avec l'information et la prévention en

gynécologie et non seulement la pathologie. Le jeune doit pouvoir vivre sa sexualité en étant informé de façon correcte pour comprendre et assimiler ces informations.

Lors de mon recueil de données, lorsque l'étudiant avait fini de remplir le questionnaire, j'ai distribué une fiche d'information sur la contraception d'urgence et les compétences de la sage-femme (*Annexe III : Fiche d'information pour les Etudiants*). Il y figurait les réponses à mon questionnaire et les informations nécessaires à la conduite à tenir lors d'une prise de risque de grossesse. Ceci leur a permis de s'informer sur les connaissances qu'ils n'avaient pas encore acquises.

La prescription d'une pilule du lendemain lors de la consultation en contraception, encouragée par l'HAS en avril 2013 à l'échelle individuelle, et l'achat de l'une d'elle en précaution, pourrait être une solution pour diminuer le temps de prise de cette contraception, et donc réduire le risque de grossesse [9][10][13][14][30][27].

Les jeunes représentent une population où il est difficile d'adapter la prévention actuelle pour la gynécologie et la contraception. Ils ont peu de ressources financières, et un besoin de confidentialité sur leur sexualité, surtout vis-à-vis de leurs parents [24]. La peur de l'examen gynécologique peut être un frein à la consultation [24]. Au cours des séances d'éducation à la sexualité et dans les campagnes et brochures d'information, nous pouvons mettre l'accent sur la gratuité de la consultation et de la contraception en CPEF jusqu'à 21 ans et sur la non systématisation de l'examen gynécologique lors de la première consultation.

V. CONCLUSION

Notre objectif principal a montré que les connaissances des étudiants de 20 à 24 ans sont encore très incomplètes concernant les compétences de la sage femme dans le domaine de la contraception d'urgence.

Nos objectifs secondaires ont révélé que les connaissances de l'échantillon sont encore partielles concernant la contraception d'urgence et la notion de prise de risque, et que la sage femme n'est pas reconnue comme un professionnel de recours dans une situation de besoin de la contraception d'urgence, ce qui va dans le sens de notre hypothèse de départ. La grande majorité des compétences de la sage femme en gynécologie est méconnue dans l'échantillon.

Les résultats ont révélé que le médecin est considéré comme le professionnel de confiance et le professionnel ayant un rôle important à jouer dans la contraception d'urgence, et qu'en pratique, l'échantillon se rend chez le pharmacien pour obtenir la contraception d'urgence.

Dans la cadre de la loi HPST de 2009, la sage femme peut suivre la femme en âge de procréer et en bonne santé pour la gynécologie, la contraception, et se doit d'informer ses patientes sur les conduites à tenir lors de prises de risques. Elle pourrait être le nouveau professionnel de recours pour les jeunes dans le cadre de la prévention, le suivi gynécologique et la contraception mais l'information sur ces nouvelles compétences doit être diffusée largement dans la population.

Même si la connaissance de l'existence de la contraception d'urgence semble acquise, ainsi que certaines informations la concernant, les connaissances sont partielles et les idées reçues encore présentes. Il parait important de renforcer la formation initiale et continue pour les professionnels de santé concernés dans le domaine de la gynécologie et de la contraception, et d'informer d'avantage les jeunes sur la contraception d'urgence et la notion de comportement à risque lors des consultations médicales dans ce domaine, par les séances d'éducation à la sexualité et par les campagnes d'information.

Notre étude avait ciblé un échantillon d'étudiants de l'agglomération Grenobloise. Une autre étude pourrait comparer les résultats obtenus avec ceux d'une autre ville ou avec la France entière afin de déterminer si ces résultats se retrouvent à l'échelle nationale.

VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] BAJOS N, MOREAU C, LERIDON H, FERRAND M.

Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?
Population et société, INED, Décembre 2004, Numéro 407.

[2] CROCHON D.

Les femmes ayant recours à l'IVG : qualité du suivi relatif à la contraception.
Mémoire de sage-femme. Université Joseph Fourier de Grenoble. 2009.

[3] Données sur la contraception et l'IVG en France.

CRIPS Provence Alpes Côte d'Azur, Dossier de synthèse documentaire et bibliographique, Novembre 2012.

[4] Statistiques de l'état civil et estimations de population.

Institut national de la statistique et des études économiques, 2013.

Consulté le: 09/04/2014

Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo®_id=0&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age3.htm

[5] VILAIN A, en collaboration avec MOUQUET M.C, GONZALEZ L, DE RICCARDIS N.

Les interruptions volontaires de grossesse en 2011.

Etude et résultats, Juin 2013, numéro 843.

[6] Site officiel de l'administration française.

Mis à jour en avril 2013.

Consulté le : 09/04/2014

Disponible sur : <http://vosdroits.service-public.fr/F1551.xhtml>

[7] BAJOS N, LERIDON H, GOULARD H, OUSTRY PACALE, JOB-SPIRAN, et al.

Contraception: from accessibility to efficiency.

Human Reproduction, 2003, Volume 18, p. 994-999.

[8] BAJOS N, PRIOUX F, MOREAU C.

Increase of repeat abortion in France: From contraceptive issues to postponement of childbearing age.

Revue d'épidémiologie et de Santé Publique. Elsevier, août 2013, Volume 61, p. 291-298.

[9] AUBIN C, JOURDAIN MENNINGER D, CHAMBAUD L.

La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence.

Rapport établi par l'inspection générale des affaires sociales, octobre 2009.

[10] GUYE O, FONTAINE D, FONTAINE-GAVINO K, DRENEAU M, BOLAMPERTI P.

Les jeunes en Rhône-Alpes : Etat des lieux sur la contraception, les IVG et l'offre en matière de soin, d'éducation et prévention.

Observatoire Régional de la Santé, Région Rhône-Alpes, Décembre 2011.

[11] MOREAU C, BOUYER J, GOULARD H, BAJOS N.

The remaining barriers to the use of emergency contraception: perception of pregnancy risk by women undergoing induced abortions.

Contraception, Mars 2005, volume 71, p. 202-207.

[12] P. FAUCHER

Contraception d'urgence.

Encyclopédie Médico-chirurgicale Gynécologie, Elsevier Masson, 2011, p. 1-7.

[13] TRUSSELL J, RAYMOND E.G, CLELAND K.

Emergency Contraception: A Last Chance to Prevent Unintended Pregnancy.

Indo American Journal of Pharmaceutical Research, February 2013, Volume 3.

[14] VINCENT-ROHFRITSCH A, PERNIN E, CHABBERT-BUFFET N.

Nouveautés en contraception.

La Revue Sage-Femme, Juin 2012, Volume 11, p. 150-157.

[15] Conseil national de l'Ordre des Sages-femmes.

La sage femme peut-elle prescrire des moyens contraceptifs ?

Consulté le : 09/04/2014

Disponible sur : [http://www.ordre-sages-](http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/2/partie_extranet/news_data/droit_de_prescription/medicaments/la_sagefemme_peutelle_prescrire_des_moyens_contraceptifs_/index.htm)

[femmes.fr/NET/fr/document/2/partie_extranet/news_data/droit_de_prescription/medicaments/la_sagefemme_peutelle_prescrire_des_moyens_contraceptifs_/index.htm](http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/2/partie_extranet/news_data/droit_de_prescription/medicaments/la_sagefemme_peutelle_prescrire_des_moyens_contraceptifs_/index.htm)

[16] GOMEZ C.

La contraception : quel rôle pour la sage-femme ? Incidences des nouvelles dispositions légales.

La Revue Sage-Femme, 2007, Volume 6, p. 74-89.

[17] BACHELOT R.

Loi portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Parue au Journal Officiel de la République Française n°167, 22 juillet 2009, Article 86 de la loi n°2009-879.

[18] JUNG L.

« Je ne travaille jamais en bibliothèque ». Enquête auprès des étudiants non-fréquentants ou faibles fréquentants.

Mémoire d'étude, diplôme de conservateur de bibliothèques, décembre 2010.

[19] RENOULT D.

Les bibliothèques universitaires et leurs publics : à propos d'une enquête récente.

Université d'Artois, Journée d'étude sur la lecture étudiante. 16 Mars 2004.

[20] DENDANI M, REYSSET P.

Les usages sociaux de la Bibliothèque Universitaire, le cas des lettres et sciences humaines à l'université de Provence.

Octobre 2000.

[21] LUTINIER B.

Les effectifs d'étudiants dans le supérieur en 2009 : la plus forte progression depuis 1993.

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, note d'information 10-08, octobre 2010.

[22] LAVERSIN S.

Le patient internaute (Revue de la littérature).

Haute Autorité de santé, Service qualité de l'information médicale, mai 2007

[23] C. AUBIN, D. JOURDAIN MENNINGER, L. CHAMBAUD

La prévention des grossesses non désirées : information, éducation et communication. Inspection générale des affaires sociales, Rapport 118A, Octobre 2009.

[24] HAMERS F, BARRE S, SCEMAMA O, THEBAUT C.

Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée

Document de synthèse, Haute Autorité de Santé, Avril 2013

[25] GALLAIS J.L, MALOULI A.

Contraception des adolescents : Places et leviers spécifiques de la Médecine générale Société Française de Médecine Générale, audition du 9 décembre 2010

[26] BELTZER N, MOREAU C, BAJOS N.

Prévention des grossesses non prévues chez les jeunes en France : pour une double protection des premiers rapports sexuels ?

Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2011, Volume 59, p. 15-21.

[27] HAMERS F.

Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance
Recommandations en santé publique de l'HAS, Avril 2013.

[28] WILL S.

La contraception d'urgence dans la prévention des grossesses non désirées à l'adolescence.

Mémoire de sage-femme. Nancy. 2005.

[29] MOATTI J.P.

Sexualité, contraception et IVG chez les jeunes de 15-24 ans en Provence-Alpes-Côte d'Azur

Repère santé, Volume 10, 2006.

[30] RODRIGUEZ M.I, CURTIS K.M, GAFFIELD M.L, JACKSON E, KAPP N.

Advance supply of emergency contraception: a systematic review.

Contraception, Elsevier, Septembre 2012, Volume 87, p. 590-601.

VII. ANNEXES

ANNEXE I : Questionnaire

Lieux de recueil :

- BU de Médecine/Pharmacie
- BU des Sciences
- BU des Lettres

1) Quel âge avez-vous ?

2) Vous êtes :

- Un garçon
- Une fille

3) Indiquez votre niveau d'étude (bac +, sans compter le/les années redoublées) :

.....

4) Indiquez votre filière d'étude :.....

I. Contraception d'urgence

5) Savez-vous ce qu'est la contraception d'urgence (plus communément appelée pilule du lendemain) ?

- Oui
- Non

6) Si oui, qui vous a déjà informé sur ce sujet (plusieurs réponses sont possibles) ?

- Parents
- Fratries
- Centre de planification familial
- Infirmière scolaire
- Scolarité (SVT, autre)
- Amis
- Médecin
- Sage-femme
- Médias
- Autres :
précisez

7) Avez-vous déjà eu recours au moins une fois à la contraception d'urgence ?

- Oui
- Non

8) Savez-vous ce qu'est « un rapport à risque » (plusieurs réponses sont possibles) ?

- Un rapport sexuel qui a eu lieu alors que vous n'aviez aucune contraception
- Un rapport sexuel qui a eu lieu avec un préservatif qui à « craqué » ou qui a été mal mis
- Un rapport sexuel qui a eu lieu après un oubli de pilule de moins de 12h
- Un rapport sexuel qui a eu lieu après un oubli de pilule de plus de 12h
- Si il y eu un rapport non protégé avec la technique du retrait

9) Par rapport à quoi prenez vous un « risque » (quel est le risque encouru) ?

.....

10) Il existe deux types de « pilule du lendemain ». Les connaissez-vous ?

- Oui
- Non
- Si Oui, Connaissez- vous leurs noms ?

.....

11) Quelles sont les principales différences d'utilisation entre celles-ci ?

-
-
-

12) Qui peut prescrire la contraception d'urgence (plusieurs réponses sont possibles) ?

- Un pharmacien
- Une infirmière scolaire
- Un médecin traitant
- Une sage-femme
- Un gynécologue

13) Où peut-on se procurer la contraception d'urgence (plusieurs réponses sont possibles) ?

- Chez un pharmacien
- Après d'une l'infirmière scolaire du centre de santé universitaire
- Dans un centre de planification familial
- Chez le médecin traitant
- Chez une sage-femme
- Chez un gynécologue

14) Si vous deviez aller chercher la pilule du lendemain, à qui vous adresseriez vous en premier ?

.....

- 15) La contraception d'urgence peut-elle être gratuite en pharmacie ?
- Oui
 - Non
 - Si oui, dans quel cas ?.....
-
- 16) Faut-il forcément une ordonnance pour l'obtenir ?
- Oui
 - Non
 - Si non, dans quel cas ?
-
-
- 17) Protège-t-elle des IST (infections sexuellement transmissibles) ?
- Oui
 - Non
- 18) Dans quel délai après le rapport non protégé faut-il prendre la pilule du lendemain?
-
-
- 19) Après la prise de la pilule du lendemain, que faites-vous (plusieurs réponses sont possibles) ?
- Je continue ma contraception (par exemple ma pilule, ou le préservatif)
 - J'utilise un préservatif pendant 7 jours
 - Je fais systématiquement un test de grossesse quelques semaines après la prise
 - Je ne fais rien de plus
- 20) J'ai pris la pilule du lendemain il y a 6 jours, et aujourd'hui j'ai à nouveau eu un rapport à risque. Que fais-je ?
- Je reprends la pilule du lendemain
 - Je ne prends rien de plus
- 21) Qui a un rôle important à jouer dans la contraception d'urgence (mettre un numéro de 1 à 5 en fonction de l'importance que vous attribueriez au professionnel, 1 étant le plus concerné et 5 le moins) ?
- Le médecin
 - Le pharmacien
 - La sage-femme
 - L'infirmière scolaire
 - Un centre de planification familial
- 22) Pour votre suivi en contraception et pour vous informer sur la contraception d'urgence, en qui auriez-vous le plus confiance (mettre un numéro de 1 à 5, 1 étant le professionnel en qui vous avez le plus confiance et 5 le moins) ?
- Le médecin
 - Le pharmacien
 - La sage-femme
 - L'infirmière scolaire
 - Un centre de planification familial

II. Compétence de la sage-femme

- 23) Concernant les compétences de la **sage-femme** au cours de la grossesse (plusieurs réponses sont possibles) :
- Elle peut suivre une grossesse simple et réaliser les consultations de grossesse
 - Elle peut pratiquer des séances de préparation à la naissance
 - Elle peut pratiquer des échographies de surveillance de grossesse
 - Elle peut pratiquer une césarienne
 - Elle peut travailler en cabinet et à l'hôpital
 - Elle peut pratiquer l'accouchement

- Elle peut rendre visite à une mère à domicile après son retour de la maternité

24) Concernant les compétences de la **sage-femme** en dehors de la grossesse (plusieurs réponses sont possibles) :

- Elle peut pratiquer une consultation de gynécologie
- Elle peut pratiquer le Frottis cervico-vaginal qui permet de dépister le cancer du col de l'utérus
- Elle peut pratiquer un examen des seins (pour dépister le cancer du sein)
- Elle peut travailler dans un centre de planification familial
- Elle peut vacciner les jeunes filles contre le Papillomavirus (virus impliqué dans le cancer du col de l'utérus)
- Elle peut prescrire **tous** les types de contraception
- Elle peut administrer **tous** les types de contraception (exemple : poser un stérilet)
- Elle peut assurer la surveillance et le suivi biologique de la contraception
- Elle peut donner la contraception d'urgence

ANNEXE II : Calendrier des Saisies

- le 13/09 à 16h30 à la BU des sciences : questionnaires numéro 1 à 15.
- le 23/09 à 12h30 à la BU des lettres : questionnaires numéro 16 à 26.
- le 23/09 à 13h à la BU des sciences : questionnaires numéro 27 à 40.
- le 24/09 à 10h à la BU des lettres : questionnaires numéro 41 à 51.
- le 24/09 à 10h30 à la BU des sciences : questionnaires numéro 52 à 65.
- le 27/09 à 14h30 à la BU des lettres : questionnaires numéro 66 à 81.
- le 03/10 à 11h30 à la BU des sciences : questionnaires numéro 82 à 99.
- le 07/10 à 17h à la BU des lettres : questionnaires numéro 100 à 119.
- le 07/10 à 17h45 à la BU des sciences : questionnaires numéro 120 à 145.
- le 8/10 à 13h30 à la BU médecine : questionnaires numéro 146 à 162.
- le 8/10 à 15h à la BU des lettres : questionnaires numéro 163 à 183.
- le 10/10 à 17h00 à la BU médecine : questionnaires numéro 184 à 204.
- le 20/11 à 10h00 à la BU médecine : questionnaires numéro 205 à 222.

ANNEXE III : Fiche d'information pour les Etudiants

La contraception d'urgence :

La contraception d'urgence est une contraception qui a pour but d'empêcher la fécondation après un rapport à risque de grossesse. Elle peut par exemple se présenter sous la forme d'une pilule du lendemain.

Un rapport à risque de grossesse est un rapport sexuel qui a eu lieu alors que vous n'aviez aucune contraception : cela peut être un oubli de pilule de plus de 12h, ou un préservatif qui a été mal mis ou qui a « craqué ». La technique du retrait est à risque de grossesse.

Il existe deux types de pilule du lendemain :

La première, au lévonogestrel (commercialisée sous le nom de Norlevo® par exemple), est gratuite pour les mineurs et on peut la trouver sans ordonnance. Elle est efficace pendant 72h maximum, et son efficacité est maximum dans les premières 24h.

La deuxième, à l'ulipristal acétate (commercialisée sous le nom d'Ellaone®), n'est délivrée que sur une ordonnance médicale. Elle est payante mais remboursée par la sécurité sociale à 65%. Elle est efficace pendant 120h (efficacité d'environ 98.5%).

On peut se procurer la contraception d'urgence chez un pharmacien, auprès d'une infirmière scolaire, dans un centre de planification familiale, chez un médecin et chez une sage-femme !

Elle ne protège pas des IST (infections sexuellement transmissibles).

Après la prise de la pilule du lendemain, vous devez utiliser un préservatif pendant 7 jours (même si vous avez une autre contraception comme la pilule), vous devez continuer votre contraception (la pilule par exemple), et vous devez faire un test de grossesse à la fin du cycle car il existe toujours un risque de grossesse même après la prise d'une pilule du lendemain.

Compétence de la sage-femme :

Au cours de la grossesse, elle peut suivre une grossesse simple et réaliser les consultations de grossesse, elle peut pratiquer des séances de préparation à la naissance, des échographies de surveillance de grossesse, l'accouchement et elle peut rendre visite à une mère à domicile après son retour de la maternité. Elle peut travailler en cabinet et à l'hôpital.

En dehors de la grossesse, elle peut pratiquer une consultation de gynécologie, elle peut pratiquer le Frottis cervico-vaginal qui permet de dépister le cancer du col de l'utérus, un examen des seins (pour dépister le cancer du sein), vacciner les jeunes filles contre le Papillomavirus (virus impliqué dans le cancer du col de l'utérus).

Elle peut prescrire et administrer **tous** les types de contraception, en assurer la surveillance et le suivi biologique, et elle peut donner la contraception d'urgence.

Elle peut travailler dans un centre de planification familial

ANNEXE IV : Tableau représentant la comparaison de l'objectif principal avec la source de l'information sur la contraception d'urgence.

Possibilité pour la sage-femme de :	Donner la contraception d'urgence (C.U.)			Prescrire la contraception d'urgence (C.U.)		
	Bonnes réponses			Bonnes réponses		
Information obtenue par :	Effectif (n)	Proportion (%)	<i>P value</i>	Effectif (n)	Proportion (%)	<i>P value</i>
Les parents :			<i>0.2</i>			<i>0.87</i>
Oui (N=46)	28	60,9		11	23,9	
Non (N=171)	86	50,3		39	22,8	
La fratrie :			<i>0.92</i>			<i>0.99</i>
Oui (N=13)	7	53,8		3	23,1	
Non (N=204)	107	52,5		47	23,0	
Un CPEF :			<i>0.4</i>			<i>0.99</i>
Oui (N=65)	37	56,9		15	23,1	
Non (N=152)	77	50,7		35	23,0	
Une infirmière scolaire :			<i>0.26</i>			<i>0.25</i>
Oui (N=56)	33	58.9		16	28.6	

Non (N=161)	81	50,3		34	21,1	
<u>La scolarité :</u>			<i>0.56</i>			<i>0.71</i>
Oui (N=135)	73	54,1		30	22,2	
Non (N=82)	41	50,0		20	24,4	
<u>Des amis :</u>			<i>0.72</i>			<i>0.41</i>
Oui (N=111)	57	51,4		23	20,7	
Non (N=106)	57	53,8		27	25,5	
<u>Un médecin :</u>			<i>0.22</i>			<i>0.98</i>
Oui (N=48)	29	60,4		11	22,9	
Non (N=169)	85	50,3		39	23,1	
<u>Les médias :</u>			<i>0.86</i>			<i>0.99</i>
Oui (N=113)	60	53,1		26	23,0	
Non (N=104)	54	51,9		24	23,1	

Résumé

Introduction : Les interruptions volontaires de grossesse, touchant majoritairement les 20-24 ans, sont stables en France depuis plus de 30 ans, malgré la diffusion de la contraception. Cela interroge sur la connaissance de cette population à propos de la contraception d'urgence et sur le rôle que la sage-femme pourrait jouer dans ce domaine.

L'objectif principal était d'évaluer les connaissances des étudiants de 20 à 24 ans à propos du rôle de la sage-femme dans le domaine de la contraception d'urgence. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer le taux de recours à une sage-femme dans la situation de besoin de cette contraception, les connaissances de l'échantillon concernant la notion de comportement à risque, la contraception d'urgence et sur les compétences de la sage-femme en gynécologie.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude épidémiologique descriptive transversale multicentrique réalisée dans les différentes universités de l'agglomération grenobloise durant l'année 2013. L'étude portait sur 217 étudiants de 20 à 24 ans travaillant dans les bibliothèques universitaires.

Résultats : 52,5% de l'échantillon connaissait la possibilité pour la sage-femme de délivrer la contraception d'urgence, et 23% la possibilité de la prescrire. La sage-femme n'est pas reconnue comme un professionnel de recours pour la contraception d'urgence, contrairement au médecin qui est considéré comme professionnel de confiance et ayant un rôle important à jouer dans ce domaine, et le pharmacien qui est le professionnel référence pour l'obtenir. Les connaissances de la notion de comportement à risque, sur la contraception d'urgence et sur les compétences de la sage-femme en gynécologie sont encore partielles.

Conclusion : S'appuyant sur les textes de 2009, l'information du public sur le rôle de la sage-femme en matière de suivi gynécologique, de contraception et de prévention doit être renforcée. Elle devrait s'associer à une campagne plus générale sur les comportements à risque en matière de sexualité et de grossesse et vis-à-vis de l'utilisation de la contraception d'urgence.

Mots-clefs : Interruption Volontaire de Grossesse – Contraception d’urgence – étudiants – Sage-femme – Médecin – Pharmacien – Centre de Planification et d’éducation familial