



HAL
open science

La contraception d'urgence. Acquis de connaissances et sentiment de confiance des étudiants sages-femmes de France

Florine Berthelot

► **To cite this version:**

Florine Berthelot. La contraception d'urgence. Acquis de connaissances et sentiment de confiance des étudiants sages-femmes de France. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01897848

HAL Id: dumas-01897848

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01897848v1>

Submitted on 17 Oct 2018

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

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

**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE D'AUVERGNE – CLERMONT 1

LA CONTRACEPTION D'URGENCE

**Acquis de connaissances et sentiment de confiance des étudiants sages-femmes de
France**

**MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR
Florine BERTHELOT**

Née le 22 08 1994

**DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
Année 2018**

**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE D'AUVERGNE – CLERMONT 1

LA CONTRACEPTION D'URGENCE

**Acquis de connaissances et sentiment de confiance des étudiants sages-femmes de
France**

**MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR
Florine BERTHELOT**

Née le 22 08 1994

**DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
Année 2018**

REMERCIEMENTS

Je souhaiterais tout d'abord adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont apportée leur aide et qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie tout particulièrement Séverine TAITHE, sage-femme enseignante, qui a été ma directrice de mémoire et sans qui celui-ci n'aurait pu aboutir. Merci pour votre soutien, votre disponibilité et pour m'avoir guidée dans la réalisation de ce mémoire.

Je remercie l'équipe du bureau des élèves de l'école de Clermont-Ferrand qui m'a permis de diffuser mon questionnaire aux autres écoles.

Je remercie également tous les étudiants qui ont porté un intérêt à mon étude en acceptant de participer.

J'adresse mes remerciements à toute l'équipe enseignante de l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand pour ces années de formation, ainsi qu'à toutes les sages-femmes qui ont su me guider et me former au cours de mes différents stages.

Pour finir, je remercie plus précisément ma famille, mes amis ainsi que toute ma promotion pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de ces quatre années.

GLOSSAIRE

Loi HPST : Loi Hôpital, patients, santé, territoires

OMS : Organisation mondiale de la santé

IVG : Interruption volontaire de grossesse

DIU : Dispositif intra-utérin

PCU : Pilule contraceptive d'urgence

CRAT : Centre de référence sur les agents tératogènes

MIP : Maladie inflammatoire pelvienne

IST : Infection sexuellement transmissible

HIV : Virus de l'immunodéficience humaine

GEU : Grossesse extra-utérine

PACES : Première année commune aux études de santé

LMD : Licence Master Doctorat

ECTS: European Credit Transfer System

UE: Unité d'enseignement

SAMU : Service d'aide médicale urgente

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

ANESF : Association nationale des étudiants sages-femmes de France

CU : Contraception d'urgence

CAT : Conduite à tenir

ED : Enseignement dirigé

SFL : Sage-femme libérale

QCM : Questionnaire à choix multiples

BDE : Bureau des élèves

CSCT : Certificat de synthèse clinique et thérapeutique

CRIPS : Centre régional d'information et de prévention du sida

HAS : Haute autorité de santé

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

SOMMAIRE

Introduction	2
Revue de la littérature	4
I. Santé sexuelle et maîtrise de la fécondité des femmes	4
II. La contraception d'urgence	9
III. Pédagogie et méthodes pédagogiques	15
IV. Rôle des sages-femmes dans la santé sexuelle des femmes	26
Matériel et Méthode	28
I. L'étude et objectifs	28
II. Méthode	28
III. Le recueil des données	29
IV. La saisie des données	30
V. L'analyse des données	30
VI. Budget	30
VII. Aspects éthiques et réglementaires	30
Résultats	32
I. Taux de réponses au questionnaire	32
II. Caractéristiques de la population	32
III. Connaissances générales sur la contraception d'urgence	34
IV. Sentiment de confiance des étudiants sages-femmes	40
V. Formation des étudiants sur la contraception d'urgence et niveau de satisfaction	41
VI. Score de connaissance	44
VII. Etude des besoins de formation des étudiants sages-femmes	49
Discussion	51
I. Atteinte des objectifs de l'étude	51
II. Limites et points forts de l'étude	51
III. Analyse des résultats	53
IV. Projet d'action	65
Conclusion	66
Références bibliographiques	
Annexes	

INTRODUCTION

Les sages-femmes ont vu, au fil des années, leur champ de compétences se développer dans le domaine de l'obstétrique, de la pédiatrie mais également de la gynécologie. Depuis la loi HPST du 21 juillet 2009, les sages-femmes peuvent assurer des consultations en matière de gynécologie préventive et de contraception auprès des femmes en bonne santé, tout au long de leur vie. Il existe cependant, encore, une méconnaissance du grand public sur la diversité des compétences des sages-femmes. C'est pourquoi, le gouvernement a mis en place de nombreuses campagnes d'information afin que leurs pratiques soient reconnues et soutenues par les femmes mais également par les professionnels (médecins, gynécologues, pharmaciens). Ces nouvelles compétences sont, aujourd'hui, largement mises à profit puisque beaucoup de sages-femmes réalisent désormais des consultations de gynécologie et de contraception, notamment en libéral (1).

La prévention sexuelle est devenue une part entière de leur profession, leur rôle est donc de fournir une information la plus exhaustive possible concernant la contraception et la contraception d'urgence. Pour cela, la formation en maïeutique a subi de multiples changements afin de permettre aux étudiants d'acquérir ces nouvelles compétences. Ils bénéficient désormais de cours théoriques mais également de travaux pratiques portés sur le suivi gynécologique et contraceptif des femmes. En plus des enseignements dispensés par l'école, les étudiants ont également la possibilité de perfectionner leurs acquis lors de divers stages dans différents services.

Les études publiées s'intéressent davantage aux connaissances des étudiants sages-femmes sur la contraception et le suivi gynécologique ou encore sur leur formation initiale en gynécologie, mais encore aucune ne s'est penchée sur leurs connaissances en matière de contraception d'urgence. Or, la France a certes le taux de diffusion de contraception le plus élevé et la plus forte prévalence en matière de contraception selon l'Institut National de Prévention et d'Education pour la santé (INPES), il n'en reste pas moins, qu'encore un tiers des grossesses sont non désirées et dans six cas sur dix, elles aboutissent à une interruption volontaire de grossesse (IVG). De plus, dans près de la moitié des cas, les femmes utilisaient une contraception à forte efficacité théorique, ainsi de nombreuses femmes sont confrontées à des échecs de contraception, faces auxquelles trop peu savent réagir. Il est donc du rôle du professionnel, et désormais des sages-

femmes, d'informer les femmes sur la conduite à tenir en cas d'incidents contraceptifs (2,3).

L'objectif principal de cette étude était donc d'évaluer l'état des connaissances des étudiants sages-femmes sur la contraception d'urgence. Il semblait également important de s'interroger sur la formation initiale des étudiants sages-femmes concernant celle-ci. Est-elle suffisante à l'exercice de leur profession ? Leur permet-elle de conseiller les femmes de façon autonome et confiante sur son mode d'utilisation ?

Une revue de la littérature a tout d'abord été réalisée, prenant en compte les diverses notions du sujet, aussi bien épidémiologiques, contraceptives que pédagogiques. Dans un second temps, un travail de recherche a été présenté avec une partie population et méthode et une partie résultat. Puis, une discussion concernant les résultats observés a été élaborée et aboutissant sur la proposition d'un plan d'action.

I. Santé sexuelle et maîtrise de la fécondité des femmes

1. Santé sexuelle

Selon la définition de l'OMS de 2002, la santé sexuelle est définie comme « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonction ou d'infirmité. La santé sexuelle a besoin d'une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, et la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contraintes, discrimination ou violence. Afin d'atteindre et de maintenir la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés ».

La sexualité est un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est influencée par des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels (4). Cette définition de la santé sexuelle comprend différents thèmes et notamment les grossesses non désirées, les interruptions de grossesse et la contraception puisque tout être humain est libre de sa sexualité et de choisir ou non de se reproduire.

En France, la sexualité est au cœur du droit des femmes, depuis les 40 dernières années de nombreuses lois et campagnes ont vu le jour afin de permettre un contrôle des naissances et de laisser libre choix aux femmes en matière de reproductibilité. Le contrôle raisonné de la procréation s'inscrit dans l'idéologie égalitaire de notre époque et dans notre perspective de liberté et d'égalité sexuelle (5).

2. Droit à l'avortement

a) *Etat des lieux de l'IVG en France*

La contraception a été légalisée en France à partir de 1967 grâce à la loi Neuwirth. Aujourd'hui, malgré la mise en place de nombreuses campagnes à visée contraceptive et une prévalence contraceptive élevée (75% des femmes en âge de procréer utilisent une

méthode de contraception moderne), les échecs contraceptifs sont fréquents : 1 grossesse sur 3 est non prévue et parmi celles-ci la moitié font l'objet d'une IVG (5). Le droit à l'avortement a été légalisé en France depuis la loi Veil en 1975. Depuis les vingt dernières années, on a pu constater une stabilisation du taux d'IVG. En effet, en 2016, il a été recensé 211 900 IVG contre environ 215 000 en 2006. Ce qui représente environ 13,9 IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans. Le taux d'IVG par femme reste lui aussi stable avec 0,52 IVG / femme. Parmi les grossesses non prévues, 2 sur 3 surviennent sous contraception et 1 sur 3 est due à la non-utilisation de la contraception ; la première raison de non-utilisation de la contraception déclarée par les femmes est le manque de perception du risque de grossesse (6–9).

b) L'IVG à l'échelle mondiale : une pratique menacée

Malgré que le droit à l'IVG se répande de plus en plus dans le monde, depuis de nombreuses années, ce sujet reste encore très controversé à l'heure actuelle. En effet, il existe encore de nombreux pays où le droit à l'avortement est encore interdit ou alors sous conditions très restreintes. Selon un rapport de l'OMS datant de septembre 2017, 25 millions d'avortements non sécurisés (autrement dit clandestins) ont été pratiqués chaque année entre 2010 et 2014, soit 45 % de l'ensemble des avortements. 97 % de ces avortements non sécurisés ont été pratiqués dans les pays en développement en Afrique, en Asie et en Amérique latine, pays où l'accès à l'avortement n'est pas autorisé ou autorisé uniquement pour sauver la vie d'une femme ou préserver sa santé physique. Ainsi, la contraception est donc devenue, au fil des années, un sujet de santé publique afin de garantir aux femmes leurs droits en matière de fécondité, droits de plus en plus mis en danger. En effet, de nombreux mouvements sont aujourd'hui présents pour militer contre le droit à l'IVG. C'est notamment le cas du mouvement « pro-vie » qui regroupent des associations et personnes, proches des mouvements religieux, et défendant le « droit à la vie », à travers l'opposition au « droit à l'avortement », à la contracepation et parfois à certaines formes de contraceptions. On a également vu apparaître ces dernières années des sites informatiques promulguant des informations fausses sur l'IVG, action qui est désormais interdite par la loi depuis le 4 août 2014 (8,10,11). En 2004, « Assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours » fut l'un des 100 objectifs de Santé publique. Désormais de nombreux sites internet, affiches, films

publicitaires ont vu le jour afin de sensibiliser et d'informer les femmes sur les multiples contraceptions existantes (12).

c) Impact obstétrical et psychologique de l'IVG

Bien que le droit à l'avortement fasse désormais partie intégrante des droits sexuels de la femme, cela reste néanmoins un acte non anodin pour la femme. En effet, le recours à une IVG entraîne de grandes conséquences, notamment psychologiques, sur les femmes qui n'en sont pas toujours conscientes.

L'expérience clinique a pu montrer que l'état de grossesse impose en lui-même, à toute femme, une mobilisation affective et psychologique que le projet d'IVG n'annule pas. On observe ainsi que les patientes en demande d'IVG ont souvent déjà mobilisé les mécanismes psychologiques communs relatifs à la maternité, ceux observés et décrits dans la littérature chez les femmes qui mènent à terme leur grossesse. Les femmes en demande d'IVG, chez qui se mettent en place ces mécanismes spontanés de la maternité, mobilisent le plus souvent d'autres mécanismes qui viennent s'opposer au processus de maturation maternelle mis en place chez les femmes qui mènent à terme leur grossesse. Certaines se défendent de leurs émotions relatives à la grossesse dont elles ne veulent plus rien savoir dès que le projet d'IVG est pensé. Ces mécanismes semblent être responsables de l'attitude défensive de certaines patientes. Nous avons pu constater que, lorsque nous rencontrons ces femmes quelques mois, années après une IVG, cette part occultée de leur vécu est restée enkystée dans leur personnalité. Il se révèle alors qu'une dimension du deuil de la grossesse qui, en même temps qu'elle était refusée, était investie affectivement, n'a pu être élaborée. Pour certaines femmes, le fœtus qui est extrait de leur corps peut ne pas suffire à incarner cet enfant psychique, ce qui conduirait à la formation de ce que Danielle Bastien appelle un « noyau d'impossibilité du deuil ». Cette impossibilité à faire le deuil s'exprime, plus tard, chez certaines d'entre elles, dans des difficultés psychiques, et psychosomatiques, à concevoir une nouvelle grossesse. Certaines femmes, pourront également présenter des difficultés relationnelles et affectives avec leurs enfants futurs.

Outre la répercussion psychologique d'une interruption de grossesse, celle-ci peut également entraîner plusieurs complications gynécologiques et obstétricales. Lors d'une étude comparant les effets secondaires des femmes ayant eu recours à une IVG au cours de leur vie et celles n'en n'ayant jamais eu, on constate que celles ayant déjà réalisées une IVG sont plus sujettes aux infections sexuellement transmissibles et déclarent plus

fréquemment des symptômes pouvant évoquer une infection. Mais ceci serait expliqué par un plus grand dépistage pour les femmes en demande d'IVG. De plus, l'âge plus jeune au premier rapport sexuel et le nombre de partenaires plus élevé constituent également un facteur de risque d'exposition aux infections génitales. Il a également été retrouvé une augmentation des douleurs pelviennes chroniques, notamment dans les suites d'une IVG par aspiration, s'expliquant par le geste chirurgical mais également par l'augmentation des infections génitales hautes telles qu'une salpingite ou une endométrite chronique. Des troubles du cycle à type de métrorragies, ménorragies ou de spanioménorrhée peuvent également survenir. Les IVG ne sont pas non plus sans conséquences sur les grossesses futures, l'apparition de synéchies n'est pas rare entraînant une infertilité secondaire. Le risque de grossesse extra-utérine est également augmenté ainsi que l'apparition d'un placenta accréta. La pratique répétée d'IVG par aspiration avec dilatation du col, peut entraîner une béance cervico-isthmique se traduisant par des fausses couches tardives ainsi qu'une augmentation du risque de menace d'accouchement prématuré (13–15).

Dans le but de diminuer ce recours à l'IVG, acte non sans conséquence pour la femme, il est donc primordial que celles-ci puissent avoir recours à une contraception efficace afin d'empêcher toute situation de grossesse non désirée.

3. La contraception : état des lieux et législation

Les méthodes contraceptives disponibles en France visent à empêcher la fécondation soit par blocage de l'ovulation (contraceptifs hormonaux), soit en perturbant la progression des spermatozoïdes dans le tractus génital (DIU, contraceptifs progestatifs, spermicides), soit en interférant avec l'implantation de l'œuf (DIU), soit en bloquant de façon mécanique la progression des spermatozoïdes (préservatifs, contraceptifs mécaniques). Aujourd'hui, il existe un nombre important de moyens de contraception afin de répondre aux attentes et aux profils de toutes les femmes. Cependant, aucun type de contraception n'est efficace à 100 % et de nombreuses femmes sont sujettes à des échecs contraceptifs entraînant donc des grossesses non désirées (16).

a) La naissance de la contraception d'urgence et son développement

Afin de diminuer le nombre d'IVG et de permettre aux femmes d'avoir une solution de « rattrapage », une contraception d'urgence oestroprogestative se développa dans les années 80, grâce à une meilleure connaissance de la contraception. A partir du

31 mai 1999, le lévonorgestrel est disponible sans ordonnance dans les pharmacies afin de faciliter son utilisation, la France est le premier pays à mettre cette mesure en place (12). Les professionnels de santé concernés par la prescription ou la délivrance de la contraception d'urgence sont les pharmaciens d'officine, les médecins généralistes, les gynécologues et obstétriciens, les sages-femmes, les infirmiers et médecins scolaires et les médecins des services d'urgences. Les conseillères conjugales, également concernées par la contraception d'urgence, n'ont pas le droit de la délivrer (9).

Dans le but de diminuer le nombre de grossesses non désirées, de nombreuses lois ont été mises en place afin d'augmenter l'utilisation de la contraception. En effet, en 1972, les CPEF sont autorisés à délivrer aux mineures des contraceptifs sur prescription médicale, gratuitement et anonymement. Avec la loi « HPST » de 2009, les sages-femmes sont autorisées à prescrire toutes les méthodes contraceptives dont la contraception d'urgence (y compris la pose de DIU). Les centres de médecine préventive universitaire et de promotion de la santé sont autorisés à délivrer la contraception d'urgence ELLAONE® dont la commercialisation a débuté en octobre 2009 en France. En 2013, un protocole national précise les modalités de délivrance de la contraception d'urgence par les infirmières scolaires des établissements du second degré (12).

L'utilisation de la PCU a augmenté de manière très importante depuis que le lévonorgestrel n'est plus soumis à prescription médicale. En effet, suite au décret de la loi de 2005, le lévonorgestrel (NORLEVO® 0,75mg) ne présentant pas de danger pour la santé n'est plus soumis à prescription médicale obligatoire. Il peut donc être délivré gratuitement par les pharmaciens aux mineures désirant garder l'anonymat. Il est également inscrit sur la liste des médicaments remboursables au taux de 65 % mais uniquement sur prescription (9).

b) Caractéristiques des femmes ayant recours à la CU

Plus de 91 % des Françaises sexuellement actives âgées de 15 à 24 ans déclarent employer une méthode contraceptive. Des études montrent qu'une femme sur cinq oublie sa pilule au moins une fois par mois. Deux tiers des femmes ayant une grossesse non prévue utilisent une contraception. Seulement 5% des femmes sexuellement actives ne souhaitant pas d'enfant n'utilisent pas de contraception (12). Le nombre de ventes de la pilule contraceptive d'urgence a plus que doublé en 10 ans, pour atteindre 1,3 million en 2010. En 2010, près d'une femme sur quatre en âge de procréer affirme avoir déjà eu

recours à la PCU au cours de leur vie, avec un taux plus élevé chez les femmes les plus jeunes. En effet, une étude de 2010 a montré que parmi la proportion de femmes sexuellement actives ayant utilisé la PCU aux cours des 12 derniers mois, 20,5 % étaient âgées de 15 - 19 ans, 11,1% de 24-25 ans et 6,7 % de 25-29 ans. Ainsi, les jeunes femmes âgées de moins de 25 ans seraient une population plus à risque d'avoir recours à la contraception d'urgence. La raison principale de recours à la pilule contraceptive d'urgence concerne un échec contraceptif soit par un oubli de pilule ou une pilule mal prise ou par une rupture de préservatif. Seulement 17 % des recours à la contraception d'urgence concerne une absence de contraception lors du rapport (9).

Grace à ces rapports, on peut donc constater que l'utilisation de la contraception d'urgence reste quelque chose de fréquent et nécessite donc une bonne connaissance de son utilisation par les professionnels afin d'informer leurs patientes.

II. La contraception d'urgence

Au fil des années, la contraception est devenue un objectif de santé publique. L'utilisation d'une contraception d'urgence, après un rapport à risque de grossesse non désirée, s'est développée dans les années 80 avec la meilleure connaissance de la contraception. La contraception d'urgence est une méthode de rattrapage, conçue pour être utilisée en situation d'urgence dans les 3 à 5 jours suivant un rapport non protégé, un échec ou un usage défectueux d'une méthode contraceptive (17). La première contraception d'urgence consistait à utiliser la méthode Yuzpe qui faisait appel à de fortes doses d'oestroprogestatifs. La méthode de Yuzpe consistait à administrer 2 doses, à 12 heures d'intervalle, dans les 72 heures suivant un rapport non protégé, de 0,05 mg d'éthinylœstradiol associés à 0,25 mg de lévonorgestrel. Cette première contraception d'urgence a été commercialisée temporairement en France en 1998 sous le nom de Tétragnon®, elle a été par la suite retirée du marché en 2004 du fait de ses risques et de sa moindre efficacité au regard du lévonorgestrel. Il n'est cependant pas rare de voir encore citée Tétragnon® comme contraception d'urgence comme le montre une étude de 2012 (12,16,18–20). On compte aujourd'hui trois types différents de contraception d'urgence : une pilule progestative, une pilule modulatrice des récepteurs à la progestérone et le dispositif intra-utérin au cuivre. La société française de gynécologie recommande d'informer systématiquement la consultante, lors de la prescription d'une

contraception classique (initiation ou renouvellement), sur les possibilités de rattrapage (et leurs limites) en cas de rapport non protégé et de lui remettre dans le même temps une prescription de contraception d'urgence afin de lui permettre de l'utiliser le plus tôt possible en cas de rapport non protégé (21).

1. La contraception d'urgence orale

La contraception d'urgence est une méthode de rattrapage, conçue pour être utilisée en situation d'urgence, après un rapport non protégé, un échec ou un usage défectueux d'une méthode contraceptive. Deux types de méthode peuvent être utilisées : la méthode mécanique, ou dispositif intra-utérin au cuivre (DIU), et la méthode hormonale ou pilule contraceptive d'urgence (PCU), appelée parfois, à tort, pilule du lendemain qui est actuellement la plus utilisée.

La PCU agit principalement en inhibant l'ovulation. Elle n'est pas efficace à 100% et son efficacité est d'autant plus grande que sa prise a été faite le plus précocement possible après le rapport non protégé. Les pilules contraceptives d'urgence (Norlevo® et Ellaone®) ne sont pas destinées à être utilisées de façon régulière en raison du risque d'échec plus grand qu'avec les autres contraceptifs modernes. En France, deux types de pilule contraceptive d'urgence sont mises sur le marché : le lévonorgestrel (Norlevo®) et l'ulipristal acétate (Ellaone) (9,17).

a) La pilule progestative : NORLEVO® (lévonorgestrel 1,5 mg)

La pilule contraceptive d'urgence Norlevo ® est une pilule progestative composée de lévonorgestrel à dose de 1,5 mg (22).

Il n'est actif que pendant la période pré-ovulatoire, et n'a pas d'effet décelable sur l'endomètre, ni sur le taux de progestérone lorsqu'il est administré après l'ovulation. Il est inefficace une fois que la nidation a commencé, il n'est donc pas abortif.

Son mode d'emploi est relativement simple, il consiste à prendre 1 comprimé le plus tôt possible après le rapport sexuel ; si possible dans les 12 heures, et au plus tard dans les 72 heures suivant le rapport. Son efficacité est d'autant plus grande quand il est pris tôt après le rapport à risque (22).

En cas de vomissements dans les 3 heures qui suivent la prise, il faut alors renouveler la prise.

En cas de rapports sexuels successifs pendant la même journée, la posologie est la même. En cas de rapports sexuels pendant des jours successifs, le délai de 72 heures se fait à partir du premier rapport. Il faut toutefois noter que la prise de cette pilule doit rester exceptionnelle et ne doit pas être utilisée comme contraception quotidienne (22–24).

En cas d'allaitement, il n'est pas contre-indiqué de prendre Norlevo®, le sujet est cependant controversé puisque plusieurs sites référentiels en pharmacie se contredisent. Le CRAT (site pharmaceutique référentiel en matière de tératogénicité) n'indique aucune mesure à prendre tant dis que le VIDAL et la HAS préconise de ne pas allaiter dans les 8 heures après la prise (22,25,26).

Norlevo® n'est pas efficace à 100 %. Il est alors recommandé de réaliser un test de grossesse si les règles ne surviennent pas dans les 5 à 7 jours après la date attendue, ou en cas de saignements anormaux à la date prévue des règles, ou en cas de signes évocateurs de grossesse. Ce médicament ne protège en aucun cas des infections sexuellement transmissibles (22,23).

Ce médicament ne présente pas d'effets indésirables majeurs, il est toutefois courant de constater des nausées, douleurs abdominales, vomissements, vertiges, maux de tête et de la fatigue qui disparaissent dans les 48 heures après la prise. Un dérèglement hormonal transitoire n'est pas rare avec des règles précoces ou retardées, des saignements intermittents en dehors des règles, et une tension au niveau des seins (22).

Norlevo® est contre indiqué en cas d'hypersensibilité au lévonorgestrel et également en cas de grossesse, selon l'OMS, en raison de son inefficacité si une grossesse est établie et non en raison du risque fœtal (17,22).

Elle est vendue sous forme unitaire à 5,12 euros. Elle est disponible en pharmacie sans ordonnance et est remboursée à 65 % par la sécurité sociale sur ordonnance. Sa délivrance est anonyme et gratuite pour les mineurs. Depuis mars 2001, les infirmiers scolaires sont légalement autorisés à administrer le Norlevo® aux élèves en situation de détresse selon un protocole national (16,22,23).

*b) La pilule modulatrice des récepteurs à la progestérone :
ELLAONE® (Ulipristal acétate : 30 mg)*

L'ulipristal acétate est commercialisé depuis 2009 sous le nom d'Ellaone®. Il s'agit d'un modulateur des récepteurs à la progestérone.

Il empêche la progestérone d'agir en se fixant sur ses récepteurs. Il inhibe ainsi l'ovulation et interfère avec les processus qui précèdent la fixation de l'ovule fécondé dans l'utérus. Ce n'est pas une méthode d'interruption de grossesse (12,27).

Son efficacité serait plus importante que celle du lévonorgestrel, d'autant plus si la prise se fait le plus précocement possible après le rapport à risque (28).

Son emploi est contre-indiqué pendant la grossesse. Il ne semble pas y avoir de contre-indication à l'utilisation d'Ellaone avec l'allaitement maternel mais les données sont encore là aussi très controversées. Sur certains sites, comme le VIDAL, certaines mesures semblent être à prendre en cas d'allaitement. En effet, il est recommandé d'allaiter juste avant la prise et seulement 36 heures après la prise. Sur un autre site : le CRAT, aucune mesure n'est recommandée ; tandis que l'HAS préconise d'interrompre l'allaitement pendant une semaine (27,29,30).

Ellaone® se présente en dose unique, le comprimé doit être pris le plus tôt possible après le rapport sexuel non protégé, et au plus tard dans les 5 jours suivant le rapport.

En cas de vomissements dans les 3 heures qui suivent la prise, il faut alors renouveler la prise.

Les effets indésirables sont similaires à ceux du lévonorgestrel, c'est-à-dire des nausées, vomissements, douleurs abdominales, vertiges, maux de tête, fatigue et troubles de l'humeur peuvent apparaître. Un dérèglement hormonal transitoire marqué par des règles précoces ou retardées, des saignements intermittents en dehors des règles, une tension des seins peut également être retrouvé chez certaines femmes (27,30).

Ce médicament ne protège pas des infections sexuellement transmissibles et ne peut être utilisé comme contraception quotidienne. Sa prise doit rester exceptionnelle (9,12,27).

Depuis 2015, Ellaone® n'est plus soumis à prescription médicale obligatoire. Il est également remboursable à hauteur de 65 % par la sécurité sociale sur ordonnance

depuis 2010. La boîte unitaire est vendue à 19,78 € soit 3 fois plus cher que Norlevo® (31).

2. Le dispositif intra-utérin au cuivre (DIU au cuivre)

Le DIU au cuivre est également un moyen de contraception d'urgence depuis les années 1970, il est cependant beaucoup moins connu dans cette indication. Plus connu sous le nom de « stérilet », seul le DIU au cuivre peut être utilisé comme contraception d'urgence, le système intra-utérin aux hormones n'ayant pas cette indication (12).

Il se présente, la plupart du temps, sous la forme d'un « T » et mesure entre 2,8 et 3,8 cm de long. Il est en plastique avec un ou plusieurs manchons de cuivre. Il doit être, en théorie, fortement chargé en cuivre (375-380 mm² de cuivre) et à faible risque d'expulsion (32).

Le mécanisme essentiel est un effet toxique direct sur l'ovule et le spermatozoïde en période de « pré-fertilisation ». L'inflammation endométriale induite par le DIU au cuivre pourrait réduire les chances d'implantation en « post-fertilisation ». Si on admet que la grossesse débute avec l'implantation, il n'est pas abortif (12,32).

Il doit être posé dans les 5 jours après le rapport à risque, un dépistage des infections sexuellement transmissibles est toutefois recommandé chez les patientes ayant de multiples partenaires ou n'ayant jamais réalisé de dépistage, entraînant par conséquent un retard de pose. Il n'est donc pas utilisé en première intention chez les patientes jeunes.

L'avantage du DIU comme contraception d'urgence est, qu'une fois posé, il servira également de contraception régulière peu contraignante et très efficace.

Le DIU au cuivre est la contraception d'urgence la plus efficace actuellement, cependant en cas de retard de règles de 5 à 7 jours, il est conseillé de faire un test de grossesse (32).

Les contre-indications sont les mêmes que lorsque le DIU au cuivre est utilisé en tant que contraception conventionnelle (annexe I) (12,32,33).

Le taux de complication est peu élevé, cependant il existe tout de même des effets indésirables (annexe II).

Le dispositif intra-utérin au cuivre ne peut être délivré uniquement que sur ordonnance et est également remboursé à 65 % par l'assurance maladie. Son coût est d'environ 30 € (12,32,33).

3. Conduite à tenir en cas d'oubli ou de décalage de la prise d'une pilule par rapport à l'heure habituelle

Les femmes peuvent être confrontées à de nombreux types d'incidents contraceptifs : déchirures, glissement ou utilisation incorrecte du préservatif ; déplacement, rupture, déchirure ou retrait trop précoce d'un diaphragme ou d'une cape cervicale ; déplacement, mise en place tardive ou retrait trop précoce d'un anneau vaginal ou d'un dispositif transdermique contenant une hormone contraceptive ; ou encore l'oubli de contraceptif oral ou la prise de la pilule avec plus de 12 heures de retard (trois heures pour la pilule au lévonorgestrel seul Microval®) (19).

20% des grossesses non désirées surviennent sous pilule et dans 60 % des cas suite à un oubli de pilule (34). Il est donc important de rappeler aux femmes la procédure à suivre en cas d'oubli de pilule, ou encore les modalités d'utilisation de la contraception d'urgence selon les recommandations en vigueur de la HAS et de l'INPES.

Si l'oubli est inférieur ou égal à 12 heure pour une pilule oestroprogestative ou une pilule microprogestative (sauf pour la pilule au lévonorgestrel seul (Microval®) pour laquelle le délai est de trois heures), il faut prendre le comprimé oublié immédiatement et prendre le prochain à l'heure habituelle même si deux comprimés doivent être pris le même jour (35).

Si l'oubli est supérieur à 12 heures (3 heures pour la pilule au lévonorgestrel seul), il faut alors prendre immédiatement le comprimé oublié et poursuivre la plaquette à l'heure habituelle même si deux comprimés doivent être pris le même jour. En cas de rapport sexuel dans les 7 jours suivants l'oubli, il faut alors utiliser une seconde méthode contraceptive non hormonale (préservatif). Si la période de sécurité des sept jours s'étend au-delà du dernier comprimé actif de la plaquette en cours : supprimer l'intervalle libre et démarrer la plaquette suivante le jour suivant la prise du dernier comprimé actif. Si un rapport sexuel a eu lieu dans les 5 jours précédents l'oubli ou si l'oubli concerne au moins deux comprimés, il est conseillé d'utiliser une contraception d'urgence (35).

III. Pédagogie et méthodes pédagogiques

Apprendre est aujourd'hui un mot-valise, pouvant évoquer selon les cas le fait de découvrir, comprendre, connaître, mémoriser, acquérir une expérience ou une compétence. La pédagogie fait partie intégrale de la formation en maïeutique.

1. La formation professionnelle médicale

a) Le concept de l'apprentissage

L'apprentissage en médecine est essentiellement basé sur le behaviorisme qui a servi à la fin du XX^{ème} siècle de cadre de référence dans plusieurs courants pédagogiques. Le behaviorisme est basé sur un processus conduisant l'apprenant étape après étape vers l'objectif final de formation : la compétence. Il s'agit d'une pédagogie par objectifs qui met l'accent sur les procédures de remédiation à mettre en œuvre quand l'objectif n'est pas atteint, ou encore l'enseignement programmé, qui essaie de respecter l'autonomie de l'apprenant en s'adaptant à son rythme. Ce procédé permet ainsi à l'étudiant de construire ses connaissances de façon plus autonome.

b) Les enjeux de la formation médicale

La formation professionnelle médicale est très spécifique et requière plusieurs exigences pour les enseignants cliniciens. En effet, l'objectif ultime de cet enseignement : la formation de praticiens compétents, confère une responsabilité particulière aux enseignants, puisqu'on touche au domaine de la vie où l'erreur n'est que peu permise. De plus, ceux-ci doivent concilier au même moment les tâches de soins et d'enseignement et s'engager ainsi simultanément dans un double processus de résolution de problème : le raisonnement clinique pour les soins des patients et le raisonnement pédagogique pour l'enseignement et l'apprentissage des étudiants. Par ailleurs, les enseignants travaillent simultanément avec une vaste hétérogénéité d'apprenants en termes de niveaux d'expérience et d'orientations disciplinaires, ils utilisent une variété de méthodes pédagogiques et ils évoluent dans différents contextes de soins (intra-hospitalier, soins ambulatoires, libéral). S'ajoute à cela, le contexte réel de la pratique médicale à l'intérieur de laquelle les enseignants n'exercent qu'un contrôle relatif sur certains éléments pourtant déterminants pour l'enseignement et l'apprentissage, tels que le débit clinique, la variété des problèmes présentés par les patients et l'organisation du temps qui est souvent

insuffisant pour fournir un enseignement complet. Toutes ces exigences et ces défis spécifiques du contexte dans lequel s'effectue l'enseignement clinique requièrent de l'enseignant clinicien qu'il s'adapte aux conditions d'exercice clinique et pédagogique en mouvement continu (36,37).

Les études de maïeutique sont basées sur un apprentissage en alternance entre l'apprentissage théorique permis grâce à des cours magistraux et l'apprentissage pratique sur les différents terrains de stage. Cette méthode d'apprentissage existe depuis bien des années puisque depuis la haute Antiquité, en Égypte et en Mésopotamie la connaissance était considérée comme une accumulation de savoirs transmis du maître à l'élève. Cette approche pédagogique empirique repose sur la conception implicite d'une relation linéaire entre un émetteur de connaissances, le cerveau du maître, et un récepteur vierge et disponible, le cerveau de l'élève. Ces conceptions conduisent à un enseignement de type normatif (transmission de faits et de règles), délivré dans une relation d'autorité (maître-élève), souvent de façon frontale (cours magistral) et de façon plutôt abstraite. Elle peut être efficace pour acquérir certains types de connaissances, essentiellement factuelles, descriptives, et à condition que le maître et l'élève partagent le même objectif, le même langage, les mêmes conceptions (37).

– Les différents types de connaissances et leur impact dans la formation initiale

Il existe plusieurs types de connaissances qui s'acquièrent parfois grâce à des procédés, des modes d'apprentissage différents :

- Les connaissances déclaratives : ce sont les unités sémantiques de base que le sujet doit s'approprier pour les utiliser dans son raisonnement, dans ses actions. Par exemple : les normes biologiques, les règles (telles que les posologies). Ces connaissances s'acquièrent principalement grâce à des enseignements magistraux et n'évoluent généralement pas au fil des années

- Les connaissances procédurales qui sont des séquences d'actions construites. On les utilise dans des tâches dans le but de répondre à un objectif. Elles se présentent sous la forme de schéma : Si (condition d'activation) ... alors (action)... puis (action)... donc (résultat)... Ce sont des connaissances dynamiques requises dans l'adaptation d'une posologie en fonction du poids, la conduite d'une stratégie

diagnostique, la mise en place d'un traitement, etc ... L'apprentissage de ces connaissances procédurales dépend majoritairement de la mise en situation de l'apprenant qui est donc favorisé par l'enseignement pratique réalisé lors des stages.

- Les connaissances conditionnelles sont également des connaissances d'action, ce sont des unités logiques conduisant à un résultat en présence d'une ou plusieurs conditions. Il s'agit des connaissances qui permettent de catégoriser, de comparer, de raisonner, de prendre des décisions, et leur acquisition est donc essentielle dans la formation médicale (37).

Il est fréquent de voir dans les formations professionnelles que l'apprentissage de ces connaissances procédurales et conditionnelles se fait de la même façon que celui des connaissances déclaratives. Or l'exposé linéaire du tableau typique d'une maladie, des stratégies diagnostiques et thérapeutiques, appartient au domaine virtuel et n'est pas perçu par l'étudiant comme correspondant à une situation clinique vraisemblable. La désaffection des cours par les étudiants est leur réponse habituelle à ce décalage malgré l'élaboration par l'enseignant « d'arbres décisionnels » dont les étudiants sont pourtant très demandeurs. C'est la mise à l'épreuve, en situation clinique authentique ou semi authentique (cas simulé par exemple), qui peut seule conduire l'étudiant à construire des connaissances d'actions (37).

- Compétences de l'enseignant

La majorité des enseignants qui anime la formation en sages-femmes sont des professionnels de santé. Ils doivent donc comprendre les différents processus d'apprentissage pour rendre plus efficaces leurs interventions pédagogiques, ils découvrent alors la complexité des sciences cognitives (37).

Les sciences cognitives constituent une discipline scientifique récente, ayant pour objet la description, l'explication, et le cas échéant la simulation des mécanismes de la pensée humaine, animale ou artificielle, et plus généralement de tout système complexe de traitement de l'information capable d'acquérir, conserver, utiliser et transmettre des connaissances. Les sciences cognitives reposent donc sur l'étude et la modélisation de phénomènes aussi divers que la perception, l'intelligence, le langage, la mémoire, l'attention, le raisonnement, les émotions ou même la conscience. Ainsi l'enseignant doit moduler avec les différentes formes de cognition afin de pouvoir transmettre du mieux possible ses connaissances (38).

Le professionnel de santé devenant enseignant n'a pas de formation pédagogique obligatoire. Ainsi les formations dispensées font rarement l'objet d'une planification méthodique, les contenus disciplinaires prenant généralement plus d'importance que l'approche pédagogique. Dans les facultés de médecine, on a longtemps cru que la seule maîtrise des contenus disciplinaires était suffisante pour faire de l'enseignant un bon éducateur. Celui-ci transmettait donc aux étudiants ses connaissances en imitant ceux qui l'avaient formé. On s'inquiétait alors peu de savoir comment l'étudiant ou le médecin en exercice apprenait, de quelle façon on devait planifier ces apprentissages pour qu'ils soient efficaces, comment mettre en place des stratégies éducatives performantes, comment mieux évaluer les connaissances, les compétences et les performances et enfin, comment évaluer une activité éducative (39).

Peu à peu, on a accepté l'idée que les enseignants devaient désormais maîtriser certaines techniques d'enseignement, qu'ils puissent faire le lien entre la théorie et la pratique, entre la recherche et le terrain. Ils assureront ce lien de façon plus efficace s'ils sont capables de planifier de façon méthodique chacune de leurs interventions éducatives. L'enseignant clinicien doit donc avoir acquis une double compétence : la compétence clinique et la compétence pédagogique pour exercer au mieux son rôle (36,39).

– Outils pédagogiques et importance du modèle de rôle

L'apprentissage en milieu clinique est primordial et privilégié dans la formation professionnelle médicale. La formation clinique est une période prolongée et soutenue d'immersion dans la culture professionnelle médicale : c'est à la fois l'endroit et le moment pendant lequel le processus de transformation professionnelle s'opère. Bowen et Carline soulignent que l'apprentissage est favorisé lorsque les étudiants et les résidents peuvent réciproquement échanger au sujet de leurs compréhensions et surtout lorsqu'ils peuvent observer des modèles de rôle experts et s'inspirer de leurs actions et de leurs réflexions. Lors de la formation en contexte clinique, le clinicien enseignant joue plusieurs rôles parmi lesquels celui de modèle de rôle inspirant (36,40).

La supervision clinique est une modalité spécifique de l'enseignement et de l'apprentissage lors de la formation en contexte clinique. En effet, la supervision désigne l'intervention pédagogique d'un enseignant clinicien lorsque celui-ci fournit une rétroaction à un étudiant après l'avoir directement observé dans une tâche professionnelle, par exemple auprès d'un patient, d'une famille ou d'une équipe de soins (supervision

« directe »), ou à partir d'un résumé de la situation qu'en fait l'étudiant (supervision « indirecte »). En effet, l'observation directe par un enseignant d'un étudiant en situation de pratique clinique réelle offre l'opportunité d'apprécier les forces et les faiblesses de l'étudiant et de lui retourner cette information. Cette capacité de donner du feedback (ou rétroaction) est une des composantes essentielles de l'éducation en milieu clinique. L'échange régulier d'une rétroaction constructive avec l'étudiant joue un rôle majeur au plan de l'apprentissage, surtout lorsque les apprentissages à faire sont plus difficiles ou les défis plus importants, en raison de la complexité des situations cliniques. En éducation médicale, le terme feedback fait référence à un message spécifique, basé sur l'observation de l'étudiant en train d'effectuer une tâche professionnelle, fourni par l'enseignant et communiqué à l'étudiant dans l'intention de l'informer et de lui offrir une opportunité pour améliorer sa performance dans les tâches ultérieures. Le feedback résulte de la fourniture à un étudiant d'un éclairage sur ce qu'il vient d'effectuer, ainsi que sur les conséquences de ses actions. Le but ultime de ce feedback est de réorienter l'étudiant dans la bonne voie afin d'améliorer ses pratiques. Il existe deux types de feedbacks avec des conséquences opposées sur l'étudiant. Les termes de feedback efficace et de feedback inefficace font référence à la façon dont le message est transmis. Le feedback efficace (le « bon » feedback, le feedback bénéfique) guide l'étudiant vers le but désiré, tandis que le feedback inefficace (le « mauvais » feedback, le feedback délétère) peut produire l'effet inverse. Le « bon feedback » aide l'étudiant à définir ses attentes, à évaluer ses apprentissages et in fine à améliorer sa performance. A l'inverse, l'incapacité à procurer du feedback peut avoir des conséquences négatives. Nos étudiants peuvent ne pas percevoir leurs erreurs, construire des conceptions erronées et développer de mauvaises habitudes. Les étudiants peuvent aussi ne pas prendre conscience de la qualité de leurs réalisations et abandonner ainsi sans le savoir des façons de faire efficaces. L'art de donner un feedback efficace n'est pas inné mais peut en revanche s'apprendre (41,42).

L'autre modalité d'intervention pédagogique importante en formation clinique est celle qui s'exerce lorsque le clinicien enseignant se comporte en tant que modèle de rôle. Le modèle de rôle positif est défini comme une personne représentant une source d'inspiration et d'émulation en raison de sa manière d'être et de faire au plan professionnel. Ainsi, le fait que le clinicien soit observé par l'étudiant au contact de patients, de familles ou d'équipes de soins influence les apprentissages de l'étudiant. C'est au contact de plusieurs modèles que s'effectue, chez l'étudiant, le développement

de ses compétences et de son identité professionnelle. Quelques auteurs suggèrent que l'exercice du modèle de rôle en supervision se réalise souvent de manière inconsciente ou implicite de la part du clinicien enseignant (41).

c) Les besoins de formation

L'analyse des besoins de formation est désormais considérée comme une figure professionnelle médicale, qu'elle soit initiale ou continue. Une fiche à usage didactique publiée récemment ne propose pas moins de cinq définitions du concept d'analyse de besoin en formation, qui se recourent partiellement : moyen de déterminer les besoins individuels de formation, identification de l'écart entre une performance actuelle et une performance souhaitée, identification des performances déficientes chez les personnes en formation, reconnaissance des différences entre les compétences des étudiants et ce qui est requis pour conduire à bien une tâche professionnelle, moyen d'identifier ce que les étudiants, en tant que groupe, doivent apprendre. Il reste toujours classique de distinguer les besoins ressentis (ce que les personnes indiquent comme étant leurs besoins), les besoins exprimés (besoins identifiés lors de mises en situation), les besoins prescrits (définis par des experts) et les besoins démontrés (déduits d'une comparaison avec un groupe de référence) (39).

Norman, un spécialiste dans la recherche éducative et du développement, insiste pour que l'on ne confonde pas les besoins d'apprentissage et besoins éducationnels. Les uns sont identifiés par l'apprenant, idéalement dans le contexte d'une démarche d'auto-évaluation et pratique réflexive ; les autres sont déterminés, selon différentes approches, par les institutions ou par les structures professionnelles mandatées. Le problème est dès lors double. D'un côté, l'autonomie des apprenants, c'est-à-dire leur capacité à auto-évaluer et auto-diriger leurs apprentissages. De l'autre, les démarches d'analyse des besoins éducationnels qui sont effectuées en s'intéressant à des populations et à des groupes qui ne sont en mesure d'identifier que les besoins très généraux, pas nécessairement suffisamment pertinents et opérationnels pour les individus (39,43).

Un écart fondamental reste entre les besoins apprenants du praticien individuel et les besoins éducatifs prioritaires identifiés par des organismes pour continuer l'enseignement médical pour des offres de cours. Les besoins d'apprentissage sont personnels, spécifiques et identifiés par l'apprenant individuel par l'expérience de pratique, la réflexion, l'interrogation, des tests d'évaluation, l'examen et d'autres

sources. En revanche, les besoins éducatifs peuvent être définis comme des intérêts où sont perçus les besoins d'un public cible entier et peuvent être identifiés par des enquêtes, des groupes de discussion, l'analyse de modèles de pratique régionaux. Il semble donc primordial qu'un retour pour chaque étudiant, autrement appelé feedback, soit réalisé afin de pouvoir cibler les attentes personnelles de chacun d'entre eux (39).

En effet, l'échange régulier d'une rétroaction constructive avec l'étudiant joue un rôle majeur au plan de l'apprentissage, surtout lorsque les apprentissages à faire sont plus difficiles ou les défis plus importants, en raison de la complexité des situations cliniques.

De ce fait, pour analyser et optimiser les pratiques cliniques d'un étudiant en formation, il est nécessaire de recourir à des stratégies et à des techniques d'intervention pédagogique variées.

Au cours des années, une démarche en sept étapes a été progressivement mise au point. Il faut dans un premier temps définir les tâches professionnelles que les enseignants auront à accomplir. Il faudra déterminer les compétences à acquérir pour accomplir les tâches professionnelles. On pourra ensuite, analyser les besoins de formation (un besoin se définit comme l'écart qui existe entre la situation actuelle et la situation désirée) et formuler les objectifs d'apprentissage. Vient ensuite le choix des moyens d'apprentissage. L'évaluation des apprentissages et de l'activité de formation sont deux points essentiels dans la planification méthodique d'une formation. Une méthode pédagogique se définit comme l'ensemble des principes et théories sur lesquels se fondent des activités d'apprentissage, alors que les techniques d'enseignement sont constituées par l'ensemble des outils utilisés pour mener à bien les activités de formation.

En éducation des adultes, il va de soi que la méthode dite active est la méthode de choix. Dans cette méthode, l'enseignant permet à l'apprenant de trouver les solutions aux problèmes par ses propres moyens. À distinguer de la méthode affirmative, encore largement utilisée, dans laquelle l'enseignant connaît la réponse et se contente de la communiquer à l'apprenant. On sait que l'adulte apprend dans la mesure où il est actif ; où on fait appel à ce qu'il connaît déjà et à ses expériences ; où le contexte dans lequel il apprend ressemble au contexte qui sera le sien lorsqu'il utilisera ce qu'il a appris ; où il pourra se servir dans un avenir prochain ce qu'il vient d'apprendre ; où il reçoit sans tarder un feedback sur ses performances ; où il a une vision claire de ce qui est attendu de lui ; où il peut échanger avec ses pairs ; où il est soumis à un stimulus dès le début de l'activité

d'apprentissage ; où l'enseignant se soucie, non pas de ce qu'il enseigne, mais de ce que l'apprenant apprend (44). Cette forme d'apprentissage se retrouve dans les travaux pratiques, les cas cliniques ou encore les évaluations en situation authentique (évaluation exercée en milieu naturel soit sur le terrain de stage des étudiants). La théorie de l'apprentissage expérientiel signale l'importance et la place centrale de l'expérience pratique dans le développement des compétences. Mais la pratique seule, bien que nécessaire, n'est pas suffisante et doit s'associer à de la réflexion pendant et après l'action pour permettre une interprétation et une éventuelle modification des schémas conceptuels préexistants. Cette triade de contextualisation, décontextualisation (ou abstraction) et recontextualisation est d'ailleurs à la base du transfert des connaissances. Le processus d'apprentissage actif dépend de l'étudiant, mais le rôle du professeur est central en tant que modèle de rôle et de superviseur, pour susciter et promouvoir le processus de réflexion et pour valider ou corriger le résultat du processus. L'approche de l'apprentissage contextualisé met l'emphase, quant à elle, sur le contexte dans lequel l'apprentissage s'effectue. Selon cette perspective, les connaissances apprises sont indissociables de leur contexte d'apprentissage (36).

Des dispositifs d'évaluation des enseignements et des stages par les étudiants sont mis en place dans chaque établissement habilité à dispenser cette formation. Ces dispositifs contribuent au dialogue entre l'équipe pédagogique et les étudiants, à faire évoluer le contenu de la formation ainsi que les méthodes d'enseignement afin de favoriser l'appropriation des savoirs, des connaissances et des compétences et d'améliorer la qualité de la formation. Les résultats de ces évaluations font l'objet d'un échange entre les étudiants et l'équipe pédagogique.

2. La formation en maïeutique en France

a) La formation sage-femme au cœur du processus de Bologne

La France est un des pays au monde dans lesquels la formation de sage-femme est la plus longue, en lien avec le haut niveau de responsabilité d'une profession médicale et les compétences élargies des sages-femmes au champ de la santé sexuelle et reproductive des femmes en bonne santé (suivi gynécologique de prévention, consultations de contraception), définies dans le code de la santé publique (l'article L 4151-1 du code de la santé publique).

Les études de sages-femmes ont rencontré de nombreux changements ces dernières années. En 1986, la formation est passée de 3 à 4 ans et le mémoire, qui clôture les études, a fait son apparition. En 2002 les études s'allongent encore et passent à 5 ans avec le passage par la 1^{ère} année du Premier Cycle des Études Médicales (PCEM1). Cette année sera réformée en 2010, pour devenir la Première Année Commune aux Études de Santé (PACES) qui réunit désormais les filières maïeutique, médecine, odontologie et pharmacie ; ce fut la première étape de la réforme LMD appliquée aux études de santé. Dans le cadre de l'harmonisation des cursus d'enseignement supérieur européens, connue sous le nom de processus de Bologne, le cursus universitaire français s'organise autour de trois diplômes nationaux : la licence, le master et le doctorat. Cette organisation, dite L.M.D., permet d'accroître la mobilité des étudiants européens, la mobilité entre disciplines et entre formations professionnelles et générales. Ces 3 grades sont organisés en semestre avec pour chaque semestre l'obtention de 30 crédits ou E.C.T.S. (European Credit Transfert System), communs à de nombreux pays européens. Aucun décret ne stipule clairement le nombre d'ECTS accordés pour chaque unité d'enseignement, laissant libre cours à chaque école (45,46).

b) La formation sage-femme aujourd'hui

A l'heure actuelle, les études de sage-femme durent donc 5 ans, elles comprennent la Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES) et 4 années d'études au sein d'une école de sage-femme. La formation en maïeutique est divisée en 2 cycles, un premier cycle d'une durée de 3 ans comprenant la PACES, la 2^{ème} (DFGSMa2) et 3^{ème} année (DFGSMa3) et conférant le grade de licence. Puis un deuxième cycle d'une durée de 2 ans qui correspond à la 4^{ème} (DFASMa1) et 5^{ème} année (DFASMa2) et qui confère le grade de Master avec l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme (47). La 2^{ème} et 3^{ème} année de formation alternent les enseignements théoriques et pratiques permettant ainsi à l'étudiant d'acquérir les bases physiologiques en obstétrique, gynécologie et pédiatrie. La 4^{ème} et 5^{ème} année d'étude allient également enseignements théoriques et pratiques. Elles sont consacrées à l'apprentissage du diagnostic et à la connaissance de la pathologie obstétricale, gynécologique et pédiatrique. Les étudiants sages-femmes suivent en outre des modules relatifs à la contraception, l'échographie, l'aide médicale à la procréation, et bien d'autres...

Un cadre commun des unités d'enseignement (UE) est établi dans cet arrêté avec les compétences à acquérir dans chaque UE ainsi que le nombre d'ECTS accordé pour chaque UE. Cependant, aucune norme horaire n'est fixée laissant libre choix à chaque équipe pédagogique de chaque école de s'organiser selon leur envie (48,49).

Les objectifs de formation ont été énumérés dans l'arrêté du 11 mars 2013 avec une partie importante concernant la gynécologie qui est essentielle à la pratique du métier de sage-femme. Toutefois, malgré des objectifs de compétence largement fixés aucun article ne définit le nombre d'heures d'enseignements pour chaque matière. Les écoles de sages-femmes sont donc libres d'organiser la formation de leurs élèves comme elles le désirent et avec les enseignants qu'elles souhaitent.

La définition des différents terrains de stage dans lesquels les étudiants sages-femmes doivent exercer n'est pas non plus fixée ainsi les lieux de stage peuvent être très différents d'une école à l'autre. Les entités susceptibles d'accueillir des stagiaires sont celles qui ont conclu une convention avec les structures dispensant la formation de sage-femme. Ces conventions précisent les modalités d'organisation et de déroulement des stages. La liste des terrains de stage est établie par le directeur de la structure assurant la formation de sage-femme, après avis des responsables des entités accueillant les stagiaires. Il faut toutefois noter que les services de suite de couches, salle de naissance, consultations et la pratique en libérale sont retrouvées dans toutes les écoles puisqu'elles constituent les bases de la profession. Mais certains étudiants peuvent également être amenés à effectuer un stage en service de grossesses à haut risque, au SAMU, au planning familial, au diagnostic anténatal, en assistance médicale à la procréation, en consultation pré-IVG, etc ... (49).

Ces différences dans l'enseignement aussi bien théorique que pratique peuvent entraîner une acquisition de compétences bien différente, cette étude aura donc comme objectif d'évaluer l'acquisition de ces compétences en matière de contraception d'urgence chez les étudiants sages-femmes de 4^{ème} et 5^{ème} année. Afin de voir si les différences de formation constituent un impact dans l'acquisition des objectifs finaux (49).

c) L'équipe pédagogique en maïeutique

La France compte 35 structures de formation en maïeutique, dont trois se situent dans les DOM-TOM. Actuellement, la majorité de ces structures sont des écoles

hospitalières ayant une collaboration avec l'université de rattachement, notamment l'UFR de médecine. Les équipes pédagogiques sont composées d'une directrice et de sages-femmes enseignantes, assisté de personnels administratifs. Dans la plupart des écoles de sages-femmes, la majorité des cours est dispensée par des sages-femmes enseignantes. Malgré l'harmonisation européenne des formations universitaires, la formation des sages-femmes enseignantes n'a pas encore été accompagnée d'exigences universitaires. Or, comme mentionné précédemment, l'enseignant clinicien doit avoir acquis une compétence aussi bien clinique que pédagogique, il semblerait donc nécessaire qu'un cadre de formation obligatoire soit fixé, par arrêté, afin que chaque sage-femme enseignante ait les mêmes acquis en matière de pédagogie.

Une étude a cherché à décrire les diplômes universitaires détenus par les sages-femmes enseignantes et directrices des écoles de sages-femmes en France. Il a été démontré qu'il n'existait aucune exigence de formation de nature universitaire, ni d'exigence de formation en pédagogie pour l'équipe pédagogique sage-femme. En effet, depuis 2011, l'obtention du diplôme de cadre sage-femme n'est plus obligatoire pour devenir sage-femme enseignante. Désormais, comme le stipule l'arrêté de mai 2017, il faut soit avoir obtenu un diplôme de cadre sage-femme, soit un diplôme de master dans une des mentions suivantes : économie de la santé, management public, droit de la santé, sciences de l'éducation, biologie santé, ingénierie de la santé, santé, santé publique, pour devenir sage-femme enseignante (50). Le master périnatalité-management-pédagogie est délivré par l'universitaire de Bourgogne, après deux ans de formation, c'est en deuxième année de formation, que les sages-femmes étudiantes optent pour l'un des trois parcours proposés : management, pédagogie ou recherche, qui débouchent tous sur l'obtention du diplôme permettant l'accès à la fonction de sage-femme enseignante ou de sage-femme assurant des fonctions managériales dans des maternités (51). Il semble cependant, évident, que les missions des sages-femmes enseignantes ne sont pas les mêmes que celles des sages-femmes coordinatrices. Pourtant, il n'existe aucune filière spécifique préparatoire à la fonction de sage-femme enseignante en France, la plupart d'entre elles sont employées par les hôpitaux et ne rentrent donc pas dans un statut d'enseignantes universitaires, comme cela peut-être le cas au Royaume-Uni ou en Suède. Ce statut leurs permettrait d'assurer les trois missions d'enseignement, clinique et recherche dans le domaine de la maïeutique. C'est notamment l'un des objectifs de la conférence nationale des enseignants en maïeutique qui émet de nombreuses propositions en lien avec

l'évolution pédagogique des études de maïeutique et qui veille aux intérêts professionnels du corps enseignant sage-femme (46,52).

IV. Rôle des sages-femmes dans la santé sexuelle des femmes

Les sages-femmes prennent soin de la santé sexuelle des femmes tout au long de leur vie, les conseillent mais aussi leur apportent une écoute non seulement utile mais indispensable. Adoptée le 21 juillet 2009, la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et au territoire (loi dite HPST) a fait évoluer le champ de compétences des sages-femmes en France. Le code de santé publique permet à cette profession médicale de prendre en charge le suivi gynécologique et la prévention de la femme en bonne santé pendant et en dehors de la grossesse, y compris en matière de vaccination et de contraception. Les domaines d'interventions des sages-femmes sont donc vastes : consultation gynécologique de prévention, de contraception et obstétricale, entretien prénatal, préparation à la naissance et à la parentalité... Certaines sages-femmes exercent leur profession dans les Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF), leurs missions s'étendent alors vers l'éducation à la vie sexuelle et affective des jeunes et des moins jeunes. D'autres encore, participent au dépistage des violences conjugales et sexuelles, au dépistage des infections sexuellement transmissibles. Elles peuvent également réaliser des échographies gynécologiques. Ainsi, la sage-femme fait désormais partie intégrante de la santé sexuelle des femmes (53–55).

Le décret du 2 juin 2016, a élargi les compétences des sages-femmes en matière d'IVG par voie médicamenteuse ainsi elles interviennent désormais en première ligne face aux grossesses non désirées. Le choix d'une contraception efficace et adaptée est primordial pour ces patientes ainsi qu'une information complète sur l'utilisation de la contraception d'urgence en cas d'échec contraceptif (54).

Bien que la formation en gynécologie des sages-femmes ait évolué au cours des différentes réformes de la profession, celles-ci ont également la possibilité d'approfondir et d'actualiser leurs connaissances en passant un diplôme universitaire en gynécologie ainsi qu'en sexologie qui est à la base de la santé sexuelle des femmes. De plus, les freins identifiés devraient être levés par une meilleure formation des professionnels de santé, y compris des pharmaciens, ainsi que par une éducation des cliniciens, et notamment des médecins généralistes, des gynécologues et des sages-femmes sur la nécessité d'informer

systématiquement les femmes sur la contraception d'urgence, en dehors du contexte d'urgence, lors de toute visite médicale en rapport avec la sexualité ou la contraception (9). Une sensibilisation des professionnels sur l'utilisation d'applications, telle que « Pill'Oop », pourrait également être utile afin de renforcer l'autonomie des femmes dans leur sexualité et leur santé sexuelle (56).

Par ailleurs, il n'est désormais pas rare de voir compris dans la formation de sage-femme, une unité d'enseignement complémentaire de santé génésique dans les collèges et lycées. Les étudiantes volontaires se rendent par petit groupe (2-3 personnes) dans les lycées afin de réaliser une prévention en matière de sexualité, de contraception, d'IST ainsi que de rapports à risque. Il semble nécessaire à l'heure actuelle d'informer les plus jeunes des conduites à risque et des solutions de rattrapage afin de pouvoir réduire in fine le nombre de grossesses non désirées et le nombre d'IVG, ce sont actuellement les sages-femmes de CPEF qui sont de ces missions (57).

MATERIEL ET METHODE

I. L'étude et objectifs

1. Type, durée et lieu de l'étude

Une étude observationnelle transversale de type descriptive a été réalisée. Le recueil des données auprès des étudiants sages-femmes de France métropolitaine a été réalisé pendant 3 mois, du 22 juin 2017 jusqu'au 26 septembre 2017.

2. Les objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les connaissances des étudiants sages-femmes de 4^{ème} et 5^{ème} année de France métropolitaine sur la contraception d'urgence.

Le premier objectif secondaire était d'évaluer le sentiment de confiance des étudiants sages-femmes de 4^{ème} et 5^{ème} année de France métropolitaine sur la contraception d'urgence.

Le deuxième objectif secondaire était de connaître la satisfaction des étudiants sages-femmes de 4^{ème} et 5^{ème} année de France métropolitaine par rapport aux enseignements reçus sur la contraception d'urgence.

II. Méthode

1. La population de l'étude et le protocole d'échantillonnage

a) Population cible

L'ensemble des étudiants sages-femmes de France métropolitaine inscrits en 4^{ème} et 5^{ème} année durant l'année universitaire 2016-2017 représentait la population cible.

b) Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient : être inscrits en 4^{ème} ou en 5^{ème} année dans une école de sage-femme de France métropolitaine, avoir répondu entièrement au questionnaire.

Les étudiants ayant refusé de participer à l'étude, ainsi que ceux n'ayant pas répondu à l'ensemble du questionnaire ont été exclus de l'étude.

III. Le recueil des données

1. Les critères évalués

a) Le critère de jugement principal

Le critère de jugement principal de cette étude était : le pourcentage de réponses correctes aux questions concernant la contraception d'urgence et les conduites à tenir en cas d'incident contraceptif de type oubli de pilule.

b) Les critères de jugements secondaires

Le premier critère de jugement secondaire était le pourcentage d'étudiants se sentant « très à l'aise », « à l'aise », « assez à l'aise », « peu à l'aise » ou « pas à l'aise du tout » pour informer les femmes sur la contraception d'urgence et pour la prescrire.

Le deuxième critère de jugement secondaire était le pourcentage d'étudiants se jugeant « très satisfait », « satisfait », « peu satisfait » ou « pas du tout satisfait » de l'enseignement reçu concernant la contraception d'urgence.

2. Le mode d'intervention

Les étudiants sages-femmes ont été interrogés de façon anonyme par l'intermédiaire d'un questionnaire informatique envoyé sur leur adresse mail par les responsables du bureau des élèves propre à leur école.

3. Le mode de recueil des données

Le recueil des données a été réalisé par un auto-questionnaire écrit et anonyme envoyé aux étudiants sur leur adresse mail.

Le questionnaire avait été préalablement testé auprès de 3 étudiantes sages-femmes afin de s'assurer de la clarté et de la compréhension des questions.

IV. La saisie des données

Les questionnaires remplis étaient conservés sur le serveur informatique sur lequel le questionnaire avait été élaboré (RedCap). Serveur, où seuls les investigateurs pouvaient accéder via un mot de passe.

Les données ont été rentrées dans un tableur où chaque participant avait une ligne attribuée.

Les réponses aux différentes questions du questionnaire étaient organisées en colonne, avec le codage suivant : 0 si la case n'était pas cochée et 1 si elle l'était.

V. L'analyse des données

Le logiciel de calculs de Microsoft Excel nous a permis de saisir les données, puis un logiciel comme Biostat TGV a été utilisé pour réaliser les calculs statistiques.

Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne et les variables qualitatives en effectifs et pourcentages. Les tests statistiques utilisés pour l'analyse des données étaient le test du Chi carré de Pearson et le test de Fisher lorsque les effectifs attendus étaient inférieurs à cinq. Lorsque la p-value (notée p) était inférieure à 0,05, les résultats étaient statistiquement significatifs.

VI. Budget

Cette étude n'a nécessité aucune dépense financière.

VII. Aspects éthiques et réglementaires

1. Information et consentement

En haut de chaque questionnaire, se trouvait un paragraphe expliquant l'étude, ainsi que les coordonnées des investigateurs en cas de demande d'informations supplémentaires. Une note spéciale concernant la confidentialité et la sécurité des données était également ajoutée.

Le remplissage d'un questionnaire reposait sur le volontariat des étudiants qui pouvaient décider à tout moment d'interrompre leur participation à l'étude.

2. Anonymat

Aucune donnée nominative n'était requise pour cette étude, l'anonymat était donc conservé.

RESULTATS

I. Taux de réponses au questionnaire

L'envoi des questionnaires par mail a débuté le 22 juin. Suite à un manque de réponses, une relance a été effectuée en septembre. Le taux de participation de notre étude était de 10,9 %, puisque 204 questionnaires ont été remplis sur une population cible de 1854 étudiants. Un seul questionnaire a été exclu puisqu'il n'était pas complet, ainsi 203 questionnaires ont pu être analysés.

II. Caractéristiques de la population

1. Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen des étudiants ayant répondu au questionnaire était de 22,65 ans [21,05-24,25]. Au niveau des âges extrêmes on retrouvait un âge minimum à 20 ans et un âge maximum à 39 ans.

198 des étudiants étaient des femmes (97,5 %) contre seulement cinq hommes (2,46 %).

Parmi les étudiants ayant répondu au questionnaire, 65 % (132/203) étaient en 4^{ème} année d'étude pour l'année 2016-2017 et donc 35 % en 5^{ème} année (71/203). 11 des 203 étudiants ayant participé à l'étude ont changé d'école au cours de leur cursus. Seulement deux d'entre eux ont bénéficié d'une passerelle avec une autre filière en santé.

Concernant la répartition géographique des étudiants ayant répondu au questionnaire, seulement 8 régions sont représentées contre 13 attendues avec une prévalence plus élevée pour les régions Rhône-Alpes Auvergne avec 45 étudiants (soit 22,2 %), Grand Est et Centre-Val de Loire avec 30 étudiants chacun (soit 14,8%) et la région Ile de France avec 32 réponses (soit 15,8 %).

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques de la population

Caractéristiques sociodémographiques	Population (n=203) n (%)
Sexe	
Féminin	198 (97,5)
Masculin	5 (2,5)
Niveau d'étude	
4ème année	132 (65,0)
5ème année	71 (35,0)
Lieu de formation	
Occitanie	24 (11,8)
Ile de France	32 (15,8)
Hauts de France	20 (9,8)
Pays de la Loire	12 (5,9)
Centre - Val de Loire	30 (14,8)
Bretagne	10 (4,9)
Grand Est	30 (14,8)
Rhône-Alpes Auvergne	45 (22,2)
Changement d'école	
Non	192 (94,6)
Oui	11 (5,4)
Passerelle	11 (5,4)
Non	9 (81,8)
Oui (filière santé)	2 (18,2)

2. Expérience personnelle

Parmi les 203 étudiants participants à l'étude, 97 ont déclaré avoir déjà eu recours à la contraception d'urgence (47,8%), pour 75 d'entre eux (soit 77,3%) cela a été quelque chose de facile puisqu'ils savaient où se la procurer et comment l'utiliser, 15 (soit 15,5%) n'avaient que de vagues idées de son mode d'emploi et pour 7 d'entre eux (soit 7,2%) l'utilisation de la contraception d'urgence a été quelque chose de difficile.

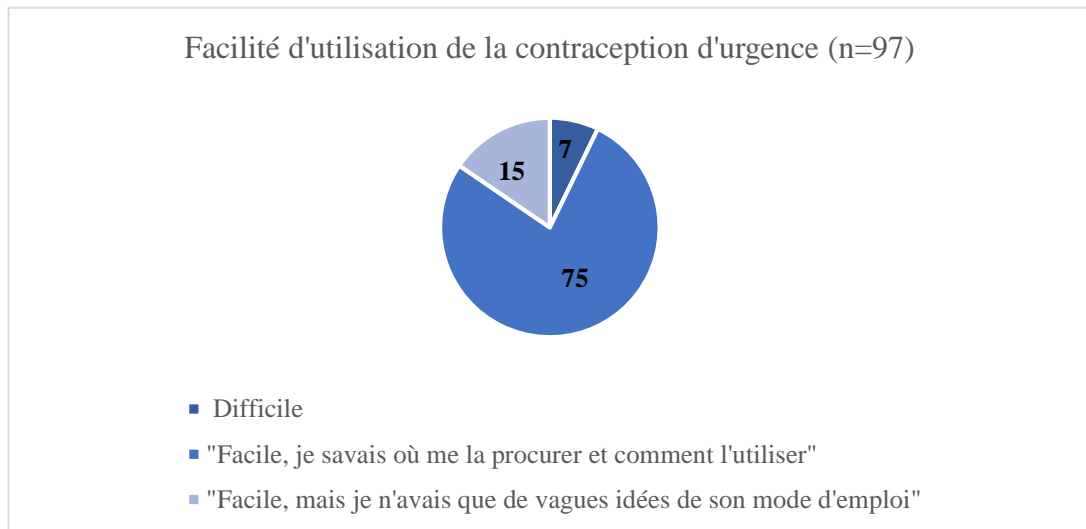


Figure 1 : Aisance des étudiants sages-femmes lors de l'utilisation personnelle d'une contraception d'urgence

III. Connaissances générales sur la contraception d'urgence

1. Les différents types de contraception d'urgence

Concernant les connaissances des étudiants sur les différents types de contraception d'urgence, 188 savent que le DIU au cuivre est utilisé comme contraceptif d'urgence (soit 92,6 %) alors que 38 (18,7%) pensent à tort que le DIU aux hormones est utilisé comme tel. Concernant les pilules contraceptives d'urgence, 34 (16,7 %) pensent qu'il s'agit d'une pilule oestro-progestative, 59 (29,1 %) d'une pilule micro-progestative et 114 (55,3 %) d'une pilule macro-progestative. Un pourcent d'entre eux (2/203) affirment ne pas savoir. La proportion d'étudiants de 4^{ème} et de 5^{ème} année ayant répondu faux à cette question semble similaire (voir annexe 1).

La connaissance des étudiants concernant les pilules contraceptives d'urgence est plutôt bonne puisque 161 (79,3 %) d'entre eux savaient que le Lévonorgestrel 1,5 mg était une pilule progestative et 186 (91,6 %) que son nom de spécialité est NORLEVO. Concernant l'Ulipristal d'acétate 30 mg, la quasi-totalité d'entre eux (91,1 %) connaissaient son nom de spécialité : ELLAONE. Encore 24,1 % (49 /203) pensaient encore qu'une ordonnance était obligatoire pour se la procurer, là encore il n'y a pas de différence significative entre les 4^{ème} et les 5^{ème} années.

Concernant les acquis des étudiants sur l'utilisation du dispositif intra-utérin en tant que contraceptif d'urgence, 189 (soit 93,1 %) savent qu'il s'agit du DIU au cuivre et 155 (soit 76,3 %) connaissent le délai de 5 jours entre le rapport sexuel à risque et la pose. Les connaissances sur les modalités de réalisation des actes associés, tels que le test de grossesse et le dépistage des infections sexuellement transmissibles, restent cependant flous puisque 58 (soit 28,6 %) pensent qu'un test de grossesse doit être réalisé avant la pose et 103 (soit 50,7 %) qu'un dépistage des IST est systématiquement effectué.

Nous pouvons constater que les connaissances des étudiants sages-femmes sur la compatibilité de la CU et l'allaitement maternel sont très flous. En effet, seulement la moitié des étudiants savaient que la prise d'une pilule contraceptive d'urgence, quelle qu'elle soit, ne nécessitait pas d'interrompre l'allaitement. Il est toutefois à noter que 53 étudiants (soit 26,1 %) ont répondu ne pas savoir.

Les modalités de délivrance gratuite d'une contraception d'urgence sans ordonnance sont plutôt bien connues par les étudiants, puisque la quasi-totalité (96,5%) savaient que cela était possible seulement pour les mineures.

Tableau II : Connaissances des étudiants sur les différents types de contraception d'urgence

A propos des différents types de CU	Réponses justes n(%)	Réponses fausses n(%)	Ne sait pas n(%)
Les différents types de contraception d'urgence*			
Une pilule oestro-progestative	167 (82,3)	34 (16,7)	2 (1,0)
Une pilule micro-progestative	142 (69,9)	59 (29,1)	2 (1,0)
Une pilule macro-progestative	87 (42,8)	114 (56,2)	2 (1,0)
Un implant	198 (97,5)	3 (1,5)	2 (1,0)
Un DIU au cuivre	188 (92,6)	3 (1,5)	2 (1,0)
Un DIU aux hormones	163 (80,3)	38 (18,7)	2 (1,0)
Lévonorgestrel 1,5 mg			
La patiente doit systématiquement avoir une ordonnance pour se la procurer	198 (97,5)	3 (1,5)	2 (1,0)
C'est une pilule progestative	161 (79,3)	40 (19,7)	2 (1,0)
C'est une pilule oestro-progestative	178 (87,7)	23 (11,3)	2 (1,0)
Le nom de la spécialité est ELLAONE	189 (93,1)	12 (5,9)	2 (1,0)
Le nom de la spécialité est NORLEVO	186 (91,6)	15 (7,4)	2 (1,0)
C'est une contraception d'urgence efficace à 100 %	201 (99,0)	0 (0,0)	2 (1,0)
Ulipristal d'acétate 30 mg			
La patiente doit systématiquement avoir une ordonnance pour se la procurer*	149 (73,4)	49 (24,1)	5 (2,5)
C'est une pilule progestative*	102 (50,2)	96 (47,3)	5 (2,5)
C'est une pilule oestro-progestative	174 (85,7)	24 (11,8)	5 (2,5)
Le nom de la spécialité est ELLAONE	185 (91,1)	13 (6,4)	5 (2,5)
Le nom de la spécialité est NORLEVO	188 (92,6)	10 (4,9)	5 (2,5)
C'est une contraception d'urgence efficace à 100 %	198 (97,5)	0 (0,0)	5 (2,5)
Compatibilité avec allaitement maternel			
Lévonorgestrel 1,5 mg sans arrêt de l'allaitement	109 (53,7)	41 (20,2)	53 (26,1)
Ulipristal d'acétate 30 mg sans arrêt de l'allaitement	65 (32,0)	85 (41,9)	53 (26,1)
Lévonorgestrel 1,5 mg, mais allaitement interrompu pendant 1 semaine	139 (68,5)	11 (5,4)	53 (26,1)
Ulipristal d'acétate 30 mg, mais allaitement interrompu pendant 1 semaine	103 (50,7)	47 (23,2)	53 (26,1)
Allaitement interrompu avec les deux types de contraception d'urgence	129 (63,5)	21 (10,3)	53 (26,1)
Dispositif intra-utérin			
Le DIU au cuivre est une contraception d'urgence	189 (93,1)	10 (4,9)	4 (2,0)
Le DIU aux hormones est une contraception d'urgence	166 (81,8)	33 (16,2)	4 (2,0)
Sa pose doit être inférieure à 5 jours après le rapport à risque	155 (76,3)	44 (21,7)	4 (2,0)
Sa pose doit être inférieure à 3 jours après le rapport à risque	178 (87,7)	21 (10,3)	4 (2,0)
C'est une contraception d'urgence efficace à 100 %	183 (90,1)	16 (7,9)	4 (2,0)
Un test de grossesse doit être réalisé avant sa pose	141 (69,4)	58 (28,6)	4 (2,0)
Un dépistage des infections sexuellement transmissibles doit être réalisé systématiquement avant sa pose	96 (47,3)	103 (50,7)	4 (2,0)
Contraception d'urgence gratuite en pharmacie sans ordonnance			
Pour les mineures et les majeures	198 (97,5)	3 (1,5)	2 (1,0)
Seulement pour les mineures	196 (96,5)	5 (2,5)	2 (1,0)
Seulement pour les majeures	201 (99,0)	0 (0,0)	2 (1,0)
Pas gratuite sans ordonnance	199 (98,0)	2 (1,0)	2 (1,0)

* Question piège

2. Connaissances sur les modalités d'utilisation d'une contraception d'urgence

Concernant la durée limite d'utilisation d'un contraceptif d'urgence, la quasi-totalité d'entre eux savait que le délai maximal après le rapport sexuel à risque était de 3 jours pour Lévonorgestrel 1,5 mg (91,1 %) et de 5 jours pour Ulipristal d'acétate 30 mg (86,2 %). De plus, comme indiqué dans le tableau II, 76,3 % (155/203) des étudiants savaient que la pose d'un DIU au cuivre pouvait se faire jusqu'à 5 jours après le rapport à risque.

Tableau III : Connaissance du délai d'utilisation de la contraception d'urgence après le rapport à risque

Délai après le rapport sexuel à risque	Nombres (n)	Pourcentages (%)
24 heures pour toutes les pilules	4	2,0
48 heures pour toutes les pilules	4	2,0
3 jours pour Lévonorgestrel 1,5 mg	185	91,1
3 jours pour Ulipristal d'acétate 30 mg	15	7,4
5 jours pour toutes les pilules	3	1,5
5 jours pour Lévonorgestrel 1,5 mg	11	5,4
5 jours pour Ulipristal d'acétate 30 mg	175	86,2
Ne sait pas	4	2,0

La majorité des étudiants, soit 84,2 % (171/203), connaissaient la conduite à tenir en cas d'oubli d'un comprimé depuis moins de 12 heures, c'est-à-dire prendre le comprimé oublié immédiatement et le suivant à l'heure habituelle sans nécessité d'utiliser une contraception d'urgence et les préservatifs. Parmi les étudiants ayant répondu faux à cette question, la proportion de 4^{ème} et 5^{ème} année était semblable (voir annexe 1).

En cas d'oubli d'un comprimé depuis plus de 12 heures, seulement 43,8 % (89/203) des étudiants interrogés connaissaient la conduite à tenir complète. Là encore, la différence entre les 4^{ème} et 5^{ème} année n'était pas statistiquement significative. Cependant, 87,7 % (178/203) savaient qu'il fallait prendre le comprimé oublié immédiatement et le suivant à l'heure habituelle, 90,1 % (183 / 203) qu'il fallait avoir recours à une contraception d'urgence en fonction de la date du dernier rapport sexuel et la quasi-totalité, soit 98,5% (200/203), que l'utilisation de préservatifs pendant 7 jours était nécessaire. Le faible taux de réponses justes à la question globale vient surtout du

fait qu'un grand nombre d'étudiants, 44,8 % (91/203) ont répondu qu'un test de grossesse devait être réalisé en cas d'oubli supérieur à 12 heures.

Environ un tiers des étudiants, 29,1% (59/203), ne connaissaient pas la conduite à tenir en cas de vomissements ou de diarrhées dans les 3 heures suivant la prise, c'est-à-dire prendre un nouveau comprimé immédiatement et continuer la plaquette de façon habituelle. De plus, 69,4 % (141/203) des étudiants savaient qu'aucune mesure spécifique n'était à envisager en cas de vomissements ou de diarrhées après 5 heures suivant la prise.

Dans le cas d'un oubli de pilule de désogestrel 0,075 mg de plus de 12 heures chez une femme allaitante et ayant eu un rapport sexuel non protégé 48 heures avant, seulement 19,7 % (40/203) des étudiants connaissaient la prise en charge complète. 152 (74,9 %) savaient qu'il fallait prendre le comprimé oublié immédiatement et le prochain à l'heure habituelle, 157 (77,3%) qu'une contraception d'urgence de type Lévonorgestrel (1,5 mg) était nécessaire et 183 (90,1%) que la patiente devait se protéger pendant 7 jours à l'aide de préservatifs. Une grande majorité des étudiants (65,5 %) pensaient à tort que la patiente devait réaliser un test de grossesse systématiquement 2 semaines après l'oubli. Concernant cette question, les étudiants en 5^{ème} année avaient de moins bonnes connaissances que ceux en 4^{ème} année (voir annexe 1).

Tableau IV : Connaissances des étudiants sur les modalités d'utilisation d'une contraception d'urgence

Modalités d'utilisation d'une CU	Réponses justes n(%)	Réponses fausses n(%)	Ne sait pas n(%)
CAT* si oubli < 12 heures	171 (84,2)	30 (17,8)	2 (1,0)
CAT* si oubli > 12 heures	89 (43,8)	112 (55,2)	2 (1,0)
Reprise d'un comprimé et prise du suivant à l'heure habituelle	178 (87,7)	23 (11,3)	2 (1,0)
Contraception d'urgence en fonction de la date du dernier rapport sexuel	183 (90,1)	18 (8,9)	2 (1,0)
Utilisation de préservatifs pendant 7 jours	200 (98,5)	1 (0,5)	2 (1,0)
Pas de nécessité à faire un test de grossesse	110 (54,2)	91 (44,8)	2 (1,0)
CAT* si vomissements ou diarrhées dans les 3 heures suivant la prise	144 (70,9)	54 (26,6)	5 (2,5)
CAT* si vomissements ou diarrhées après 5 heures suivant la prise	141 (69,4)	55 (27,1)	7 (3,4)
CAT* si femme allaitante ayant oublié comprimé désogestrel 0,075 mg depuis plus de 12 heures et ayant eu rapport sexuel non protégé 48 heures avant	40 (19,7)	156 (76,8)	7 (3,4)
Prendre le comprimé oublié immédiatement et prendre le suivant à l'heure habituelle	152 (74,9)	44 (21,7)	7 (3,4)
Prendre une contraception d'urgence de type Lévonorgestrel 1,5 mg	157 (77,3)	39 (19,2)	7 (3,4)
Se protéger à l'aide de préservatifs pendant 7 jours	183 (90,1)	13 (6,4)	7 (3,4)
Pas de nécessité à faire systématiquement un test de grossesse 2 semaines après	63 (31,0)	133 (65,5)	7 (3,4)

CAT* : Conduite à tenir

3. Prescription systématique d'une contraception d'urgence

Une question avait été posée aux étudiants concernant leur future pratique, et notamment l'application des recommandations sur la prescription systématique d'une contraception d'urgence lors de la prescription d'une contraception orale. 144 d'entre eux (soit 70,9 %) pensent prescrire de façon systématique une contraception d'urgence, 33 (16,3 %) ne pensent pas et 12,8 % (26/203) ne savent pas encore.

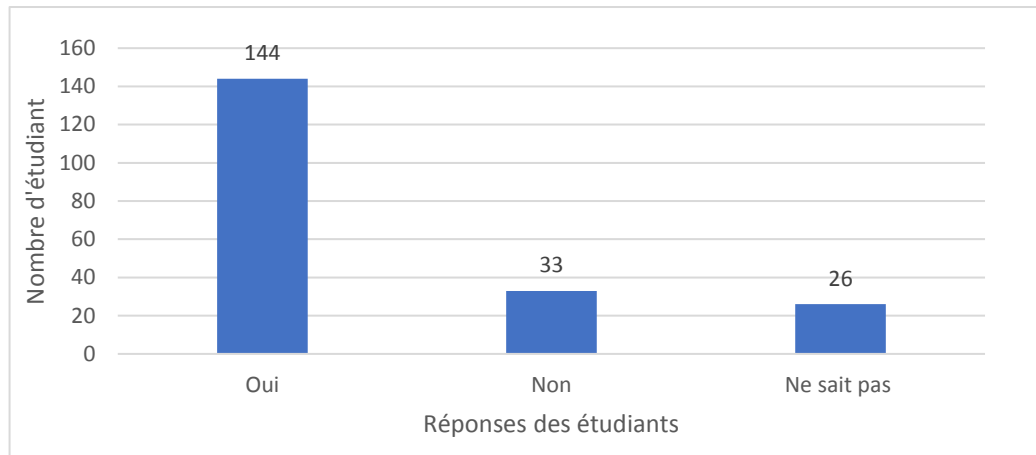


Figure 3 : Prescription systématique d'une contraception d'urgence dans leur future pratique

IV. Sentiment de confiance des étudiants sages-femmes

Au cours de notre étude, nous nous sommes intéressés au sentiment de confiance des étudiants sages-femmes en matière de conseils et d'information de la contraception d'urgence. Nous avons pu constater que moins de 10 % des étudiants se sentent très à l'aise pour informer les patientes, la grande majorité se sent à l'aise (38,4 % soit 78/203) ou assez à l'aise, soit 32,5% (66/203) et seulement deux étudiants (1,0 %) déclarent ne pas se sentir à l'aise du tout. Les étudiants semblent se sentir plus à l'aise en ce qui concerne la prescription d'une contraception d'urgence. En effet, 87,2 % des étudiants interrogés se sentent suffisamment à l'aise, puisque 10,8 % (22/203) se sentent très à l'aise, 43,3 % (88/203) à l'aise et 20,2 % (41/203) assez à l'aise. Six étudiants (2,9 %) ne sont, quant à eux, pas du tout à l'aise pour effectuer cette prescription.

Tableau V : Sentiment de confiance des étudiants en matière de contraception d'urgence

Sentiment de confiance	Population n=203 n (%)
Sentiment de confiance pour conseiller et informer les femmes sur la contraception d'urgence	
Très à l'aise	16 (7,9)
A l'aise	78 (38,4)
Assez à l'aise	66 (32,5)
Peu à l'aise	41 (20,2)
Pas à l'aise du tout	2 (1,0)
Sentiment de confiance pour prescrire une contraception d'urgence	
Très à l'aise	22 (10,8)
A l'aise	88 (43,3)
Assez à l'aise	41 (20,2)
Peu à l'aise	46 (22,7)
Pas à l'aise du tout	6 (2,9)

V. Formation des étudiants sur la contraception d'urgence et niveau de satisfaction

Lors de leur formation, la quasi-totalité des étudiants interrogés soit 96,0 % (195/203) ont reçu des enseignements sur la contraception d'urgence. Parmi eux, une grande majorité ont assisté à des cours magistraux où la CU était intégrée à un thème plus général et à des cas cliniques en cours. On constate que les cours magistraux uniques sur la CU, les cas cliniques en ED ou encore les jeux de rôle sont peu répandus dans la formation. D'un point de vue plus pratique, 93,6 % (190/203) des étudiants ont déjà assisté à des consultations de gynécologie durant leur formation, majoritairement lors de visites post-natales (61,6%), de consultations gynécologiques propres (73,7 %), de consultations avec une sage-femme libérale (70,0 %) ainsi qu'au planning familial (51,6 %). Les services de suites de couches et des urgences gynécologiques sont également des lieux où les étudiants ont pu assister à des consultations de gynécologique comme ce fut le cas pour respectivement 44,2 % (84/203) et 28,9 % (55/203) des étudiants interrogés.

Tableau VI: Formation initiale des étudiants sage-femme

Formation initiale	Population n=203 n (%)
Enseignements sur CU	195 (96,0)
Types d'enseignement	195 (96,0)
Cours magistral unique sur la CU	52 (26,6)
Cours magistral avec CU intégrée à thème général	144 (73,8)
Cas cliniques (en cours)	96 (49,2)
Cas cliniques (en ED)	28 (14,3)
Jeux de rôle	21 (10,8)
Autres	6 (3,1)
Ne sait pas	4 (2,0)
Consultations de gynécologie	190 (93,6)
Types de Service	190 (93,6)
Visite post-natale	117 (61,6)
Consultations gynécologiques	140 (73,7)
Consultations avec une SFL	133 (70,0)
Suites de couche	84 (44,2)
Urgences gynécologiques	55 (28,9)
Service de santé universitaire	11 (5,8)
Planning familial	98 (51,6)
Autres	10 (5,3)

Durant notre étude, nous nous sommes également enquis à évaluer le niveau de satisfaction des étudiants sur leur formation initiale. Nous nous sommes penchés, dans un premier temps, sur l'enseignement théorique reçu. Celui-ci semble avoir été plutôt satisfaisant, puisque 72,4 % (147 /203) des étudiants ont déclaré être très satisfaits (19,2 %) et satisfaits (53,2 %) et seulement 4,4 % (9/203) n'étaient, pour leur part, pas satisfaits du tout. La satisfaction des étudiants sur l'enseignement clinique semble cependant plus mitigée. En effet, seulement la moitié affirme être très satisfait (12,3%) ou satisfait (38,9%), contre 37,9% (77/203) des étudiants qui sont seulement peu satisfaits et 10,8 % qui ne le sont pas du tout.

Tableau VII : Satisfaction des étudiants sur leur formation initiale

Satisfaction des étudiants	Population n=203 n (%)
Satisfaction de l'enseignement théorique	
Très satisfait	39 (19,2)
Satisfait	108 (53,2)
Peu satisfait	47 (23,1)
Pas du tout satisfait	9 (4,4)
Satisfaction de l'enseignement clinique	
Très satisfait	25 (12,3)
Satisfait	79 (38,9)
Peu satisfait	77 (37,9)
Pas du tout satisfait	22 (10,8)

Afin d'évaluer une possible mise en place d'un processus de modèle de rôle au cours de leur formation clinique, deux questions étaient posées aux étudiants concernant les pratiques des professionnels sur la contraception d'urgence. Plus clairement, nous avons demandé aux étudiants s'ils avaient pu, au cours de leurs stages, assister à une information individuelle sur la CU et à une prescription de celle-ci en leur laissant également la possibilité d'effectuer un commentaire là-dessus. Nous avons pu constater que seulement la moitié des étudiants (50,7%) ont déjà assisté à une information individuelle sur la contraception d'urgence lors de leurs stages et 61,1 % (124/203) à une prescription. 42,4 % (86/203) d'entre eux ont pu assister aux deux et 18,7 % (38/203) ont assisté à une prescription de contraception d'urgence sans information individuelle. L'étude des commentaires libres des étudiants sage-femme a pu mettre en évidence que la majorité des étudiants ayant déjà assisté à une information individuelle sur la CU mentionnent le centre de planification familial comme lieu le plus propice. En effet, nombreux d'entre eux ont déclaré qu'une prescription systématique d'une contraception d'urgence était réalisée lors de ces consultations et parfois lors de consultation chez une sage-femme libérale.

Tableau VIII: Pratique sur la contraception d'urgence en stage

Pratique sur la CU	Population n= 203 n (%)
Déjà assisté(e) à une information individuelle sur la CU	
Jamais	100 (49,3)
Parfois	77 (37,9)
Souvent	26 (12,8)
Déjà assisté(e) à une prescription de CU	
Jamais	79 (38,9)
Parfois	84 (41,4)
Souvent	40 (19,7)
Déjà assisté(e) à une information individuelle et à une prescription de CU	86 (42,4)
Déjà assisté(e) à une prescription de CU sans information individuelle	38 (18,7)

VI. Score de connaissance

Afin d'évaluer les connaissances des étudiants sages-femmes sur la contraception d'urgence 12 questions à choix multiples (QCM) leur ont été posées et dont les résultats ont été décrits précédemment. Un point était attribué pour chaque question juste, aboutissant à un score sur 12. La moyenne était de 6,11 sur 12 soit une note de 10,18 sur 20. On a pu retrouver une note médiane de 6 avec un intervalle de confiance compris entre 4,42 et 7,8. 2 étudiants ont eu une note égale à 0 puisqu'ayant répondu « je ne sais pas » à chaque QCM. La note maximale obtenue était de 9 sur 12 soit 15 sur 20.

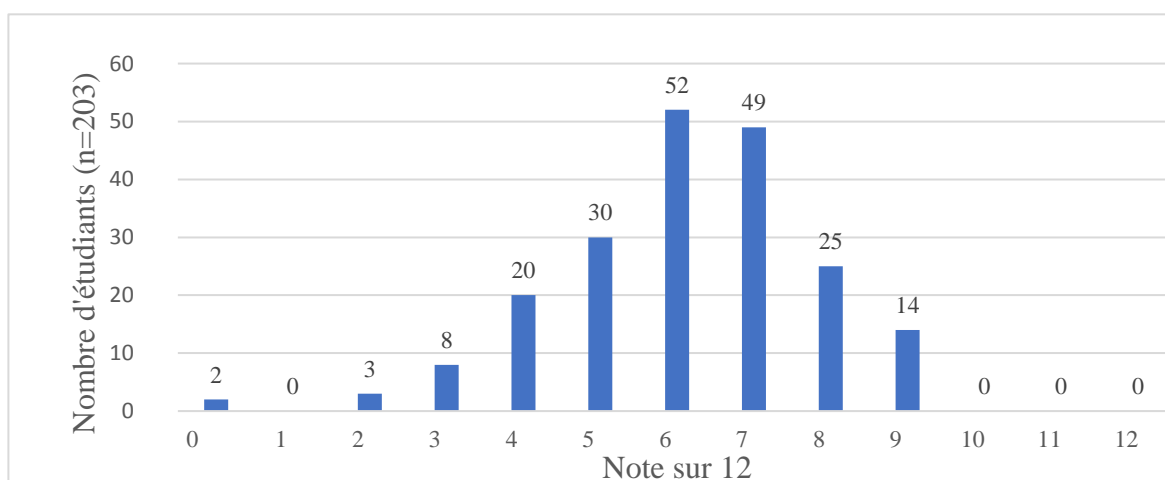


Figure 4 : Score de connaissance des étudiants sages-femmes

Afin d'analyser ce score de connaissance, nous nous sommes basés sur les mentions du baccalauréat, c'est-à-dire qu'une note supérieure ou égale à 8 équivalait à un « très bien » ou « bien » soit pour nous un niveau de connaissance satisfaisant et par conséquent une note inférieure à 8 sur 12 à un niveau de connaissance insuffisant. Comme nous pouvons le constater sur la figure 2, seulement 39 étudiants (soit 19,2%) ont un niveau de connaissance satisfaisant concernant la contraception d'urgence. 15,9 % (21/132) des 4^{ème} années et 25,4 % (18/71) des 5^{ème} années ont un score de connaissance ≥ 8 .

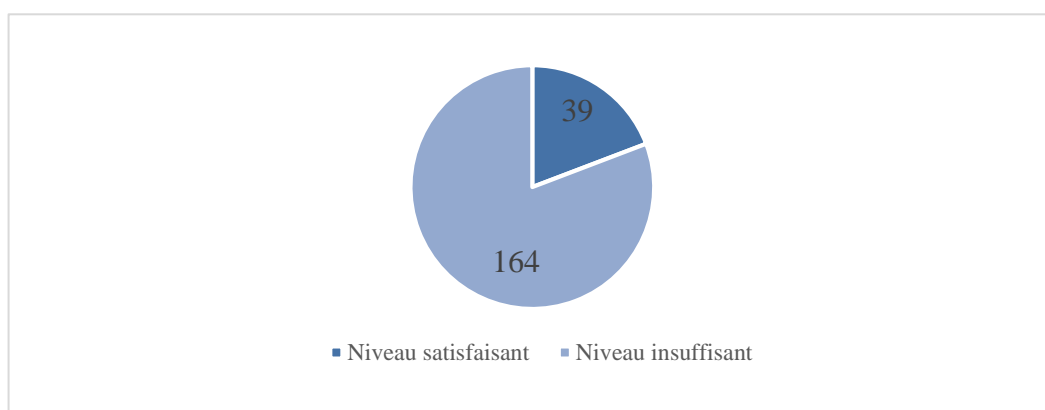


Figure 2 : Niveau de connaissance des étudiants sages-femmes

Tableau IX : Répartition du score de connaissance en fonction de l'année d'étude

Année d'étude	Niveau satisfaisant	Niveau insuffisant
4 ^{ème} année	21 (15,9)	111 (84,1)
5 ^{ème} année	18 (25,4)	53 (74,6)

Nous avons ensuite comparé nos deux groupes en fonction du sentiment de confiance, du niveau de satisfaction sur la formation ainsi qu'en fonction de l'année d'étude et des enseignements reçus. Enfin, nous avons cherché à savoir si le score de connaissance avait un impact sur la prescription systématique d'une contraception d'urgence lors de leur future pratique. Un test du Chi² a été réalisé pour chaque comparaison où les effectifs attendus étaient supérieurs à 5, dans le cas contraire, un test de Fisher a été utilisé. Notre valeur seuil a été fixé arbitrairement à 0,05.

1. Influence du niveau d'étude sur le score de connaissance

Le niveau d'étude ne semble visiblement pas avoir d'influence sur le score de connaissance ($p>0,05$). Ainsi, les 5^{ème} années n'ont pas forcément un meilleur score de connaissance que les 4^{ème} années.

Tableau X : Comparaison du score de connaissance en fonction du niveau d'étude en maïeutique

Niveau d'étude	Score ≥ 8	Score < 8	p-value
	n= 39 (19,2%)	n=164 (80,8 %)	
4 ^{ème} année	21 (53,8)	111 (67,7)	0,10*
5 ^{ème} année	18 (46,2)	53 (32,3)	

* Test du Chi²

2. Influence de l'expérience personnelle sur le score de connaissance

Une question avait été posée aux étudiants afin de savoir s'ils avaient déjà eu recours personnellement à la contraception d'urgence. Cette expérience personnelle ne semble pas non plus avoir d'influence sur le score de connaissance des étudiants ($p>0,05$).

Tableau XI : Comparaison du score de connaissance en fonction de l'utilisation personnelle de la contraception d'urgence

Utilisation personnelle de la CU	Score ≥ 8	Score < 8	p-value
	n= 39 (19,2%)	n=164 (80,8 %)	
Oui	21 (53,8)	76 (46,3)	0,40*
Non	18 (46,2)	88 (53,7)	

*Test du Chi²

3. Influence de la formation reçue sur le score de connaissance

Nous nous sommes ensuite intéressés à savoir si la formation reçue par les étudiants sur la contraception d'urgence avait un impact sur leur score de connaissance. Les résultats montrent que le fait d'avoir reçu ou non un enseignement théorique sur la contraception d'urgence ou d'avoir ou non assisté à une consultation gynécologique n'a pas d'impact sur le score de connaissance ($p>0,05$).

Tableau XII : Comparaison du score de connaissance en fonction de la formation initiale reçue

Formation initiale reçue	Score ≥8 n= 39 (19,2%)	Score <8 n=164 (80,8 %)	p-value
Reçu enseignement théorique			
Oui	39 (100,0)	156 (95,1)	0,36**
Non	0 (0,0)	8 (4,9)	
Assisté à consultation gynécologique			
Oui	37 (94,9)	153 (93,3)	1,00**
Non	2 (5,1)	11 (6,7)	

** Test de Fisher

4. Influence du score de connaissance sur le sentiment de confiance des étudiants

Concernant le sentiment de confiance, nous avons scindé nos étudiants en 2 groupes, ceux qui étaient plutôt à l'aise, c'est-à-dire ceux qui étaient « très à l'aise », « à l'aise » et « assez à l'aise » et ceux qui n'étaient pas à l'aise regroupant ceux qui étaient « peu à l'aise » et « pas du tout à l'aise ». Le tableau XIII nous a permis d'effectuer cette comparaison. Un test de Chi² a pu être réalisé et a montré que les différences étaient statistiquement significatives (p-value < 0,05). Ainsi, les étudiants ayant un meilleur score de connaissance sont plus à l'aise pour informer et prescrire la contraception d'urgence.

Tableau XIII : Comparaison du sentiment de confiance des étudiants en fonction du score de connaissance

Sentiment de confiance des étudiants	Score ≥8 n= 39 (19,2%)	Score <8 n=164 (80,8 %)	p-value
Sentiment de confiance pour informer			
Plutôt à l'aise	37 (94,9)	123 (75,0)	0,006*
Pas à l'aise	2 (5,1)	41 (25,0)	
Sentiment de confiance pour prescrire			
Plutôt à l'aise	38 (97,4)	113 (68,9)	0,0002*
Pas à l'aise	1 (2,6)	51 (31,1)	

* Test du Chi²

5. Influence du score de connaissance sur le niveau de satisfaction des étudiants

L'évaluation du niveau de satisfaction des étudiants sur leur formation initiale était un objectif de notre étude. Nous avons donc cherché à savoir si le score de connaissance des étudiants avait un impact sur ce niveau de satisfaction. La comparaison entre nos différents groupes : ceux qui étaient plutôt satisfaits, comprenant ceux qui étaient très satisfaits et ceux qui étaient satisfaits, contre ceux qui n'étaient pas satisfaits, c'est-à-dire ceux qui avaient répondu n'être que peu satisfaits ou pas satisfaits du tout ; a montré que la différence n'était statistiquement pas significative ($p > 0,05$) aussi bien concernant l'enseignement théorique que clinique.

Tableau XIV : Comparaison du niveau de satisfaction des étudiants sur leur formation en fonction du score de connaissance

Satisfaction des étudiants	Score ≥ 8 n= 39 (19,2%)	Score < 8 n=164 (80,8 %)	p-value
Satisfaction de l'enseignement théorique			
Plutôt satisfait	33 (84,6)	114 (69,5)	0,06*
Pas satisfait	6 (15,4)	50 (30,5)	
Satisfaction de l'enseignement clinique			
Plutôt satisfait	25 (64,1)	79 (48,2)	0,07*
Pas satisfait	14 (35,9)	85 (51,8)	

* Test du Chi²

6. Influence du score de connaissance sur la pratique future

Dans un dernier temps, nous nous sommes penchés à savoir si le score de connaissance des étudiants influencé leur pratique future et plus particulièrement sur la prescription systématique d'une contraception d'urgence lors de la prescription d'une contraception orale. Afin de pouvoir réaliser notre test, nous avons décidé de ne pas prendre en compte ceux qui ne savaient pas, supposant qu'ils ne s'étaient pas encore posé la question. Ainsi le score de connaissance ne semble pas influencer la future prescription systématique d'une contraception d'urgence par les étudiants. La différence n'est pas statistiquement significative ($p > 0,05$).

Tableau XV : Comparaison de la réalisation future d'une prescription systématique de la contraception d'urgence en fonction du score de connaissance

Prescription systématique	Score ≥8 n= 39 (19,2%)	Score <8 n=164 (80,8 %)	p-value
Oui	28 (71,8)	116 (70,7)	0,54*
Non	8 (20,5)	25 (15,2)	

* Test du Chi²

VII. Etude des besoins de formation des étudiants sages-femmes

Deux questions ouvertes avaient été posées à la fin du questionnaire afin de connaître d'une part, les facteurs qui pourraient améliorer leur sentiment de compétence dans l'information et la prescription de la contraception d'urgence et d'autre part, les obstacles qui les empêchent de se sentir suffisamment à l'aise. 111 étudiants (soit 54,7 %) ont répondu à ces questions, parmi toutes ces réponses plusieurs facteurs se démarquent. En effet, le manque de connaissances personnelles des étudiants ressort comme un obstacle fréquent à l'acquis de confiance des étudiants ainsi la mise en place d'un cours dédié spécifiquement à la contraception d'urgence ainsi qu'une formation continue sur les différentes années d'étude et en post-diplôme semblent être des facteurs favorisant ce sentiment de confiance selon les étudiants. Par ailleurs, la mise en pratique en stage paraît être un point important pour les étudiants notamment lors de stages en gynécologie trop peu fréquents selon eux. Un dernier point est également revenu fréquent, celui de la divergence des pratiques par les professionnels. Les étudiants se disent déstabilisés par les pratiques trop diverses des professionnels et donc sur les bonnes conduites à tenir.

Tableau XVI : Description des besoins des étudiants

<p>Facteurs pouvant améliorer leur sentiment de compétence</p>	<p>Mise en place d'une formation dédiée à la CU, cours spécifique Cas cliniques, jeux de rôle Formation continue (sur les différentes années d'étude et après l'obtention du diplôme) Plus de stages en gynécologie : CPEF Pratique des professionnels sur le terrain : uniformiser les pratiques sur les terrains de stage Plus de pratique</p>
<p>Obstacles influençant l'aisance des étudiants</p>	<p>Pas assez de mise en situation lors des stages Manque de connaissances personnelles Pratiques et informations des professionnels trop divergentes : prescription systématique professionnel dépendant, informations divergentes ... Peur de se tromper Pas assez de stage en gynécologie</p>

DISCUSSION

I. Atteinte des objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude a été atteint. En effet, nous sommes parvenus à réaliser un état des lieux des connaissances des étudiants sages-femmes sur la contraception d'urgence.

De plus, les objectifs secondaires ont également été atteints puisque le niveau de confiance des étudiants concernant l'information des femmes sur la contraception d'urgence et sa prescription a été évalué ainsi que leur niveau de satisfaction par rapport aux enseignements reçus.

II. Limites et points forts de l'étude

1. Les limites de l'étude

La représentativité de notre échantillon est un point faible de notre étude. En effet, seulement 204 questionnaires ont été remplis sur une population cible de 1854 étudiants ce qui représente un taux de participation de 10,9 %, insuffisant quand on regarde la moyenne des taux de réponses des enquêtes par auto-questionnaire (entre 30 et 40 %). Ceci s'explique d'une part, par le fait que les questionnaires aient été envoyés aux étudiants via le réseau de l'Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes (ANESF) qui regroupe chaque Bureau Des Etudiants (BDE) de chaque école. Ainsi, aucun contrôle n'a pu être effectué par les investigateurs de l'étude pour s'assurer que tous les étudiants de 4^{ème} et 5^{ème} année de chaque école aient bien reçu le questionnaire, laissant au bon vouloir des responsables du BDE le choix de transférer le questionnaire. D'autre part, l'étude a été réalisée du 22 juin 2017 jusqu'au 26 septembre 2017, période pendant laquelle les étudiants de 5^{ème} année ont de nombreuses préoccupations (soutenance du mémoire, recherche d'emploi, validation du CSCT, obtention du diplôme...) et donc peu propice à répondre à des questionnaires. Il s'agit également de la période de turn-over des étudiants, les 4^{ème} années deviennent les étudiants de 5^{ème} année et les représentants du BDE laissent place aux nouveaux arrivants ce qui a pu engendrer une mauvaise diffusion

de l'information ainsi qu'une mauvaise définition des 4^{ème} années et 5^{ème} années cibles de l'étude.

Par ailleurs, notre étude comporte un biais de sélection puisqu'elle était basée sur la participation volontaire des étudiants. On peut donc supposer que les personnes ayant répondu au questionnaire étaient les plus intéressées par le sujet et avaient probablement de meilleures connaissances. Du même fait, les étudiants ayant de moins bonnes connaissances à ce sujet n'ont peut-être pas osé répondre aux questionnaires par peur d'être jugés, bien que l'anonymat des étudiants fût conservé tout au long de l'étude.

Le format du questionnaire est également une limite de notre étude. En effet, il s'agissait d'auto-questionnaire informatique qui fait donc appel à des données déclaratives, pouvant être sujettes à un biais d'anamnèse puisque des recherches internet ont pu être effectuées pendant la réalisation du questionnaire par les étudiants. Par ailleurs, la longueur du questionnaire (37 questions) a pu engendrer la lassitude des participants entraînant des réponses bâclées ou bien mises au hasard. En effet, il est à noter que deux étudiants ont coché la case « je ne sais pas » pour chaque question faisant appel à leurs connaissances. De plus, le format informatique du questionnaire comporte également plusieurs inconvénients. Tout d'abord, nous n'avions aucun moyen de contrôler les doublons, choses évitables par distribution directe des questionnaires en format papier. D'autre part, les interrogations des participants concernant des ambiguïtés de compréhension ne pouvaient être explicitées. Après analyse des résultats, certaines questions ont été définies comme des questions pièges notamment celles concernant la classe pharmacologique (question 1).

2. Les points forts de l'étude

A l'heure actuelle, aucune étude n'a encore été réalisée à ce sujet, pourtant le contrôle des naissances est un enjeu majeur de santé publique. Les sages-femmes se trouvent désormais au premier rang de la prévention génésique grâce au suivi gynécologique des femmes ainsi que par la réalisation d'interruption volontaire de grossesse qui, au-delà de l'acte médical, implique également la dispensation d'informations sur la contraception et la contraception d'urgence, élément clés quand on sait que près de la moitié des femmes en demande d'IVG (40%) utilisaient une contraception à forte efficacité théorique et avaient donc rencontré un échec de contraception (oubli, retard, erreurs,...)(3).

Malgré le faible taux de participation à notre étude, le nombre de réponses (204) reste néanmoins satisfaisants pour la réalisation d'études statistiques. De plus, la population étudiée comprend des étudiants de diverses régions (8 sur 13), avec une bonne répartition des étudiants sur les deux années d'étude (132 étudiants de 4^{ème} année et 71 étudiants de 5^{ème} année), nous permettant de déceler une éventuelle différence de niveau de connaissance entre les deux années. Le choix d'interroger tous les étudiants de 4^{ème} et 5^{ème} année en France métropolitaine est un point fort de cette étude puisqu'il nous permet d'avoir une plus grande vue d'ensemble des connaissances et des formations sur la contraception d'urgence au décours des études de maïeutique.

III. Analyse des résultats

1. Discussion sur la population étudiée

Concernant l'âge moyen de notre population, il était de 22,65 ans ce qui suit la moyenne d'âge des étudiants avec un bac +4 et un bac +5, ainsi notre échantillon est représentatif de l'âge moyen attendu des étudiants en 4^{ème} et 5^{ème} année d'étude ayant suivi un cursus « classique » c'est-à-dire l'obtention du baccalauréat, puis passage de la PACES (avec un possible redoublement) puis passage d'année en année à l'école de sage-femme. Si les étudiants avaient été plus âgés, nous aurions pu penser que leurs connaissances étaient plus approfondies du fait de leur expérience personnelle, ou de la répétition des enseignements s'ils avaient redoublé.

La répartition géographique de notre échantillon est un point important de notre étude. En effet, l'objectif était d'évaluer les connaissances des étudiants sages-femmes de France ainsi les réponses des étudiants provenant de 8 régions différentes nous permettent d'avoir un point de vue plus global bien que n'ayant pas une représentation des 13 régions. Par ailleurs, les étudiants de 4^{ème} et 5^{ème} année étudiant dans ces 8 régions représentent 66,7 % des étudiants de la France métropolitaine, ce qui nous permet de pouvoir généraliser nos résultats à la formation sage-femme française (58).

La proportion de femmes et d'hommes ayant répondu au questionnaire est également assez représentative. En effet, selon une étude, les femmes représentaient 94,4% des étudiants à la rentrée 2013, proportion qui est semblable à celle de notre étude puisque nous avons un taux de 97,5 % d'étudiantes et de 2,46 % d'étudiants. La

contraception reste, dans les mœurs, un sujet féminin, il est donc intéressant de voir qu'une portion non négligeable d'hommes s'est penchée sur notre étude (59).

2. Discussion sur l'expérience personnelle

Parmi les étudiants interrogés, 47,8 % déclaraient avoir déjà eu recours à la contraception d'urgence au cours de leur vie, résultat en corrélation avec une étude menée par le CRIPS en 2010 qui montrait que 43,3 % des jeunes de 20-24 ans avaient déjà utilisé la CU au moins une fois au cours de leur vie (20). Ainsi, si on imagine que ces étudiants sont avant tout des personnes de la population générale on s'aperçoit que l'utilisation de la contraception d'urgence n'est pas quelque chose d'exceptionnelle et que son utilisation reste complexe pour certaines personnes. En effet, rien que sur nos 97 étudiants ayant déjà utilisé la PCU, près de 20 % d'entre eux déclarent avoir eu des difficultés à l'utiliser. Cela nous montre donc qu'une information claire et exhaustive est à délivrer à toutes les femmes lors de leur suivi gynécologique afin que l'utilisation de cette méthode de rattrapage devienne quelque chose de simple, diminuant ainsi le nombre de grossesses non désirées. Il aurait cependant été intéressant de demander aux étudiants si le recours à la CU avait eu lieu avant ou pendant leurs études de sage-femme permettant ainsi de voir si la formation qu'ils avaient pu recevoir les avait aidés dans leur démarche. Une question spécifique aux étudiants n'ayant eu aucune difficulté à utiliser la CU (77,3 % d'entre eux) aurait également pu être posée afin de s'enquérir de leurs sources d'information (recherches personnelles, information par un professionnel de santé, sensibilisation par la famille, formation en maïeutique, interventions au collège ou au lycée ...).

3. Discussion sur les connaissances des étudiants sages-femmes sur la contraception d'urgence

a) *Connaissances générales de la contraception d'urgence*

La connaissance des différents types de contraception d'urgence par les étudiants sages-femmes est plutôt bonne. En effet, en plus de la pilule contraceptive d'urgence (ou fréquemment appelée « pilule du lendemain »), un grand nombre d'étudiants savaient que le DIU au cuivre était également utilisé comme contraceptif d'urgence (92,6 %). Toutefois, 18,7 % des étudiants pensaient que le DIU aux hormones pouvait être utilisé à cet effet, laissant supposer que mode d'action de ces deux types de dispositifs intra-utérins n'est pas encore bien compris par les étudiants, puisque l'utilisation de l'un en tant que

CU n'est possible que grâce à son action locale, non effective chez l'autre ». La plupart des étudiants avaient notion qu'il existait une pilule contraceptive d'urgence mais la classe pharmacologique est beaucoup moins connue. 16,7 % des étudiants pensaient qu'il s'agissait d'une pilule oestro-progestative, 29,1 % d'une pilule macro-progestative et 56,2 % d'une pilule macro-progestative. Ces taux de réponses fausses mettent donc bien en avant le manque de connaissances approfondies des étudiants sur la CU. Il faut toutefois noter que la question pouvait être piège puisque les vraies classes thérapeutiques des deux types de pilule contraceptive d'urgence - pilule progestative pour le Lévonorgestrel et pilule modulatrice des récepteurs à la progestérone pour l'Ulipristal acétate - n'étaient pas mentionnés dans le QCM, pouvant induire en erreur les étudiants. Finalement, seulement 8 étudiants connaissaient parfaitement les différents types de contraceptifs d'urgence.

Les connaissances sur le Lévonorgestrel 1,5 mg sont très satisfaisantes. En effet, son délai d'utilisation est plutôt bien connu par les étudiants, puisque 91,1 % d'entre eux savaient que le délai maximal d'utilisation était de 3 jours après le rapport sexuel à risque. De plus, la quasi-totalité connaissait son nom de spécialité ainsi que ses modalités de délivrance (pas d'ordonnance obligatoire). Concernant la pilule à l'Ulipristal acétate 30 mg, là encore son nom de spécialité ainsi que son délai d'utilisation de 5 jours faisaient partie des connaissances acquises par les étudiants. Il est cependant important de noter que 2,5 % des étudiants ont répondu « je ne sais pas » à la question concernant l'Ulipristal acétate contre seulement 1% à celle sur le Lévonorgestrel, ce qui laisse supposer que cette pilule est moins bien connue des étudiants. De plus, malgré une bonne connaissance générale des participants concernant Ellaone®, ses modalités de dispensation restent toutefois confuses pour 26,6 % d'entre eux. 24,1 % pensaient encore que la patiente devait systématiquement avoir une ordonnance pour se la procurer. Ce taux d'erreur assez élevé peut s'expliquer par le changement récent des modalités de délivrance d'Ellaone® qui, depuis avril 2015, n'est plus soumise à prescription médicale obligatoire. De cette ambiguïté de connaissance peut émaner plusieurs interrogations sur la formation en maïeutique. Tout d'abord, la contraception d'urgence est-elle développée de façon exhaustive au cours de la formation (détails des différents types de CU, classe pharmacologique, modalité de délivrance, modalité de remboursement, contre-indications, effets indésirables, ...) ? Ensuite, les connaissances des enseignants sont-elles réactualisées au fil des nouvelles recommandations ? Est-ce que les étudiants

reçoivent plusieurs interventions sur la contraception d'urgence sur les différentes années d'étude ? Il aurait été intéressant de savoir au cours de quelle(s) année(s) de formation les étudiants avaient reçu leur(s) intervention(s) sur la CU, de ce fait on aurait pu s'assurer de la répétition ou non des enseignements sur ce sujet au cours de la formation. Cela aurait également pu expliquer le fait que les modifications fréquentes des recommandations bouleversent les connaissances des étudiants qui deviennent alors dépassées avant même la fin du cursus. Se pose alors la question de la formation continue, problème soulevé par plusieurs étudiants et sur lequel nous reviendrons ultérieurement.

Bien que le dispositif intra-utérin au cuivre se trouve être le contraceptif d'urgence le plus efficace (taux d'efficacité de 99 %), il reste encore peu utilisé en tant que tel. Selon, une étude américaine, 70 femmes sur 188 avaient choisi le DIU au cuivre comme contraceptif d'urgence, proportion satisfaisante quand on sait qu'elle permet une contraception efficace au long cours où les oublis de pilule ne sont plus un problème (19,60). Nous avons donc cherché à évaluer les connaissances des étudiants à ce sujet. Les étudiants sages-femmes connaissaient quasiment tous le DIU au cuivre comme contraceptif d'urgence. Une étude s'intéressant aux connaissances d'étudiants en médecine a révélée qu'ils avaient également une bonne connaissance du DIU au cuivre en tant que contraceptif d'urgence, contrairement à la population générale de femmes nullipares, qui pour 80 % d'entre elles, l'utilisation du DIU en contraception d'urgence était totalement méconnue (61,62). On peut donc conclure de ces résultats, que la formation médicale et notamment en maïeutique comprend une formation sur la contraception d'urgence impactant les connaissances des étudiants. Néanmoins, deux points restent encore flous pour nos participants : la réalisation d'un test de grossesse et la réalisation systématique du dépistage des infections sexuellement transmissibles avant la pose du DIU. Près de 30 % des étudiants pensaient qu'un test de grossesse devait être réalisé avant la pose. Or on sait que l'hormone chorionique gonadotrope (hCG) est sécrétée par le trophoblaste seulement à partir du 6^{ème} - 8^{ème} jour après la fécondation et que le DIU doit être posé dans les 5 jours après le rapport à risque pour qu'il soit efficace. Ainsi, faire un test de grossesse dans les 5 jours serait inutile puisque la sécrétion n'aura pas encore débuté et attendre 1 semaine avant de réaliser le test serait alors inconscient (63). Ce pourcentage d'erreur montre la méconnaissance des étudiants en matière de physiologie qui est à la base de la contraception. Concernant les recommandations quant au dépistage des IST, de nombreuses entités conseillent de réaliser un dépistage chez les

personnes à risque (partenaires multiples, viol, méconnaissance du statut sérologique des partenaires), mais là encore la pose devra se faire avant l'obtention des résultats qui peut prendre plusieurs semaines, c'est pour cela que cette méthode est beaucoup moins utilisée chez les adolescentes ou chez les personnes à risque (19,32). Les recommandations restent néanmoins abstraites laissant libre choix aux professionnels de faire réaliser ou non un dépistage.

De façon plus marquée, notre étude nous a permis de mettre le doigt sur une grande confusion des étudiants concernant la compatibilité des deux types de PCU avec l'allaitement. En effet, seulement 28,1 % des étudiants savaient que le Lévonorgestrel 1,5 mg et l'Ulipristal acétate 30 mg étaient compatibles avec l'allaitement maternel sans nécessité d'interruption. Ceci est amplifié par le fait que 26,1 % des étudiants ont déclaré « ne pas savoir » à cette question. Ce manque de connaissance peut s'expliquer par les informations contradictoires délivrées sur les différents sites de santé. Concernant le Lévonorgestrel, le site du CRAT, 1^{er} référentiel des agents tératogènes, ne recommande pas une suspension de l'allaitement maternel alors que dans le Vidal, il est conseillé de suspendre l'allaitement pendant 6 heures. L'ANSM recommande, quant à elle, de ne pas allaiter pendant au moins 8 heures après la prise, information en accord avec une étude internationale ayant étudié la pharmacocinétique du lévonorgestrel dans le plasma et dans le lait (22,64,65). Les données concernant l'ulipristal acétate sont toutes aussi confuses, puisque comme pour Norlevo®, le CRAT ne recommande pas de suspension de l'allaitement contrairement au Vidal qui lui conseille de ne pas allaiter 36 heures après la prise. Le laboratoire commercialisant Ellaone® (HRA Pharma) recommande, quant-à-lui, l'interruption de l'allaitement pendant 1 semaine (27,29,66). Ainsi, on comprend la complexité devant laquelle sont, d'une part, les étudiants pour parfaire leurs connaissances et d'autre part, les enseignants pour relayer une information juste et actualisée à leurs élèves. Notons, toutefois, que l'analyse de nos résultats s'est basée sur les recommandations du CRAT, qui reste le référent n°1 en matière de tératogénicité, ainsi en choisissant un autre site comme référentiel les résultats auraient pu être différents.

b) Connaissances des conduites à tenir en cas d'incident contraceptif avec une pilule contraceptive

Notre étude ne s'est attachée qu'aux oublis de pilule contraceptive ou d'incidents survenant après sa prise ; les conduites à tenir devant les autres échecs de contraception

(rupture du préservatif, échecs des méthodes naturelles, décollement du patch, oubli de la mise de l'anneau contraceptif, etc...) n'ont pas été étudiées, mais évaluer les connaissances des étudiants à ce sujet aurait été intéressant.

La grande majorité des étudiants connaissaient parfaitement la conduite à tenir devant l'oubli d'un comprimé depuis moins de 12 heures. Cependant, aucune précision n'avait été apportée sur le questionnaire concernant le type de pilule contraceptive oublié, cette négligence a pu porter à confusion certains étudiants puisqu'il existe une exception pour la pilule au lévonorgestrel : Microval® pour laquelle le délai d'oubli est de 3 heures (67). La conduite à tenir complète devant un oubli depuis plus de 12 heures était beaucoup moins connue des étudiants : seuls 43,8% d'entre eux la connaissait entièrement. Les erreurs étaient essentiellement portées sur la réalisation ou non d'un test de grossesse de façon systématique. En effet, 44,8 % des participants ont répondu qu'un test de grossesse devait être réalisé de façon systématique en cas d'oubli supérieur à 12 heures, réponse que nous avons considérée comme fausse puisqu'il existe une subtilité qui doit être connue des étudiants mais qui là encore diffère d'un site d'information à l'autre. Les recommandations concernant la réalisation systématique d'un test de grossesse après un oubli de pilule sont assez confuses, la HAS préconise d'informer les patientes sur la possibilité de l'avance ou le retard des règles et de ne réaliser un test de grossesse que si les règles ne surviennent pas dans les 5 à 7 jours après la date attendue, ou en cas de saignements anormaux à la date prévue des règles, ou en cas de signes évocateurs de grossesse. Ces recommandations sont en accord avec celles d'un autre site très connu en terme de contraception et géré par Santé publique France (24,68). A contrario, le site : g-oublimapilule.com de l'INPES, source d'information très conseillée, préconise aux femmes de réaliser un test de grossesse 2 semaines après l'oubli (69). Ces différences sont néanmoins discutables, en effet, les sites d'information publiques spécifiques à la contraception ont été créés pour permettre aux femmes d'avoir toutes les cartes en main pour gérer leur contraception de façon autonome et éviter la survenue de grossesses non désirées, ils doivent donc être ludiques, claires et ciblés sur les informations importantes. Ceci peut donc expliquer les informations simplifiées qui y sont relayées. La réalisation d'un test de grossesse après un oubli de pilule doit être faite au cas par cas, suivant la régularité des cycles de la patiente ainsi que l'aspect de ses règles habituelles et de sa contraception utilisée. Certaines femmes peuvent présenter des aménorrhées secondaires avec une pilule microprogestative, d'autres peuvent avoir des spotting (saignements peu

abondants survenant entre les règles) au cours de leur cycle ce qui rend difficile l'interprétation par les femmes de « saignements anormaux ». Mais les étudiants, en tant que futurs professionnels de santé, doivent connaître ce genre de subtilité, qui reste liée au déroulement de la physiologie des cycles menstruels, afin de pouvoir informer et rassurer les femmes qu'ils rencontreront.

Concernant la conduite à tenir en cas de vomissements ou de diarrhées dans les 3 heures suivant la prise d'une pilule contraceptive, les résultats sont encore mitigés puisqu'encore 29,1 % des étudiants ne savaient pas qu'il fallait reprendre un comprimé immédiatement et continuer la plaquette de façon habituelle. Là encore, les données à ce sujet ne sont pas précises et sont discordantes d'un site à l'autre, pour certains le délai est de 3 heures, pour d'autres 4 heures, ce qui peut encore porter à confusion les étudiants (70,71). De plus, ce manque de normes claires peut également perturber les enseignants qui se basent sur des données littéraires pour réaliser leurs cours, ainsi, selon le site de référence choisi par l'enseignant les connaissances des étudiants divergeront d'une école à l'autre.

c) Score de connaissance et facteurs influençant

Concernant le score de connaissance, la moyenne générale était de 10,18 sur 20 pour les étudiants sages-femmes interrogés. En se basant sur les mentions du baccalauréat, seulement 19,2 % des étudiants avaient un niveau de connaissance satisfaisant (soit supérieur ou égal à 8 sur 12). Ce résultat est assez alarmant sachant que ce sont eux, futurs professionnels de demain, qui devront conseiller et informer les femmes sur la contraception d'urgence. Si on s'intéresse plus particulièrement au score de connaissance des étudiants selon leur année d'étude, on s'aperçoit qu'il n'y a pas de différence significative de niveau entre la 4^{ème} et la 5^{ème} année ($p > 0,05$). Ainsi, les connaissances des étudiants ne semblent pas évoluer entre les deux dernières années d'étude, ce qui peut laisser supposer qu'ils ne reçoivent pas de formation supplémentaire sur la contraception d'urgence en 5^{ème} année. Cependant, si nous comparons les connaissances de nos étudiants sages-femmes à ceux de médecins généralistes ayant eux aussi reçus une formation médicale, on s'aperçoit que les connaissances des étudiants sages-femmes sont aussi bonnes (12). On peut donc penser que la formation des médecins généralistes n'est pas forcément plus approfondie que celle des étudiants sages-femmes. Il faut toutefois noter qu'une moyenne de 21,7 ans s'était écoulée entre l'année

d'obtention de la thèse des médecins généralistes interrogés et l'année d'investigation (2012), on peut donc penser que les connaissances en matière de contraception ont évolué au fil des années et que la formation initiale des médecins actuels est désormais différente. Cependant, ces résultats nous reconfirment le fait que les sages-femmes sont tout aussi compétentes en matière de contraception et qu'elles jouent un rôle important dans la prévention sexuelle des femmes.

Pour revenir sur la différence de niveau entre les différentes années d'étude, un test statistique (test du Chi²) avait été réalisé pour chaque question où le pourcentage de réponses fausses était supérieur à 15%, afin de comparer la proportion d'étudiants de 4^{ème} année et 5^{ème} année ayant répondu faux à la question. Les effectifs attendus étaient tous supérieurs à 5, rendant possible le test. L'ensemble de ces comparaisons a été regroupé dans l'annexe III, il n'est ressorti aucun écart comparable entre les connaissances des étudiants de 4^{ème} et 5^{ème} année (puisque $p > 0,05$ pour la majorité des comparaisons). Sur seulement 2 questions, la différence était statistiquement significative ($p < 0,05$), mais pour une des questions, les connaissances des 5^{ème} année sont meilleures que celles des 4^{ème} année, et pour l'autre, nous avons retrouvé la situation inverse. Cela nous prouve bien qu'il n'y a pas de différence de niveau de connaissances en matière de contraception d'urgence entre les 4^{ème} et les 5^{ème} année.

Notre étude a démontré que le score de connaissance des étudiants ne semblait pas être influencé par leur expérience personnelle du recours à la contraception d'urgence ($p > 0,05$). Le fait d'avoir reçu des enseignements théoriques sur la CU à l'école ou d'avoir assisté à des consultations gynécologiques ne semblent pas avoir d'impact sur le score de connaissance des étudiants ($p > 0,05$).

La question d'une prescription à l'avance d'une pilule contraceptive d'urgence a été étudiée de nombreuses fois. En 2013, la HAS a été saisie par la Direction générale de la santé afin d'évaluer la pertinence et les risques d'une prescription à l'avance d'une PCU à titre systématique, en particulier les risques de moindre observance et de moindre mise en œuvre d'une contraception régulière et de comportements sexuels à risque en termes d'infections sexuellement transmissibles. Au terme de cette étude, la HAS préconise la prescription à l'avance systématique d'une contraception d'urgence au cas par cas. Cependant, parmi les recommandations françaises et anglaises existantes, 3 recommandent une prescription ou une fourniture à l'avance systématique en routine de

la PCU : la Société française de gynécologie, l'OMS qui cible les pays où l'accès à la PCU est difficile et une société savante américaine qui mentionne par ailleurs spécifiquement les femmes ayant des difficultés d'accès à une pharmacie. Ainsi, nous nous sommes intéressés à connaître les futures pratiques de nos étudiants à ce sujet, notamment en fonction de leur score de connaissance(9). La grande majorité d'entre eux (70,9%) pensait la prescrire de façon systématique, parmi eux beaucoup avaient mentionné le fait de l'avoir souvent vu faire en stage notamment par la sage-femme libérale ou au CPEF. Pour aller plus loin, nous avons cherché à savoir si le score de connaissance des étudiants avait un impact sur cette pratique future. Il n'a pas été montré de différence statistiquement significative entre le fait d'avoir un score supérieur ou égal à 8 et le fait de réaliser une prescription systématique ($p>0,05$). On est donc en droit de se questionner sur la validité de l'information délivrée aux patientes, par nos futurs praticiens lors de cette prescription systématique.

4. Discussion sur le sentiment de confiance des étudiants sages-femmes

Un des objectifs de notre étude était d'évaluer le sentiment de confiance des étudiants sages-femmes pour conseiller et informer les patientes sur la contraception d'urgence, ainsi que sur la prescription de celle-ci. Une grande majorité (78,8 %) se sentait plutôt à l'aise pour conseiller et informer les femmes sur la CU, mais seulement 7,9 % d'entre eux se considéraient comme « très à l'aise ». 74,3 % des étudiants se sentaient également plutôt à l'aise pour prescrire une CU mais cette fois-ci, 10,8 % se sentaient « très à l'aise » et 43,3 % « à l'aise » contre 38,4 % lorsqu'il s'agissait de conseiller et d'informer sur la CU. Bien que ces différences de pourcentage, entre le fait d'informer et de prescrire une CU, ne soient pas flagrantes, elles n'en restent pas moins étonnantes quand on sait qu'une prescription médicale doit être suivie d'une explication claire (72). Cependant, lors de notre étude, nous avons constaté que 18,7 % des étudiants avaient assisté à la prescription de CU sans information individuelle, réalité qui reste, là aussi, interpellante puisque, comme mentionné précédemment, du moment que l'on prescrit un médicament, son mode d'utilisation doit être détaillé. Il est un fait que l'apprentissage par modèle de rôle, détaillé dans la revue de la littérature, joue un rôle majeur dans l'acquis des compétences des étudiants. Ainsi, les étudiants sont amenés à reproduire les bonnes pratiques observées lors de leur stage, mais aussi les mauvaises comme celle-ci.

Pour approfondir notre recherche, nous avons cherché à savoir si le score de connaissance des étudiants avait un impact sur leur sentiment de confiance. Il semblerait que les étudiants ayant un meilleur score de connaissance (≥ 8) soient plus à l'aise pour conseiller les femmes sur la CU et pour la prescrire ($p < 0.05$). Dans un deuxième temps, nous avons regardé si les étudiants se sentant confiants pour prescrire la CU pensaient la prescrire de façon systématique lors de la prescription d'une contraception classique. La différence, entre ceux qui se sentaient plutôt à l'aise et ceux qui ne l'étaient pas, était statistiquement significative ($p < 0.05$). Plus clairement, il semblerait que les étudiants les plus confiants pour prescrire une CU, envisageraient plus de la prescrire de façon systématique lors de la prescription d'une contraception classique (annexe IV).

L'auto-évaluation qui est, par conséquent, limitée à la validité d'un système déclaratif, constitue tout de même un point fort de l'étude (bien qu'il ne faille pas négliger l'éventuelle existence d'un déficit dans l'auto-évaluation de la part de certains étudiants ou au contraire une surestimation de leurs connaissances réelles par d'autres). En effet, outre le fait que les étudiants ayant un score supérieur ou égal à 8 semblent être plus confiants sur leur future pratique, il est toutefois important de noter que certains étudiants ayant des connaissances médiocres se sentent à l'aise, eux aussi, pour informer et prescrire une CU. Parmi les étudiants ayant un niveau de connaissance insuffisant (score < 8), 33 avaient un score médiocre c'est-à-dire inférieur ou égal à 4. Or 60,6 % d'entre eux se sentaient plutôt à l'aise pour informer les femmes et 45,5 % pour prescrire une CU (annexe V). Ceci montre bien que les étudiants ont une estimation fautive de leurs connaissances. On est donc en droit de se demander s'ils ont déjà reçu des feedbacks concernant leurs compétences, or sans ces feedbacks l'apprentissage est retardé ; les étudiants peuvent s'ancrer dans de mauvaises habitudes et abandonner sans le savoir des modalités d'action pertinentes (42).

Au cours de notre étude, nous avons souhaité évaluer l'impact de la formation clinique (en stage) reçue par les étudiants sur leur sentiment de compétence. Il a été démontré que le fait d'avoir participé à une consultation gynécologique n'influence pas le sentiment de compétence des étudiants ($p > 0,05$). Ces résultats sont en accord avec une étude menée auprès d'étudiants en médecine concernant leur aisance en matière de contraception (61). Cependant, le fait d'avoir déjà assisté à une information individuelle sur la CU ou à sa prescription semble permettre à l'étudiant d'être plus à l'aise pour informer la patiente et prescrire la CU comme nous le montre l'annexe VI ($p < 0.05$). Cette

observation a également été démontrée lors d'une étude évaluant l'impact du stage actif chez le praticien sur le sentiment de compétence des étudiants en chirurgie dentaire (73). L'étude précédemment citée, se penchait plus précisément sur le bien fait de la réalisation de stage actif chez un professionnel, meilleure que celle en centre hospitalier selon eux. Nous allons également pouvoir voir que nous pouvons extrapoler ces résultats à la formation en maïeutique, qui comprend, elle aussi, des lieux de stages plus propices à l'apprentissage.

5. Discussion sur la satisfaction des étudiants concernant leur formation initiale

Les étudiants semblent plutôt satisfaits de l'enseignement théorique qu'ils ont reçu au cours de leurs études. D'après les dires des étudiants, ils ont surtout assisté à des cours magistraux où la CU était intégrée à un thème général. La plupart d'entre eux a également participé à des cas cliniques en cours. Ces résultats sont en accord avec d'autres études menées auprès d'étudiants sages-femmes, qui ont montré que la satisfaction des étudiants est meilleure concernant l'enseignement théorique plutôt que l'enseignement clinique (74,75). En effet, la satisfaction des étudiants interrogés dans notre étude semble beaucoup plus mitigée pour ce qui est de l'enseignement clinique. La plupart des étudiants se disait « satisfaits » ou « peu satisfaits », 10,8 % des étudiants avaient déclaré ne pas être satisfaits du tout. Les principaux terrains où les étudiants ont été formés à la CU sont lors de consultations post-natales, consultations gynécologiques, ou lors de consultation avec une sage-femme libérale. La moitié seulement des étudiants a pu bénéficier d'un stage au centre de planification et d'éducation familial or en analysant les besoins des étudiants, la réalisation de stages au CPEF semble être un facteur pouvant améliorer leur sentiment de compétence. Lors d'une étude auprès d'étudiants sages-femmes d'Ile-de-France, il avait été observé que les stages en CPEF ou en centre d'orthogénie n'étaient pas tous introduits de façon identique selon les écoles. Ceci s'explique par l'absence de lieux de stage obligatoires mentionnés dans les arrêtés, laissant libre choix aux écoles, le pouvant, de créer un accord avec les établissements souhaités (49,74).

Concernant les obstacles rencontrés par les étudiants, la majorité d'entre eux avaient répondu qu'il existait un manque important de mise en situation lors des stages, mais également via les jeux de rôles ou les cas cliniques en enseignement dirigé. L'enseignement dirigé représente le maillon essentiel entre le temps théorique du savoir

et l'apprentissage clinique du savoir-faire. Ainsi le développement de la pédagogie médicale et l'apprentissage par simulation devraient être une priorité dans les modalités d'enseignement à développer dans la formation initiale (74). De plus, les étudiants avaient exprimé le fait de ne pas avoir une formation continue sur la CU tout au long de leur cursus. Une étude avait constaté qu'une majorité des enseignements théoriques sur la contraception était dispensé pendant la 2^{ème} année d'étude à l'école de sages-femmes (soit DFGSMa3) (76). En effet, le premier cycle, comprenant la DFGSMa3, est surtout ciblé sur l'apprentissage de la physiologie en matière d'obstétrique, gynécologie et pédiatrie, contrairement au deuxième cycle basé sur la pathologie (48). L'argument de l'oubli des cours au fil des années, car trop peu vu en stage, est un élément redondant dans les obstacles rencontrés.

Comme nous avons pu le démontrer précédemment, le modèle de rôle occupe une place importante dans l'apprentissage des étudiants en terrain de stage (77). Il comporte toutefois un risque dans l'acquis de connaissance des étudiants. En effet, comme de nombreux participants ont pu le faire remarquer au cours du questionnaire, la divergence des pratiques porte à confusion les étudiants. Ils peuvent également retenir seulement les mauvaises pratiques, puisque n'ayant vu que celles-ci au cours de leur stage. La formation continue des professionnels de santé est une obligation professionnelle mais les sujets restent à l'appréciation de ceux-ci, ainsi certains praticiens ne mettent pas leurs connaissances à jour et n'appliquent donc pas les nouvelles recommandations, entraînant là encore un obstacle dans l'apprentissage des étudiants. De plus, il est important de préciser que l'apprentissage par l'autonomie est une méthode clé pour permettre à l'étudiant de gagner en confiance. Une étude auprès d'étudiants sages-femmes avait montré que la grande majorité des étudiants, ayant participé à des consultations de gynécologie, avait seulement joué le rôle d'observateur (36,76). Notre étude confirme donc, comme de nombreuses études, que l'enseignement de la contraception n'est que partiellement satisfaisante, certaines mesures pourraient être mises en place afin de remédier à cela (78).

IV. Projet d'action

L'apprentissage des étudiants sages-femmes sur la contraception d'urgence et la conduite à tenir en cas d'incident est primordial, au vu de leur futur rôle auprès des femmes. Les résultats de notre étude nous permettent de dire que le niveau de connaissance de nos futurs professionnels, concernant la contraception d'urgence, est, à l'heure actuelle, insuffisant, bien que de nombreux s'estiment tout de même confiants pour informer les patientes à ce sujet. Il serait donc judicieux d'augmenter les situations de feedbacks, élément essentiel en pédagogie médicale, pour valider les acquis des étudiants et revoir avec eux leurs lacunes. De même, l'envoi aux étudiants du rapport final de cette étude pourrait leur permettre de prendre conscience des points à améliorer et de la nécessité de développer une autonomie d'apprentissage (auto-évaluation, mise à jour des connaissances...).

Bien que la formation théorique des étudiants semble satisfaisante, il pourrait être intéressant d'uniformiser la formation entre chaque école, afin que chaque étudiant ait la même possibilité de parfaire ses connaissances. De plus, en analysant les besoins de formation des étudiants, la réalisation de cas cliniques en travaux dirigés ou encore de travaux pratiques avec des jeux de rôle ressortent comme des éléments pouvant améliorer leurs compétences. Certains étudiants souhaiteraient, également, bénéficier de rappels sur la CU au cours des différentes années afin de réactualiser les informations données.

La formation clinique semble être le point faible de la formation initiale selon les étudiants, qui ne s'estiment pas pleinement satisfaits. Le manque de pratique sur le terrain est un réel obstacle à leur apprentissage. En effet, il a été décrit des lieux de stage plus propices à l'exercice de la gynécologie, tel que le CPEF, terrain de stage non accessible pour de nombreux étudiants. Ainsi, une harmonisation des lieux de stage entre les différentes écoles serait à envisager avec notamment un passage obligatoire en centre d'orthogénie ou au CPEF.

Enfin, une étude s'intéressant aux enseignants des écoles de sage-femme pourrait être mise en place afin de cibler les freins qu'ils rencontrent, à délivrer des enseignements plus adaptés (manque de temps, mauvaise organisation des unités d'enseignement, manque de personnel qualifié en pédagogie et en gynécologie, etc...).

CONCLUSION

Bien que la grande majorité des femmes possèdent aujourd'hui un moyen de contraception, on dénombre encore de nombreuses grossesses non désirées, et un taux constant d'IVG au cours des années. La principale cause retrouvée s'avère être l'échec contraceptif, très fréquent à l'heure actuelle. Or, de nombreuses études ont montré que la connaissance des femmes concernant la conduite à tenir en cas d'incident contraceptif était insuffisante. Ainsi, la prévention génésique est l'un des objectifs de santé publique et passe par l'action de nombreux professionnels : gynécologues, médecins généralistes, CPEF, infirmières scolaires et sages-femmes. En effet, depuis 2009, les sages-femmes ont vu leur champ de compétences s'élargir à la gynécologie ; consultations gynécologiques, prescription de contraceptifs, interruption volontaire de grossesse font désormais partie de leurs pratiques courantes et nécessitent donc un socle de connaissances solide.

L'étude de ce mémoire a permis de mettre en évidence un manque de connaissances des étudiants sages-femmes de 4^{ème} et 5^{ème} année concernant la contraception d'urgence. Malgré de bonnes connaissances générales sur les différents types de contraceptifs d'urgence, encore trop peu d'étudiants savent informer les femmes sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule. De plus, certains points sur la contraception d'urgence restent encore flous pour de nombreux étudiants, notamment la compatibilité avec l'allaitement maternel ou encore la réalisation systématique d'un test de grossesse après la prise d'une contraception d'urgence. La divergence entre les différentes recommandations ainsi que la disparité des pratiques vues en stage semblent être des freins rencontrés par les étudiants. Malgré cela, la plupart d'entre eux se sentent plutôt à l'aise pour informer les femmes sur la contraception d'urgence et la prescrire. Se pose alors le problème de l'exactitude de l'information délivrée, des situations de feedbacks pourraient donc être envisagées, afin de confirmer les acquis des étudiants et les réorienter sur les bonnes informations en cas de connaissances erronées.

Notre étude a pu soulever un autre obstacle à l'acquisition de compétences des étudiants qui est la formation initiale sur la contraception d'urgence. En effet, la plupart d'entre eux ne semble pas être satisfait des enseignements reçus à ce sujet et notamment

de la formation clinique en terrain de stage. Il serait donc intéressant d'uniformiser les enseignements ainsi que les terrains de stage afin que chaque étudiant ait la même possibilité de formation. En analysant les besoins de formation des étudiants, leurs souhaits seraient de réaliser plus de cas cliniques et de jeux de rôle en travaux dirigés et de pouvoir réaliser des stages en milieu gynécologique tels que les CPEF ou les centres d'orthogénie. Un rappel et une réactualisation des connaissances au cours du cursus sont également des points sur lesquels les enseignants pourraient se pencher pour consolider les acquis de leurs étudiants.

Ainsi, si on veut que les femmes soient autonomes dans leur contraception, il est primordial que les professionnels de santé délivrent les bonnes informations aux patientes. Le rôle des sages-femmes ayant considérablement changé en matière de gynécologie, la formation des étudiants doit également être réévaluée afin que les nouveaux diplômés se sentent à l'aise et compétents sur le suivi contraceptif des femmes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Guellec C. La pratique des consultations de gynécologie de prévention et de contraception par les sages-femmes libérales [Mémoire]. [Nantes]: Nantes; 2014.
2. Harris Interactive, LJ Communication, HRA Pharma. Connaissance de la contraception d'urgence [Internet]. Statista. 2015 [cité 8 avr 2018]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/504232/connaissance-francaises-contraception-d-urgence/>
3. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Contraception, IVG et grossesses non désirées [Internet]. inpes.santepubliquefrance. s.d. [cité 23 mars 2018]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/50000/pdf/votre_pratique/2010-contraception.pdf
4. World health organization. Sexual and reproductive health [Internet]. WHO. 2002 [cité 12 nov 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/
5. Allard D. Etre sage-femme et prescrire une contraception. Rev Sage-Femme. 2005;4(2):90-7.
6. Institut national d'études démographiques. Avortements : évolution du nombre d'avortements et des indices annuels [Internet]. Ined. s.d. [cité 3 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>
7. Vilain A. 211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016 [Internet]. 2017 [cité 3 févr 2018]. (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques). Report No.: 1013. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1013.pdf
8. IVG.GOUV. IVG : un droit garanti par la loi [Internet]. ivg.gouv. 2017 [cité 4 févr 2018]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/ivg-un-droit-garanti-par-la-loi.html>
9. La haute autorité de santé. Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance [Internet]. has-sante. 2013 [cité 25 janv 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence_-_argumentaire_2013-04-30_14-24-25_321.pdf
10. Organisation mondiale de la santé, Institut Guttmacher. 25 millions d'avortements non sécurisés sont pratiqués dans le monde chaque année [Internet]. WHO. 2017 [cité 10 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/unsafe-abortion-worldwide/fr/>
11. Mouvement pro-vie. In: Wikipédia [Internet]. 2017 [cité 4 févr 2018]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Mouvement_pro-vie&oldid=142065537

12. Kalt P. La contraception d'urgence: à propos de l'évaluation des médecins généralistes vosgiens [Thèse]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2012.
13. Davitian C, Ceccaldi PF, Poujade O, Chatel P, Pernin E, Khater C et al. Interruption volontaire de grossesse. Encycl Méd Chir Médecine Akos [Internet]. 2016 [cité 4 févr 2018];11(1). Disponible sur: http://www.em-premium.com.sicd.clermont-universite.fr/showarticlefile/1006095/tm-65308_plus.pdf
14. Dupont S. La dimension psychologique dans la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2004;33(2):125-30.
15. Lamarche-Vadel A, Moreau C, Warszawski J, Bajos N, Equipe COCON. Effets secondaires de l'interruption volontaire de grossesse. Résultats d'une enquête en population générale. Gynécologie Obstétrique Fertil. 2005;33:113-8.
16. Gainer E, Prudhomme M, Perriot Y, Leroux MC, Bouyer J. Enquête prospective sur la délivrance de la contraception d'urgence dans les centres de planification et d'éducation familiale du Val-de-Marne. Gynécologie Obstétrique Fertil. 2005;33:403-8.
17. Garcia J. Le point sur la contraception d'urgence en 2014 [Thèse]. [Bordeaux]: Bordeaux II; 2014.
18. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Tetragynon [Internet]. ansm.sante. 2017 [cité 13 juin 2017]. Disponible sur: [http://www.anism.sante.fr/searchengine/detail/\(cis\)/60330198](http://www.anism.sante.fr/searchengine/detail/(cis)/60330198)
19. Organisation mondiale de la santé. Contraception d'urgence [Internet]. who.int. 2018 [cité 23 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/fr/>
20. Centre régional d'information et de prévention du sida. Données sur la contraception et l'IVG en France [Internet]. paca.lecrips. 2012 [cité 24 mars 2018]. Disponible sur: http://paca.lecrips.net/IMG/pdf/Dossier_doc_Donnees_sur_la_contraception_et_l_IVG.pdf
21. Société française de gynécologie. Information et prescription systématique de la contraception d'urgence lors des consultations pour contraception [Internet]. sf-gynecologie. 2011. Disponible sur: <http://www.sf-gynecologie.fr/actualites/actualite/1-information-et-prescription-systematique-de-la-contraception-d-urgence-lors-des-consultations-pour-contraception.html>
22. VIDAL. Norlevo [Internet]. EurekaSanté. 2018 [cité 24 avr 2018]. Disponible sur: <http://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-gf290013-NORLEVO.html>
23. Fil santé jeunes. Norlevo : pilule du lendemain [Internet]. 2015 [cité 13 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.filsantejeunes.com/norlevo-la-pilule-du-lendemain-5131>

24. Santé publique France. La contraception d'urgence hormonale [Internet]. choisirsacontraception. s.d. [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.choisirsacontraception.fr/urgences/la-contraception-d-urgence/la-contraception-d-urgence-hormonale.htm>
25. Haute autorité de santé. Commission de la transparence : Norlevo 1,5 mg [Internet]. has-sante. 2015 [cité 8 avr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-13654_NORLEVO_PIS_RI_Avis1_CT13654.pdf
26. Centre de référence sur les agents tératogènes. Lévonorgestrel [Internet]. lecrat. 2016 [cité 8 avr 2018]. Disponible sur: https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=976
27. VIDAL. Ellaone [Internet]. EurekaSanté. 2018 [cité 14 juin 2017]. Disponible sur: <http://eukasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-gp3914-ELLAONE.html>
28. Atanssion C. La contraception d'urgence [Internet]. 2017 [cité 23 mars 2017]. Disponible sur: http://moodlefc.univ-brest.fr/moodle/pluginfile.php/16124/mod_resource/content/3/2017_Urgence.pdf
29. Centre de référence sur les agents tératogènes. Ulipristal [Internet]. lecrat. 2017 [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: <https://lecrat.fr/articleSearchSaisie.php?recherche=Ellaone>
30. Haute autorité de santé. Commission de la transparence : Ellaone 30 mg [Internet]. has-sante. 2015 [cité 8 avr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-14314_ELLAONE_PIS_RI_Avis1_CT14314.pdf
31. Paitraud D. ELLAONE 30 mg comprimé (ulipristal) : nouvelle modalité de délivrance sans prescription médicale [Internet]. VIDAL. 2015 [cité 8 avr 2018]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/actualites/15304/ellaone_30_mg_comprime_ulipristal_nouvelle_modalite_de_delivrance_sans_prescription_medicale/
32. Santé publique France. Le DIU au cuivre comme contraception d'urgence [Internet]. choisirsacontraception. s.d. [cité 15 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.choisirsacontraception.fr/urgences/la-contraception-d-urgence/le-diu-au-cuivre.htm>
33. VIDAL. UT 380® Short et UT 380® Standard - [Internet]. EurekaSanté. 2018 [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: <https://eukasante.vidal.fr/parapharmacie/vidal/produits-id13996-UT-380-Short-et-UT-380-Standard.html>
34. Carles K. La carte INPES « Que faire en cas d'oubli de pilule ? » : un outil utile en médecine générale ? [Internet] [Thèse]. [Rouen]: Rouen; 2014 [cité 19 avr 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01062990/document>

35. INPES. Que faire en cas d'oubli de pilule ? - Carte de poche [Internet]. s.d. [cité 19 avr 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1368.pdf>
36. Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pédagogie Médicale*. 2005;6(2):98-111.
37. Bernard JL, Reyes P. Apprendre, en médecine (1ère partie). *Pédagogie Médicale*. 2001;2(3):163-9.
38. Andler D. Sciences cognitives [Internet]. *Encyclopædia Universalis*. s.d. [cité 12 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.universalis.fr/encyclopedie/sciences-cognitives/>
39. Norman GF, Shannon SI, Marrin ML. The need for needs assessment in continuing medical education. *BMJ*. 24 avr 2004;328(7446):999-1001.
40. Bowen JL, Carline J. Learning in the social context of ambulatory care clinics. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. mars 1997;72(3):187-90.
41. Cote L, Perry G, Cloutier PH. Développer son modèle de rôle en formation pratique : la contribution d'une communauté de pratique de cliniciens enseignants. *Pédagogie Médicale*. 2013;14(4):241-53.
42. O'Brien H, Marks M, Charlin B. Le feedback (ou rétro-action) : un élément essentiel de l'intervention pédagogique en milieu clinique. *Pédagogie Médicale*. 1 août 2003;4(3):184-91.
43. J. Jouquan. La problématique de l'analyse des besoins de formation. *Pédagogie Médicale*. 2004;5(3):133-5.
44. Jean P. Pour une planification méthodique des activités de formation. *Pédagogie Médicale*. 2001;2(2):101-7.
45. Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. Organisation licence master doctorat (L.M.D.) [Internet]. *enseignementsup-recherche.gouv*. 2014 [cité 8 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid20190/organisation-licence-master-doctorat-l.m.d..html>
46. Morin C, Leymarie M-C. Parcours universitaires des sages-femmes enseignantes et directrices des écoles de sages-femmes en France : enquête descriptive. *Pédagogie Médicale*. 1 août 2016;17(3):157-72.
47. Ecole de sages-femmes - Université d'Auvergne - Faculté de Médecine. *Etudes en sciences maïeutiques*. s.d.
48. Ordre des sages-femmes. La formation initiale [Internet]. *ordre-sages-femmes*. s.d. [cité 12 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/initiale/>

49. Légifrance. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027231825>
50. Légifrance. Arrêté du 17 mai 2016, fixant la liste des diplômes ouvrant accès aux fonctions d'enseignant à l'enseignement théorique et clinique des étudiants sages-femmes, [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032569829&categorieLien=id>
51. Union nationale et syndicale des sages-femmes. Master Santé Publiques et environnement : Périnatalité, Management, Pédagogie [Internet]. [cité 12 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.unssf.org/uploads/Plaqueette%20communication%20master%20PMP%20%C3%A9nitive.pdf>
52. Conférence nationale des enseignants en maïeutique. Quels enjeux pour la formation et la collectivité ? [Internet]. cnema. s.d. [cité 12 avr 2018]. Disponible sur: <https://cnema.fr/cnema/2017/03/24/position-3-statut-des-sages-femmes-enseignantes-en-maieutique/>
53. Charles C. Santé sexuelle: quel rôle pour les sages-femmes ? Parole Sages-Femmes. 2014;(4):26.
54. Boissy C, Lamort-Bouché M, Zerbib Y, Simon E, Flori M. Propositions pour la mise en place d'un enseignement interprofessionnel entre étudiants sages-femmes et internes de médecine générale à l'Université de Lyon. Pédagogie Médicale. 2015;2(16):133-42.
55. Légifrance. Article L 4151 : Code de la santé publique : conditions d'exercice [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000031930152&idSectionTA=LEGISCTA000006171285&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20180215>
56. Sehier V. Le Planning Familial lance Pill'Oops, une appli pour une prise de pilule simplifiée ! [Internet]. planning-familial.org. 2017 [cité 12 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.planning-familial.org/communiqués-de-presse/le-planning-familial-lance-pill%E2%80%99oops-une-appli-pour-une-prise-de-pilule-simpli>
57. Instance régionale d'éducation et de promotion santé : Pays de la Loire, Quélenec E. Des sages-femmes au lycée : naissance d'un programme innovant [Internet]. sages-femmes-lycee. s.d. [cité 15 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.sagesfemmes-lycee.org/page-33-0-0.html>
58. Groupe profession santé. Numerus clausus PACES [Internet]. paces.remede. 2013 [cité 23 mars 2018]. Disponible sur: <http://paces.remede.org/paces/numerus-clausus.html>
59. Olivier A. Des hommes en école de sages-femmes. Terrains Trav. 2015;(27):79-98.

60. Lucie B. Le stérilet, une alternative efficace à la contraception d'urgence ! [Internet]. sante-sur-le-net. 2017 [cité 26 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.sante-sur-le-net.com/sterilet-efficacite-contraception-urgente/>
61. Grandcolin S, Breuillac JD, Birault F, Gomes J, Chapuis A-L. Connaissances et savoir-faire déclarés des internes de médecine générale en matière de contraception : une étude menée en subdivision d'internat de Poitou-Charentes (France). *Pédagogie Médicale*. 1 févr 2014;15(1):53-60.
62. Debort M. Connaissances des nullipares à propos du DIU au cuivre [Internet] [Mémoire]. [Limoges]: Limoges; 2017 [cité 26 mars 2018]. Disponible sur: <https://aurore.unilim.fr/memoires/nxfile/default/923eba68-72df-494d-bb3e-48c1ef86839d/blobholder:0/M-SM2017-010.pdf>
63. Biomnis. HCG [Internet]. biomnis. 2012 [cité 26 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.biomnis.com/referentiel/liendoc/precis/HCG.pdf>
64. Gainer E, Massai R, Lillo S, Reyes V, Forcelledo ML, Caviedes R, et al. Levonorgestrel pharmacokinetics in plasma and milk of lactating women who take 1.5 mg for emergency contraception. *Hum Reprod*. 2007;22(6):1578-84.
65. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Résumé des Caractéristiques du Produit [Internet]. agence-prd.anm.sante. 2014 [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: <http://agence-prd.anm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0235171.htm>
66. HRA Pharma. Allaitement - EllaOne [Internet]. ellaOne. 2013 [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: <https://fr.ellaone.ch/allaitement/>
67. VIDAL. Microval [Internet]. EurekaSanté. 2018 [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-omicro01-MICROVAL.html>
68. La haute autorité de santé. Fiche mémo : contraception d'urgence [Internet]. has-sante. 2015 [cité 18 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-urgence.pdf>
69. Hulin V, Collier F, Rohart M, Eeckhout G. Conseil en cas d'oubli d'une pilule cerazette® (microprogestative) [Internet]. g-oubliepilule. 2013 [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.g-oubliepilule.com/oubli-pilule-microprogestative-cerazette.php>
70. Hulin V, Collier F, Rohart M, Eeckhout G. Bien prendre ma pilule [Internet]. g-oubliepilule. 2013 [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.g-oubliepilule.com/prise-pilule-microprogestative-cerazette.php>
71. Guigues B. La pilule [Internet]. cngof. 2016 [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/menu-la-contraception/301-la-pilule>
72. Hermelin-Jobet I, Plocco-Desmouts I, Lanoue M-C. Guide bonnes pratiques de prescription 2009 [Internet]. omedit-centre. 2009 [cité 26 mars 2018]. Disponible sur: http://www.omedit-centre.fr/1_5B_HAS_web_1.1_web/res/resBP_Prescription.pdf

73. Baudin H, Nicolas E, Chaumeil B, Roger-Leroi V. Influence du stage actif chez le praticien sur le sentiment de compétence professionnelle de l'étudiant en chirurgie dentaire. *Pédagogie Médicale*. 2009;10(4):239-51.
74. Flandin-Créton S, Dreyfus J-F. Place de la régulation des naissances dans la formation initiale des sages-femmes : enquête en Ile de France en 2012. *Rev Sage-Femme*. 2013;12(4):174-82.
75. A. Corne. Suivi gynécologique et contraception : point sur la formation initiale et continue des sages-femmes [Mémoire]. [Lorraine]: Nancy; 2014.
76. Bousendorfer M. Evaluation de la formation initiale des sages-femmes en contraception [Mémoire]. [Nancy]: Nancy I; 2011.
77. G. Girard. Planifier et animer un jeu de rôle profitable pour l'apprentissage [Internet]. [cité 27 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2005/03/pmed20056p178.pdf>
78. Walker PhD, Susan H, Davis G, BSc. Knowledge and reported confidence of final year midwifery students regarding giving advice on contraception and sexual health. *Midwifery*. 2014;30(5):169-76.

ANNEXES

ANNEXE I : Contre - indications absolues et relatives à la pose d'un DIU au cuivre

<p>Contre - indications absolues</p>	<ul style="list-style-type: none">- Grossesse- Post-partum au-delà de 48 heures et jusqu'à 4 semaines- Sepsie puerpérale- Immédiatement après un avortement septique- Dysménorrhée à l'initiation, ménorragie et saignements vaginaux inexpliqués- Troubles trophoblastiques gestationnels- Cancers gynécologiques (cervical, endomètre, ovaires) ou suspectés : tumeurs, néoplasies ...- Anomalies morphologiques / anatomiques : anomalies utérines, malformations, fibromes avec distorsion de la cavité utérine, polypes, utérus cicatriciel- MIP à l'initiation.- Infections/inflammations à l'initiation, tuberculose pelvienne, SIDA déclaré...- Maladie de Wilson, allergie au cuivre.
<p>Contre - indications relatives</p>	<ul style="list-style-type: none">- Maladie cardiaque compliquée (ex. : endocardite).- Thalassémie- Anémie- Saignements vaginaux inexpliqués, survenant en cours d'utilisation, saignements vaginaux abondants ou prolongés, dysménorrhée sévère.- Endométriose.- Anomalie anatomique sans distorsion de la cavité utérine (sténose cervicale, lacération cervicale).- Cancers gynécologiques en cours d'utilisation.- MIP survenant en cours d'utilisation, antécédent de MIP.- Infection ou inflammation survenant en cours d'utilisation (avec traitement antibiotique), IST et risque accru d'IST, HIV à haut risque.- Vaginite.- Traitement antirétroviral.

ANNEXE II : Effets indésirables du DIU au cuivre

<p style="text-align: center;">Effets indésirables</p>	<ul style="list-style-type: none">- Risque infectieux : la survenue d'une maladie inflammatoire pelvienne (MIP), endométrite, salpingite, péritonite peut survenir essentiellement dans les 20 jours suivant la mise en place du DIU. Elle est associée à des inflammations génitales hautes faisant généralement suite à une infection par des bactéries sexuellement transmissibles originellement localisées dans le vagin et l'endocervix.- Réaction inflammatoire.- Grossesse extra-utérine : le risque de GEU est extrêmement faible mais lorsqu'une femme est enceinte sous DIU, la probabilité d'une GEU est augmentée.- Expulsion ou migration du dispositif : le taux d'expulsion très faible est en partie lié à la technique de pose.- Perforation utérine : la perforation utérine peut survenir lors de la mise en place du DIU ou secondairement. Une perforation utérine peut mener à une grossesse. Lorsqu'une perforation est décelée tardivement, le DIU peut migrer à l'extérieur de la cavité utérine et/ou des organes adjacents peuvent subir des lésions. En cas de suspicion de perforation en cours d'insertion, retirer immédiatement le DIU.- Effets liés à l'insertion du DIU : douleurs pelviennes et abdominales, douleurs au dos, saignements, épisodes neuro-vasculaires (durant l'insertion et le retrait du DIU), nausées, vomissements, contractions utérines.- Hyperménorrhée/ménorrhagie (menstruations abondantes et prolongées) : l'hyperménorrhée est de 70 - 100 % par rapport au flux menstruel précédant l'insertion du DIU et ne revient à la normale qu'après un an. L'hyperménorrhée peut engendrer une anémie.- Dysménorrhée (douleurs menstruelles).- Mastodynies (douleurs aux seins).- Saignements intermittents, spotting.- Autres effets : prise de poids, jambes lourdes, maux de dos, ballonnements, écoulements vaginaux, nausées, maux de tête, migraines, absence de règles.
---	--

ANNEXE III : Proportions d'étudiants de 4^{ème} et 5^{ème} année ayant répondu faux aux items suivants :

	4^e année n=132 n(%)	5^e année n= 71 n (%)	p-value**
Les différents types de contraception d'urgence *			
Une pilule oestro-progestative	24 (18,2)	10 (14,1)	0,46
Une pilule micro-progestative	41 (31,1)	18 (35,4)	0,39
Une pilule macro-progestative	71 (53,8)	43 (60,6)	0,35
Un DIU aux hormones	26 (19,7)	12 (16,9)	0,63
Lévonorgestrel 1,5 mg			
Le Lévonorgestrel 1,5 mg est une pilule progestative	30 (22,7)	10 (14,1)	0,14
Ulipristal d'acétate 30 mg			
La patiente doit systématiquement avoir une ordonnance pour se la procurer	29 (22,0)	20 (28,2)	0,32
C'est une pilule progestative	62 (47,0)	34 (47,9)	0,68
Compatibilité avec allaitement maternel			
Lévonorgestrel 1,5 mg sans arrêt de l'allaitement	30 (22,7)	11 (15,5)	0,22
Ulipristal d'acétate 30 mg sans arrêt de l'allaitement	55 (41,7)	30 (42,3)	0,94
Dispositif intra-utérin			
Le DIU au cuivre est une contraception d'urgence	22 (16,7)	11 (15,5)	0,83
Le DIU aux hormones est une contraception d'urgence	32 (24,2)	12 (16,9)	0,23
Sa pose doit être inférieure à 5 jours après le rapport à risque	35 (26,5)	13 (18,3)	0,19
Un dépistage des infections sexuellement transmissibles doit être réalisé systématiquement avant sa pose*	70 (53,0)	33 (46,5)	0,37
CAT si oublie < 12 heures	23 (17,4)	7 (9,9)	0,15
CAT si vomissements ou diarrhées après 5 heures suivant la prise	38 (28,8)	17 (23,9)	0,46
CAT si femme allaitante a oublié un comprimé désogestrel 0,075 mg depuis plus de 12 heures et ayant eu rapport sexuel non protégé 48 heures avant	95 (64,4)	61 (85,9)	0,02

* Question piège ** Test du Chi²

ANNEXE IV : Prescription systématique d'une contraception d'urgence en fonction de sentiment de confiance

Sentiment de confiance	Oui n=144 n(%)	Non n=33 n(%)	Ne sait pas n=26 n(%)	p-value
Plutôt à l'aise	116 (80,6)	18 (54,5)	17 (65,4)	0,005*
Pas à l'aise	28 (19,4)	15 (45,5)	9 (35,6)	

* Test du Chi²

ANNEXE V : Sentiment de confiance des étudiants ayant un score insuffisant (<8)

Sentiment de confiance	Score ≤ 4 n= 33 n(%)	Score > 4 n= 131 n(%)	p-value
Sentiment de confiance pour informer			
Plutôt à l'aise	20 (60,6)	103 (78,6)	0,03*
Pas à l'aise	13 (39,4)	28 (21,4)	
Sentiment de confiance pour prescrire			
Plutôt à l'aise	15 (45,5)	98 (74,8)	0,001*
Pas à l'aise	18 (54,5)	33 (25,2)	

* Test du Chi²

ANNEXE VI : Sentiment de confiance des étudiants en fonction de la formation clinique reçue

Formation clinique reçue	Plutôt à l'aise n=145 n(%)	Pas à l'aise n=37 n(%)	p-value
Déjà assisté à une consultation gynécologique			
Oui	139 (95,9)	33 (89,2)	0,1*
Non	6 (4,1)	4 (10,8)	
Déjà assisté(e) à une information individuelle sur la CU			
Oui	89 (61,4)	9 (24,3)	5,4 x 10 ⁻⁵ **
Non	56 (38,6)	28 (75,7)	
Déjà assisté(e) à une prescription de CU			
Oui	105 (72,4)	11 (29,7)	1,4 x 10 ⁻⁶ **
Non	40 (27,6)	26 (70,3)	

* Test du Chi² ** Test de Fisher

ANNEXE VII : Auto-questionnaire

ACQUIS DE CONNAISSANCES ET SENTIMENT DE CONFIANCE DES ETUDIANTS SAGES- FEMMES EN MATIERE DE CONTRACEPTION D'URGENCE

Investigateurs :

- BERTHELOT Florine, étudiante sage-femme à Clermont-Ferrand

- Sous la direction de Mme TAITHE Séverine, sage-femme enseignante à Clermont-Ferrand

Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à me contacter par mail : florine.berthelot@etu.udamail.fr

Madame, Monsieur,

Vous avez été invité(e) à participer à une étude appelée "Acquis de connaissances et sentiment de confiance des étudiants sages-femmes en matière de contraception d'urgence".

Ainsi, une étude sur l'acquis de connaissances et le sentiment de confiance des étudiants sages-femmes en matière de contraception d'urgence est engagée au sein de toutes les écoles de sages-femmes de France. Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études de maïeutique.

Pourquoi cette étude ?

Aujourd'hui, la contraception d'urgence est un élément ancré dans la vie sexuelle et contraceptive des femmes. Il est donc important pour nous, sages-femmes, qui sommes désormais au coeur de la prévention sexuelle, d'être à même d'informer et de conseiller les femmes sur cette contraception d'urgence ainsi que de leur prescrire avec aisance et confiance ce dispositif médical dans les situations nécessaires.

Confidentialité et sécurités des données :

Vos données personnelles seront identifiées par un numéro d'anonymat. Vous êtes libres de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité, ni aucun préjudice de ce fait (aucune modification d'enseignement).

Conformément à la loi "Information et Liberté" du 7 août 2004, vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement la destruction de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à Mlle BERTHELOT Florine, florine.berthelot@etu.udamail.fr.

Obtention d'informations complémentaires

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter le responsable principal pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires : BERTHELOT Florine, florine.berthelot@etu.udamail.fr

Nous vous remercions par avance du temps que vous nous avez accordé.

1) **Quel âge avez-vous ?**

* doit fournir une valeur

2) **Vous êtes :**

* doit fournir une valeur

Une femme

Un homme

réinitialiser la valeur

3) **Vous êtes inscrits :**

* doit fournir une valeur

En 4ème année d'étude pour l'année 2016-2017

En 5ème année d'étude pour l'année 2016-2017

réinitialiser la valeur

4) **De quelle région dépend votre école de sage-femme?**

* doit fournir une valeur

5) **Avez-vous changé d'école au cours de votre cursus ?**

* doit fournir une valeur

Non

Oui

réinitialiser la valeur

<p>6) Avez-vous bénéficié d'une passerelle ? Si non, passez à la question 8. * doit fournir une valeur</p>	<p><input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui</p>	<p>réinitialiser la valeur</p>
<p>7) Si oui , êtes-vous issu d'une filière santé ?</p>	<p><input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui</p>	<p>réinitialiser la valeur</p>
<p>8) Avez- vous déjà eu recours à la contraception d'urgence ? Si non, passez à la question 10 * doit fournir une valeur</p>	<p><input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui</p>	<p>réinitialiser la valeur</p>
<p>9) Si oui, était-ce quelque chose de facile pour vous ?</p>	<p><input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui, c'était simple pour moi car je savais où me la procurer et comment l'utiliser <input type="radio"/> Oui, mais je n'avais que de vagues idées de son mode d'emploi</p>	<p>réinitialiser la valeur</p>
<p>10) Quels sont, selon vous, les différents types de contraception d'urgence ? * doit fournir une valeur</p>	<p><input type="checkbox"/> Une pilule oestro-progestative <input type="checkbox"/> Une pilule micro-progestative <input type="checkbox"/> Une pilule macro-progestative <input type="checkbox"/> Un implant <input type="checkbox"/> Un DIU au cuivre <input type="checkbox"/> Un DIU aux hormones <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p>	<p>Cocher la ou les bonnes réponses</p>
<p>11) Pour les contraceptions d'urgence de type pilule, jusqu'à quel délai après le rapport sexuel à risque peut-on l'utiliser ? * doit fournir une valeur</p>	<p><input type="checkbox"/> 24 heures pour toutes <input type="checkbox"/> 48 heures pour toutes <input type="checkbox"/> 3 jours pour Lévonorgestrel 1,5 mg <input type="checkbox"/> 3 jours pour Ulipristal d'acétate 30 mg <input type="checkbox"/> 5 jours pour toutes <input type="checkbox"/> 5 jours pour Lévonorgestrel 1,5 mg <input type="checkbox"/> 5 jours pour Ulipristal d'acétate 30 mg <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p>	<p>Cocher la ou les bonnes réponses</p>
<p>12) Concernant la contraception d'urgence Lévonorgestrel 1,5 mg : * doit fournir une valeur</p>	<p><input type="checkbox"/> La patiente doit systématiquement avoir une ordonnance pour se la procurer <input type="checkbox"/> C'est une pilule progestative <input type="checkbox"/> C'est une pilule oestro-progestative <input type="checkbox"/> Le nom de la spécialité est ELLAONE <input type="checkbox"/> Le nom de la spécialité est NORLEVO <input type="checkbox"/> C'est une contraception d'urgence efficace à 100 % <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p>	<p>Cocher la ou les bonnes réponses</p>
<p>13) Concernant la contraception d'urgence Ulipristal d'acétate 30 mg : * doit fournir une valeur</p>	<p><input type="checkbox"/> La patiente doit systématiquement avoir une ordonnance pour se la procurer <input type="checkbox"/> C'est une pilule progestative <input type="checkbox"/> C'est une pilule oestro-progestative <input type="checkbox"/> Le nom de la spécialité est ELLAONE <input type="checkbox"/> Le nom de la spécialité est NORLEVO <input type="checkbox"/> C'est une contraception d'urgence efficace à 100 % <input type="checkbox"/> Je ne sais pas</p>	<p>Cocher la ou les bonnes réponses</p>

14) **Laquelle (lesquelles) de ces contraceptions d'urgence est (sont) compatible(s) avec l'allaitement maternel ?**

* doit fournir une valeur

- Lévonorgestrel 1,5 mg sans arrêt de l'allaitement
- Ulipristal d'acétate 30 mg sans arrêt de l'allaitement
- Lévonorgestrel 1,5 mg, mais l'allaitement devra être interrompu pendant 1 semaine.
- Ulipristal d'acétate 30 mg, mais l'allaitement devra être interrompu pendant 1 semaine.
- L'allaitement doit être interrompu avec les 2 types de contraception d'urgence
- Je ne sais pas

Cocher la ou les bonnes réponses

15) **Concernant la contraception d'urgence de type DIU :**

* doit fournir une valeur

- Le DIU au cuivre est une contraception d'urgence
- Le DIU aux hormones est une contraception d'urgence
- Sa pose doit être inférieure à 5 jours après le rapport à risque
- Sa pose doit être inférieure à 3 jours après le rapport à risque
- C'est une contraception d'urgence efficace à 100 %
- Un test de grossesse doit être réalisé avant sa pose
- Un dépistage des infections sexuellement transmissibles doit être réalisé systématiquement avant sa pose
- Je ne sais pas

Cocher la ou les bonnes réponses

16) **La délivrance de contraceptif d'urgence en pharmacie sans ordonnance est-elle gratuite ?**

* doit fournir une valeur

- Oui, pour les mineures et les majeures
- Oui, mais seulement pour les mineures
- Oui, mais seulement pour les majeures
- Non, puisqu'elle n'a pas d'ordonnance
- Je ne sais pas

Cocher la ou les bonnes réponses

17) **Si une patiente a oublié de prendre un comprimé sur sa plaquette depuis moins de 12 heures, que lui conseillez-vous de faire ?**

* doit fournir une valeur

- De prendre le comprimé oublié immédiatement et de prendre le prochain à l'heure habituelle
- De continuer sa plaquette normalement sans prendre le comprimé oublié
- De prendre le comprimé oublié immédiatement et de prendre le suivant 24 heures après celui-ci
- De prendre une contraception d'urgence
- De prendre une contraception d'urgence seulement si elle a eu un rapport sexuel dans les 5 jours précédents
- De se protéger à l'aide de préservatifs pendant 7 jours
- De faire un test de grossesse
- Je ne sais pas

Cocher la ou les bonnes réponses

18) **Si une patiente a oublié un comprimé sur sa plaquette depuis plus de 12 heures, que lui conseillez-vous de faire ?**

* doit fournir une valeur

- De prendre le comprimé oublié immédiatement et de prendre le suivant à l'heure habituelle
- De continuer sa plaquette normalement sans prendre le comprimé oublié
- De prendre le comprimé oublié immédiatement et de prendre le suivant 24 heures après celui-ci
- De prendre une contraception d'urgence quelque soit la date du dernier rapport sexuel
- De prendre une contraception d'urgence en fonction de la date du dernier rapport sexuel
- De se protéger à l'aide de préservatifs pendant 7 jours
- De faire un test de grossesse
- Je ne sais pas

Cocher la ou les bonnes réponses

- 19) **En cas de vomissements ou de diarrhée dans les 3 heures suivant la prise de la pilule, que faut-il faire ?**
** doit fournir une valeur*
- Rien, prendre le prochain comprimé le lendemain à l'heure habituelle
 - Prendre un nouveau comprimé immédiatement et continuer la plaquette de façon habituelle
 - Prendre un nouveau comprimé immédiatement et se protéger à l'aide de préservatif pendant 7 jours
 - Prendre un nouveau comprimé immédiatement et une contraception d'urgence si elle a eu un rapport sexuel dans les 5 jours
 - Je ne sais pas

Cocher la ou les bonnes réponses

- 20) **En cas de vomissements ou de diarrhée après 5 heures suivant la prise de la pilule, que faut-il faire ?**
** doit fournir une valeur*
- Rien, prendre le prochain comprimé le lendemain à l'heure habituelle
 - Prendre un nouveau comprimé immédiatement et continuer la plaquette de façon habituelle
 - Prendre un nouveau comprimé immédiatement et se protéger à l'aide de préservatif pendant 7 jours
 - Prendre un nouveau comprimé immédiatement et une contraception d'urgence si elle a eu un rapport sexuel dans les 5 jours
 - Je ne sais pas

Cocher la ou les bonnes réponses

- 21) **Une femme allaitante vient vous voir parce qu'elle a oublié un comprimé de désogestrel 0,075 mg depuis plus de 12h. Elle vous explique qu'elle a eu un rapport sexuel non protégé 48 heures avant. Que lui conseillez-vous ?**
** doit fournir une valeur*
- De prendre le comprimé oublié immédiatement et de prendre le suivant à l'heure habituelle
 - De continuer sa plaquette normalement sans prendre le comprimé oublié
 - De prendre le comprimé oublié immédiatement et de prendre le suivant 24 heures après celui-ci
 - De prendre une contraception d'urgence de type lévonorgestrel 1,5 mg
 - De prendre une contraception d'urgence de type Ulipristal d'acétate 30 mg
 - De se protéger à l'aide de préservatifs pendant 7 jours
 - De faire un test de grossesse systématiquement 2 semaines après l'oubli.
 - Je ne sais pas

Cocher la ou les bonnes réponses

- 22) **Dans votre futur pratique, pensez-vous prescrire une contraception d'urgence de façon systématique lors de la prescription d'une contraception orale ?**
** doit fournir une valeur*
- Oui
 - Non
 - Je ne sais pas

- 23) **Avez-vous reçu, lors de votre formation, des enseignements sur la contraception d'urgence ? Si non, passez à la question 25.**
** doit fournir une valeur*
- Non, aucun
 - Oui
 - Je ne sais pas

[réinitialiser la valeur](#)

- 24) **Si oui, de quel type :**
- Cours magistral unique destiné à la contraception d'urgence
 - Cours magistral : la contraception d'urgence intégrée à un thème général
 - Cas cliniques (en cours)
 - Cas cliniques (en enseignements dirigés)
 - Jeux de rôle
 - Autres
 - Je ne sais plus

Une ou plusieurs réponses possibles

25)	Avez-vous assisté à des consultations de gynécologie durant votre formation ? Si non, passez à la question 27. <i>* doit fournir une valeur</i>	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	réinitialiser la valeur
26)	Si oui, dans quels services ?	<input type="checkbox"/> Visite post-natale <input type="checkbox"/> Consultations gynécologiques <input type="checkbox"/> Consultations avec une sage-femme libérale <input type="checkbox"/> Suites de couche <input type="checkbox"/> Urgences gynécologiques <input type="checkbox"/> Service de santé universitaire <input type="checkbox"/> Planning familial <input type="checkbox"/> Autres	Une ou plusieurs réponses possibles
27)	Lors de vos stages, avez-vous assisté à une information individuelle sur la contraception d'urgence ? <i>* doit fournir une valeur</i>	<input type="radio"/> Jamais <input type="radio"/> Parfois <input type="radio"/> Souvent	réinitialiser la valeur
28)	Commentaires :	<div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>	Développer
29)	Lors de vos stages, avez-vous assisté à une prescription de contraception d'urgence ? <i>* doit fournir une valeur</i>	<input type="radio"/> Jamais <input type="radio"/> Parfois <input type="radio"/> Souvent	réinitialiser la valeur
30)	Commentaires :	<div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>	Développer
31)	Etes-vous satisfait de l'enseignement théorique (sur la contraception d'urgence) dont vous avez bénéficié (cours, TP, ED) ? <i>* doit fournir une valeur</i>	<input type="radio"/> Très satisfait <input type="radio"/> Satisfait <input type="radio"/> Peu satisfait <input type="radio"/> Pas du tout satisfait	réinitialiser la valeur
32)	Etes-vous satisfait de l'enseignement clinique (sur la contraception d'urgence) dont vous avez bénéficié en stage ? <i>* doit fournir une valeur</i>	<input type="radio"/> Très satisfait <input type="radio"/> Satisfait <input type="radio"/> Peu satisfait <input type="radio"/> Pas du tout satisfait	réinitialiser la valeur
33)	Vous sentez-vous à l'aise pour conseiller et informer les femmes sur la contraception d'urgence ? <i>* doit fournir une valeur</i>	<input type="radio"/> Très à l'aise <input type="radio"/> A l'aise <input type="radio"/> Assez à l'aise <input type="radio"/> Peu à l'aise <input type="radio"/> Pas à l'aise du tout	réinitialiser la valeur

34) **Vous sentez-vous à l'aise pour prescrire la contraception d'urgence ?**

* doit fournir une valeur

- Très à l'aise
- A l'aise
- Assez à l'aise
- Peu à l'aise
- Pas à l'aise du tout

[réinitialiser la valeur](#)

35) **Selon vous, quels facteurs pourraient améliorer votre sentiment de compétence dans l'information et la prescription de la contraception d'urgence (en stage et en formation à l'école) (citez maximum 5 facteurs) :**

[Développer](#)

36) **Quels sont les obstacles qui vous empêchent de vous sentir suffisamment à l'aise dans l'information et la prescription de la contraception d'urgence ? (citez maximum 4 obstacles)**

[Développer](#)

[Envoyer](#)

Résumé

Introduction : Dans près de la moitié des cas d'interruptions volontaires de grossesse, les femmes utilisaient une contraception à forte efficacité théorique, ainsi de nombreuses femmes sont confrontées à des échecs de contraception, face auxquelles trop peu savent réagir. Il est donc du rôle du professionnel, et désormais des sages-femmes, qui depuis la loi HPST de 2009 peuvent assurer le suivi gynécologique des femmes en bonne santé, d'informer les femmes sur la conduite à tenir en cas d'incidents contraceptifs. Cette étude s'est intéressée aux connaissances des étudiants sages-femmes sur la contraception d'urgence et la conduite à tenir en cas d'incident contraceptif ainsi que sur leur sentiment de confiance à ce sujet.

Population et méthode : Une étude observationnelle transversale a été réalisée du 22 juin au 26 septembre 2017. Tous les étudiants sages-femmes de 4^{ème} et 5^{ème} année de France ont été sollicités, 204 étudiants ont répondu à l'auto-questionnaire, envoyé par mail.

Résultats : 203 étudiants ont été inclus : 132 étaient en 4^{ème} année, 71 en 5^{ème} année. Seulement 19,2 % des étudiants avaient un score de connaissance satisfaisant (score ≥ 8). L'année d'étude, l'expérience personnelle ou encore le type de formation initiale reçue ne semblaient pas influencer ce score. Cependant, les étudiants ayant un score de connaissance plus élevé déclaraient être plus à l'aise sur l'information à donner aux patientes ou sur la prescription d'une contraception d'urgence

Discussion : Le taux de participation à l'étude était de seulement 10,9 %. Tous les types d'échecs contraceptifs n'étaient pas étudiés. Les étudiants ont jugé leur formation à ce sujet semble comme insuffisante, une réactualisation des connaissances au fil du cursus pourrait être préconisée.

Mots-clés : Connaissances - Contraception d'urgence - Etudiants sages-femmes

Abstract

Background : In almost half of the cases of abortion, woman used a contraception with high theoretical efficacy, so many women are confronted with contraceptives failures, for which few know how to react. Therefore, the role of the professional, and now of midwives, who can ensure gynecological monitoring of women in good health since the HPST law of 2009, is to inform women on the action to be taken in case of contraceptive incidents. This study focused on knowledge of midwifery students about emergency contraception and what to do in the event of a contraceptive incident, as well as their feelings of confidence about it.

Study design : A cross-sectional observational study was conducted from June 22 to September 26, 2017. All the 4th and 5th year students of midwifery in France were solicited, 204 students answered the self-questionnaire, sent by email.

Results : 203 students were included : 132 were in the 4th year, 71 in the 5th year. Only 19.2 % of students had a satisfactory knowledge score (score ≥ 8). The year of study, the personal experience or the type of initial training received didn't seem to influence this score. However, students with a higher knowledge score reported are being more comfortable with providing information to patients or prescribing emergency contraception.

Discussion : The study's participation rate was of only 10.9 %. All types of contraceptive failures weren't studied. Students found their training on this topic seemed inadequate, an updating of knowledge throughout the school career could be recommended.

Keywords : Knowledge - Emergency contraception - Midwifery students