



HAL
open science

Sentiment d'efficacité personnelle des nouveaux diplômés sages-femmes de la région Auvergne Rhône Alpes pour les consultations de contraception

Manuela Mendez-Lopez

► **To cite this version:**

Manuela Mendez-Lopez. Sentiment d'efficacité personnelle des nouveaux diplômés sages-femmes de la région Auvergne Rhône Alpes pour les consultations de contraception. Gynécologie et obstétrique. 2021. dumas-03326802

HAL Id: dumas-03326802

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03326802>

Submitted on 26 Aug 2021

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

U.F.R. DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**SENTIMENT D'EFFICACITE PERSONNELLE DES NOUVEAUX
DIPLOMES SAGES FEMMES DE LA REGION AUVERGNE RHONE
ALPES POUR LES CONSULTATIONS DE CONTRACEPTION**

**NEW GRADUATED MIDWIVE'S SELF EFFICACY IN THE
AUVERGNE RHONE ALPES REGION FOR CONTRACEPTIVE
CONSULTATIONS**

Par : MENDEZ-LOPEZ Manuela

Mémoire soutenu le : 16 juin 2021

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

Année universitaire : 2020-2021

UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

U.F.R. DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**SENTIMENT D'EFFICACITE PERSONNELLE DES NOUVEAUX
DIPLOMES SAGES FEMMES DE LA REGION AUVERGNE RHONE
ALPES POUR LES CONSULTATIONS DE CONTRACEPTION**

NEW GRADUATED MIDWIVE'S SELF EFFICACY IN THE
AUVERGNE RHONE ALPES REGION FOR CONTRACEPTIVE
CONSULTATIONS

Par : MENDEZ-LOPEZ Manuela

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le : 16 juin 2021

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

Année universitaire : 2020-2021

[Données à caractère personnel]

RESUME

Objectifs : Estimer le sentiment d'efficacité personnelle (SEP) des nouveaux diplômés pour les consultations de contraception ; et objectiver une différence de SEP en fonction des contextes de formation et d'exercice.

Méthodes : Le SEP a été évalué grâce à une étude transversale déclarative, multicentrique auprès des nouveaux diplômés sages-femmes de la région Auvergne Rhône Alpes en 2020.

Résultats : Les scores de SEP sont élevés. L'organisation interne de chaque école ne semble pas impacter le SEP. Il n'existe pas de différence significative de SEP en fonction du nombre de stages. 64% des sujets pensent avoir besoin d'une formation complémentaire et ont un SEP significativement moins élevé. Les sujets sont satisfaits de la formation initiale et le SEP augmente avec cette satisfaction.

Conclusion : Les nouveaux diplômés ayant répondu ont un sentiment d'efficacité personnelle élevé pour la réalisation de consultations de contraception. Ils sont satisfaits de la formation initiale actuelle en gynécologie. Plus de la moitié pensent avoir besoin d'une formation complémentaire pour exercer, ce qui nous amène à proposer des axes d'amélioration.

Mots-clés : sentiment d'efficacité personnelle, consultations de contraception, formation initiale des étudiants sages-femmes, stages gynécologiques.

ABSTRACT

Objectives : To estimate new graduates' self-efficacy (SE) for contraceptive consultations ; and to objectify a difference in self-efficacy regarding training and practicing.

Methods : The SE was evaluated through a declarative, multi-centre cross-sectional study of new midwifery graduates in the Auvergne Rhône Alpes region in 2020.

Results : Self-efficacy scores are high. The internal organisation of each school does not seem to impact self-efficacy. There was no significant difference in self efficacy according to the number of courses. 64% of the participants thought they needed further training and had a significantly lower self-efficacy. Participants are satisfied with the initial training and the self-efficacy increases with this satisfaction.

Conclusion : The new graduates who responded have a high self-efficacy in performing contraceptive consultations. They are satisfied with the current initial training in gynaecology. More than half of them think that they need further training to practice, which leads us to suggest areas for improvement.

Keywords : self-efficacy, contraceptive consultations, initial training of midwifery students, gynaecological courses.

REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du Jury :

-Président du jury : Madame Delphine Savoy, Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes ;

- Co-Président du jury : Docteur Patrice Baro, Psychiatre, Praticien Hospitalier au CHU Grenoble-Alpes ;

- Sage-femme invitée : Madame Nadine Vassort, Sage-Femme, Coordinatrice à l'Hôpital Couple Enfant, CHU Grenoble-Alpes ;

-Directrice de ce mémoire : Madame Aurore Gense, Sage-Femme, libérale à Grenoble ;

-Sage-femme co-directeur : Monsieur Lionel Di Marco, Sage-Femme, Enseignant au Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes.

REMERCIEMENTS

Je remercie plus particulièrement :

Madame Aurore Gense, Sage-femme libérale à Grenoble, Directrice de ce mémoire,

Pour son indispensable soutien, son aide précieuse, sa positivité et sa bonne humeur qui m'ont facilité la réalisation de ce travail. Également pour l'accueil chaleureux qu'elle offre chaque année aux étudiantes en stage, et sa participation à la réussite de la formation des futures sages-femmes.

Monsieur Lionel Di Marco, Sage-Femme Enseignant du Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble,

Pour ses nombreuses relectures, ses conseils et sa réactivité durant l'élaboration de ce mémoire ; mais aussi pour son accompagnement en tant que référent durant ces quatre années d'étude avec soutien, exigence, bienveillance et humour.

REMERCIEMENTS

Je remercie personnellement :

Alexandre et Noémie,

Pour leur relecture.

Mes amies de promotion, Allison, Romane, Justine, Manon, Lilie et Fanny,

*Pour l'aide et le soutien durant ces quatre ans d'école et surtout pour tous ces bons moments
passés ensemble.*

Ma famille et mes proches, et surtout ma maman,

Pour ses encouragements et son amour.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS.....	1
INTRODUCTION	2
MATERIEL ET METHODE	5
1. Type d'étude.....	5
2. Critères d'inclusion/ d'exclusion	5
3. Recueil de données	5
4. Variables étudiées	7
5. Critères de jugement.....	7
6. Analyse statistique	7
RESULTATS.....	9
1. Caractéristiques de la population	9
2. SEP pour les consultations de contraception.....	11
3. SEP selon l'institut de formation	12
4. SEP selon le nombre de stages effectués en gynécologie.....	13
5. SEP selon le besoin d'une formation complémentaire pour exercer en gynécologie	14
6. SEP selon la note donnée à la formation initiale en gynécologie	14
DISCUSSION	16
1. Choix méthodologiques.....	16
1.1 Points forts de l'étude	16
1.2 Points faibles de l'étude	16
2. Analyse des résultats et validé externe.....	17
2.1 Caractéristiques de l'échantillon	17
2.2 Objectif principal	19
2.2.1 Scores de SEP moins élevés.....	19
2.2.2 Excellents scores de SEP	22
2.2.3 Disparités de scores de SEP	24
2.3 Objectifs secondaires	25
2.3.1 Objectiver une différence de SEP en fonction de l'institut de formation	25
2.3.2 Evaluer la satisfaction de la formation initiale en gynécologie et objectiver une différence de SEP selon la note donnée à la formation initiale.	26
2.3.3 Objectiver une différence de SEP en fonction du besoin de formation complémentaire en gynécologie et objectiver une différence de SEP en fonction du nombre de stages effectués en gynécologie au cours de la formation initiale.	27
3. Perspectives de l'étude	28
CONCLUSION	31
BIBLIOGRAPHIE.....	33
ANNEXES.....	36

Annexe 1 : Questionnaire sur le SEP pour la réalisation d'une consultation de contraception	36
Annexe 2 : Tableau de correspondances entre les affirmations du questionnaire et les mots clefs utilisés dans les tableaux de résultats.....	41
Annexe 3 : Densité de sages-femmes libérales pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans en France	44
Annexe 4 : Tableau du panel de choix de pilules contraceptives commercialisées.....	45
Annexe 5 : Tableau récapitulatif pour la technique de chevauchement	47
Annexe 6 : Fiche d'évaluation des terrains de stage pour la pratique de consultations de contraception par les étudiants sages-femmes	48
Annexe 7 : Schémas d'explications sur le modèle de rôle	50
RESUME	1

ABREVIATIONS

HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoire

UE : Unité d'Enseignement

DFGSMa : Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques

ECTS : European Credits Transfer System

FASMa : Formation Approfondie en Sciences Maïeutiques

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé

Drees : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

Insee : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

SEP : Sentiment d'Efficacité Personnelle

UFR : Unité de Formation et de Recherche

UGA : Université Grenoble Alpes

HAS : Haute Autorité de Santé

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

ARC : Apprentissage du Raisonnement Clinique

INTRODUCTION

Les sages-femmes exercent une profession médicale dont le champ des compétences s'est étendu au fil des années. Depuis la loi hôpital, patient, santé, territoire (HPST) du 21 juillet 2009, « L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique ». (1) Cette évolution des compétences a entraîné une évolution de la formation initiale. « Informer et conduire une consultation de contraception ». (2) fait partie des objectifs généraux de l'unité d'enseignement (UE) gynécologie : santé génésique des femmes et assistance médicale à la procréation. Le Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques (DFGSMa) ne comporte pas de minimum d'European Credits Transfer System (ECTS) pour la formation théorique en gynécologie et aucun stage n'est prévu. (3) La Formation Approfondie en Sciences Maïeutiques (FASMa) comporte 8 à 14 ECTS de stage et 4 à 8 ECTS de théorie. (4)

En 2016, l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé (ONDPS) a élaboré un rapport sur la profession de sage-femme avec des chiffres intéressants, montrant que cette dernière est en « mutation ». (5) En effet, les effectifs de la profession s'accroissent à un rythme important ces dernières années, on compte aujourd'hui environ 23000 sages-femmes en France et cela peut s'expliquer en partie par l'augmentation du *numerus clausus* jusqu'en 2005 et par le ralentissement des départs en retraite. Le métier reste principalement exercé en établissement de santé (70,5 %) mais l'activité libérale se développe très fortement, puisque la part de sages-femmes libérales a doublé entre 1998 et 2014, passant de 13 à 26%. Selon les projections de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (Drees), elle devrait atteindre 36% en 2030. Cette augmentation peut en partie s'expliquer par les difficultés d'embauche dans les structures. Deux sages-femmes sur trois

travaillant en établissement de santé et au total 86% des salariés sont en contrat à durée indéterminée (CDI). Cependant, un chômage d'insertion semble s'installer ces dernières années, généralement de courte durée, il est plutôt intermittent avec une alternance de contrats à durée déterminée (CDD) ou de remplacements. A côté de cela, l'effectif des gynécologues médicaux hors établissement est en diminution. Il passerait de 2513 en 2014 à 780 en 2030, dans l'hypothèse d'un maintien du nombre de postes à l'internat jusqu'en 2026. En vingt ans, l'effectif de sages-femmes en activité a augmenté de + 70 % et, d'ici 2030, l'effectif de sages-femmes tel que projeté par la Drees aura augmenté de près de 25% par rapport à 2014, alors que le nombre de naissances sera en très légère diminution selon les projections de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (Insee). Ainsi avec l'évolution de la démographie médicale, la sage-femme va être amenée à assurer de plus en plus de suivi gynécologique et va jouer un rôle de plus en plus prépondérant dans le domaine de la contraception.

J'ai apprécié au fil de mon parcours en école de sage-femme étudier la gynécologie, car cela permet à la femme d'avoir un suivi et un accompagnement global de sa santé et de sa vie de femme. C'est une compétence que je souhaite développer au cours de ma future pratique. A l'école de Grenoble, comme c'est le cas en obstétrique, nous n'avons pas de stages tout au long de nos études, et c'est en cinquième année que nous commençons à pratiquer. Je me suis alors demandé, si la formation initiale reçue suffisait pour se sentir à l'aise en sortant de l'école sur ces nouvelles compétences mises en place depuis plus de dix ans.

Le sentiment d'efficacité personnelle (SEP) va permettre de répondre à cette problématique. Le SEP (« self-efficacy ») est un concept développé par le psychologue Albert Bandura. (6) Il désigne les croyances d'une personne sur sa capacité d'atteindre des buts ou de faire face à différentes situations. Il ne concerne pas le nombre d'aptitudes que l'individu possède, mais ce qu'il croit pouvoir en faire dans des situations variées. Le niveau initial de

compétences influe sur les performances obtenues, mais son impact est fortement médiatisé par les croyances d'efficacité personnelle. Le SEP est basé sur quatre sources. (6) La principale source est l'expérience active de maîtrise, c'est à dire les expériences antérieures avec des succès ou des échecs. L'expérience vicariante, autrement dit l'apprentissage social par la transmission de compétences et la comparaison aux autres ainsi que la persuasion par autrui (confiance, encouragements exprimés par l'entourage) jouent également un rôle. Enfin la dernière source influençant le SEP correspond aux états émotionnels et physiologiques. Des études ont mis en évidence des corrélations entre SEP et acquisition de compétences. La relation entre efficacité personnelle ressentie et formation amène à considérer un sentiment d'efficacité personnelle élevé comme un indicateur à part entière de l'efficacité d'une formation. Dans le cadre de l'évaluation de l'efficacité d'une formation, au-delà des résultats enregistrés suite à une formation, il est important d'estimer également les perceptions qu'ont les apprenants de leurs propres capacités. (7) L'objectif principal de cette étude était d'estimer le SEP des nouveaux diplômés pour les consultations de contraception. Les objectifs secondaires étaient les suivants : objectiver une différence de SEP en fonction de l'institut de formation d'origine ; objectiver une différence de SEP en fonction du nombre de stages effectués en gynécologie au cours de la formation initiale ; objectiver une différence de SEP en fonction du besoin d'une formation complémentaire en gynécologie ; évaluer la satisfaction de la formation initiale en gynécologie et objectiver une différence de SEP selon la note donnée à la formation initiale.

MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale déclarative, multicentrique régionale, réalisée auprès des écoles de sage-femme de la région Auvergne Rhône-Alpes de septembre à décembre 2020.

2. Critères d'inclusion/ d'exclusion

Etaient éligibles pour l'étude l'ensemble des nouveaux diplômés des promotions 2015-2020 des écoles de sage-femme de la région Auvergne Rhône-Alpes, soit : le Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, le site de formation maïeutique de Bourg en Bresse, l'école de sage-femme de Lyon et l'école de sage-femme de Clermont-Ferrand.

3. Recueil de données

Le recueil de données a été réalisé par le biais de questionnaires (*Annexe 1*) créés en ligne, grâce au logiciel Lime Survey, sécurisé sur un serveur de l'UGA.

L'accord des directrices de chaque école a préalablement été recueilli. Le lien du questionnaire a été diffusé aux nouveaux diplômés par mail par le biais des secrétariats pour les écoles de Grenoble, Lyon et Bourg en Bresse, et par le biais de l'association des étudiants sages-femmes de Clermont-Ferrand pour cette école. Trois relances ont été faites, par mail et grâce aux groupes de promotion sur le réseau social Facebook.

Au début du questionnaire une information claire sur l'étude a été donnée ainsi que la liberté de participer, les sujets ont également été informés de l'anonymat de leurs réponses.

Il existe de nombreuses échelles de SEP mais aucune ne se rapprochait suffisamment du domaine d'activité étudié ici. C'est pourquoi une échelle de SEP a été créée en respectant les principes énoncés par Bandura sur la création d'une échelle de SEP. (6) Selon Bandura, la force

d'une échelle réside dans sa capacité à mesurer un large éventail de performances dans un domaine d'activité précis : ici 21 affirmations se limitant à la réalisation d'une consultation de contraception. Les instructions préliminaires sont de préciser la gamme d'évaluation appropriée car on demande aux sujets de juger leurs capacités opératoires actuelles, non leurs capacités potentielles ou leurs capacités futures espérées. Les énoncés doivent permettre de mesurer les capacités perçues et non des intentions, les formulations sont donc à la première personne et au présent : « je me sens capable », « je peux », « je sais ». Les échelles de SEP incluent des gradations d'exigences de capacité, de telle façon que les items nécessitant peu de capacités ne sont pas interchangeables avec ceux imposant de rigoureuses exigences de capacité. Le contenu des items des échelles de SEP doit représenter les croyances sur les aptitudes personnelles à produire des niveaux précis de performance et ne doit pas comporter d'autres caractéristiques. Pour cela, 21 affirmations ont été créées, reprenant les items tirés des recommandations de la Haute Autorité de Santé sur la prescription de la contraception et le conseil aux femmes, (8) ainsi que de potentielles situations pouvant les mettre en difficulté permettant ainsi d'inclure des gradations d'exigence de capacité et permettant de se centrer sur des niveaux précis de performance en lien avec le domaine d'activité. Le sujet, devant pour chaque affirmation, placer le curseur sur le chiffre correspondant le mieux à son niveau d'accord. Pour cela une échelle de Likert entre 0 et 100 a été utilisée, afin d'être le plus précis possible et de ne pas perdre d'information différenciatrice. (6) Le score de 0 correspondant à la mention « pas du tout d'accord » ; le score de 20 à « pas d'accord » ; le score de 40 à « plutôt pas d'accord », le score de 60 à « plutôt d'accord » ; le score de 80 à « d'accord » et le score de 100 « tout à fait d'accord ».

Afin de calculer le score total de SEP pour les consultations de contraception, les scores de SEP de chaque affirmation ont été additionnés ce qui donnait un SEP total sur 2100.

La deuxième partie du questionnaire permet de recueillir des informations sur les sujets de

l'échantillon ainsi qu'une note sur dix sur la qualité de la formation initiale qu'ils ont reçue.

Une correspondance entre les affirmations utilisées dans le questionnaire, et les mots clefs utilisés dans les tableaux de résultats est accessible en *Annexe 2*.

4. Variables étudiées

Les variables suivantes ont été recueillies :

- l'âge
- l'école de formation
- le nombre de stages effectués en gynécologie
- les lieux des stages effectués en gynécologie
- l'annulation de stage(s) en raison de l'épidémie COVID 19
- une note entre 0 et 10 sur la qualité de la formation initiale
- le besoin d'une formation complémentaire en gynécologie
- les lieux d'exercice professionnel depuis l'obtention du diplôme
- le souhait d'exercer la gynécologie dans la future pratique professionnelle

5. Critères de jugement

Le critère de jugement principal était le score de SEP médian pour chaque affirmation du questionnaire.

Les critères de jugements secondaires étaient le SEP en fonction de chaque institut de formation ; en fonction du nombre de stages effectués ; et en fonction des besoins et avis de formation.

6. Analyse statistique

Les données recueillies ont été analysées grâce à un tableur Excel ainsi qu'au logiciel R4web.

Une analyse descriptive a été réalisée sur l'ensemble des variables recueillies. Les variables

qualitatives sont décrites en nombre et en fréquence (%). Les variables quantitatives sont décrites en médiane et écarts interquartiles. Les scores de SEP ont été décrits par la médiane et l'écart interquartile pour chaque affirmation du questionnaire ainsi que le score de SEP total sur 2100.

Plusieurs tests ont été utilisés pour répondre aux objectifs secondaires. Le test Anova a été utilisé pour objectiver une différence de SEP entre les différents instituts de formation ; le coefficient de corrélation de Pearson pour objectiver une différence de SEP en fonction du nombre de stages et en fonction de la note donnée à la formation initiale ; et enfin, le test de Wilcoxon – Mann Whitney pour objectiver une différence de SEP en fonction du besoin d'une formation complémentaire.

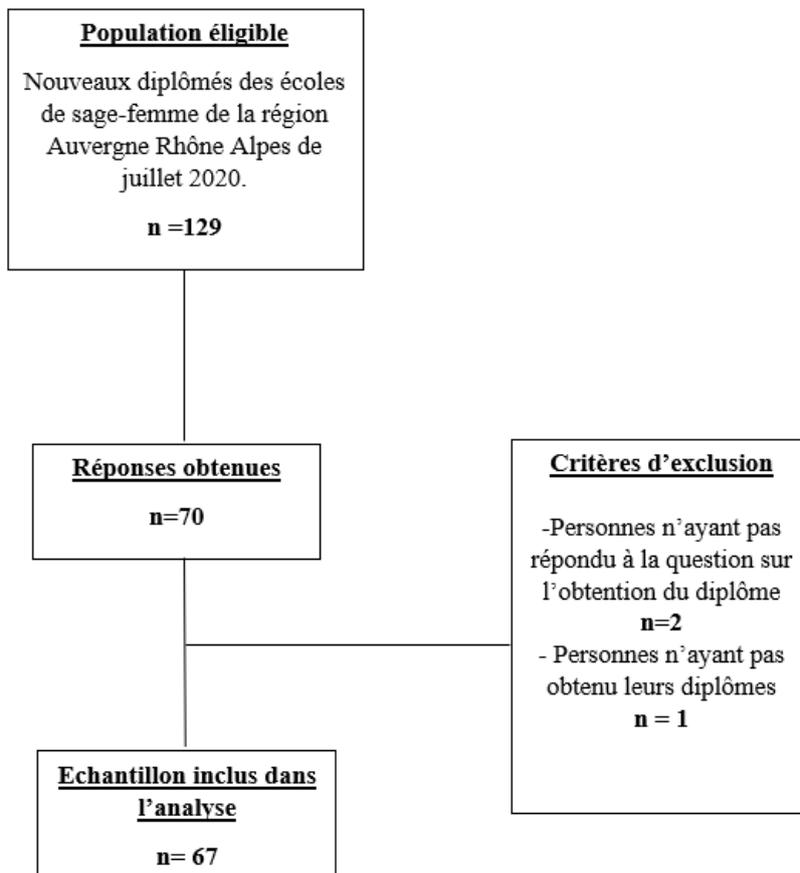
Le seuil significatif retenu était $< 0,05$.

RESULTATS

1. Caractéristiques de la population

Le nombre de nouveaux diplômés des quatre instituts de sage-femme de la région Auvergne Rhône-Alpes pour l'année 2020 est de 129. Vingt-deux nouveaux diplômés à Bourg en Bresse ; 34 à Lyon ; 35 officiellement diplômés et 4 n'ayant pas encore soutenu leur mémoire à Grenoble ; ainsi que 27 officiellement diplômés et 7 n'ayant pas encore soutenu leur mémoire à Clermont-Ferrand. Ceux n'ayant pas encore soutenu leur mémoire sont quand même pris en compte dans le calcul de l'échantillon cible car ils ont tout de même la possibilité d'exercer pendant deux ans sans soutenance du mémoire.

Figure 1 : Diagramme d'inclusion (flowchart) de la population étudiée



Parmi les participants, un sujet a été exclu car il n'avait pas obtenu son diplôme, et, deux autres sujets ont également été exclus car ils n'avaient pas répondu à la question sur l'obtention du diplôme.

Au total, 67 sujets ont été inclus dans l'étude soit 51,9% de l'échantillon théorique cible.

Les caractéristiques des sujets de l'échantillon sont présentées dans le Tableau I suivant.

Tableau I : Caractéristiques des sujets de l'échantillon inclus dans l'analyse

Caractéristiques*	Valeurs	
Institut de formation A, n (%) **	16	(23,88)
Institut de formation B, n (%)	13	(19,40)
Institut de formation C, n (%)	27	(40,30)
Institut de formation D, n (%)	11	(16,42)
Age, med ± IIQ (années)	24	[23-24]
Nombre de stages effectués en gynécologie, med ± IIQ	2	[2-3]
Lieux des stages effectués en gynécologie, n (%)		
- Sage-femme libérale	55	(82,10)
- Gynécologue	14	(20,90)
- Orthogénie	25	(37,31)
- Centre de planification familiale	29	(43,28)
- Autres lieux ***	20	(29,85)
Annulation de stage(s) en raison de la pandémie COVID 19, n (%)	26	(38,81)
Nombre de semaines de stages annulées en raison de la pandémie COVID 19.	4	[4-4]
Note donnée sur la qualité de la formation, med ± IIQ	7	[6-8]
Besoin d'une formation complémentaire, n (%)	43	(64,18)
Lieux d'exercice professionnel depuis l'obtention du diplôme ****		
- maternité, n (%)	51	(78,46)
- libéral, n (%)	17	(26,15)
- planning familial, n (%)	3	(4,61)
- pas d'activité	2	(2,98)
Souhait d'exercer en gynécologie		
- oui, n (%)	61	(94,05)
- non, n (%)	1	(1,49)
- je ne sais pas, n (%)	5	(7,46)

* Données étaient manquantes pour n=1 pour l'âge, le nombre de stages effectués en gynécologie ; n=2 pour la note donnée sur la qualité de la formation, les lieux d'exercice professionnel depuis l'obtention du diplôme.

** n : effectif, % : pourcentage, IIQ : intervalle interquartile, med : médiane ; SEP = sentiment d'efficacité personnelle

*** Autres lieux évoqués dans les réponses = consultations gynécologiques hospitalières, urgences gynécologiques, centre périnatal de proximité.

**** Seules ces trois structures de travail ont été citées.

2. SEP pour les consultations de contraception

La cohérence interne du questionnaire de SEP a été calculée grâce à l'alpha de Cronbach. Le chiffre de 0,875 a été calculé ici, ce qui permet d'affirmer que l'homogénéité de l'instrument de mesure est bonne et que les items du questionnaire mesurent la même compétence. (9)

L'objectif principal de cette étude était d'estimer le SEP des nouveaux diplômés pour les consultations de contraception.

Les données du SEP total et pour chaque affirmation sont présentées dans le Tableau II suivant.

Tableau II : Scores de SEP pour les 21 affirmations du questionnaire et Score de SEP total pour le domaine d'activité.

Scores des dimensions du SEP (sur 100) *	Médiane [IIQ]	
Relation de confiance	94	[81,5-100]
Recueil des antécédents	90	[80-100]
Pratique des examens	80	[70-90]
Bilan biologique	90	[77-100]
Diversité des méthodes	85	[80-100]
Profil hormonal	53	[40-70]
Contre-indications	80	[63-95]
Modalités	87,5	[75,25-100]
Oubli et contraception d'urgence	100	[87,5-100]
Symptômes et complications	78	[60-90]
Suivi	100	[82,75-100]
Analyse des observance et satisfaction	88	[77-100]
Consultation adolescente	87,5	[71,5-100]
SEP consultation femme en situation de précarité	70	[60-84,25]
Consultation post IVG	82,5	[71-100]
Consultation femme en post-partum	100	[90-100]
Consultation femme de plus de 40 ans	75	[60-90]
Consultation femme en préménopause	55	[32,75-70]
Pose dispositif intra utérin	80	[60-100]
Pose implant	90	[67,5-100]
Retrait implant	76	[50-100]
Total	1645	[1484-1811]

*Données étaient manquantes pour n=1 pour l'affirmation 8, l'affirmation 10, l'affirmation 11, l'affirmation 13, l'affirmation 18, l'affirmation 21 ; n=2 pour l'affirmation 3, l'affirmation 5, l'affirmation 7, l'affirmation 12, l'affirmation 16, l'affirmation 17, l'affirmation 19 ; n=3 pour l'affirmation 14 ; n=4 pour l'affirmation 6 ; n=5 pour l'affirmation 15.

3. SEP selon l'institut de formation

Le premier objectif secondaire était d'objectiver une différence de SEP selon l'institut de formation. Les données sont présentées dans le tableau III suivant.

Tableau III : Comparaison des scores de SEP totaux des 4 instituts de formation.

	Institut de formation A	Institut de formation B	Institut de formation C	Institut de formation D	P-value
SEP total/ 2100, med ± IIQ	1637 [1520,50- 1760,25]	1621 [1397- 1829]	1628 [1510- 1817]	1725 [1604,5- 1748,5]	0,303

Test Anova utilisé.

*med= médiane ; IIQ= écart interquartile ; SEP = sentiment d'efficacité personnelle.

Il n'y a pas de différence significative de score de SEP total pour les consultations de contraception selon l'institut de formation ($p > 0,05$).

4. SEP selon le nombre de stages effectués en gynécologie.

Objectiver une différence de SEP selon le nombre de stages effectués en gynécologie faisait partie d'un des objectifs secondaires. Pour cela, le coefficient de corrélation de Pearson a été utilisé, les résultats sont présentés dans la Figure 2 suivante :

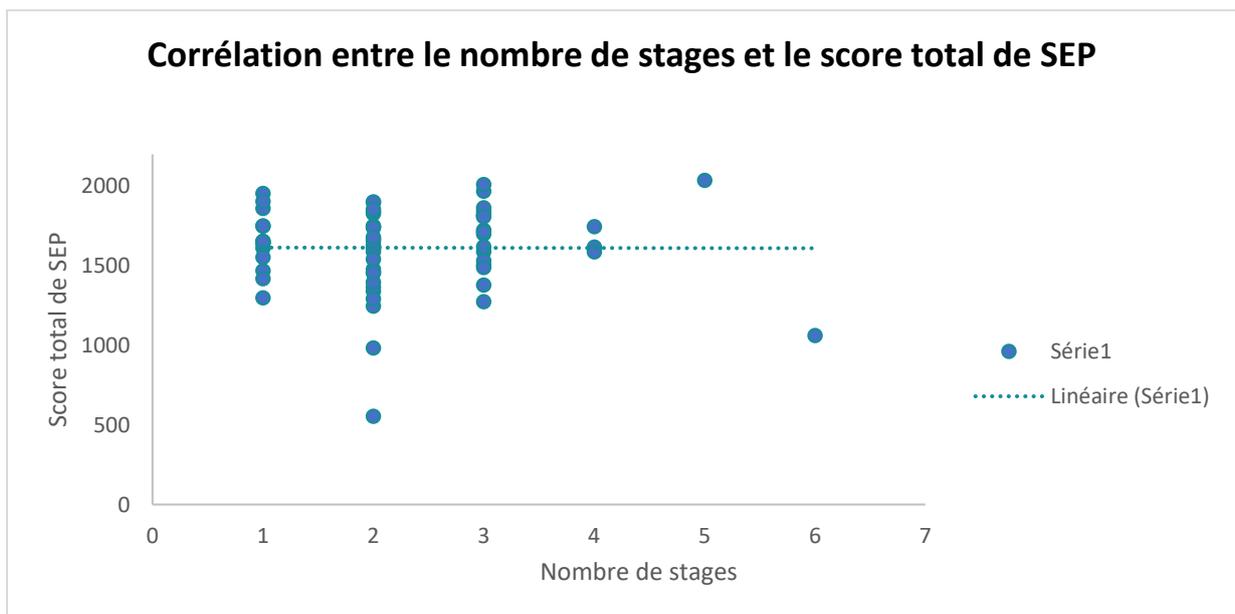


Figure 2 : Corrélation entre le nombre de stages et le score total de SEP

Le score R de Pearson est de 0.079 et une p-value à 0,267. Ce qui signifie qu'il n'existe pas de relation entre le nombre de stages et le score total de SEP.

5. SEP selon le besoin d'une formation complémentaire pour exercer en gynécologie

Afin d'objectiver une différence de SEP selon le besoin de formation complémentaire, le test de Wilcoxon / Mann-Whitney a permis de mettre en évidence les résultats présentés dans le Tableau IV suivant :

Tableau IV : Comparaison du score de SEP total en fonction du besoin d'une formation complémentaire pour exercer en gynécologie.

	« Oui » pour une formation complémentaire	« Non » pour une formation complémentaire	P-value
SEP total/ 2100, med ± IIQ*	1610 [1440-1720]	1748 [1617-1901,25]	0,003

Test de Wilcoxon/ Mann-Whitney

*med= médiane ; IIQ= écart interquartile ; SEP = sentiment d'efficacité personnelle.

Le score de SEP pour les consultations de contraception est statistiquement plus élevé pour les sujets ne pensant pas avoir besoin d'une formation complémentaire pour exercer en gynécologie que ceux pensant avoir besoin d'une formation. (p=0,003).

6. SEP selon la note donnée à la formation initiale en gynécologie

Enfin pour objectiver une différence de SEP selon la note donnée à la formation initiale, le coefficient de Pearson a été utilisé et les résultats sont présentés dans la Figure 3 ci-après :

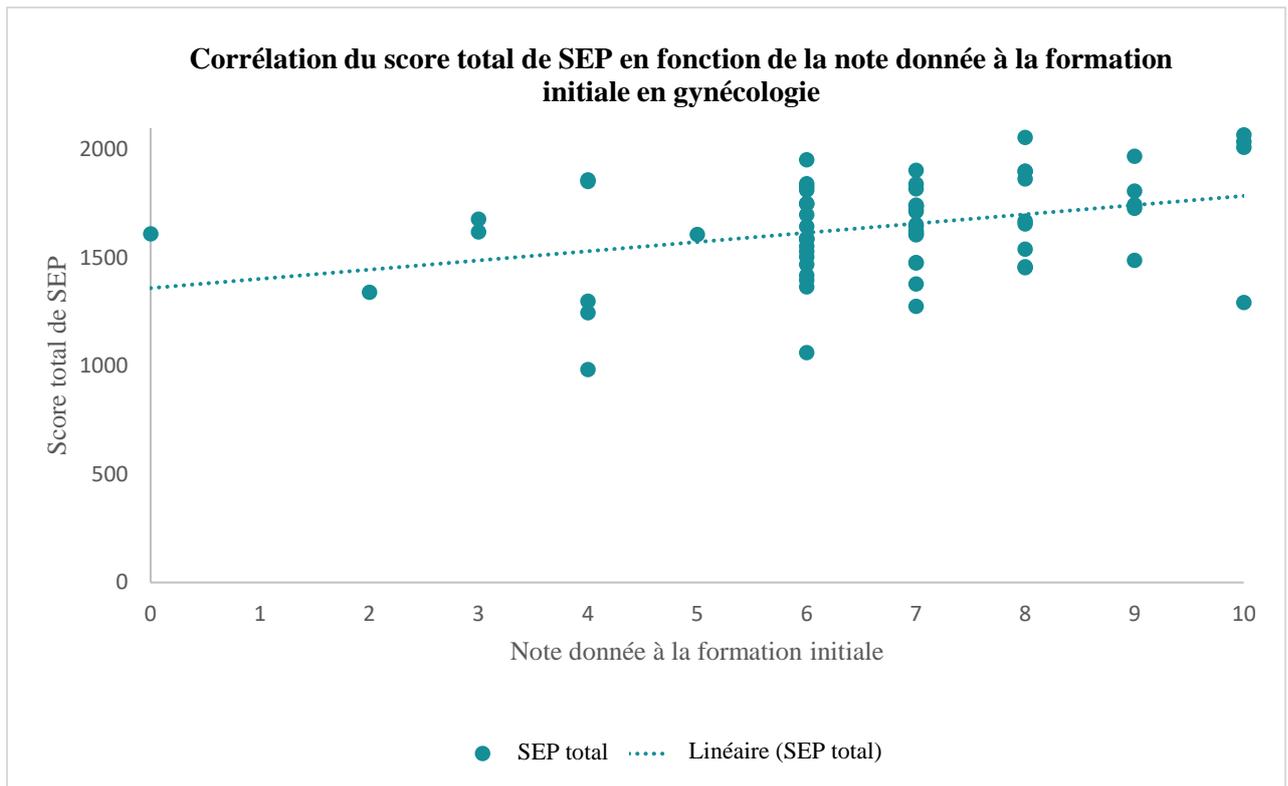


Figure 3 : Score de SEP en fonction de la note donnée à la formation initiale.

Le coefficient R de Pearson est de 0,351 avec une p-value à 0,002. Ce qui signifie qu’il existe une corrélation positive faible mais significative entre le score de SEP et la note donnée à la formation initiale en gynécologie. Le score total de SEP semble d’autant plus élevé que la note donnée à la formation initiale est élevée. Autrement dit, plus le sujet est satisfait de la formation initiale qu’il a reçu en gynécologie, et plus son sentiment d’efficacité personnelle est élevé.

DISCUSSION

1. Choix méthodologiques

1.1 Points forts de l'étude

Nous avons obtenu un taux de participation élevé pour ce type d'étude, à 51,9%. Ce taux peut en partie s'expliquer par le fait que ce sont de jeunes diplômés qui connaissent la difficulté du travail de recherche. Une deuxième explication peut être l'intérêt des sujets pour le thème du mémoire, la contraception.

Afin d'augmenter la puissance de l'étude, elle a été menée dans les 4 écoles de la région Auvergne Rhône-Alpes, l'étude est donc représentative à l'échelle régionale. Actuellement en France il existe 35 écoles de sages-femmes (10). Le score de SEP étant un bon indicateur de l'efficacité d'une formation (7), il serait intéressant de l'estimer au niveau national, afin de voir s'il confirme les résultats de l'étude. Comme expliqué dans la partie « Matériel et méthodes », aucune échelle de SEP ne se rapprochait suffisamment de notre sujet, c'est pourquoi la validité interne du questionnaire a été vérifiée grâce à l'alpha de Cronbach et un très bon résultat a été obtenu.

1.2 Points faibles de l'étude

Les personnes interrogées sont intéressées par le sujet de l'étude. Comme nous le montrent les résultats, 94,05% des sujets souhaitent pratiquer la gynécologie dans leur future pratique. Il existe donc un biais de sélection, ce sont des personnes intéressées par le sujet de l'étude et qui vont donc avoir tendance à avoir un meilleur SEP.

Des non réponses au questionnaire peuvent s'expliquer par le biais de sélection également. On peut penser que les nouveaux diplômés ne pratiquant pas le suivi gynécologique de prévention

ne se sont pas sentis concernés et n'ont pas souhaité répondre.

Les réponses au questionnaire ont été obtenues de 3 à 6 mois après l'obtention du diplôme, ce qui pourrait biaiser les résultats du SEP car l'expérience acquise peut le modifier et l'augmenter.

C'est ici la source principale de SEP qui est impactée, soit la maîtrise personnelle : les succès antérieurs sont des indicateurs de capacité, et au contraire, les échecs ont un impact négatif sur la construction du SEP. Pour les personnes qui croient fortement en leurs possibilités, les tâches difficiles sont abordées comme des défis à relever plutôt que comme des menaces à éviter. (6) C'est pourquoi les sujets ont été interrogés sur leurs lieux d'exercice professionnel depuis l'obtention du diplôme.

Nous pouvons aussi parler de la limite sur la construction du questionnaire. En effet il n'est pas validé par un manque de puissance, malgré un très bon alpha de Cronbach.

2. Analyse des résultats et validé externe

2.1 Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon est constitué de jeunes sages-femmes diplômées ayant une expérience professionnelle de 3 à 6 mois. Deux sages-femmes de l'échantillon ne travaillent pas depuis l'obtention du diplôme.

Le nombre de stages médian effectué en gynécologie lors de la formation initiale est de 2. La plupart des stages en gynécologie sont effectués chez des sages-femmes libérales, pour 82% de l'échantillon. Comme l'explique Albert Bandura, l'apprentissage social est l'une des sources de SEP et ce sont les sujets dont les caractéristiques sont les plus proches qui sont les plus susceptibles d'être source d'information. L'étudiant se sentira d'autant plus capable de réaliser une tâche qu'il aura observée et apprise avec une personne dont il se sent proche et la réalisera avec plus de succès. (6) Effectuer des stages avec des sages-femmes libérales ayant une activité

gynécologique développée peut permettre aux sujets de tirer un SEP plus élevé.

« Spécialiste de la physiologie, la sage-femme adresse ses patientes à un médecin lorsqu'elle décèle une pathologie » (11) Au cours de la formation initiale, des cours sont prévus au programme sur la prise en charge des situations pathologiques en contraception. Dans notre étude 20% des sujets ont effectué un stage chez un gynécologue. Le gynécologue effectue des suivis gynécologiques dans le cadre de la physiologie et de la pathologie. Lorsqu'un étudiant sage-femme effectue un stage chez un gynécologue il va voir des situations pathologiques en contraception qui peuvent lui permettre de consolider sa formation initiale théorique.

Quarante-trois pour cent des sujets ont effectué des stages en Centre de planification et d'éducation familiale. Ce lieu permet aux mineures, aux jeunes personnes majeures et aux femmes en situation de précarité de consulter gratuitement (12). Effectuer des stages en CPEF peut permettre aux étudiants d'augmenter leur SEP pour la réalisation de consultations de contraception pour ce profil de femmes.

Depuis l'obtention du diplôme l'exercice en maternité a été cité par 78% des sujets, l'exercice en libéral par 26%, l'exercice en planning familial par 4%, et 3% n'ont pas eu d'activité en tant que sage-femme. Plus d'un quart des sujets de l'échantillon ont eu une activité libérale, cette information renforce ce qui a été décrit dans l'introduction, le libéral tend à se développer. (5) Ces résultats sont en accord avec les données démographiques de la profession de sage-femme. La région Auvergne Rhône-Alpes est la région présentant la densité de sages-femmes libérales la plus élevée de France, avec 654 sages-femmes libérales pour 4406 sages-femmes libérales en France. (13) (*Annexe 4*) Avec la pénurie actuelle de gynécologues médicaux en France (5), les sages-femmes vont être amenées à réaliser davantage de consultations de suivi gynécologique de prévention et de contraception. Quarante-vingt-quatorze pour cent des sujets souhaitent exercer en gynécologie ce qui sera favorable à l'avenir de la profession et à la prise en charge du suivi gynécologique des femmes.

2.2 Objectif principal

Les médianes des scores de SEP sont élevées, la plupart étant comprises entre 70 et 100. De manière générale les nouveaux diplômés de la région Auvergne Rhône-Alpes ayant répondu se sentent efficaces pour la réalisation de consultations de contraception.

2.2.1 Scores de SEP moins élevés.

Deux affirmations semblent poser plus de difficultés, avec des médianes de SEP inférieures au reste des affirmations.

L'affirmation « *Je me sens capable d'analyser le profil hormonal de ma patiente dans le cas d'une prescription oestroprogestative* » avec une médiane à 53.

Les différents types de contraceptifs oestroprogestatifs associent un œstrogène de synthèse ou un œstrogène identique à celui présent naturellement dans l'organisme féminin, le plus souvent l'éthinyl-estradiol (EE) en France, à un progestatif. Les contraceptifs oestroprogestatifs se distinguent les uns des autres par :

- la dose d'éthinyl-estradiol (ou d'œstrogène végétal) qui définit le dosage : mini ou normodosé
- la nature du progestatif qui définit la génération de la pilule : 1ère, 2ème ou 3ème
- la répartition des doses respectives de ces hormones au cours du cycle qui définit la phase : monophasique, biphasique, triphasique. (14)

Le rapport oestroprogestatif variable et la nature du progestatif utilisé définissent les "climats" hormonaux des pilules. Ce climat est défini par le caractère dominant des effets observés chez une femme suite à la prise d'une contraception oestroprogestative. Une pilule ayant tendance à provoquer chez l'utilisatrice une mastodynie, une irritabilité, des troubles digestifs et des règles abondantes sera plutôt décrite comme pilule à climat oestrogénique. Alors qu'une pilule ayant

tendance à provoquer une hypoménorrhée, une prise de poids, de l'acné, de l'hirsutisme sera plutôt décrite comme pilule à climat progestatif. (14)

La HAS précise dans ses recommandations : « Les nuances des climats sont en pratique difficiles à apprécier et varient en fonction de la sensibilité propre de chaque consultante, ce qui peut conduire à des adaptations de la prescription en fonction de la tolérance individuelle à la pilule testée. » (15)

Ce SEP moyen des nouveaux diplômés sur le profil hormonal lors de la prescription de contraception oestroprogestative peut s'expliquer par la difficulté de cette notion. C'est une analyse qui s'apprend avec l'expérience et cet exercice peut s'avérer compliqué en tant que nouveau diplômé.

D'une part, chaque femme peut présenter des symptômes différents donc il convient d'analyser au cas par cas. Comme le dit le docteur Martin Winckler : « Une femme peut bien tolérer certaines pilules et pas d'autres. En effet, toutes les femmes sont différentes, et justifient donc qu'on cherche avec elles la pilule qui leur convient. » (16)

D'autre part, il existe peu d'articles sur le sujet dans la littérature, on peut supposer que ce n'est pas une notion très bien développée dans la formation initiale. Une sage-femme nous a d'ailleurs fait comme retour suite au questionnaire qu'elle n'avait pas compris l'affirmation sur le profil hormonal car elle n'en connaissait pas la définition.

Enfin, en dehors de toute contre-indication, il est recommandé de prescrire une pilule de deuxième génération en première intention (17) et, en France il existe un panel de choix de pilules oestroprogestative très vaste (*Annexe 5*), ce qui ne facilite pas l'analyse du profil hormonal et le choix adapté de la pilule.

La deuxième affirmation semblant poser le plus de difficultés avec une médiane à 55 est « *Je me sens capable d'assurer une consultation de contraception chez une femme en période de*

préménopause ».

La loi HPST ne fixe pas de limite d'âge pour le suivi gynécologique des femmes par la sage-femme. Ainsi la sage-femme peut être amenée à suivre des patientes en période de préménopause. Les résultats obtenus ici sont en accord avec ceux du mémoire de sage-femme de Joséphine Aussedat (18) sur la prise en charge des femmes péri ménopausées par la sage-femme. Les sages-femmes interrogées dans son étude se sentent impliqués dans le suivi de ces femmes mais sont insatisfaites de leur formation sur le sujet. Ces patientes représentaient en moyenne 10 à 20% de leur patientèle, elles consultaient souvent pour de la rééducation périnéale, et de façon croissante pour un suivi gynécologique. Nous pouvons supposer qu'il est encore peu fréquent de rencontrer des femmes en période de préménopause lors d'un stage chez une sage-femme libérale et qu'il est donc normal que le SEP soit moins élevé du fait de ce peu de pratique. Cependant de plus en plus de femmes en période de préménopause vont consulter une sage-femme, (19) et il est alors important d'accroître le SEP et les connaissances sur le sujet. Les médecins généralistes se sentent également peu à l'aise avec le sujet. Dans la thèse de Déborah Renouard (20) portant sur la contraception en préménopause, 11 des 14 médecins interrogés avouent se sentir en difficulté lors de la prescription de contraception pour ce profil de femme. Elle précise dans sa thèse que la dernière recommandation internationale est celle de la « Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare » parue en octobre 2017 (21) ; et que la dernière recommandation française est celle du CNGOF concernant la contraception des femmes de plus de 35 ans, publiée en Novembre 2002 (22). Déborah Renouard explique que le CNGOF le précise lui-même, les données de la littérature sont pauvres en matière de préménopause et le niveau de preuve des études portant sur le sujet est limité. (20) Finalement il semblerait que les difficultés ressenties par les différents professionnels de santé vont plus loin qu'un manque de formation initiale et seraient plutôt dû au fait que le sujet est peu étudié.

2.2.2 Excellents scores de SEP

Au contraire des affirmations ne semblent pas poser de difficultés aux sujets avec des scores de SEP à 100, c'est le cas pour les trois affirmations ci-après.

« Je sais informer la patiente sur la conduite à tenir en cas d'oubli de contraception, dont les modalités d'accès et d'efficacité de la contraception d'urgence. »

Dans notre étude, les sujets se sentent à l'aise avec la contraception d'urgence. C'est également le cas dans le mémoire de sage-femme de Florine Berthelot portant sur les connaissances et le sentiment de confiance des étudiants sages-femmes de France sur la contraception d'urgence.

(23) La plupart des étudiants de son étude se sentent plutôt à l'aise pour informer les femmes sur la contraception d'urgence et la prescrire. Cependant, les résultats montrent que les étudiants ont de bonnes connaissances générales sur les différents types de contraceptifs d'urgence, mais que certains points restent encore flous pour de nombreux étudiants (notamment la compatibilité avec l'allaitement maternel et la réalisation systématique d'un test de grossesse après la prise d'une contraception d'urgence). De plus, la plupart des étudiants de son étude ne semblent pas être satisfaits de la formation à ce sujet, notamment celle en terrain de stage. Dix-huit pour cent ont assisté lors de leurs stages à des prescriptions de contraception d'urgence sans information individuelle et sans détail de son mode d'utilisation.

Cet exemple nous montre que les bonnes pratiques ne sont pas toujours respectées par les professionnels de santé. En effet une prescription médicale doit être suivie d'une explication claire. Cependant comme Florine Berthelot le décrit dans son mémoire, l'apprentissage par modèle de rôle, joue un rôle majeur dans l'acquis des compétences des étudiants. Ainsi, les étudiants sont amenés à reproduire les bonnes pratiques observées lors de leurs stages, mais aussi les mauvaises comme celle-ci. (23)

« A la fin d'une première consultation avec une patiente, je me sens capable de lui expliquer le déroulement du suivi de sa contraception et de programmer les prochains rendez-vous ».

Les sujets se sentent à l'aise avec la programmation du suivi contraceptif des femmes. Une question sur le SEP en rapport avec le chevauchement des contraceptions aurait pu être pertinent. L'étude FECOND (24) a mis en évidence que la moitié des femmes ayant recours à une IVG avait changé de contraception dans les 6 mois précédant l'échec. Depuis janvier 2013, une femme sur cinq a changé de moyen de contraception. Ce phénomène peut notamment être expliqué par un meilleur accès à l'information, ainsi qu'un panel contraceptif de plus en plus varié dans sa présentation, sa composition, sa durée d'action et sa dispensation. Au cours de sa vie sexuelle, une femme aura recours à différents moyens de contraception. Chaque période de transition contraceptive est susceptible d'entraîner une fenêtre d'inefficacité en cas de relais inadapté. (25) Un tableau récapitulatif présenté par Formagyn pourrait être distribué lors de la formation initiale. Cet outil synthétique pourrait permettre aux futurs prescripteurs de faciliter l'adaptation des relais contraceptifs. Le tableau est présenté en *Annexe 6*. Il résulte d'une synthèse d'une revue de la littérature et des résumés des différentes caractéristiques du produit (RCP) des différents contraceptifs ; les données étant quelquefois différentes selon les sources, elles sont simplifiées pour en faciliter la transcription et la mémorisation. (25)

« Je me sens capable d'assurer une consultation de contraception chez une femme en post partum ».

Le post partum est la période posant le moins de difficultés aux sujets concernant la contraception. Cela paraît assez logique puisque le post partum fait partie du cœur de métier et que les sages-femmes connaissent parfaitement sa physiologie. De plus, les sages-femmes ont eu ce droit de prescription de contraception de post partum bien avant la loi HPST. (26) Les résultats du mémoire de sage-femme de Julie Frigout (27) portant sur l'information et la

prescription de la contraception par la sage-femme en suites de couche, ont montré de nombreux points forts, mais aussi des points faibles. Une absence d'information donnée sur la contraception d'urgence et un manque d'explications sur la contraception donnée sont mis en évidence. Le manque de temps pourrait en être la cause. Cet exemple nous montre que même si les sujets se sentent très à l'aise, d'autant plus avec des compétences acquises depuis très longtemps, il persiste toujours des axes d'amélioration, d'où l'importance de la formation continue et la perpétuelle remise en cause de son efficacité personnelle.

2.2.3 Disparités de scores de SEP

Certaines affirmations présentent des écarts interquartiles élevés ce qui montre des disparités de SEP avec des écarts interquartiles supérieurs à 30. C'est le cas pour les affirmations suivantes.

« Après avoir mené l'interrogatoire et pratiqué l'examen clinique, je sais identifier les contre-indications à toute forme de contraception ».

Nous pouvons supposer que certains sujets vont avoir un moins bon SEP par la longueur de la liste des contre-indications. De plus certaines sont absolues alors que d'autres sont relatives, il peut être difficile pour certains sujets de les identifier. Des stages avec des gynécologues peuvent permettre de rencontrer des patientes avec plus de pathologies pouvant contre-indiquer certaines contraceptions et donc permettre aux sujets d'avoir un meilleur SEP.

« Je me sens capable d'assurer une consultation de contraception chez une femme en période de préménopause. »

Comme discuté plus haut, les sujets présentent un SEP moyen pour cette affirmation. Nous

pouvons supposer que les disparités de réponses peuvent s'expliquer par la réalisation ou non de consultations pour ce type de patientes lors des stages.

« Je me sens capable de pratiquer la pose du DIU chez une nullipare. »

« Je me sens capable de pratiquer la pose de l'implant contraceptif. »

« Je me sens capable de pratiquer le retrait de l'implant contraceptif ou de savoir orienter ma patiente si l'implant est trop profond. »

Pour ces 3 dernières affirmations, nous pouvons supposer que là aussi cela dépend de la réalisation plus ou moins fréquente de ces gestes techniques lors des stages. En effet les sujets ayant eu l'occasion à plusieurs reprises de les effectuer vont avoir un SEP plus élevé grâce à la source principale du SEP, la maîtrise personnelle. Ils vont se servir de leurs expériences passées et de leurs succès pour se construire une solide croyance d'efficacité personnelle. Il est important que les sujets effectuent des stages dans des terrains leur permettant de pratiquer le plus possible, afin qu'ils se créent de l'expérience et qu'ils se sentent compétents. Dans le mémoire de sage-femme de Maurine Mosca portant sur le suivi gynécologique de prévention et les consultations de contraception des sages-femmes libérales du Réseau de Périnatalité Alpes Isère en 2019, les sages-femmes interrogées pratiquent peu la pose et le retrait d'implant. Elles se sentent peu compétentes pour la réalisation de ces gestes avec des SEP toujours inférieurs à 7/10. Pour la pose ou le retrait du DIU, plus les sages-femmes pratiquent et plus le SEP est élevé. Ces résultats confirment donc l'intérêt de l'expérience dans la construction d'un SEP élevé. (28)

2.3 Objectifs secondaires

2.3.1 Objectiver une différence de SEP en fonction de l'institut de formation

L'arrêté du 11 mars 2013 (29) fixe les nombreux objectifs de formation en gynécologie. Cet arrêté fixe le nombre d'ECTS théorique pour l'UE « Gynécologie - santé génésique des femmes et assistance médicale à la procréation » mais le nombre d'heures pour les différentes parties de cet UE n'est pas défini. Il fixe également le nombre d'ECTS pour la formation pratique mais les terrains de stages ne sont pas imposés, ainsi les étudiants peuvent les effectuer dans des lieux différents. Les écoles de sages-femmes sont donc libres d'organiser la formation de leurs étudiants comme elles le souhaitent. Cette organisation interne de chaque école sur la formation initiale en gynécologie ne semble pas impacter le sentiment d'efficacité puisqu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les scores de SEP des 4 écoles.

2.3.2 Evaluer la satisfaction de la formation initiale en gynécologie et objectiver une différence de SEP selon la note donnée à la formation initiale.

Les sujets de l'échantillon sont plutôt satisfaits de la formation initiale qu'ils ont reçue en gynécologie avec une note médiane à 7/10 ; l'écart interquartile est à 2 ce qui montre que les sujets ont des réponses cohérentes sur la qualité de la formation initiale. Nous avons pu démontrer que plus les sujets sont satisfaits de la formation initiale et plus ils ont un SEP élevé. Il paraît important que les sujets se sentent bien formés et accompagnés durant leurs études afin d'élever leur SEP. Ils doivent bénéficier de cours théoriques de qualité et également de terrains de stages de qualité avec des formateurs soucieux de leur progression et bienveillants afin d'augmenter le SEP par le biais de la persuasion verbale ; mais aussi des formateurs compétents qui vont permettre de favoriser l'apprentissage par le modèle de rôle.

2.3.3 Objectiver une différence de SEP en fonction du besoin de formation

complémentaire en gynécologie et objectiver une différence de SEP en fonction du nombre de stages effectués en gynécologie au cours de la formation initiale.

Les sujets ne pensant pas avoir besoin d'une formation complémentaire ont un meilleur SEP que ceux pensant avoir besoin de cette formation.

Les sages-femmes de l'échantillon ont un SEP élevé pour la réalisation de consultations de contraception et sont satisfaits de leur formation initiale. Cependant ces résultats sont en contradiction avec le fait que 64% de l'échantillon pense avoir besoin d'une formation complémentaire pour exercer en gynécologie. Nous pouvons penser que malgré la satisfaction de la formation initiale et des SEP élevés, le besoin de formation complémentaire peut être expliqué par le manque de pratique et de stages, ce qui fait douter les sujets de leur capacité à exercer sans formation supplémentaire.

Pour la réalisation de consultations de contraception, aucune corrélation n'a été mise en évidence entre le score de SEP et le nombre de stages. Ainsi les sujets ayant effectué plus de stages n'ont pas un SEP significativement plus élevé.

Notre hypothèse portant sur l'insuffisance de la formation pratique pouvant expliquer le besoin de formation complémentaire est décrite dans le mémoire de sage-femme d'Alice Villemont, portant sur les freins et motivations des sages-femmes du suivi gynécologique de prévention (30). Une majorité des interrogées (76%) ont suivi une formation de gynécologie durant leurs études, mais seulement 5.2% la jugent suffisante à une pratique autonome après l'obtention du diplôme. Parmi celles qui jugent que la formation initiale n'est pas suffisante, 44.6% estiment que cela est dû à un manque de cours théoriques et 98% à une lacune dans la formation pratique (stages, travaux pratiques). Au total, 42.7 % pensent que c'est à la fois un manque de pratique et un manque de théorie.

3. Perspectives de l'étude

Le SEP des nouveaux diplômés pour les consultations de contraception est élevé. Il est décrit dans plusieurs études que nous pouvons considérer un SEP élevé comme un indicateur à part entière de l'efficacité d'une formation. (7) (8) Il y a tout de même des items posant plus de difficultés, des disparités de scores de SEP et un besoin de formation complémentaire pour une grande majorité de l'échantillon, qui nous amènent à élaborer quelques propositions.

-Augmenter le volume de la formation pratique afin d'augmenter l'expérience et de diminuer ce besoin de formation complémentaire à la sortie de la formation initiale. Le développement du nombre de stages pourrait permettre aux sujets d'avoir un meilleur SEP sur la pratique des gestes techniques, tels que la pose et le retrait de l'implant et du stérilet.

- Accentuer la formation initiale sur la prise en charge des femmes selon leur profil et uniformiser les terrains de stages entre les étudiants afin de leur permettre de participer à des consultations de contraception aux différents moments de la vie d'une femme. Lors de leur formation initiale les sujets sont souvent confrontés à des femmes en post partum, il en résulte des scores de SEP très élevés pour la contraception de ces patientes. Cependant la sage-femme est amenée à effectuer des consultations de contraception aux différentes périodes de vie de la femme. La population de femmes en période de préménopause est peu rencontrée pendant les études. Les stages en libéral avec un gynécologue ou une sage-femme peuvent augmenter les chances de participer à des consultations avec ce profil de femme. La participation à des consultations avec des adolescentes ou des femmes en situation de précarité peut être favorisée par des stages en planning familial ou en centre de planification.

-Mettre en place des séances d'apprentissage du raisonnement clinique (ARC) pour la

réalisation de consultations de contraception. L'ARC est une méthode pédagogique basée sur l'apprentissage et l'enseignement contextualisé. Les objectifs des séances d'ARC sont de permettre aux étudiants de réaliser une genèse précoce d'hypothèses diagnostiques, une collecte orientée des données cliniques, une réévaluation des hypothèses et une formulation progressive du problème pour enfin choisir une modalité thérapeutique adaptée aux situations cliniques présentées. L'ARC est reconnu pour son caractère formateur et largement plébiscité par les étudiants en médecine. (31) Réaliser ce type de séances lors de la formation initiale pourrait par exemple permettre aux étudiants de s'entraîner à identifier les contre-indications aux différents types de contraception et donc d'augmenter leur SEP sur le sujet.

-S'assurer de la qualité des terrains de stages avec des questionnaires, afin de savoir s'ils leur ont permis d'atteindre les objectifs de stage en gynécologie. Pour cela nous proposons en **Annexe 7**, une fiche d'évaluation des terrains de stages pour la pratique des consultations de contraception par les étudiants sages-femmes, qui s'inspire d'une fiche d'évaluation utilisée par les internes en gynécologie médicale. (32)

- Proposer aux praticiens recevant des étudiants de se former à l'encadrement afin de faciliter l'apprentissage. La supervision et le modèle de rôle sont les deux modalités pédagogiques spécifiques à l'enseignement clinique. (33) (***Annexe 8***) 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 »). (23) 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 sur le 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. (23)

- **Développer la pratique du feedback.** Il y a feedback lorsque l'étudiant reçoit de l'information concernant une de ses actions et qu'il utilise cette information pour modifier son approche de la tâche. Sans feedback l'apprentissage est retardé et les étudiants peuvent s'ancrer dans de mauvaises habitudes et abandonner sans le savoir des modalités d'action pertinentes. Il porte sur des comportements spécifiques et remédiables, il implique l'étudiant et il identifie à la fois les forces et les faiblesses. Il est objectif sans porter de jugement de valeur et il offre des suggestions de changement. (34) Comme le dit Florine Berthelot dans son mémoire, « les sujets se sentent parfois efficaces malgré un manque de connaissances sur le sujet et cela peut être expliqué par la reproduction de pratiques vues en stages ne respectant pas totalement les recommandations ou par des étudiants se sentant perdus face à la divergence des pratiques entre les professionnels de santé. La pratique du feedback peut permettre aux sujets de les réorienter sur les bonnes informations en cas de connaissances erronées. » (23) Ainsi si le feedback est correctement réalisé, il devrait permettre au sujet de progresser et par la suite d'augmenter son SEP.

La formation continue personnelle reste indispensable malgré une formation initiale de qualité et des sujets présentant des SEP élevés. S'informer des dernières recommandations, savoir se remettre en question perpétuellement, évoluer avec les avancées, afin de permettre d'offrir des consultations de qualité aux femmes concernant leur contraception mais également de favoriser l'apprentissage des futurs praticiens.

CONCLUSION

L'objectif principal de l'étude a été atteint, nous pouvons donc conclure que les nouveaux diplômés sages-femmes de la région Auvergne Rhône Alpes ont un sentiment d'efficacité personnelle global élevé voire très élevé pour la réalisation de consultations de contraception. Analyser le profil hormonal des patientes, et assurer une consultation de contraception chez une femme en période de préménopause, sont les deux dimensions de la pratique clinique qui semblent poser le plus de difficultés. Il existe des disparités de sentiment d'efficacité personnelle entre les sujets, notamment pour l'identification des contre-indications aux différentes formes de contraception, ainsi que pour les gestes techniques tels que la pose du dispositif intra utérin et la pose ou le retrait de l'implant.

Le nombre de stages n'a pas d'impact sur le SEP dans notre étude. Les difficultés mises en avant peuvent peut-être s'expliquer par la réalisation plus ou moins fréquente de consultations de contraception lors des stages.

Les nouveaux diplômés sont satisfaits de la formation initiale actuelle en gynécologie et le SEP élevé amène à considérer que la formation initiale pour la réalisation de consultations de contraception est efficace. Malgré cela, 64% des sujets de l'échantillon pensent avoir besoin d'une formation complémentaire pour exercer.

Nous proposons alors des axes d'amélioration pour cette formation initiale, notamment, augmenter le nombre de stages et les harmoniser entre les étudiants, dans le but de leur permettre de se faire plus d'expérience dans la pratique des gestes techniques et dans la prise en charge des femmes à différents moments de leurs vies. Il pourrait également être intéressant de former les praticiens à l'encadrement des étudiants, et d'évaluer les terrains de stages afin de s'assurer qu'ils permettent de répondre aux objectifs attendus en contraception.

La sage-femme apparaît de plus en plus comme le praticien de premier recours pour la santé préventive en gynécologie ainsi que pour la contraception. C'est pourquoi la qualité de la

formation initiale en gynécologie est primordiale. Cette étude montre que les futurs praticiens souhaitent exercer en gynécologie et se sentent efficaces pour la réalisation de consultations de contraception ce qui sera bénéfique pour la santé des femmes.

BIBLIOGRAPHIE

1. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. 2009-879 juill 21, 2009. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo/texte>
2. Diplôme d'État de sage-femme [Internet]. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. [cité 4 févr 2021]. Disponible sur : <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/bulletin-officiel.html>
3. Règlement d'études du Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques [Internet]. [cité 4 févr 2021]. Disponible sur : http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/cms/sites/medatice/maieutique/portail/docs/20200925134442/DFGS_Ma2020_2021.pdf
4. Règlement d'études de la Formation Approfondie en Sciences Maïeutiques, en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme [Internet]. [cité 4 févr 2021]. Disponible sur : http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/cms/sites/medatice/maieutique/portail/docs/20200925134457/FASMa_2020_2021.pdf
5. Observatoire national de la démographie des professions de santé. LES SAGES-FEMMES - Une profession en mutation. Mai 2016 [Internet]. [cité 4 févr 2021]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_ouvrage_sur_les_sagesfemmes_mai2016.pdf
6. Bandura A. Philippe Carré. Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle. Bruxelles, Belgique. De Boeck ; 2007.
7. Perrault B, Brassart D-G, Dubus A. Le sentiment d'efficacité personnelle comme indicateur de l'efficacité d'une formation. Une application à l'évaluation de la formation des enseignants. 2010 ;8. Disponible sur <https://plone.unige.ch/aref2010/communications-orales/premiers-auteurs-en-p/Le%20sentiment%20defficacite.pdf>
8. Haute Autorité de Santé. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes. Avril 2013. Mise à jour juillet 2019. [Internet]. [cité 4 févr 2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes
9. Coefficient alpha de Cronbach : Institut de recherche et de documentation pédagogique [Internet]. [cité 16 févr 2021]. Disponible sur : <https://www.irdp.ch/institut/coefficient-alpha-cronbach-2030.html>
10. Annuaire des écoles de sage-femme [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 10 avr 2021]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/annuaire-des-ecoles/>
11. Les compétences des sages-femmes [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 22 mars 2021]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre->

sage-femme/competences/general/

12. Site internet des Centres de Planification et d'Éducation Familiale de l'Isère [Internet]. Centres de Planification et d'Éducation Familiale. [cité 27 avr 2021]. Disponible sur : <http://www.centredeplanification.fr/node>
13. Données démographiques de la profession [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 10 avr 2021]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/>
14. Université Médicale Virtuelle Francophone. Régulation des naissances. Chapitre 4 : Contraception hormonale. 2012-1012 [Internet]. [cité 27 avr 2021]. Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-gynecologie/regulation_naissances/site/html/cours.pdf
15. Haute Autorité de santé. Rapport d'élaboration : Contraception chez l'homme et chez la femme. Avril 2013, Mise à jour juillet 2019. [Internet]. [cité 27 avr 2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf
16. Comment s'y retrouver, parmi toutes ces pilules ? [Internet]. [cité 14 avr 2021]. Disponible sur : <http://martinwinckler.com/spip.php?article584>
17. Collège national des gynécologue et obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique : Contraception (texte court). 2018 [Internet]. [cité 14 avr 2021]. Disponible sur: http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/apercu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2018%252FCNGOF_RPC_2018-CONTRACEPTION.pdf&i=21002
18. Aussedat J. Mémoire de sage-femme. Sage-femme et femme périménopausée : un lien ? : enquête observationnelle descriptive auprès des sages-femmes libérales de Lorraine [Internet] [other]. Université de lorraine ; 2015 [cité 27 avr 2021]. p. 54. Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01773661>
19. « Profession sage-femme » n° 241. Prise en charge de la ménopause, entre besoins de formation et limites de compétences. 2017 [Internet]. Émilie Gillet. 2018 [cité 16 avr 2021]. Disponible sur : <http://emiliegillet.fr/sages-femmes-menopause/>
20. Renouard D. Thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine. La contraception en périménopause: ressenti et difficultés des médecins généralistes lors de cette prescription: quelles solutions envisager ? : étude qualitative auprès de médecins généralistes des départements de la Manche et du Calvados. 2019 ;149. Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02321411/document>
21. Publication des lignes directrices cliniques mises à jour : Contraception pour les femmes âgées de plus de 40 ans - Faculté des soins de santé sexuelle et reproductive [Internet]. [cité 15 avr 2021]. Disponible sur : <https://www.fsrh.org/news/updated-clinical-guideline-published-contraception-for-women/>
22. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Extrait des mises à jour en gynécologie médicale. Contraception des femmes de plus de 35 ans. J Gynécologie

Obstétrique Biol Reprod. sept 2005;34(5):513.

23. Berthelot F. La contraception d'urgence. Acquis de connaissances et sentiment de confiance des étudiants sages-femmes de France. 2018 ;91. Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01897848/document>
24. Bajos et al. - 2012 - La contraception en France, nouveau contexte, nouvelles pratiques. [Internet]. [cité 14 avr 2021]. Disponible sur : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19160/pes492.fr.pdf
25. Collège national des gynécologues et obstétriciens français, Journées nationales, Hédon B, Deruelle P, Graesslin O, éditeurs. Mises à jour en obstétrique. [40]. 2016.
26. Chapitre IV : Contraceptifs. (Articles L5134-1 à L5134-3) - Légifrance [Internet]. [cité 14 avr 2021]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006690148/2004-08-11/>
27. Frigout J. Information et prescription de la contraception par les sages-femmes en suites de couches au Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes (CHUGA). 2020 ;66. Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03045788/document>
28. Maurine PM. Suivi gynécologique de prévention et consultations de contraceptions dans l'activité des sages-femmes libérales du Réseau de Périnatalité (RPAI). 2019 ;58. Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02287464/document>
29. 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/loda/id/JORFTEXT000027231825/>
30. Villemont A. La prévention gynécologique par les sages-femmes : freins et motivations à leur pratique médicale : étude réalisée sur le territoire auvergnat auprès de 209 sages-femmes. :82. Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01993158/document>
31. Zairi I, Mzoughi K, BEN DHIAB M, Sonia S, Kraiem S. Évaluation des séances d'apprentissage du raisonnement clinique par les étudiants de troisième année médecine. 24 juill 2017 ; Disponible sur: <https://www.researchgate.net/publication/318659471>
32. PROJET-PEDAGOGIQUE-MSU-GYNECO-ORLEANS. 2020 [Internet]. [cité 27 avr 2021]. Disponible sur : <https://syngof.fr/wp-content/uploads/2020/06/PROJET-PEDAGOGIQUE-MSU-GYNECO-ORLEANS-annexe-evaluation-interne.pdf>
33. Chamberland et Hivon - 2005 - Les compétences de l'enseignant clinicien et le mo.pdf [Internet]. [cité 14 avr 2021]. Disponible sur : https://www.unige.ch/medecine/udrem/files/4214/2678/6054/Chamberland_2005_6_p98-11.pdf
34. O'Brien HV, Marks MB, Charlin B. Le feedback (ou rétro-action) : un élément essentiel de l'intervention pédagogique en milieu clinique. Pédagogie Médicale. août 2003;4(3):184-91. Disponible sur <http://www.pedagogie-medicale.org/10.1051/pmed:2003008>

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire sur le SEP pour la réalisation d'une consultation de contraception

Bonjour,

Je m'appelle Manuela Mendez-Lopez, je suis étudiante sage-femme à Grenoble.

Je vous sollicite pour la réalisation de mon mémoire de fin d'études portant sur le sentiment d'efficacité personnelle des jeunes sages-femmes lors d'une consultation de contraception.

Le sentiment d'efficacité personnelle est la croyance que possède un individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter les actions requises pour produire des résultats souhaités.

Vous êtes libres de participer à cette étude qui restera strictement anonyme. Les résultats de l'étude seront disponibles au public courant 2021.

Je vous demande de donner votre accord avec chacune des 21 affirmations suivantes. Il vous suffit pour cela d'entourer le chiffre (entre 0 et 100) qui, à ce jour, représente le mieux selon vous ce que vous percevez de vous-même et de vos compétences actuelles.

En vous remerciant de votre précieuse collaboration à l'amélioration de la formation initiale en gynécologie des étudiants sage-femme.

Il y a 31 questions dans ce questionnaire.

Dans le cadre des consultations de contraception :

Veillez placer le curseur sur le chiffre correspondant à votre niveau d'accord avec chacune des 21 affirmations suivantes en sachant que 0 correspond à la mention "pas du tout d'accord", et que 100 correspond à la mention "tout à fait d'accord"

- 1. Je me sens capable de mener une consultation d'écoute, de dialogue et d'échange, afin d'établir une relation de confiance avec ma patiente.**

Veillez donner au maximum une réponse
Chaque entrée doit être entre 0 et 100

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

•

0 : pas du tout d'accord | 20 : pas d'accord | 40 : plutôt pas d'accord | 60 : plutôt d'accord | 80 : d'accord | 100 : tout à fait d'accord

- 2. Lors d'un entretien avec une patiente, je me sens capable de recueillir les antécédents et habitudes de vie susceptibles d'influencer le choix de la contraception.**

- 3. Dans le cadre de la prévention en gynécologie, je peux pratiquer les examens, général et gynécologique, adaptés à toute situation.**

- 4. Si je prescris une méthode oestroprogestative, je sais prescrire un bilan biologique, et, selon la situation, je sais quand je dois le renouveler.**

- 5. Après avoir mené l'interrogatoire et pratiqué l'examen clinique, je me sens capable de fournir une information individualisée, claire et hiérarchisée sur les méthodes contraceptives disponibles et adaptées à ma patiente.**

- 6. Je me sens capable d'analyser le profil hormonal de ma patiente dans le cas d'une prescription oestroprogestative.**

- 7. Après avoir mené l'interrogatoire et pratiqué l'examen clinique, je sais identifier les contre-indications à toute forme de contraception.**

- 8. Je me sens capable d'informer la patiente, de manière claire et compréhensible pour elle, sur le mécanisme d'action, le mode d'emploi, les effets indésirables et l'efficacité des contraceptions qu'elle peut choisir.**

- 9. Je sais informer la patiente sur la conduite à tenir en cas d'oubli de contraception, dont les modalités d'accès et d'efficacité de la contraception d'urgence.**

- 10. Je sais informer la patiente sur les symptômes évoquant une possible complication en fonction de la méthode choisie et qui doivent conduire à consulter.**

- 11. A la fin d'une première consultation avec une patiente je me sens capable de lui expliquer le déroulement du suivi de sa contraception et de programmer les prochains rendez-vous.**

- 12. Lors d'une consultation de suivi de contraception, je me sens capable d'analyser l'observance et la satisfaction de ma patiente, quelle que soit la méthode choisie.**

- 13. Je me sens capable de mener une première consultation de contraception chez une adolescente.**

- 14. Je me sens capable de mener une consultation de contraception chez une patiente en situation de précarité.**

- 15. Je me sens capable de mener une consultation de contraception suite à une IVG, afin d'orienter au mieux la patiente sur une contraception efficace et satisfaisante pour elle.**

- 16. Je me sens capable d'assurer une consultation de contraception chez une femme en post-partum.**

- 17. Je me sens capable d'assurer une consultation de contraception chez une femme de plus de 40 ans.**

- 18. Je me sens capable d'assurer une consultation de contraception chez une femme en période de préménopause.**

- 19. Je me sens capable de pratiquer la pose du dispositif intra utérin chez une nullipare.**

20. Je me sens capable de pratiquer la pose de l'implant contraceptif.

21. Je me sens capable de pratiquer le retrait de l'implant contraceptif ou de savoir orienter ma patiente si l'implant est trop profond.

A propos de vous :

22. Quel âge avez-vous ?

23. Dans quel institut de formation en maïeutique avez-vous effectué vos études ?

- Grenoble
- Lyon
- Clermont-Ferrand
- Bourg en Bresse

24. Combien de stages en gynécologie avez-vous effectué durant vos études ?

25. Dans quels lieux les avez-vous réalisés ? (Une ou plusieurs réponses sont possibles)

- Sage-femme libérale
- Gynécologue
- Orthogénie
- Centre de planification
- Autre :

26. Est-ce que l'un ou plusieurs de vos stages en gynécologie n'ont pu avoir lieu en raison de l'épidémie COVID 19 ?

- Non
- Si oui, combien ?

27. La formation initiale que vous avez reçue à l'école vous paraît-elle suffisante pour exercer en gynécologie ? Donnez une note entre 0 et 10 sur la qualité de votre formation

28. Pensez-vous avoir besoin d'une formation complémentaire à ce jour pour pratiquer la gynécologie ?

- Oui
- Non

29. Avez-vous obtenu votre diplôme ?

- Oui
- Non

30. Depuis l'obtention de votre diplôme dans quel(s) service(s) ou structure(s) avez-vous travaillé ?

31. Envisagez-vous de faire de la prescription de contraception dans votre future pratique ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Merci pour le temps que vous accordez à mon étude, bonne continuation !

Annexe 2 : Tableau de correspondances entre les affirmations du questionnaire et les mots clefs utilisés dans les tableaux de résultats

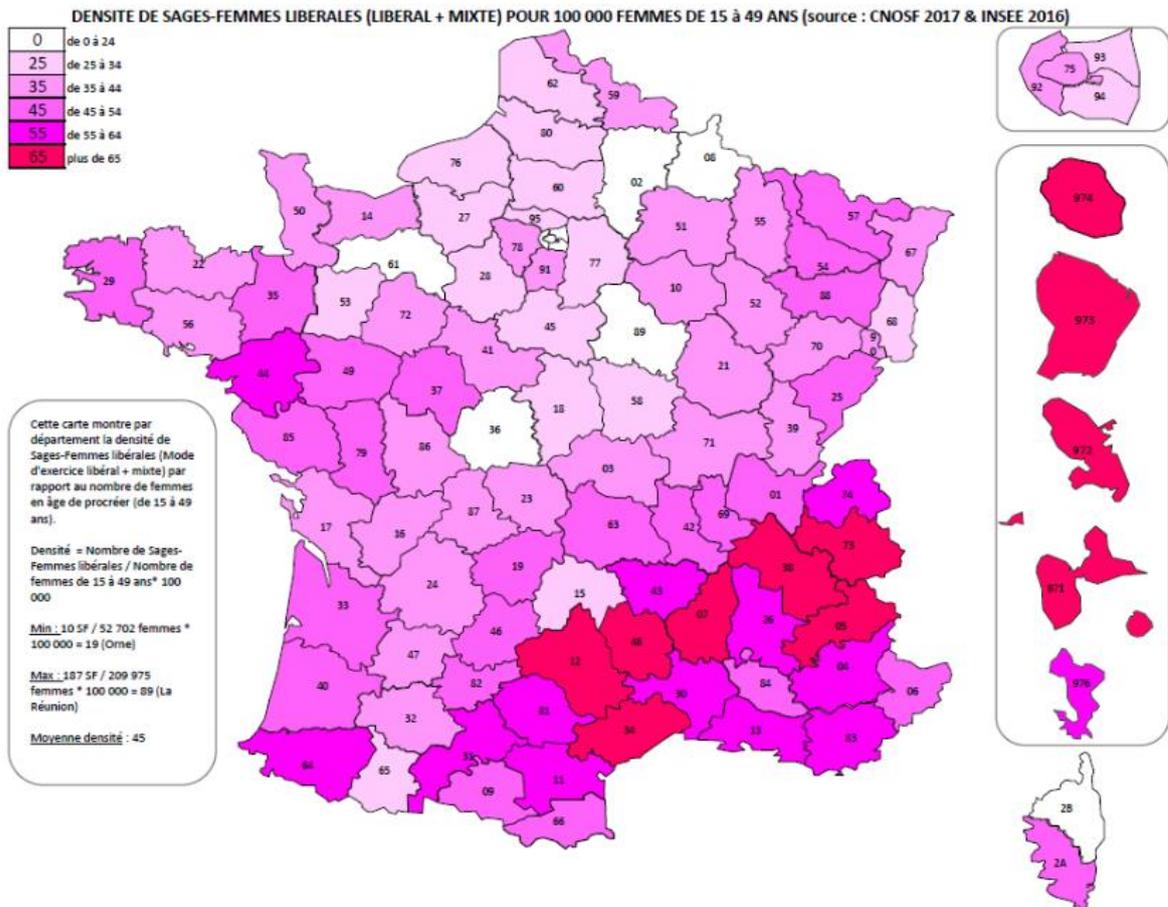
Affirmation 1	Je me sens capable de mener une consultation d'écoute, de dialogue et d'échange, afin d'établir une relation de confiance avec ma patiente.	SEP relation de confiance
Affirmation 2	Lors d'un entretien avec une patiente, je me sens capable de recueillir les antécédents et habitudes de vie susceptibles d'influencer le choix de la contraception.	SEP recueil des antécédents
Affirmation 3	Dans le cadre de la prévention en gynécologie, je peux pratiquer les examens, général et gynécologique, adaptés à toute situation.	SEP pratique des examens
Affirmation 4	Si je prescris une méthode oestroprogestative, je sais prescrire un bilan biologique, et, selon la situation, je sais quand je dois le renouveler.	SEP bilan biologique
Affirmation 5	Après avoir mené l'interrogatoire et pratiqué l'examen clinique, je me sens capable de fournir une information individualisée, claire et hiérarchisée sur les méthodes contraceptives disponibles et adaptées à ma patiente.	SEP diversité des méthodes
Affirmation 6	Je me sens capable d'analyser le profil hormonal de ma patiente dans le cas d'une prescription oestroprogestative.	SEP profil hormonal
Affirmation 7	Après avoir mené l'interrogatoire et pratiqué l'examen clinique, je sais	SEP contre-indications

	identifier les contre-indications à toute forme de contraception.	
Affirmation 8	Je me sens capable d'informer la patiente, de manière claire et compréhensible pour elle, sur le mécanisme d'action, le mode d'emploi, les effets indésirables et l'efficacité des contraceptions qu'elle peut choisir.	SEP modalités
Affirmation 9	Je sais informer la patiente sur la conduite à tenir en cas d'oubli de contraception, dont les modalités d'accès et d'efficacité de la contraception d'urgence.	SEP oubli et contraception d'urgence
Affirmation 10	Je sais informer la patiente sur les symptômes évoquant une possible complication en fonction de la méthode choisie et qui doivent conduire à consulter.	SEP symptômes et complications
Affirmation 11	A la fin d'une première consultation avec une patiente je me sens capable de lui expliquer le déroulement du suivi de sa contraception et de programmer les prochains rendez-vous.	SEP suivi
Affirmation 12	Lors d'une consultation de suivi de contraception, je me sens capable d'analyser l'observance et la satisfaction de ma patiente, quelle que soit la méthode choisie.	SEP analyse des observance et satisfaction
Affirmation 13	Je me sens capable de mener une première consultation de contraception chez une adolescente.	SEP consultation adolescente

Affirmation 14	Je me sens capable de mener une consultation de contraception chez une patiente en situation de précarité.	SEP consultation femme en situation de précarité
Affirmation 15	Je me sens capable de mener une consultation de contraception suite à une IVG, afin d'orienter au mieux la patiente sur une contraception efficace et satisfaisante pour elle.	SEP consultation post IVG
Affirmation 16	Je me sens capable d'assurer une consultation de contraception chez une femme en post-partum.	SEP consultation femme en post-partum
Affirmation 17	Je me sens capable d'assurer une consultation de contraception chez une femme de plus de 40 ans.	SEP consultation femme de plus de 40 ans
Affirmation 18	Je me sens capable d'assurer une consultation de contraception chez une femme en période de préménopause.	SEP consultation femme en préménopause
Affirmation 19	Je me sens capable de pratiquer la pose du dispositif intra utérin chez une nullipare.	SEP pose dispositif intra utérin
Affirmation 20	Je me sens capable de pratiquer la pose de l'implant contraceptif.	SEP pose implant
Affirmation 21	Je me sens capable de pratiquer le retrait de l'implant contraceptif ou de savoir orienter ma patiente si l'implant est trop profond.	SEP retrait implant

Annexe 3 : Densité de sages-femmes libérales pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans en France

DENSITÉ DE SAGES-FEMMES LIBÉRALES PAR FEMME



Annexe 4 : Tableau du panel de choix de pilules contraceptives commercialisées

FormaGyn

Formagn : Les contraceptions d'actions courtes ou moyennes oestroprogestatives ou progestatives

Gen	Principes	Génériques(s)	Progestatif Dosage	1/2 vie progest.	Estrogène Dosage	Rythme sur 28 jours et couleur du comprimé Dosage EE (hauteur comprimé)	Remboursé S.S.	Prix 1 cycle	Prix 3 cycles	Plaquette
2	Minidril	Ludéal G6, Ziliale G6, Lovapharm G6, Milevoni 150	Lévonorgestrel 150 µg	24-55 h	EE 30 µg		Remb.	2,39 €	4,28 €	Jours semaine
2	Optidril	-	Lévonorgestrel 150 µg	24-55 h	EE 30 µg		Remb.	2,39 €	4,28 €	Jours semaine
2	Seasonique	-	Lévonorgestrel 150 µg - 0 µg	24-55 h	EE 30 µg - 10 µg		Non	-	20 - 25 €	Jours semaine
2	Leeloo G6	Lovavalo G6, Lolistrel, Milevoni 100, DCI	Lévonorgestrel 100 µg	24-55 h	EE 20 µg		Remb.	2,39 €	4,28 €	Jours semaine
2	Optilova	Leeloo Continu	Lévonorgestrel 100 µg	24-55 h	EE 20 µg		Remb.	2,39 €	4,28 €	Jours semaine
2	Adépal	Pacilia - G6	Lévonorgestrel 150 - 200 µg	24-55 h	EE 30 - 40 µg		Remb.	2,39 €	4,28 €	Numéros
2	Trinordiol	Amarance G6, Daily G6, Evancia G6	Lévonorgestrel 50-75-125 µg	24-55 h	EE 30-30-40 µg		Remb.	2,39 €	4,28 €	Numéros
2*	Ferni	Naravela	Norgestimate 250 µg	16-17 h	EE 35 µg		Non	10 € (2,5 € Naravela)	25-30 €	Jours semaine
2*	Optikinzy	-	Norgestimate 250 µg	16-17 h	EE 35 µg		Non	10 €	25-30 €	Jours semaine
2*	Triafemi	-	Norgestimate 180-125-250 µg	16-17 h	EE 35 µg		Non	13 €	25-30 €	Numéros
3	Mimesse, Mélodia	Opilnesse G6 15, Edmelle G6, DCI	Gestodène 60 µg	18 h	EE 15 µg		Non	13 €	25-30 €	Numéros
3	Méliane, Harmonet	DCI, Carlin 20, Eférial 20, Félixeta 20	Gestodène 75 µg	18 h	EE 20 µg		Non	10 €	25-30 €	Jours semaine
3	Minulet	DCI, Carlin 30, Eférial 30, Félixeta 30	Gestodène 75 µg	18 h	EE 30 µg		Non	10 €	25-30 €	Jours semaine
3	-	Perléane	Gestodène 50-70-100 µg	18 h	EE 30-40-30 µg		Non	13 €	25-30 €	Numéros
3	Mercilon	DCI, Desobel 20	Desogestrel 150 µg	30 h	EE 20 µg		Non	10 €	25-30 €	Jours semaine
3	Varnoline	DCI, Desobel 30	Desogestrel 150 µg	30 h	EE 30 µg		Non	10 €	25-30 €	Jours semaine
3	Varnoline continu	-	Desogestrel 150 µg	30 h	EE 30 µg		Non	10 €	25-30 €	Numéros

* Hors honoraires de dispensation.

* 3e génération mais pouvant être prescrit en 1e intention comme une 2e génération. Arrêt de commercialisation en France de Cilest et Triclést.



Cétoprogestatifs Oaux de génération "Autre"						
Gen	Principes	Générique(s)	Progestatif Dosage	1/2 vie progest.	Estrogène Dosage	Rythme sur 28 jours et couleur du comprimé Dosage EE (hauteur comprimé)
3+	Belara	-	Chlormadinone 2 mg	34-39 h	EE 30 µg	
3+	Belaracontin	-	Chlormadinone 2 mg	34-39 h	EE 30 µg	
3+	Yaz	Rimendia, Iltane	Drospirénone 3 mg	40 h	EE 20 µg	
3+	Jasminelle continua	Ethinyl/Drospi Biogaran Contin	Drospirénone 3 mg	40 h	EE 20 µg	
3+	Jasminelle	Belanette, Drospibel 20, DCI	Drospirénone 3 mg	40 h	EE 20 µg	
3+	Jasmin	Convuline, Drospibel 30, DCI	Drospirénone 3 mg	40 h	EE 30 µg	
3+	Misofla	-	Dienogest 2 mg	9-11 h	EE 30 µg	
3+	Ocilen	-	Dienogest 2 mg	9-11 h	EE 30 µg	
-	Qlaira	-	Dienogest 0-2-3-0 mg	11 h	Vulnérat-E2 9-2-2-1 mg	
-	Zoely	-	Nomegestrol 2,5 mg	46 h	17β-E2 1,5 mg	

Cétoprogestatifs percutanés						
Gen	Principes	Générique(s)	Progestatif Dosage	1/2 vie progest.	Estrogène Dosage	Rythme sur 28 jours
3	Evra	-	Norelgestromine = 800 µg*	28 h	EE = 40-60 µg*	
3	Nuvaring	Etoring	Etonogestrel = 150 µg*	29 h	EE = 28 µg*	

*Concentration sanguine correspondant approximativement à la dose en Cp Oral

Progestatifs						
Gen	Principes	Générique(s)	Progestatif Dosage	1/2 vie progest.	Estrogène Dosage	Rythme sur 28 jours et couleur du comprimé
2	Microval	-	Levonorgestrel 30 µg	24-55 h	0	
3	Cérazette	-	Desogestrel 75 µg	30 h	0	
3	-	Antigone, Charrel, Desogop, Lactonette, Optimisette, DCI	Desogestrel 75 µg	30 h	0	
3+	Sinda	-	Drospirénone 4 mg	40 h	0	
-	Depo-provera	-	DMPA 150 mg	> 960 h	0	Une injection / 3 mois

* Les microprogestatifs ne génèrent pas d'augmentation du risque thromboembolique quelque soit la génération.
Certains progestatifs antigonaodotropes à forte dose (Colprone 5, Lutéran 10, Lutelyl 5, Surgestone 0.5) sont prescrits pendant 21/28 jours en contraception. Ces prescriptions, bien que remboursables, sont hors AMM.

Contraceptions d'urgence (de rattrapage)						
Gen	Principes	Générique(s)	SPRM Dosage	1/2 vie.	Estrogène Dosage	Rythme sur 28 jours et couleur du comprimé
Sp RM	EllaOne	-	Ulipristal 30 mg	32 h	0	Contraception d'urgence
2	Norlevo	Levosato, DCI	Levonorgestrel 1 500 µg	24-55 h	0	Contraception d'urgence

Annexe 5 : Tableau récapitulatif pour la technique de chevauchement

Formagyn : Changer de contraception - La technique du chevauchement



Initiale	Relais	Pilule	Patch	Anneau	Micro-progestatifs	Depo-Provera	Implant	SIU	DIU
Pas de contraception		Au plus tôt + Protection 7 J	Jusqu'à 5 J après le rapport à risque ou date d'ovul. théorique.						
Pilule minidosée		Relais immédiat après le dernier comprimé actif	Jusqu'à 5 J après le dernier comprimé.						
Patch		Relais immédiat après le retrait		Relais immédiat après le retrait	Jusqu'à 5 J après le retrait.				
Anneau		Relais immédiat après le retrait	Jusqu'à 5 J après le retrait.						
Micropro-gestatifs		Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours		Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Chevauchement de 7 jours	Jusqu'à 5 J après le dernier comprimé.
Depo-Provera		Jusqu'à 12 sem après la dernière injection		Jusqu'à 12 sem après la dernière injection	Jusqu'à 12 sem après la dernière injection	Jusqu'à 12 sem + 5 J après la dernière injection			
Implant		Chevauchement de 7 jours	Relais immédiat après le retrait	Chevauchement de 7 jours	Jusqu'à 5 J après le retrait.				
SIU (Mirena°...)		Chevauchement de 7 jours	Relais immédiat après le retrait	Jusqu'à 5 J après le retrait.					
DIU (Cuivre)		Chevauchement de 7 jours	Relais immédiat après le retrait	Relais immédiat après le retrait					
Lévonorgestrel 1,5 mg		Relais immédiat + Protection 7 J	Relais immédiat						
Ulipristal 30 mg		5 jours après + Protection 15 J	Relais immédiat						

Relais immédiat		Chevauchement		5 jours après		Protection 7 jours	
Changez directement d'une contraception à l'autre sans délai.	Commencer la prochaine contraception avant d'arrêter la précédente. Cela laisse le temps à la future contraception d'être efficace.	Chevauchement	Chevauchement	5 jours après	5 jours après	Protection 7 jours	Protection 7 jours
		Une diminution théorique des effets de l'ulipristal est possible si une contraception hormonale est débutée trop tôt. Elle devra être commencée 5 jours après la prise de ce type de contraception d'urgence.		Vous n'êtes pas sûr de ce qu'il faut faire ? Vous pouvez utiliser cette méthode dans tous les cas. Une contraception complémentaire par préservatif ou spermicide est alors nécessaire jusqu'à 7 jours après le début de la nouvelle contraception.			

T. Linet et le collectif Formagyn - Version 2017.1 - D'après N. Trignol Vigulier. Relais contraceptifs : une simplicité apparente mais une réalité complexe. Mises à jours en obstétrique. CNGOF 2016

Annexe 6 : Fiche d'évaluation des terrains de stage pour la pratique de consultations de contraception par les étudiants sages-femmes

FICHE D'EVALUATION DES TERRAINS DE STAGE POUR LA PRATIQUE DE CONSULTATIONS DE CONTRACEPTION PAR LES ETUDIANTS SAGES-FEMMES

Critères	Très bien	Assez bien	Moyen	Insuffisant
Evaluation globale				
Appréciation générale				
Bénéfice général de la formation				
Vous sentez-vous bien accueilli et intégré dans le terrain de stage ?				
Atteinte des objectifs				
Le nombre de consultations de contraception rencontrées pendant le stage vous paraît-il suffisant pour atteindre les objectifs ?				
La pratique de la pose du dispositif intra utérin vous paraît-elle suffisante pour atteindre les objectifs ?				
La pratique de la pose de l'implant contraceptif vous paraît-elle suffisante pour atteindre les objectifs ?				
La pratique du retrait de l'implant contraceptif vous paraît-elle suffisante pour atteindre les objectifs ?				

Evaluation du maitre de stage				
Volonté de partager son savoir				
Disponibilité				
Respect des recommandations des bonnes pratiques				
Le maitre de stage vous laisse t'il pratiquer suffisamment pour atteindre les objectifs ?				
Le maitre de stage est-il bienveillant ?				
Le maitre de stage vous propose-t 'il un retour sur vos points forts et vos axes d'amélioration ?				
Cabinet/ Environnement de travail				
Possibilité de travailler à deux en même temps				
Qualité des locaux				
Accessibilité en transport en commun				

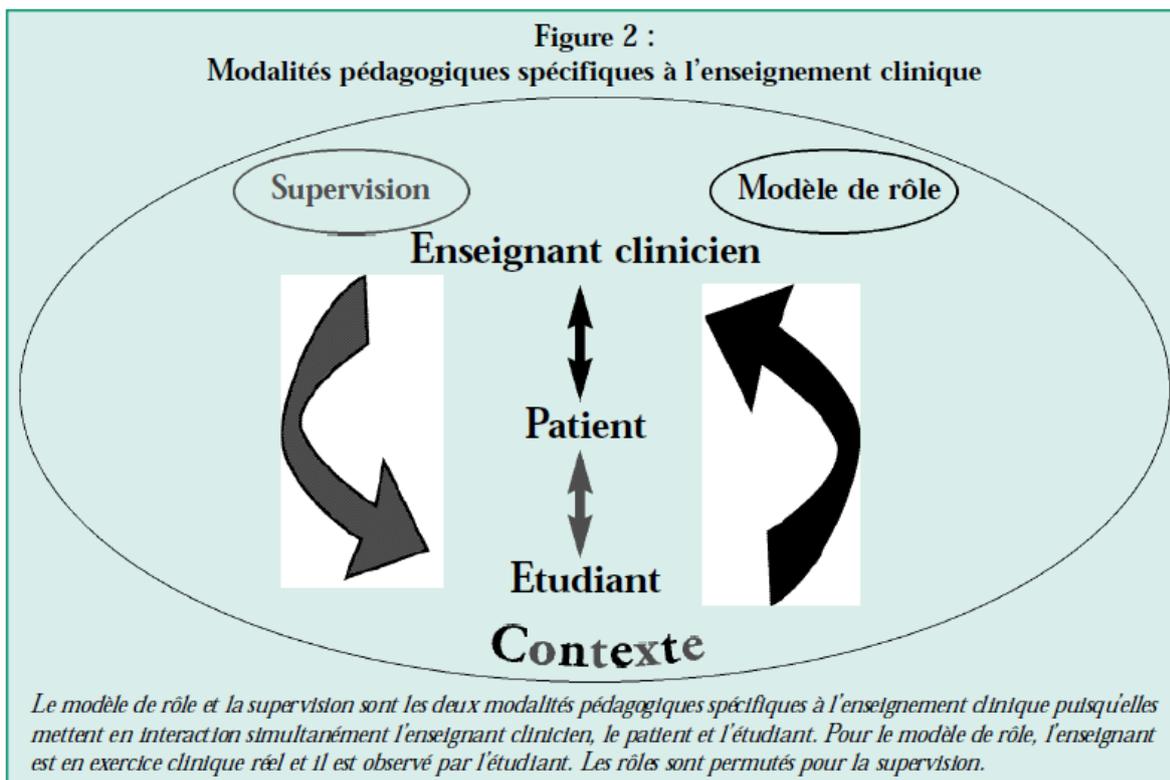
Lieu du stage	
Dates du stage	
Maitre(s) de stage, nom et qualification	

Remarques pertinentes :

Annexe 7 : Schémas d'explications sur le modèle de rôle

Tableau 1 : Caractéristiques des bons modèles de rôle	
Expertise clinique	Qualités personnelles
<ul style="list-style-type: none"> • Raisonnement clinique et prise de décision • Communication efficace avec les patients 	<ul style="list-style-type: none"> • Compassion • Intégrité, honnêteté • Habilités interpersonnelles et souci des autres • Enthousiasme pour l'enseignement et la médecine • Engagement vers l'excellence et le développement • Sens de l'humour
Habilités d'enseignant	
<ul style="list-style-type: none"> • Approche centrée sur l'étudiant • Communication efficace avec les étudiants 	

Les caractéristiques des bons modèles de rôle ont fait l'objet d'études descriptives. Ce tableau résume les caractéristiques répertoriées et regroupées sous trois catégories : l'expertise clinique, les habilités d'enseignement et les qualités personnelles.



RESUME

Objectifs : Estimer le sentiment d'efficacité personnelle (SEP) des nouveaux diplômés pour les consultations de contraception ; et objectiver une différence de SEP en fonction des contextes de formation et d'exercice.

Méthodes : Le SEP a été évalué grâce à une étude transversale déclarative, multicentrique auprès des nouveaux diplômés sages-femmes de la région Auvergne Rhône Alpes en 2020.

Résultats : Les scores de SEP sont élevés. L'organisation interne de chaque école ne semble pas impacter le SEP. Il n'existe pas de différence significative de SEP en fonction du nombre de stages. 64% des sujets pensent avoir besoin d'une formation complémentaire et ont un SEP significativement moins élevé. Les sujets sont satisfaits de la formation initiale et le SEP augmente avec cette satisfaction.

Conclusion : Les nouveaux diplômés ayant répondu ont un sentiment d'efficacité personnelle élevé pour la réalisation de consultations de contraception. Ils sont satisfaits de la formation initiale actuelle en gynécologie. Plus de la moitié pensent avoir besoin d'une formation complémentaire pour exercer, ce qui nous amène à proposer des axes d'amélioration.

Mots-clés : Sentiment d'efficacité personnelle, consultations de contraception, formation initiale des étudiants sages-femmes, stages gynécologiques.