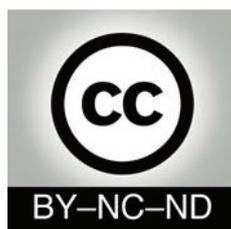




<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Réalisé au sein de

l'Université Claude Bernard – Lyon 1

UFR de Médecine et Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux

Site de Formation Maïeutique de Bourg-en-Bresse

Mise en application de la méthode BERCER lors de la primo-consultation de contraception
chez des sages-femmes ayant suivi une formation ou obtenu un diplôme en suivi
gynécologique/contraception

Mémoire présenté et soutenu en mai 2022 par

BILLET Emeline

Née le 23/03/1999

Année universitaire 2021-2022

Mme PLAISANCIE Bénédicte, Sage-femme libérale
Mme MOREL Françoise, Sage-femme directrice du
site de formation Maïeutique de Bourg-en-Bresse

Directrice de mémoire
Guidante de mémoire

REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes remerciements :

A **Mme PLAISANCIE Bénédicte**, directrice de mémoire et sage-femme libérale, pour avoir accepté de m'accompagner durant tout ce travail, de son soutien sans faille, de son aide précieuse, de sa réactivité, de sa rassurance ainsi que de sa bienveillance.

A **Mme MOREL Françoise**, directrice de l'école de Bourg-en-Bresse et guidante de ce mémoire pour ses conseils et son écoute.

Aux **sages-femmes** qui ont pris de leur temps pour me répondre et qui m'ont permis d'élaborer ce travail.

A **l'équipe pédagogique de l'école de Bourg-en-Bresse** pour l'accompagnement durant ces quatre années de formation.

A **mes parents et mon frère** pour leur patience, qui m'ont été d'un fort soutien, qui ont toujours été là quand j'en avais besoin et pour avoir cru en moi.

A **Marc** pour sa présence durant toutes ces années et son soutien lors des moments de découragements.

A **Léa et Nesrine** pour ses quatre belles années, pour les moments de partage et de rigolade et pour ses beaux souvenirs créés.

A **la promotion 2018 – 2022** pour ces belles années passées ensemble, cette entente et cette entraide.

A **Anne-Caroline** pour avoir trouvé les mots justes qui m'ont permis d'être là où j'en suis aujourd'hui.

Table des matières

I. Introduction	- 1 -
1. Contexte	- 1 -
2. Problématisation	- 2 -
II. Matériel et méthode	- 3 -
1. Méthode utilisée	- 3 -
2. Population et lieu d'enquête	- 3 -
3. Méthode de recrutement	- 4 -
4. Outil d'enquête et déroulement des entretiens.....	- 5 -
III. Résultats et discussion.....	- 7 -
1. Le déroulement de la première consultation de contraception.....	- 7 -
1.1. Bienvenue	- 7 -
1.2. Entretien	- 8 -
1.3. Renseignements.....	- 10 -
1.4. Choix	- 13 -
1.5. Explication.....	- 13 -
1.6. Retour	- 14 -
2. Les facteurs influençant la mise en application de la méthode BERCER lors d'une consultation	- 17 -
2.1. L'âge et l'expérience de vie	- 17 -
2.2. La présence d'un accompagnant	- 18 -
2.3. L'examen gynécologique	- 19 -
2.4. Les violences faites aux femmes.....	- 19 -
2.5. La possession d'un logiciel	- 20 -
3. Discussion.....	- 21 -
3.1. Synthèse.....	- 21 -
3.2. Limites et force de l'étude	- 26 -

3.3. Perspectives de recherches	- 27 -
3.4. Proposition d'axe d'améliorations.....	- 27 -
IV. Conclusion	- 33 -
V. Références bibliographiques.....	- 35 -
VI. Annexes	

LISTE DES ABREVIATIONS

- ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- DIU : Dispositif Intra-Utérin
- DU : Diplôme Universitaire
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HPV : Human Papilloma Virus
- INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- IST : Infection Sexuellement Transmissible
- IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- RPC : Recommandations pour la Pratique Clinique

I. Introduction

1. Contexte

La contraception a toujours été un sujet de santé publique et continue à l'être de nos jours. Malgré l'évolution en terme de lois et de méthodes contraceptives, le taux d'Interruption Volontaire de Grossesse (d'IVG) reste élevé et le chemin vers la méthode qui satisfait le plus les patientes est souvent long et compliqué. La contraception fait partie de la vie de la femme et du couple et doit donc être adaptée à leur mode de vie. Historiquement, la légalisation de la contraception date de 1967 (Loi Neuwirth) et le décret ne sera mis en place que 5 ans après. En 1975, l'interruption volontaire de grossesse est légalisée (Loi Veil) (1).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la contraception est l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures visant à éviter ou à diminuer la probabilité de conception. L'utilisation de la contraception et l'accès à l'avortement rendent possible la maîtrise de la fécondité. Actuellement, nous trouvons de nombreuses méthodes contraceptives (pilule, diaphragme, dispositif intra-utérin (DIU), implant, préservatif, stérilisation ...) afin que chaque femme trouve celle qui lui correspond le mieux.

Le taux de recours à l'IVG reste en hausse depuis plusieurs décennies : 202 180 IVG en 2001, 213 317 en 2010, 232 000 en 2019 (2,3). L'année 2020 déroge à la règle en métropole puisque 222 000 IVG ont été enregistrées soit une diminution de 4% par rapport à l'année 2019 ; ceci s'explique notamment par le premier confinement mis en place au début de l'épidémie de COVID 19. La diminution des conceptions ayant entraîné une diminution des IVG. Dans les DOM TOM ce chiffre est resté stable (4).

Depuis quelques dizaines d'années, l'OMS préconise la méthode BERCER (GATHER en anglais) : **B**ienvenue, **E**ntretien, **R**enseignement, **C**hoix, **E**xplications, **R**etour (cf. Annexe I). Cette approche complète a pour but d'améliorer l'observance des méthodes contraceptives. Cette méthode est à mettre en place lors d'une consultation de contraception et à adapter à la patiente que l'on reçoit.

En 2004, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) en collaboration avec l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) et l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) publie des recommandations pour la pratique clinique: « Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme » (5). Cet article souligne l'importance du recours à la méthode BERCER lors des consultations de contraception. Il met également en avant les méthodes contraceptives disponibles en France, l'importance de la prise en compte du contexte psycho-social lors d'une consultation, l'accompagnement dans le choix de la femme.

Un dossier de presse de l'INPES ainsi que de nombreuses recommandations pour la pratique clinique recommandent également l'utilisation de la méthode BERCER lors d'une consultation de contraception (6,7).

Dans d'autres littératures scientifiques, en complément de la méthode BERCER, les termes « counseling » et « démarche éducative » sont évoqués pour aider au choix du moyen de contraception. D'après le Cairn, site de revues et ouvrages en sciences humaines et sociales, « counseling » désigne un ensemble de pratiques qui consistent à orienter, aider, informer (8). Dans notre domaine, l'application de ce terme correspondrait à l'ensemble des informations et à l'accompagnement fournis de la part du praticien afin d'aider la femme dans son choix. Quant à la « démarche éducative », selon la Haute Autorité de Santé (HAS), elle accorde une place prépondérante au patient en tant qu'acteur de sa santé. En tant que sage-femme il s'agit donc de prendre soin de la santé des patientes tout en les rendant autonomes dans leurs décisions (9).

Depuis la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009, les compétences des sages-femmes ont été élargies et elles peuvent désormais prescrire les contraceptifs au même niveau tout comme les médecins généralistes et gynécologues. Elles peuvent également effectuer des consultations de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique (10). La méthode BERCER est maintenant intégrée à la formation initiale dans les écoles de sages-femmes et également recommandée dans toutes les formations de suivi gynécologique et de contraception proposées aux sages-femmes.

2. Problématisation

Durant mes stages, j'ai pu assister à des consultations de contraception et j'ai constaté que cette méthode BERCER était partiellement appliquée par les professionnels. Toutefois, la plupart des praticiens se rapprochent de cette méthode bien qu'ils ne la nomment pas. Nous nous sommes donc posé la question suivante :

La méthode BERCER est-elle mise en pratique par les sages-femmes ayant eu un diplôme universitaire et/ou une formation en suivi gynécologique et contraception ?

Ce travail va nous permettre de comprendre comment les sages-femmes mènent une consultation de contraception selon la méthode BERCER. Mon objectif secondaire est d'identifier les facteurs influençant la mise en pratique de la méthode BERCER lors d'une consultation de contraception.

II. Matériel et méthode

1. Méthode utilisée

Une étude qualitative avec la réalisation d'entretiens semi-directifs paraissait plus adapté pour répondre à la problématique de notre étude.

2. Population et lieu d'enquête

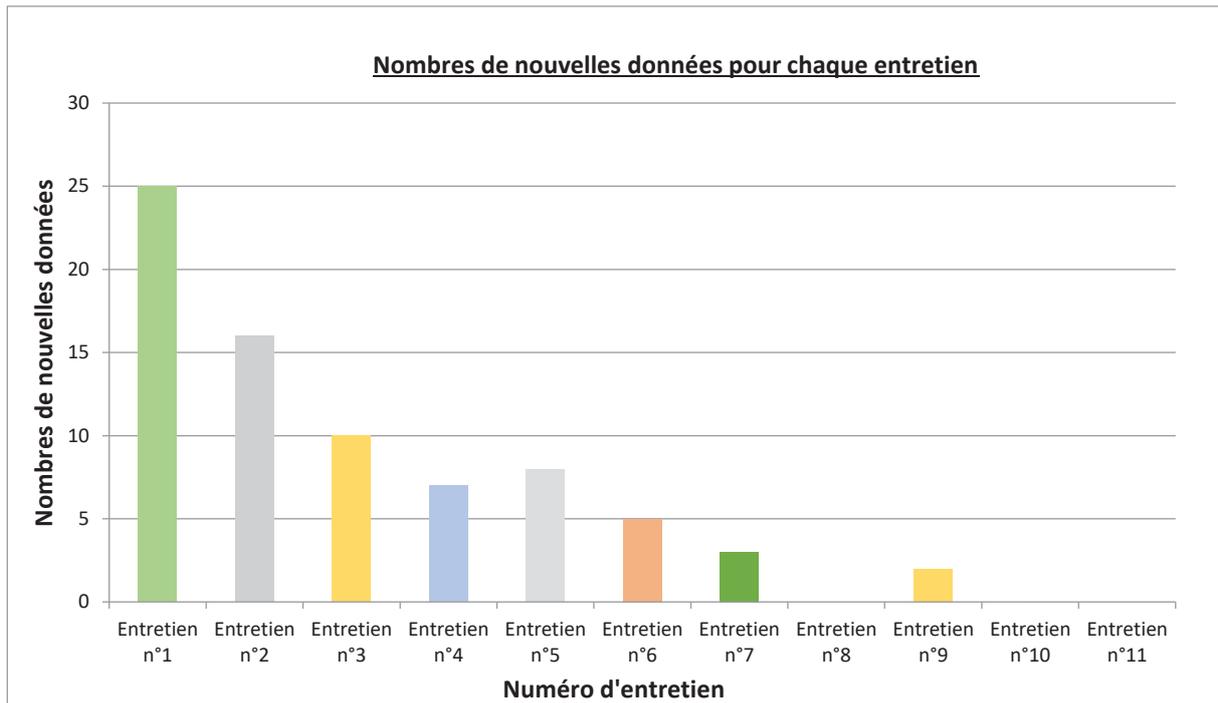
Notre enquête s'intéressait aux sages-femmes diplômées d'Etat, qu'elles soient hospitalières ou libérales, réalisant la consultation de contraception depuis au moins un an (ce délai a été décidé pour s'assurer que les sages-femmes interrogées aient un minimum d'expérience autour de la première consultation de contraception) et ayant un diplôme universitaire (DU) en suivi gynécologique-contraception et/ou une formation dans ce même domaine.

La formation de suivi gynécologique des sages-femmes interrogées est celle de Médic Formation qui se déroule sur trois jours et qui a pour objectif principal de conseiller, prescrire, dispenser une contraception selon les recommandations en vigueur.

L'étude se basant sur le modèle qualitatif, la taille de la population n'est pas définie au préalable.

Au fil des entretiens la construction du diagramme de saturation a permis de déterminer l'effectif final, soit au total 11 sages-femmes : 3 hospitalières, 6 libérales et 2 hospitalières-libérales. Le recrutement de la population a été réalisé dans différentes villes : Villefranche-sur-Saône, Arnas, Tarare, Cluny, Le Bois-d'Oingt, Cormatin, Châtillon-sur-Chalaronne et Ternand.

Tableau 1 : saturation des données



3. Méthode de recrutement

Nous avons contacté les sages-femmes de notre étude par mail ou par appel téléphonique. Le recrutement s'est fait via le site Doctolib sur lequel les sages-femmes ont indiqué entre autres si elles détenaient une formation complémentaire et/ou un DU en suivi gynécologique-contraception. Nous avons également contacté les cadres de deux hôpitaux dans lesquels j'avais réalisé des stages afin d'avoir les coordonnées des sages-femmes possédant la formation et/ou le DU concerné. Une cadre m'a transmis 5 coordonnées de sages-femmes et la deuxième m'a répondu qu'aucune sage-femme n'avait de formation complémentaire à ce sujet. Ma directrice de mémoire m'a également transmis des coordonnées de sages-femmes libérales pouvant participer à l'étude. Par la suite, un mail leur a été envoyé afin d'expliquer l'étude et recueillir leur consentement. Les entretiens ont eu lieu sur la base du volontariat.

Les sages-femmes ont ensuite été contactées afin de fixer un rendez-vous pour l'entretien. Les sages-femmes interrogées m'ont donné d'autres contacts que nous avons recrutés pour mon étude.

Afin de s'assurer que la méthode ait bien été enseignée, nous avons contacté par mail les écoles responsables des DU et vérifié auprès des sages-femmes interrogées si la méthode BERCER leur avait été transmise.

4. Outil d'enquête et déroulement des entretiens

Une grille d'entretien basée sur la littérature et l'enseignement de la méthode BERCER a été réalisée. Cinq entretiens sur onze se sont déroulés en visioconférence par Webex. Deux entretiens ont eu lieu en présentiel et quatre par appel téléphonique. La durée était variable : de 19 minutes à 58 minutes avec une durée moyenne de 30 minutes.

A chaque entretien le déroulement était le suivant :

- Présentation de l'étude
- Recueil d'informations sur l'activité professionnelle de la sage-femme et sur sa formation
- Question d'entretien : « pourriez-vous me décrire le déroulement de votre consultation pour une première prescription de contraception ou pour un changement de contraception d'une femme que vous voyez pour la première fois ? »
- Discussion sur les facteurs influençant la sage-femme dans sa manière de mener la consultation et échanges sur la mise en place de supports pédagogiques.

Tableau 2 : Caractéristiques des sages-femmes recrutées

	Année DE de SF	Secteur d'activité	Lieu d'exercice	Formation / DU	Année formation /DU	Lieu de la formation/DU
SF1	2007	Libéral+ hospitalière	69	Formation	2019	Médic Formation
SF2	2004	Hospitalière	69	DU	2017	Saint Etienne
SF3	1990	Libéral	69	DU + Formation	2018	Saint Etienne Médic Formation
SF4	2010	Hospitalière	69	DU	2019	Sorbonne
SF5	2008	Libéral	69	DU	2017	Saint Etienne
SF6	2006	Libéral	71	DU	2019	Sorbonne
SF7	2012	Libéral+ hospitalière	69	Formation	2018	Médic Formation
SF8	2002	Hospitalière	69	Formation + DU	2019/2021	Médic Formation St Etienne
SF9	2004	Libéral	69	Formation + DU	2014/2021	Médic Formation St Etienne
SF10	2011	Libéral	71	DU	2017	Sorbonne
SF11	2013	Libéral	01	Formation	2014	Médic Formation

III. Résultats et discussion

1. Le déroulement de la première consultation de contraception

Après avoir réalisé les entretiens auprès des sages-femmes, nous constatons que pour la plupart des sages-femmes, la consultation de contraception suit la même trame : elle comprend six grandes étapes, ce sont celles énoncées dans la méthode BERCER.

La première consultation de contraception est une consultation importante dans la vie d'une femme, elle permet entre autres de prendre soin de sa personne. Ce rendez-vous riche en informations est une aide précieuse à l'éducation gynécologique et sexuelle des patientes. La sage-femme se doit d'être à l'écoute, de rassurer, d'être compréhensible et délicate, d'assurer la confidentialité.

Cette consultation commence par l'accueil, la "bienvenue", de la patiente que ce soit une première prescription ou un renouvellement de contraception.

1.1. Bienvenue

Dans notre étude, l'accueil des patientes est réalisé en 3 étapes.

- ❖ Le plus souvent, la sage-femme se présente auprès de la patiente lorsqu'elle l'accueille en salle d'attente. En revanche, quatre sages-femmes ne trouvent pas l'utilité de se présenter si elles sont seules dans leur cabinet ou si la patiente a pris rendez-vous elle-même.

SF 4 : « Je me présente quand je vais les chercher en salle d'attente »

SF 11 : « Je les appelle par leur nom et puis elles savent [mon nom] avant, vu qu'elles prennent rendez-vous sur Doctolib ou elles m'appellent »

- ❖ Une fois installée au bureau, la sage-femme explique le déroulement de la consultation. Parmi nos sages-femmes interrogées, huit sages-femmes sur onze abordent ce point : elles précisent qu'elles vont créer leur dossier en leur posant des questions et qu'elles effectueront un examen clinique avec leur accord. Pour les femmes de moins de 25 ans, toutes les sages-femmes expliquent qu'il n'y aura pas d'examen gynécologique sauf nécessité ou demande de la patiente. La majorité des sages-femmes insistent sur le fait qu'énoncer ce point en début de consultation permettait de rassurer les patientes et particulièrement les jeunes ce qui permet de les rendre plus à l'aise.

Les trois autres sages-femmes enchaînent directement sur l'interrogatoire après s'être présentées et avoir installé la patiente au bureau.

SF 4 : « Pour les mineures, je leur dis tout de suite que je ne vais pas forcément les examiner sauf si elle le souhaite donc souvent ça les rassure quand même un peu »

SF 8 : « Je fais l'anamnèse déjà. Je leur dis toujours, systématiquement, que je vais poser plusieurs questions pour les connaître, c'est comme ça que j'amène toujours l'anamnèse [...]. Et puis, ensuite je vais lui demander pourquoi elle vient »

SF 9 : « Je dis tout de suite qu'elles ne se déshabillent pas et là généralement j'ai un grand sourire de soulagement »

- ❖ Pour finir l'accueil, les patientes sont invitées à préciser leur motif de consultation. Dans notre étude, six sages-femmes posent la question. Derrière la demande de contraception peuvent se cacher d'autres besoins. La question du motif de consultation est donc essentielle, ainsi que le reste de l'interrogatoire pour faire soulever les autres besoins des patientes.

1.2. Entretien

Une fois l'accueil de la patiente réalisé, vient le moment de l'entretien avec un interrogatoire général et un examen clinique. Nous retrouvons différentes manières de mener cet entretien.

- Les différents antécédents sont abordés par toutes les sages-femmes de l'étude, cependant le contenu de ces catégories varient d'une sage-femme à l'autre.

Les antécédents suivants sont systématiquement recherchés :

- Médicaux : poids et taille pour le calcul de l'Indice de Masse Corporelle (IMC), tension artérielle, embolie pulmonaire, accident vasculaire cérébrale, infarctus, phlébite, hypertension artérielle, diabète, addictions, tabac, traitements au long cours, allergies.
- Familiaux : hypertension artérielle, embolie pulmonaire, accident vasculaire cérébrale, infarctus, phlébite, diabète, cancers gynécologiques (sein, ovaire).
- Chirurgicaux : si la patiente a déjà été opéré ou non.

- Gynécologiques : date des premières règles, caractéristiques des cycles menstruels (abondance, durée, régularité), dysménorrhée, date du dernier frottis, s'il elle a déjà eu des rapports sexuels, le nombre de partenaires.
- Obstétriques : grossesses, IVG, fausse couche.

Les sages-femmes évoquent parfois certains de ces points :

- Si la patiente fait des infections urinaires, mycoses à répétitions.
- Si elle est sujette aux migraines.
- Si elle pratique une activité physique.
- Si elle a déjà subi ou vit actuellement des violences physiques, psychologiques ou sexuelles.
- Si elle a été vaccinée contre le papillomavirus humain (Gardasil®).

L'interrogatoire est très divergent d'une sage-femme à l'autre. L'essentiel de cet entretien est de repérer des éléments qui contre-indiqueraient la mise en place d'une contraception.

SF 6 : « Je fais antécédents chirurgicaux, antécédents familiaux, antécédents médicaux, est-ce qu'elles ont des traitements particuliers, si elles sont sujettes aux infections urinaires. Et puis antécédents gynécologiques : l'âge des premières règles, l'abondance des règles, les cycles, si elles ont des dysménorrhées, [...]. Par rapport au partenaire, combien elles en ont, les rapports comment ça se passe. Si elles ont des dyspareunies ou pas, si elles fument ou pas, si elles font du sport, souvent c'est assez large quand même »

- Avant que la sage-femme évoque les différents moyens de contraception, elle propose à la patiente de lui faire part de ses connaissances à ce sujet, ce qui permet aux professionnels d'orienter les informations à apporter. Cette approche est mise en place par toutes les sages-femmes de l'étude.

SF 11 : « Je leur demande à elle déjà ce qu'elle souhaite, si elle a une idée de ce qu'elle veut, si elle a commencé à regarder, quelles informations elle connaît de la contraception, et puis déjà moi ça me permet de m'adapter dans les informations que je leur donne »

- Une fois l'interrogatoire terminé, neuf des sages-femmes interrogées effectuent un examen général en prenant une tension artérielle et un poids et quelques-unes font la palpation abdominale. Cette dernière ne sera jamais imposée et peut être reportée à une prochaine

consultation comme l'examen gynécologique. Le motif de cette palpation abdominale est très varié aux yeux des sages-femmes de l'étude : elles le réalisent pour avoir un premier contact physique avec la patiente ou pour rechercher une éventuelle grossesse non connue de la patiente (SF1) .

Pour deux des sages-femmes de l'étude, la tension artérielle n'était prise que lorsqu'elles prescrivait une contraception oestro-progestative. L'hypertension artérielle étant une contre-indication absolue à la mise en place d'une contraception oestro-progestative, elle devrait donc être prise avant la mise en route de celle-ci (11).

SF 1 : « Je fais un examen abdominal quand même. Tout ça pour te dire parce que j'ai eu une petite gamine de 15 ans qui démarrait une pilule [...] et je n'ai jamais fait d'examen abdominal et il se trouve que cette gamine était déjà enceinte je pense quand je lui ai prescrit »

SF 7 : « Je fais pour les moins de 25 ans : tension artérielle, poids à chaque fois oui parce que je veux voir si elles ont pris du poids avec leur contraception et palpation abdominale. Et après 25 ans, je fais toujours les seins, la tension, le poids, je mets un spéculum, le frottis quand il faut, j'examine, je fais un toucher bimanuel, je fais la palpation en même temps que je fais le toucher »

1.3. Renseignements

En théorie durant cette première consultation, les différentes méthodes de contraception qui existent et qui intéressent la patiente doivent lui être présentées afin de laisser la patiente faire son propre choix (5). Même si dans la plupart des cas la patiente vient avec un avis en tête, il est important de présenter les autres moyens contraceptifs pour qu'elle fasse un choix éclairé.

Dans notre étude, tous les moyens de contraception sont abordés par neuf sages-femmes sur onze, quelle que soit l'idée de la patiente. L'apport d'autant de connaissances permet d'enrichir la culture de la patiente sur un sujet essentiel à la vie d'une femme. En revanche, si la patiente arrive avec une idée précise en tête, la sage-femme de notre étude fait une présentation plus courte sur les autres moyens contraceptifs.

L'attention d'une personne est difficile à capter lorsque le sujet évoqué ne les intéresse pas. Si une méthode n'est pas envisageable aux yeux de la femme, il est désavantageux d'apporter des informations très détaillées à ce sujet.

Les deux autres sages-femmes de l'étude qui ne présentent pas tous les moyens de contraception s'adaptent à l'envie de la patiente. La sage-femme demande ce que la patiente aimerait

avoir et explique en fonction du choix. La sage-femme fait part à la patiente que si elle souhaite d'autres informations, cela est possible.

SF 1 : « Essayer d'expliquer un petit peu tout ce qu'il y a comme choix au niveau contraceptif, en fait tout ce qui est possible d'envisager. Expliquer un petit peu ce qu'il en est, tu vois en terme d'efficacité contraceptive surtout »

SF 6 : « Si elles ne savent pas trop je leur explique et puis je leur demande si elles savent ce qu'il existe d'autre. Je leur explique un peu, en fait j'ai un petit tableau avec toutes les contraceptions qui existent, l'efficacité, la tolérance, voilà je leur montre un peu tout ça »

SF 8 : « On fait beaucoup d'informations pendant cette demande de contraception [...]. Je n'ai pas envie de lui faire un cours magistral sur la contraception car plus je leur en mets dans la tête plus je vais les embrouiller et moins elles vont retenir l'essentiel »

Les informations apportées lors de la présentation des moyens de contraception étaient très variées d'une sage-femme à l'autre, de même que le support de présentation.

Dans notre étude, les avantages et les inconvénients des méthodes sont les sujets les plus abordés. Mais également leur fonctionnement, la pose des contraceptions mécaniques, leur efficacité et les effets secondaires. De peur de perdre la patiente dans ce flot d'informations, les sages-femmes de l'étude disent essayer d'être brèves. Ces informations sont essentielles à apporter aux femmes pour leur permettre de choisir la méthode qui leur correspondra le mieux.

Bien que les sages-femmes interrogées apportent une information globale, l'approche sera différente selon les antécédents et modes de vie des patientes. Ce qui a tendance à orienter le choix de la patiente vers une méthode avec, aux yeux de la sage-femme, une meilleure observance et moins de risques pour la santé de la femme.

Dans notre étude, les infections sexuellement transmissibles (IST) ne sont pas évoquées spontanément par les sages-femmes. Lors de la question de relance "Abordez-vous le sujet des IST ? Prescrivez-vous le bilan IST ? ", une grande partie des sages-femmes affirment qu'elles en parlent de manière systématique et de façon plus importante chez les jeunes. Un dépistage leur est également proposé. Parmi les onze sages-femmes, quatre insistent sur la double protection (pilule + préservatif) chez les jeunes. Il est également essentiel de préciser ce motif pour toutes les femmes quel que soit son âge et ses relations intimes.

Pour les femmes, avec déjà une expérience en contraception et sexualité, venant pour la première fois voir la sage-femme, les IST sont peu évoquées. Le bilan de dépistage leur est parfois proposé, cela dépendait si elles avaient une relation stable ou si elles souhaitaient le faire elles-mêmes.

L'indice de Pearl est variable selon la méthode contraceptive de la femme. Celles-ci sont protégées d'une grossesse si la contraception est bien utilisée mais elles oublient que le seul moyen de prévenir d'une IST, c'est le préservatif. *“Rappeler la nécessité de l'utilisation des préservatifs associés à la prise régulière d'une contraception est essentiel pour leur rôle de barrière contre les infections sexuellement transmissibles “ (12).*

SF 4 : « J'insiste bien sur le port du préservatif. En tout cas, tant que les deux dans le couple n'ont pas fait le test du bilan IST. Donc je parle du bilan IST, voir si elles ont eu des rapports, si ça les intéresse de le faire, si elles sont dans la première année de leur rapport ou si elles n'ont jamais eu de rapports »

SF 9 : « Je mets d'abord en avant cette notion d'hyperfertilité parce que quand je commence par les IST, des fois j'ai l'impression "ouais c'est bon, je sais" donc je mets cette notion d'abord en avant [...]. Et puis je parle du préservatif par rapport aux IST »

Le dernier sujet abordé dans cette partie est le remboursement ou le coût de la contraception. Six sages-femmes sur les onze discutent systématiquement de ce point lors de l'entretien. De manière générale, les professionnels de santé prennent soin de prescrire une contraception remboursée, la plupart l'étant à ce jour. Si la prescription entraîne un coût à la patiente, cette information lui est donnée. Ce qui est le cas pour notre étude, les sages-femmes informent les patientes du prix lorsque la contraception n'est pas remboursée à 100%. La notion de coût est importante puisqu'elle rentre en jeu dans l'observance de la patiente. La contraception entraîne une dépense, parfois mensuelle ou trimestrielle, non négligeable dans la vie de la femme.

Depuis le 1er janvier 2022, une nouvelle loi permet la gratuité des contraceptifs (pilules hormonales de 1^{ère} ou de 2^{ème} générations, implant, DIU, diaphragmes, progestatifs injectables) chez toutes les femmes de moins de 26 ans. La gratuité des contraceptifs ne concerne pas les crèmes spermicides, les patches, les anneaux vaginaux et les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations. On peut donc espérer que l'accès en soit facilité et l'observance meilleure (13).

SF 2 : « Je parle quand même du reste [des autres moyens de contraceptions] en faisant la différence entre remboursé et pas remboursé »

SF 5 : « Déjà le coût. C'est est ce que vous voulez quelque chose de remboursé ou pas »

SF 11 : « Et puis tout simplement, si c'est remboursé ou non par la sécu, ça fait bien sûr beaucoup parti de leur choix de contraception »

1.4. Choix

Suite à la présentation de tout l'ensemble des moyens de contraception, vient le moment de choisir lequel serait le mieux toléré et accepté par la femme et le couple.

En majorité, les sages-femmes laissent le choix à la patiente, tout en la réorientant si elle part sur une contraception inadaptée pour elle au vu de l'interrogatoire et de l'examen clinique. Les sages-femmes expliquent pourquoi ce mode n'est pas conseillé mais laissent toujours le choix final à la patiente en l'absence de contre-indications. Certaines sages-femmes de l'étude ont également évoqué que certaines patientes leur demandent de faire le choix pour elles.

SF 8 : « Celui qui va lui convenir c'est celui qu'elle, elle va choisir »

SF 9 : « Je m'arrange bien surtout pour ne jamais donner mon avis à moi »

1.5. Explication

Une fois choisie, la sage-femme de l'étude précise les informations de la méthode concernée: modalités et conseils de prise, rattrapage, effets secondaires, effets indésirables, remboursement... Ces informations peuvent être complétées avec divers supports.

SF 2 : « Alors en général, j'ai ce qu'il faut pour la démonstration. Si je n'ai pas, je fais des dessins, je suis assez pédagogue pour ça »

SF 3 : « Donc voilà, je leur explique avec mon petit schéma, je trouve que c'est [...] bien »

SF 6 : « En fait, j'ai un petit tableau »

Toutes les sages-femmes de l'étude évoquent la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule. Certaines notent sur l'ordonnance ou donnent un papier rappelant ce qu'il faut faire dans cette situation.

La conduite à tenir en cas de troubles digestifs a été peu évoquée malgré la question de relance "Évoquez-vous les conduites à tenir en cas de problèmes particuliers ?".

Concernant la contraception d'urgence, certaines sages-femmes interrogées la prescrivent systématiquement avec la pilule (cinq sages-femmes sur onze) et d'autres l'évoque seulement.

Si le choix est une pilule oestro-progestative, neuf sages-femmes sur onze prescrivent le bilan biologique.

SF 9 : « Pour la pilule, je leur explique la prise de la pilule, l'oubli, la pilule du lendemain, tout est écrit sur mes ordonnances »

SF 10 : « Je leur envoie un petit texte avec que faire en cas d'oubli donc elles l'ont dans leur boîte mail et/ou dans leur portefeuille pour la pilule »

Concernant les supports (brochures, sites internet) , trois sages-femmes ont mentionné deux sites que la patiente pouvait consulter pour des questions d'ordre gynécologique : "Formagyn" et "choisirsacontraception" (14). Avant la pandémie de COVID 19, des brochures étaient déposées dans les salles d'attente pour la plupart des sages-femmes.

SF 1 : « Après il y a une application sur Formagyn. Tu peux leur donner le lien pour qu'elle sache que quand elle oublie, tu vois, ça te dit exactement où tu en es, qu'est-ce qu'il faut faire »

SF 4 : « Souvent je leur donne le site 'choisirsacontraception.fr', je trouve qu'il est bien fait [...] et souvent elles repartent avec la petite carte »

1.6. Retour

L'étape « Retour » : lors de consultations de suivi, elle consiste à évaluer la méthode mise en place et à vérifier la satisfaction et la tolérance de la patiente. Elle permet également de faire le point avec la patiente sur d'éventuelles questions qu'elles ont pu se poser.

Pour évaluer ce critère, nous demandons donc aux sages-femmes si elles ont prévu de revoir les patientes et si oui sous quel délai.

Les contrôles évoqués ci-dessous sont ceux effectués par les sages-femmes de l'étude pour les trois moyens les plus prescrits : pilule, dispositif intra-utérin et implant.

Les réponses sont très mitigées. Dans la majorité des cas, les patientes repartent avec une ordonnance de pilule pour trois mois et sont revues selon l'envie de la patiente : aucun rendez-vous de suivi n'est imposé. Ce délai de trois mois permet à la patiente de réaliser le bilan biologique avant de revoir la sage-femme et d'avoir un peu de recul après le début de la prise de contraception. D'autres sages-femmes les revoyaient au bout de six mois.

Pour les DIU, au bout d'un mois certaines contrôlent à nouveau sous échographie, d'autres vérifient les fils sous spéculum. Les sages-femmes hospitalières de notre étude programment un contrôle échographique à la demande du chef de service de l'hôpital. Une sage-femme libérale de notre étude (SF11) réalise une échographie à la visite de contrôle du fait qu'elle possède un appareil échographique à son cabinet.

Pour les implants, le contrôle était réalisé au bout de trois mois pour cinq sages-femmes de l'étude. Une sage-femme revoyait la patiente un mois après. Pour trois autres sages-femmes, elles les contrôlent au bout d'un an, mais la patiente pouvait reprendre contact avant s'il y avait apparition de problèmes particuliers. Le principal conseil était de palper régulièrement l'implant.

Aucune information n'a été apportée pour les autres contraceptifs qui sont peu prescrits en première intention. Bien sûr, pour tous les moyens de contraception, les patientes pouvaient revoir la sage-femme quand elles souhaitaient en cas de mauvaise tolérance, mauvaise observance, effets secondaires, ou autre problème. Toutes les sages-femmes précisaient qu'il fallait attendre au moins six mois pour que le corps s'habitue à la contraception.

Le plus souvent, les sages-femmes de l'étude précisent à la patiente qu'il est intéressant de refaire le point en consultation au bout de trois à six mois pour voir la tolérance du contraceptif ; mais ce rendez-vous de contrôle est très peu respecté par les patientes.

SF 3 : « Alors le stérilet à un mois, l'implant à deux mois à peu près. L'implant, il paraît qu'il faut les revoir un petit peu plus tard pour le risque de migration, à deux-trois mois »

SF 7 : « De toute façon on se revoit, je les revois toutes trois-quatre mois après pour faire le point sur l'observance, pour la pilule, pour leur satisfaction. Je leur dis de me revoir trois-quatre mois après et il y en a qui ne reviennent pas »

SYNTHESE :

Ci-dessous une synthèse des résultats obtenus lors de nos entretiens.



2. Les facteurs influençant la mise en application de la méthode BERCER lors d'une consultation

2.1. L'âge et l'expérience de vie

L'âge est revenu lors de tous les entretiens comme l'un des facteurs pouvant influencer le déroulement de la consultation. Elle sera ainsi menée différemment selon l'âge de la patiente.

Dans notre étude, certains sujets seront vus plus en profondeur selon l'âge, l'expérience de vie sexuelle, le mode de vie et les besoins de la femme. Les jeunes patientes et les patientes vues pour la première fois recevront plus d'informations autour de l'anatomie, le consentement, la prévention des IST.

La notion de plaisir sexuel semble plus souvent abordée lorsque la patiente a déjà de l'expérience et que la sage-femme sait qu'elle a reçu les informations de prévention.

SF 1 : « Donc oui il y a un biais un peu parce qu'effectivement en fonction de l'âge, ça ne va pas être pareil »

SF 5 : « Après chez la jeune, tu refais quand même pas mal le point sur tout ce qui est IST et des fois ça peut te prendre du temps aussi. Et après moi j'aime bien aussi, chez les jeunes revoir tout ce qui est consentement, être sûr ,voilà, que les rapports sont consentis, qu'elle est d'accord. J'aime bien poser les bases là-dessus »

Un des points ressortant de cette étude est l'adaptation du vocabulaire à employer face à la patiente. Il faut se dispenser des termes trop médicaux et s'adapter au niveau intellectuel et aux connaissances gynécologiques de la patiente.

SF 4 : « En fonction de la personne que l'on a en face de nous, on ne va pas aborder, enfin moi je ne vais pas aborder tout à fait, pas les mêmes sujets, mais pas de la même manière»

SF 8 : « Oui ça je pense [l'âge] quand même parce qu'elles n'ont pas le même vécu, les termes qu'on va utiliser ne sont pas les mêmes »

SF 10 : « C'est évidemment toujours, un truc individualisé moi je ne vois pas mon travail autrement. Je fais toujours " la même chose " mais pas de la même manière »

2.2. La présence d'un accompagnant

La présence d'un accompagnant influence la façon de mener une consultation. Neuf sages-femmes font rentrer l'accompagnant, la maman le plus souvent pour les jeunes filles, avec accord de la patiente. Les sages-femmes de l'étude rapportent que parfois, les accompagnants restent d'eux-mêmes en salle d'attente.

La présence de la maman apporte une aide précieuse sur l'interrogatoire et en particulier sur les antécédents. Une fois les informations recueillies et en accord avec la patiente, la sage-femme propose à l'accompagnant de sortir pour poursuivre la consultation. Il est alors plus simple d'échanger avec la patiente, surtout chez les jeunes, autour des addictions et de la sexualité.

SF 2 : « Si elle vient avec sa mère, alors en général j'essaye de prendre les jeunes filles toutes seules d'abord déjà et après avec les parents »

SF 7 : « Je fais toujours un temps, je dis aux mamans que ça ne me gêne pas qu'elles viennent. Au contraire, j'avoue que pour l'interrogatoire des antécédents familiaux, les mamans en savent beaucoup plus. Par contre, je leur dis d'entrer de jeu que je garde toujours un temps à la fin où je fais sortir la maman et je n'ai pas eu de soucis jusque-là »

La présence d'un accompagnant impacte les réponses apportées par la jeune patiente notamment sur la question des rapports sexuels ou des toxiques. Il est donc essentiel de reposer ces questions une fois seule avec la patiente.

SF 10 : « Je laisse toujours le choix à la patiente [d'entrer accompagnée] et surtout je repose la question au cours de la consultation »

SF 11 : « Forcément, c'est s'il y a la présence de la mère. Il y a un moment donné où, la mère, je lui demande de sortir et là il y a des idées qui fusent »

2.3. L'examen gynécologique

Comme indiqué plus haut, dans notre étude, l'examen gynécologique n'est pas réalisé par les sages-femmes interrogées : il est reporté à plus tard si la patiente n'a pas de symptômes particuliers et si elle a moins de 25 ans (âge auquel on débute les frottis cervico-utérin pour le dépistage du cancer du col de l'utérus).

La création de dossier prend beaucoup de temps lors de la première consultation de gynécologie. Effectuer l'examen gynécologique lors de la première consultation pourrait angoisser certaines patientes, notamment les jeunes qui souvent s'attendent seulement à répondre à des questions pour ressortir avec une contraception.

L'examen gynécologique peut prendre du temps si la patiente n'y est pas préparée et pour les patientes qui ne sont pas à l'aise avec leur corps.

L'interrogatoire pouvant durer une vingtaine de minutes, il serait maladroit et inutile de bousculer la patiente pour y ajouter un examen gynécologique sans grand intérêt pour la prescription de contraception. Le déroulement de l'examen peut être expliqué et il est alors préférable de fixer un deuxième rendez-vous à court terme centré sur cet examen.

Si une patiente souhaite faire le dépistage pour les IST et qu'elle ne souhaite pas être examinée, la PCR chlamydia peut être effectuée en auto-prélèvement.

SF 8 : « L'examen clinique ça prend du temps quand même, ça prend énormément de temps »

SF 10 : « Alors je ne le fais jamais avant 25 ans sauf s'il y a un questionnaire de la patiente, une problématique infectieuse, un dépistage à faire, par exemple chlamydia endocol. Mais par contre s'il n'y a rien, s'il n'y a pas de dépistage à faire, s'il n'y a pas d'inquiétudes, s'il n'y a pas de plaintes, je ne fais pas d'exams gynécologiques avant 25 ans »

2.4. Les violences faites aux femmes

Lors d'une consultation médicale, qu'elle soit réalisée par une sage-femme, un gynécologue ou un médecin généraliste, il est recommandé de rechercher des antécédents de violence ou de demander si la patiente rencontre actuellement ce contexte. La HAS recommande d'intégrer systématiquement le repérage des violences dans la démarche diagnostique médicale (15).

Ce sujet est abordé par trois sages-femmes de l'étude.

La plupart du temps, les patientes semblent ne pas se sentir mal à l'aise face à cette question. Les femmes ayant été victimes de violence trouvent dans cette question un soulagement, c'est le

début de la prise en charge de leur traumatisme. Lorsque les langues se délient, la consultation se termine sur ces échanges, le reste de l'interrogatoire et l'examen n'ont plus de place.

En cela, la présence d'un contexte violent mis à jour lors d'une consultation peut donc modifier son déroulement habituel.

SF 7 : « Quand je parle des antécédents de violence, évidemment la patiente qui a subi un traumatisme quelconque d'ailleurs, qu'il y ait eu pénétration ou pas pénétration, viol pas viol, oui elle aussi je vais aborder les choses différemment même si elle est plus âgée je ne l'examinerai pas à la première consultation par exemple »

SF 10 : « L'autre sujet qui peut d'un seul coup prendre beaucoup de place, c'est la question des violences. Comme je la pose au premier entretien de manière quasi systématique, si la personne a vécu des violences psychologiques, physiques ou sexuelles, en général ça devient le sujet qui prend toute la place et probablement qu'on ne passera pas à autre chose avant la fin de la consultation »

2.5. La possession d'un logiciel

Les sages-femmes de l'étude n'ont pas parlé spontanément de leur logiciel patient lors de notre entretien. C'est en leur posant la question directement que nous avons appris que toutes en possédaient un. Parmi elles, sept sages-femmes utilisent une trame proposée dans la base de données de leur logiciel, deux sages-femmes ont créé leur propre trame manuscrite et deux se mettent en "texte libre" pour faire leur interrogatoire.

Ces formulaires d'interrogatoire qu'on retrouve informatisés dans notre étude peuvent aussi être manuscrits chez certaines sages-femmes qui utilisent encore des "dossiers papiers".

Que ce soit l'une ou l'autre version, la présence de formulaire d'interrogatoire est considérée dans notre étude comme un facteur ayant influencé nos résultats puisqu'il permet de réunir systématiquement toutes les questions à poser. Avoir une trame sous les yeux permet de rassembler toutes les informations nécessaires pour la création du dossier sans oublier d'en mentionner.

SF 8 : « Il y a plus qu'à compléter, c'est assez confortable »

SF 10 : « Alors j'ai un logiciel, j'aurai pu créer ma trame mais je ne l'ai pas fait donc ma trame est dans ma tête »

3. Discussion

3.1.Synthèse

L'accueil de la patiente, première étape de la méthode BERCER, est un moment important pour la suite de la consultation. Ce temps doit permettre de mettre en confiance la patiente.

Selon les recommandations de la HAS, lorsqu'une mineure prend rendez-vous pour une consultation de gynécologie et qu'elle est accompagnée, un temps seule avec cette patiente doit être recherché (16–18).

Selon le code de déontologie, la sage-femme est soumise au secret professionnel. Cette connaissance est acquise pour chacune. Bien que ce soit une information essentielle pour libérer la parole des patientes, elle n'est que rarement rappelée en début de consultation par les sages-femmes de notre étude.

La satisfaction de ce premier échange avec la sage-femme est un des facteurs influençant notamment la mise en place d'un suivi gynécologique régulier. Le praticien se doit d'expliquer le rôle, l'objectif et le déroulement de la consultation (5).

D'après une étude récente de la revue d'épidémiologie et de santé publique sur les motifs de consultation de contraception chez les jeunes, 46.1% avaient consulté pour une première demande de contraception, 21.8% pour des problèmes liés aux menstruations et 7.5% pour des questions sur la sexualité. Il est donc nécessaire de demander le motif de consultation afin de cibler la problématique de la patiente et y répondre au mieux (19).

Les sages-femmes de l'étude effectuent partiellement cette première étape de la méthode BERCER.

L'étape « Entretien » est un moment d'échange, d'écoute et se veut interactif. Il a pour but principal le recueil d'informations notamment sur l'âge, la profession, les antécédents personnels (chirurgicaux, médicaux, obstétricaux, gynécologiques) et familiaux (maladies cardiovasculaire, accidents thromboemboliques veineux ou artériels, hypertension artérielle, diabète, cancers gynécologiques), l'état de santé de la femme (bien-être et traumatismes), ses habitudes de vie (tabac, toxiques, traitements au long cours, sexualité), ses besoins (18,20,21).

Les antécédents gynécologiques permettent à la sage-femme d'avoir une idée des cycles menstruels et de la sexualité de sa patiente. Le recueil de toutes ces données permet d'éliminer certains modes de contraception inadaptés ou contre-indiqués à la femme. Toutes les sages-femmes

de l'étude abordent les mêmes catégories d'antécédents mais le contenu de ces catégories varie d'une sage-femme à l'autre.

Concernant le choix de la contraception, lorsque la patiente arrive en consultation avec une idée précise, il est intéressant de lui demander ce qui lui plaît dans cette méthode. Afin d'être sûre que le choix soit adapté et pas seulement l'influence de l'entourage et des médias.

L'interrogatoire est complété par un examen clinique, mené de différentes manières par les sages-femmes de l'étude. D'après les recommandations de la HAS et de l'ANAES, les examens gynécologique, pelvien ou mammaire sont recommandés au premier entretien mais ne sont pas obligatoires et peuvent être reportés à une consultation ultérieure, surtout si la patiente est jeune et/ou mal à l'aise (5,16,22).

Toutes les sages-femmes ont limité la pratique de l'examen gynécologique aux patientes de plus de 25 ans, sauf demande formelle de la patiente. Ce choix est justifié probablement par le fait que le frottis cervico utérin est recommandé à partir de l'âge de 25 ans étant donné qu'avant cet âge, l'Human Papilloma Virus (HPV) s'élimine spontanément la plupart du temps (23).

Néanmoins cette limite d'âge est discutable : chez une patiente ayant déjà eu des rapports sexuels, il peut toujours être intéressant de faire un examen génital sous spéculum pour connaître l'aspect du col, l'aspect des leucorrhées et la présence ou non de lésions vaginales ou cervicales. D'après une brochure de la ligue contre le cancer datant de 2019, « *on estime qu'environ 32 % des femmes de 18 à 35 ans sont porteuses d'un HPV et parmi elles, 8 % sont porteuses saines d'un HPV cancérogène* » (23).

Le pourcentage de ce cancer concerne peu les jeunes patientes mais il existe tout de même 8% de femmes porteuses saines, ce qui n'est pas négligeable. L'examen sous spéculum n'est pas à omettre quel que soit l'âge puisqu'il permet d'observer l'aspect du col entre autres.

Le toucher vaginal permet également d'avoir une idée sur la taille, l'orientation de l'utérus et éventuellement dépister entre autres des kystes, fibromes ou la présence d'une grossesse. Même si d'après l'OMS, l'examen génital « *ne joue pas un rôle important dans la sécurité et l'efficacité d'emploi de la méthode contraceptive* » hormis pour la pose d'un dispositif intra-utérin, d'un diaphragme ou d'une cape (24,25).

Il semble préférable de nuancer cette citation pour deux raisons. Non seulement pour son intérêt diagnostique comme cité ci-dessus, mais également pour les patientes qui fuient le domaine médical et qui risquent de ne pas revenir une fois la prescription de contraception délivrée. Ce genre de patiente peut consulter un autre praticien par la suite pour une autre contraception ou souvent, ce sont des patientes qui optent pour une méthode de longue durée, comme l'implant, pour revenir le moins possible en consultation.

Pour l'ANAES, dans « Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme », il est recommandé aux praticiens de prendre la tension artérielle, de peser et mesurer les femmes pour calculer leur indice de masse corporelle (5). Les sages-femmes de l'étude pratiquaient ces examens dans la majorité des cas. Deux sages-femmes ne prenaient pas de tension artérielle excepté lors de la mise en route d'une contraception hormonale par oestroprogestatif. Or d'après « Nouveautés en contraception » datant de 2018, il est indiqué que « *seule la mesure de la pression artérielle avant prescription d'une contraception hormonale est recommandée par l'OMS* » (22).

Ainsi, hormis pour les méthodes non hormonales ou si la patiente refuse tout examen, la prescription de contraception doit se faire après au moins une prise de tension artérielle. Pour ce qui est du refus d'examen, les recommandations actuelles suggèrent malgré tout qu'il ne faut pas que ce soit une barrière à la prescription d'une contraception hormonale (24,25).

Dans la charte de la consultation en gynécologie ou obstétrique rédigée en octobre 2021 par le conseil national des gynécologues et obstétriciens de France, la palpation abdominale systématique n'est pas recommandée (26).

D'après la méthode BERCER, la phase de « Renseignement » doit être personnalisée : elle doit apporter des informations complètes, compréhensibles et adaptées à la patiente. Le soignant doit présenter l'ensemble des contraceptifs disponibles et accessibles à la patiente en détaillant les avantages, les effets secondaires et effets indésirables de chacun mais également le mode et le mécanisme d'action, l'efficacité, les contre-indications, les modalités de mise en place, de rattrapage et d'arrêt, le coût et le remboursement (17,18,27).

C'est l'occasion pour les femmes de découvrir les autres moyens contraceptifs dont elles n'avaient peut-être pas connaissance. D'après l'enquête réalisée par l'INPES en 2007 auprès de personnes âgées de 15 à 75 ans, la pilule et le préservatif masculin sont connus par plus de 97 % des Français, et le stérilet par 93 %. Presque les trois quarts des personnes interrogées connaissent également le préservatif féminin et le diaphragme. Les autres moyens sont connus par environ un Français sur deux : spermicides 52 %, patch 48 %, implant 44 %, et anneau vaginal 44 % (28).

Toutes les sages-femmes de l'étude présentent l'ensemble des moyens de contraceptions en abordant les points : efficacité, avantages, effets indésirables, mise en route de la contraception qui leur paraît la plus adaptée à leur patiente. Selon les connaissances et les questions de la patiente, des informations complémentaires sont apportées.

Au travers de travaux réalisés dans l'obtention d'un diplôme (une thèse (29) et un mémoire (20)), nous retrouvons que les informations apportées par le professionnel concernant les moyens de contraception sont variables :

- Les femmes affirment que dans un tiers des cas, les avantages et les inconvénients leur avaient été détaillés de façon complète (20)
- 74,8% des médecins généralistes affirment prendre le temps d'expliquer aux patientes les avantages et inconvénients de chaque méthode (29)

Les résultats de l'étude liés au « Choix » restent conformes à ceux de la littérature : le choix revient à la patiente avec un avis éclairé de la part du professionnel de santé (5,30). Nous pouvons aussi noter que l'implication du partenaire dans le choix de la contraception peut entraîner des conséquences positives sur l'observance et l'acceptation de la méthode par la patiente (17).

La fin de la consultation se termine par l'« Explication » du mode de contraception choisi. Il peut alors être intéressant d'accompagner les informations par des supports visuels. Les sages-femmes de l'étude utilisaient différentes méthodes : dessins, fiche internet, échantillons de laboratoire notamment.

L'explication reprend de manière plus précise et complète : l'utilisation, les avantages et les inconvénients ainsi que les effets indésirables possibles, le suivi et le coût, le rattrapage, les contraceptions d'urgence.

Dans les recommandations, cette première consultation de contraception comprend également la prescription d'examen biologique (glycémie à jeun et exploration d'une anomalie lipidique) (5). Il peut être prescrit lors de la première consultation et réalisé dans les trois à six mois après le début de la contraception s'il n'y a pas de facteurs de risque repérés à l'interrogatoire (22). La plupart des sages-femmes de l'étude prescrivent le bilan à la première consultation pour les patientes s'orientant vers une pilule oestro-progestative et prescrivent une ordonnance de 3 à 6 mois afin de revoir la patiente avec leur bilan fait.

Le professionnel de santé est censé indiquer les conduites à tenir et les possibilités de rattrapages que la patiente peut rencontrer dans diverses situations (oublis, diarrhées, vomissements). Toutes les sages-femmes de l'étude donnaient la conduite à tenir en cas d'oubli. L'information était en revanche peu donnée pour ce qui est des rattrapages nécessaires si vomissements et diarrhées après la prise du traitement.

Différentes études ont mis en avant cet oubli lors de la consultation de contraception: dans le mémoire de Coralie TARTARE qui se centrait sur la méthode BERGER également, 73% des femmes interrogées (échantillon de 328 femmes) disaient ne pas avoir reçu l'information (20).

Le rattrapage en cas de diarrhées et/ou vomissements est une notion importante à donner à la femme lors de cette consultation.

Par choix, les sages-femmes de notre étude évoquent la contraception d'urgence mais ne la prescrivent pas de manière systématique. Quant aux recommandations à ce sujet, elles sont aussi variées : certaines encouragent la prescription systématique associée à une information claire, d'autres indiquent qu'elle est à envisager au cas par cas (5,18,22).

En 2014, l'HAS recommande d'informer les patientes et d'envisager une prescription anticipée de contraception d'urgence mais pas de manière systématique (31).

Dans les recommandations de l'ANAES et de l'HAS, il est indiqué que le soignant doit s'assurer de la compréhension des informations délivrées. La plupart des sages-femmes de l'étude n'ont pas indiqué si elles vérifiaient la compréhension de la patiente (5,17).

A cela peut s'ajouter le sondage IFOP (Institut Français d'Opinion Publique) réalisé pour le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes en 2017 où 54% des femmes affirmaient ne pas avoir reçu une information complète sur les avantages et inconvénients du mode de contraception qu'elles avaient choisi. Parmi ces 54%, 22% regrettaient de ne pas avoir reçu ces informations (1).

Avec les nouvelles technologies, il pourrait être intéressant de proposer des sites internet de confiance en plus des brochures pour que les femmes aient l'information à portée de main.

Le suivi de la patiente une fois la contraception mise en place est très variable. Les recommandations pour la pratique clinique concernant le contrôle de DIU indiquent qu'il n'est pas recommandé de réaliser une échographie de contrôle de manière systématique. L'échographie est préconisée en présence de signes cliniques inquiétants faisant évoquer une complication liée à la pose ou une malposition du DIU. En contrepartie de l'échographie, une consultation pour contrôler les fils suffit. La consultation de suivi est recommandée par l'HAS, l'OMS, Society of Obstetrician and Gynecologists of Canada (32).

Concernant les facteurs influençant le déroulement de la consultation, nous détaillons ci-dessous ce qu'il en est de l'âge et de la présence d'un accompagnant, l'examen gynécologique étant détaillé plus haut.

Pour une consultation avec une adolescente, l'objectif est d'apporter les renseignements nécessaires pour éviter une grossesse non désirée, éviter le traumatisme éventuel d'une IVG et

prévenir d'une IST (5). Il faudra donc adapter notre langage et communiquer des informations claires comme le font les sages-femmes de notre étude.

La présence d'un accompagnant entraîne une difficulté lors de la consultation. Comme vu précédemment, les recommandations divergent (5,16). En accord avec la patiente, le soignant précise qu'au cours de la consultation, un moment seul avec la patiente sera nécessaire. Certaines confidences pourront être révélées durant l'entretien individuel avec la patiente.

L'âge de la patiente est à prendre en compte car les demandes et besoins ne seront pas les mêmes. Le dialogue face à une jeune patiente est à adapter à son niveau intellectuel en utilisant des termes simples. Il est important de vérifier que les informations données ont été comprises par la jeune femme. La sage-femme informe sur les IST et la protection mécanique par préservatif (33). Les sages-femmes de l'étude suivent ces recommandations.

3.2. Limites et force de l'étude

La diversité des sages-femmes aussi bien sur le plan du secteur d'activité (département) mais aussi du type d'exercice (libéral, hospitalière) apporte une force à l'étude. L'obtention du diplôme universitaire ou de la formation à différentes périodes permet également d'avoir un échantillon varié, tout comme l'année d'obtention du diplôme d'État de sages-femmes.

Cette étude qualitative fait ressortir certains biais et limites. Nous n'avons pas pu observer directement en présentiel le déroulement d'une consultation de contraception qui aurait permis d'évaluer en temps réel la mise en application de la méthode BERCER. Assister à des consultations semblait être difficile notamment pour s'accorder sur les créneaux horaires. Les sages-femmes interrogées répondaient aux questions à l'aide de leur mémoire, ce qui peut être un biais puisque nous réalisons des actes de manière spontanée en pratique, certains critères ont pu être omis lors de l'entretien.

De plus, nous avons atteint une saturation de données au bout de onze entretiens, cela représente un échantillon faible pour extrapoler nos résultats à la population générale.

Une des limites à cette étude est la réalisation de deux entretiens en présentiel entre deux consultations et nous avons donc été limité par le temps. L'absence de diversité des lieux d'apprentissage de la formation ou du DU est discutable. En effet, seulement trois formations différentes ont été retenues (Sorbonne, Saint Etienne, Médic Formation). Nous ne pouvons pas extrapoler ces résultats à l'ensemble des formations qui enseignent la méthode BERCER.

3.3. Perspectives de recherches

A la suite de ce mémoire, des perspectives de recherches émergent. Le taux d'IVG reste élevé ces dernières années ; d'une part certaines grossesses surviennent sous DIU, implant, pilule, etc., et d'autre part, une fécondation peut avoir lieu à la suite d'une mauvaise observance de la part de la patiente sous contraception. Une évaluation un an après la mise en route de la méthode, sur la satisfaction des patientes quant à leur contraception peut être une perspective de recherches. Nous pourrions également demander à la patiente de citer les conseils qu'elle a pu recevoir sur les conduites à tenir face à des situations particulières (oubli, diarrhées, vomissements, ...) pour observer ce qu'elle a retenu.

3.4. Proposition d'axe d'améliorations

Le tableau ci-dessous illustre les écarts entre les résultats obtenus par notre étude et les recommandations.

	Résultats de l'étude	Recommandations
Bienvenue	<ul style="list-style-type: none"> • Accueil de la patiente • ± Présentation du professionnel • Rassurer la patiente • Explication du déroulement de la consultation • Demande le motif de consultation • Acceptation de l'accompagnement puis moment seule avec la patiente 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Accueil de la patiente ✓ Présentation du soignant ✓ Rassurer la patiente ✓ Présentation du rôle, des objectifs et du déroulement de la consultation ✓ Motif de consultation ✓ Accepter l'accompagnant pendant la consultation mais temps seul avec la patiente ✓ Consultation dédiée à ce motif (première consultation de contraception) ✓ Favoriser relation d'équivalence ✓ Assurer la confidentialité
Entretien	<ul style="list-style-type: none"> • Entretien sur les antécédents personnels, familiaux, gynécologiques, obstétricaux, médicaux, chirurgicaux • Examen général (poids, taille, tension artérielle) • ± Palpation abdominale • ± Examen gynécologique selon l'âge • Connaissances de la patiente sur la contraception et son idée 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recueil des antécédents personnels, familiaux, médicaux, chirurgicaux, gynécologiques, obstétricaux ✓ Recueil d'informations sur l'état de santé, ses besoins propres, ses problèmes, son mode de vie ✓ Examen clinique : <ul style="list-style-type: none"> - examen général - examen gynécologique et sénologique recommandés mais non obligatoire à la première consultation ✓ Connaissances et expériences en matière contraceptive

Renseignements	<ul style="list-style-type: none"> • Evocation de tous les modes de contraception qui intéressent la patiente • Avantages et les inconvénients, la pose, le fonctionnement, l'efficacité, les effets secondaires • Infections sexuellement transmissibles • Remboursement / coût 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Délivrance d'une information hiérarchisée et sur mesure, compréhensible et adaptée au rythme et aux connaissances de la consultante ✓ S'assurer de la compréhension de l'information fournie ✓ Informations apportées : mode d'action, avantages, inconvénients, contre-indications, risques graves, intérêts, coût, efficacité, modalités et contraintes d'utilisation, modalités de mise en place et retrait ✓ Information sur les options et alternatives que le soignant juge adapté à la situation personnelle de la femme ✓ Possibilité de fournir un document écrit
Choix	<ul style="list-style-type: none"> • Choix de la patiente à adapter en fonction de ses antécédents et de l'examen clinique 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Choisie par et avec elle ✓ Adapté à sa situation ✓ Décision finale appartient à la consultante ✓ Implication du partenaire
Explications	<ul style="list-style-type: none"> • ± Démonstration • Modalités de prise, de rattrapage, effets indésirables, conduite à tenir en cas d'oubli • ± Conduite à tenir en cas de diarrhées, vomissements • Remboursement • Bilan si contraception oestro-progestative • ± Prescription de la contraception d'urgence 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Démonstration de la méthode si possible ✓ Mise en route/arrêt de la contraception ✓ Informer des possibilités de rattrapage, des conduites à tenir en cas de problèmes particuliers ✓ Vérifier la compréhension de la personne concernant les modalités d'utilisation de la contraception choisie et le suivi notamment en la faisant reformuler les informations ✓ Prescription de la contraception d'urgence à encourager ✓ Bilan biologique si prescription d'une contraception oestro-progestative ✓ Planification de la consultation suivante
Retour	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation de contrôle : <ul style="list-style-type: none"> - Pilule : dans 3-6 mois - Stérilet : 1 mois ou 1 an après ± échographie de contrôle - Implant : 3 mois ou 1 an 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consultation de suivi programmée trois mois puis un an après sauf en cas d'urgence ✓ Réévaluer la méthode et vérifier qu'elle est adaptée ✓ Evaluer la satisfaction de la patiente ✓ Répondre aux questions de la patiente

A la suite de notre étude, plusieurs idées de supports que nous pouvions mettre en place ont été proposées par les sages-femmes et moi-même afin de faciliter l'application de la méthode BERCER.

- L'idée d'un diaporama présentant les différents moyens de contraception avec les informations clés à donner lors de l'étape de renseignement est souvent revenue et intéresse beaucoup les sages-femmes.

Nous avons donc créé ce diaporama, il commence par la distinction entre les contraceptions hormonales et non hormonales. Il reprend ensuite l'ensemble des avantages et inconvénients des moyens de contraception mais également la durée d'utilisation, l'indice de Pearl, le remboursement, la modalité de prise/pose. Ce diaporama se termine par l'évocation des méthodes naturelles ainsi que la contraception définitive.

- Une synthèse du diaporama avec les idées principales est à proposer et à transmettre aux sages-femmes, les avantages et les inconvénients des moyens de contraception seront expliqués oralement durant la consultation en appui du diaporama proposé. Cette brochure que nous avons réalisée se trouve à la page 31 de mon mémoire. Les sages-femmes pourront, si elles le souhaitent, mettre cette brochure dans la salle d'attente de leur cabinet pour qu'avant le rendez-vous les patientes aient une idée des différents moyens de contraception possibles. Néanmoins, un rendez-vous avec un professionnel de santé est indispensable pour une consultation de contraception puisqu'il apporte des connaissances plus approfondies, s'adapte en fonction du mode de vie des patientes pour délivrer les moyens de contraception possibles et afin de prescrire la contraception qui n'est pas délivrable sans ordonnance .
- Une fiche d'information sur l'autopalpation mammaire ainsi que sur le vaccin contre l'HPV. La palpation mammaire n'étant pas faite de manière systématique lors d'un premier rendez-vous, apporter des informations sur ce sujet à l'aide d'un support peut permettre une première approche en douceur. L'autopalpation mammaire est un moyen de dépistage. La patiente sera plus apte à juger par elle-même si une différence apparaît à la suite d'une autopalpation mammaire régulière (une fois par mois). Ces fiches sont retrouvées à la page 32 de mon mémoire.
- La mise en place de cartes, au format d'une carte de visite, permettrait à la patiente d'avoir toujours sur elle les conduites de rattrapage face à des situations particulières. Ce support existe déjà mais peu de sages-femmes de l'étude en ont parlé (34). La plupart des sages-

femmes notaient les conduites de rattrapage sur les ordonnances. Une proposition de carte est disponible ci-dessous page 30.

Ci-dessous les supports que l'on pourrait proposer aux sages-femmes pour qu'elles puissent les distribuer à leur patiente si elles le souhaitent :



Oubli < 12 heures (oestroprogestative + Cérazette) ou 3 heures (progestative) ou un épisode de diarrhées/vomissements dans les 4 heures après la prise de pilule :

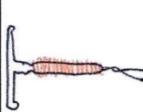
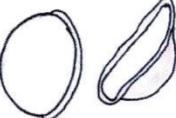
- Prendre immédiatement le comprimé oublié
- Poursuivre la plaquette à l'heure habituelle même si 2 comprimés doivent être pris le même jour

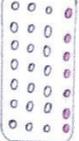
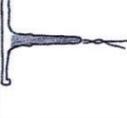
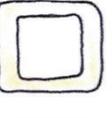
Oubli > 12 heures ou 3 heures :

- 1^{ère} et 2^{ème} semaines :
 - ✓ Prendre le comprimé oublié
 - ✓ Continuer sa plaquette habituellement
 - ✓ **Protection pendant 7 jours par préservatifs**
 - ✓ **Si rapports sexuels dans les 5 jours avant oubli : contraception d'urgence**
 - ✓ **En cas d'absence de règles : faire test de grossesse**
- Dernière semaine de comprimés actifs (7 comprimés) :
 - ✓ Prendre le comprimé oublié
 - ✓ Continuer sa plaquette habituellement
 - ✓ **Enchaîner les plaquettes, ne pas prendre les comprimés placebos**
 - ✓ **Protection pendant 7 jours par préservatifs**
Si rapports sexuels dans les 5 jours avant : contraception d'urgence

LES DIFFÉRENTS MOYENS DE CONTRACTIONS

HORMONALES	NON HORMONALES
<input type="checkbox"/> Pilule oestroprogestative <input type="checkbox"/> Pilule microprogestative <input type="checkbox"/> Implant <input type="checkbox"/> Dispositif intra-utérin aux hormones (stérilet) <input type="checkbox"/> Patch <input type="checkbox"/> Anneau <input type="checkbox"/> Injections	<input type="checkbox"/> Dispositif intra-utérin au cuivre (stérilet) <input type="checkbox"/> Préservatifs masculins <input type="checkbox"/> Préservatifs féminins <input type="checkbox"/> Diaphragme <input type="checkbox"/> Cape <input type="checkbox"/> Spermicides <input type="checkbox"/> Méthodes naturelles <input type="checkbox"/> Stérilisation

<p>DIU au cuivre (Sans hormones)</p> <ul style="list-style-type: none"> En forme de « T » Placé dans l'utérus ; la pose dure quelques minutes Augmentation possible de la durée, de l'abondance des règles et de la douleur Durée : 4 ans Remboursé 	
<p>Préservatifs</p> <ul style="list-style-type: none"> Masculins ou féminins Seuls à protéger des infections sexuellement transmissibles (IST) À utiliser à chaque rapport Effectuer bilan IST de préférence avant retrait préservatifs Masculins : « Eden » et « Sortez couverts » : remboursés 	
<p>Cape, diaphragme (Sans hormones)</p> <ul style="list-style-type: none"> À placer soi-même dans le vagin De préférence à associer avec des spermicides Peut être posé au moment du rapport sexuel ou quelques heures avant À garder pendant 8 HEURES APRES LE RAPPORT SEXUEL Réutilisable pendant 2 ans En silicone ou latex Non remboursé : 40-65€ 	
<p>Stérilisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> Avis libre et éclairé, délai de 4 mois entre la demande et la réalisation de l'acte Vasectomie : <ul style="list-style-type: none"> Section canaux déférents → blocage du passage des spermatozoïdes Sperme avec liquide séminal mais sans spermatozoïdes Stérilité au bout de 3 mois environ → spermogramme pour vérifier Ligature des trompes : <ul style="list-style-type: none"> Irréversible le plus souvent Conservation ou non des trompes 	

<p>Pilule oestroprogestative</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 comprimé à prendre à heure fixe tous les jours pendant 21 ou 28 jours selon type de pilule Renouvelable tous les ans +/- Remboursée selon type de pilule 	
<p>Pilule microprogestative</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 comprimé à prendre à heure fixe tous les jours, pas d'arrêt entre plaquettes +/- Aménorrhées (pas de règles) ou spotting (petites pertes de sang de temps en temps) Renouvelable tous les ans +/- Remboursée selon type de pilule 	
<p>Implant</p> <ul style="list-style-type: none"> Petit bâtonnet en plastique, 4 cm de long et 2 mm de diamètre (allumette). Dans le bras, sous la peau, posé après anesthésie locale (crème EMLA) ; la pose dure quelque minutes +/- Aménorrhées ou spotting Durée : 3 ans Remboursé 	
<p>DIU hormonal</p> <ul style="list-style-type: none"> En forme de « T », mesure environ 3 cm de long Placé dans l'utérus ; la pose dure quelques minutes +/- Aménorrhées, spotting Durée : 3 à 5 ans Remboursé 	
<p>Patch</p> <ul style="list-style-type: none"> À coller sur la peau 1x par semaine et à renouveler pendant 3 semaines. Arrêt à la 4ème semaine → règles Varié les endroits toutes les semaines. Éviter la poitrine ! Durée : hebdomadaire Non remboursé : 3 patches environ 15€ 	
<p>Anneau</p> <ul style="list-style-type: none"> À placer soi-même dans le vagin comme un tampon → être à l'aise avec son corps En place pendant 3 semaines et retrait pendant une semaine → règles (21 jours + arrêt 7 jours) S'il est expulsé, le remettre dans les 3 HEURES APRES le rapport sinon considéré comme un oubli Durée : 3 semaines Non remboursé : environ 15€/mois 	

La contraception qui vous convient est celle que

VOUS CHOISISSEZ !

PAPILLOMAVIRUS / HPV



QUESACO ?



AUTO-PALPATION MAMMAIRE

- 1x/mois,
- Prenez 5 minutes pour vous et vos seins,
- 1 semaine après les règles,

Étape 1 : observation dans le miroir

- Bras long du corps → mains sur les hanches → bras levés → penchée en avant
- Peut-être observation d'une différence ou de quelque chose d'inhabituel (cf. schéma)

Étape 2 : c'est l'heure de la palpation

- Lever le bras droit et avec 3 doigts de votre main gauche, palper le sein droit de haut en bas. Toutes les zones et même l'aréole.
- Ne pas oublier les aisselles !

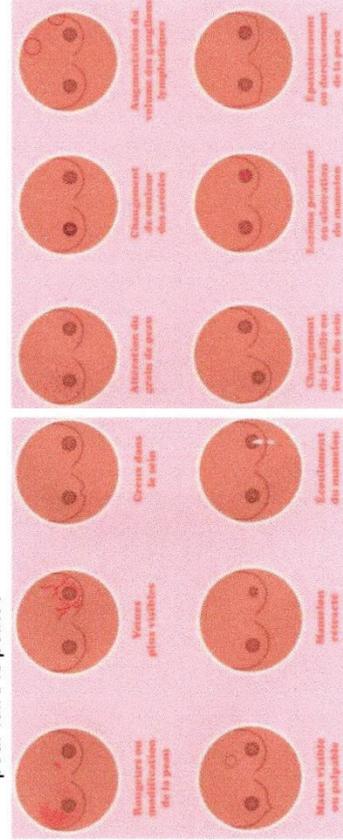
Étape 3 : pressez et c'est terminé ! Enfin presque 😊

- Presser délicatement votre mamelon et vérifier qu'il n'y ait aucun écoulement

Étape 4 : répétez les étapes 2 – 3 de l'autre côté 😊

⚠️ Si j'observe quelque chose d'inhabituel /!

- Prendre une grande respiration et ne pas paniquer
- Prenez RDV avec votre médecin, sage-femme ou gynécologue
- Et on n'oublie pas, une visite annuelle chez son médecin/sage-femme/gynécologue pour faire le point !



Source images : palette-magazine.com

- ✓ Infection de la peau et des muqueuses par un virus → PAPILLOMAVIRUS HUMAINS
- ✓ Transmission par contact sexuel avec ou sans pénétration

⚠️ (Infection Sexuellement Transmissible)

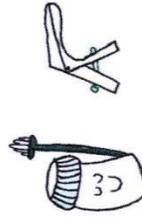
- ✓ Disparaît dans les 2 ans dans 90% des cas

✓ Symptômes :

- ASYMPTOMATIQUE dans la plupart des cas
- Condylomes = verrues au niveau vaginal, cervical (col) → NON CANCERIGÈNE

✓ Comment le savoir ??

- ⇒ **FROTTIS CERVICO-UTÉRIN (FCU)** : 1^{er} à 25 ans
 - De 25 à 29 ans : Examen des cellules du col
 - 2 FCU à 1 an d'intervalle et si normaux → tous les 3 ans
 - De 30 à 65 ans : recherche du virus = test HPV (par frottis)
 - 3 ans après le dernier FCU normal et si le test HPV est normal → tous les 5 ans



✓ Vaccination : avant les 1ers rapports sexuels de préférence

- Filles et Garçons :
 - 11-14 ans : Gardasil9 2 doses : M0-M6
 - 15-19 ans révolus = rattrapage : Gardasil9 3 doses : M0-M2-M6
- Par votre médecin ou votre sage-femme

IV. Conclusion

Malgré nos recherches, nous n'avons pas trouvé de quand date la recommandation de la méthode BERCER. Le plus vieil article évoquant la méthode remonte à 1998. Nous avons donc quelques dizaines d'années de recul sur l'utilisation de cette méthode. La méthode BERCER mise en place par l'OMS et recommandée par l'ANAES et la HAS a montré son efficacité auprès des patientes pour le déroulement d'une consultation de contraception.

La première consultation de contraception est un moment important dans la vie d'une femme. Les informations qui lui seront apportées seront déterminantes dans le choix de sa contraception, son observance et donc pour diminuer le risque de grossesse non désirée voire d'IVG. Chaque patiente a son histoire, il faut prendre le temps de l'écouter, d'adapter notre discours et notre vocabulaire à chaque patiente que nous recevons lors de cette consultation.

Les grands thèmes de la méthode BERCER sont appliqués par les sage-femmes interrogées dans notre étude. Les sages-femmes ayant un DU ou une formation en suivi gynécologique - contraception mènent leur première consultation de contraception en regard de la méthode BERCER. Néanmoins, certains points comme l'explication des avantages et inconvénients des contraceptifs mais également la conduite à tenir en cas de diarrhées/vomissements restent à améliorer.

L'étape « Bienvenue » de la méthode BERCER permet d'établir une relation de confiance entre la patiente et la sage-femme et diminue ainsi les craintes autour du suivi gynécologique. Encore beaucoup de femmes ignorent que leur suivi gynécologique peut être réalisé chez une sage-femme, cela en dehors de toute pathologie. Lors de cette consultation, il est important d'évoquer l'ensemble des méthodes de contraception disponibles et leurs caractéristiques pour que les patientes fassent un choix éclairé.

A travers ces entretiens, nous avons pu constater que des facteurs peuvent influencer la manière de mener la consultation. Parmi ces facteurs, nous retrouvons principalement l'âge de la patiente, son expérience de vie, la présence d'un accompagnant et la réalisation ou non d'un examen gynécologique.

Il existe une consultation de contraception et de prévention (CCP) pour les mineurs, étendue récemment jusqu'à l'âge de 26 ans et ouverte aux hommes jusqu'au même âge. Cette consultation est prise en charge en totalité par l'assurance maladie.

Durant cette consultation, la sage-femme apporte notamment des informations sur les différentes contraceptions disponibles ainsi que sur les maladies sexuellement transmissibles, la prévention contre les violences sexuelles et l'importance du consentement.

Dans une consultation de contraception, le professionnel doit rester neutre : il ne doit pas influencer la patiente dans son choix. En l'absence de contre-indication, la contraception qui aura la

meilleure observance auprès de la patiente sera celle qu'elle aura choisie. Un dossier de presse de l'INPES le résume parfaitement : « la meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit ».

Actuellement, la responsabilité de la contraception repose en grande majorité sur les femmes, bien que la contraception masculine se développe depuis quelques années maintenant : préservatif masculin, pilule, andro-switch, slip chauffant, injections hormonales, vasectomie. Il serait intéressant de questionner les hommes sur l'éventualité de leur laisser cette responsabilité contraceptive. Une nouvelle étude pourrait interroger les hommes sur leurs connaissances et leurs perceptions autour de ce rôle. La charge de la contraception au sein d'un couple ne devrait plus être qu'une affaire de femme.

V. Références bibliographiques

1. Conseil de l'Ordre des sages-femmes. Journée mondiale de la contraception. [Internet]. [cité 17 févr 2022]. Disponible sur: https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2017/09/Dossier_contraception.pdf
2. INED. Avortements [Internet]. [cité 29 août 2021]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>
3. DRESS. 232 200 interruptions volontaires de grossesse en 2019, un taux de recours qui atteint son plus haut niveau depuis 30 ans [Internet]. 2020 [cité 17 févr 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/232-200-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2019-un-taux-de-recours-qui>
4. DRESS. Interruptions volontaires de grossesse : une légère baisse du taux de recours en 2020 [Internet]. [cité 14 févr 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/interruptions-volontaires-de-grossesse-une-legere-baisse-du-taux>
5. ANAES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Rev Sage-Femme. déc 2004;4(2):57-89.
6. INPES. CONTRACEPTION : Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? [Internet]. [cité 24 oct 2020] p. 18. Disponible sur: https://campus-umvf.cngc.fr/IMG/pdf/Contraception_des_Francaises_est_elles_adaptee_a_leur_mode_de_vie.pdf
7. LINET T. Consultation en contraception. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. déc 2018;46(12):792-8.
8. Vincent D, Hamad N. Le counseling. Journal Francais de Psychiatrie. 2001;12(1):38-38.
9. Haute Autorité de Santé. Education thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. 2013 [cité 14 févr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
10. Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes. Suivi gynécologique et contraception [Internet]. [cité 17 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/le-suivi-gynecologique-de-prevention-et-les-consultations-en-matiere-de-contraception/>
11. Protocole ELENA. Contre-indications aux méthodes de contraception oestroprogestatives [Internet]. [cité 18 févr 2022]. Disponible sur: https://www.chu-st-etienne.fr/Reseaux/Elena/Pro/Protocoles/Autres/Contraception/Annexes/2._Contre-indications_aux_m%C3%A9thodes_de_contraception_oestroprogestatives_!Octobre_2019.pdf
12. Pienkowski C, Cartault A. Reproduction de : Contraception de l'adolescente. RPC Contraception CNGOF. Rev Sage-Femme. 1 sept 2019;18(4):225-32.
13. Contraception gratuite pour les femmes de moins de 26 ans depuis le 1er janvier 2022 [Internet]. [cité 18 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15158>

14. Choisir sa contraception | QuestionSexualité [Internet]. [cité 29 août 2021]. Disponible sur: <https://questionsexualite.fr/choisir-sa-contraception>
15. Haute Autorité de Santé. Violences conjugales : quel rôle pour les professionnels de santé ? [Internet]. 2019 [cité 9 mars 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3109457/fr/violences-conjugales-quel-role-pour-les-professionnels-de-sante
16. Haute Autorité de Santé. Contraception : consultations initiale et de suivi [Internet]. 2020 [cité 11 sept 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3122291/fr/contraception-consultations-initiale-et-de-suivi
17. HAS. Aider la personne à choisir une contraception adaptée [Internet]. [cité 14 janv 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-08/aide_decision_medecin.pdf
18. Raccah-Tebeka B, Plu-Bureau G. Chapitre 4 - Première consultation pour demande de contraception. In: La Contraception en Pratique [Internet]. 2013 [cité 15 févr 2022]. p. 26-31. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294727856000049>
19. Burelli S, Occhiminuti H, Chamorey E, Maccagnan S, Delotte J, Prax J, et al. Principaux motifs de la première consultation gynécologique chez les jeunes femmes françaises de 15 à 25 ans. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 juin 2021;69:S43.
20. TARTARE C. La méthode BERGER lors de la primo-prescription de pilule [Mémoire fin d'étude sage-femme]. Université Lille 2; 2018, 73p.
21. Republication de : Reprise des recommandations de l'HAS - Contraception : prescriptions et conseils aux femmes. *Rev Sage-Femme*. nov 2019;18(5):284-6.
22. Vincent-Rohfritsch A, Pernin E, Chabbert-Buffet N. Nouveautés en contraception. *Rev Sage-Femme*. juin 2012;11(3):150-7.
23. Le cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 10 janvier 2022]. Disponible sur: https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/cancer-col-uterus_2019-09.pdf
24. Organisation mondiale de la Santé. Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives. 3ème édition. Genève; 2017. 69 p.
25. Organisation mondiale de la Santé. Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives. 2ème édition. Genève; 2005. 170 p.
26. Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique [Internet]. [cité 15 févr 2022]. Disponible sur: <http://www.cngof.net/Publications-CNGOF/Pratique-clinique/Examen-gynecologique/Charte-de-consultation-gynecologie%20-obst%C3%A9trique-2021-10.pdf>
27. GATHER Guide To Counseling [Internet]. [cité 17 févr 2022]. Disponible sur: https://shopsplusproject.org/sites/default/files/resources/Gather%20approach_JHUCCP.pdf
28. INPES. Contraception : Que savent les Français ? [Internet]. 2007 [cité 17 févr 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_contraception_que_savent_les_francais.pdf
29. DUPUIS A. Evaluation de la prescription de première contraception par le médecin généraliste Picard [Thèse de médecine]. Université de Picardie Jules Verne; 2016, 87p.

30. Chung D, Ferro Luzzi E, Bettoli Musi L, Narring F. Contraception et interruption de grossesse - Revue Médicale Suisse. 2015;11:1744-9.
31. HAS. Améliorer l'information sur la contraception d'urgence [Internet]. [cité 17 févr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence_-_fiche_de_synthese.pdf
32. Vidal F, Paret L, Linet T, Tanguy le Gac Y, Guerby P. Contraception intra-utérine. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. déc 2018;46(12):806-22.
33. Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme adulte et de l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG) [Internet]. 2019 [cité 19 févr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752542/fr/contraception-chez-la-femme-adulte-et-de-l-adolescente-en-age-de-procreer-hors-post-partum-et-post-ivg
34. Santé Publique France. Que faire en cas d'oubli de pilule ? Il faut réagir vite. 2021.

VI. Annexes

1. Annexe I : La méthode BERGER

BIENVENUE
<ul style="list-style-type: none">• Accueil de la patiente• Présentation du soignant• Favoriser une relation d'équivalence• Rassurer la patiente• Assurer la confidentialité• Présentation du rôle, des objectifs et du déroulement de la consultation• ± Accepter l'accompagnant pendant la consultation mais temps seul avec la patiente• Demander le motif de la consultation• Consultation dédiée à ce motif (première consultation de contraception)
ENTRETIEN
<ul style="list-style-type: none">• Recueil d'informations sur l'état de santé, ses besoins propres, ses problèmes, son mode de vie• Recueil des antécédents personnels, familiaux, médicaux, gynécologiques, chirurgicaux, obstétricaux• Examen clinique : Examen général + Examen gynécologique et sénologique (recommandés mais non obligatoire à la première consultation)• Connaissances et expériences en matière contraceptive
RENSEIGNEMENTS
<ul style="list-style-type: none">• Délivrance d'une information hiérarchisée et sur mesure, compréhensible et adaptée au rythme et aux connaissances de la consultante• S'assurer de la compréhension de l'information fournie• Informations à apporter : mode d'action, modalités et contraintes d'utilisation, modalités de mise en place et retrait, efficacité, avantages, inconvénients, contre-indications, risques graves, coût• Informations sur les options et alternatives que le soignant juge adapté à la situation personnelle de la femme• Possibilité de fournir un document écrit
CHOIX
<ul style="list-style-type: none">• Choisie par et avec elle• Adapté à sa situation• Décision finale appartient à la consultante• Implication du partenaire
EXPLICATIONS
<ul style="list-style-type: none">• Explication de la méthode et de son emploi : mise en route/arrêt• Démonstration de la méthode si possible• Informer des possibilités de rattrapage, des conduites à tenir en cas de problèmes particuliers• Vérifier la compréhension de la personne concernant les modalités d'utilisations de la contraception choisie et le suivi notamment en la faisant reformuler les informations• Prescription de la contraception d'urgence à encourager• Bilan biologique si prescription d'une contraception oestro-progestative• Plannification de la consultation suivante
RETOUR
<ul style="list-style-type: none">• Consultation de suivi programmée trois mois puis un an après sauf en cas d'urgence• Réévaluer la méthode et vérifier qu'elle est adaptée• Evaluer la satisfaction de la patiente• Répondre aux questions de la patiente

2. Annexe II : Lettre destinée aux professionnels

Bonjour,

Je me présente, je suis Emeline BILLET, étudiante sage-femme à l'école de Bourg-en-Bresse en fin de cursus.

Je me permets de vous contacter car je réalise dans le cadre de mon mémoire de fin d'études de sage-femme une enquête sur la consultation de prescription d'une première contraception.

Pour ce faire, j'ai besoin de vos expériences que je recueillerai, après votre accord, en réalisant un entretien confidentiel, en face à face, ou en visioconférence. Ces entretiens nécessitent d'être enregistrés sur un enregistreur vocal, afin de permettre la retranscription la plus fidèle possible.

Avant de participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- ✓ Que votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat
- ✓ Que vous avez le droit de vous retirer de l'étude **à tout moment** si vous le souhaitez
- ✓ Que les données recueillies seront traitées de manière confidentielle et anonyme
- ✓ Que je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions
- ✓ Que les enregistrements seront détruits dès la fin des travaux

Pour pouvoir participer à cette étude, vous devez remplir les 4 conditions citées dans le consentement ci-dessous.

Si vous acceptez de participer à cette recherche, il vous faudra remplir ce consentement et me le retourner par mail.

Je vous contacterai ensuite afin de définir ensemble un jour pour effectuer l'entretien (prévoir environ 1 heure).

Voici mes coordonnées si besoin de renseignements complémentaires :

- Par téléphone : 06-32-07-06-20
- Par mail : emeline.billet@etu.univ-lyon1.fr

Par avance, je vous remercie pour l'attention que vous porterez à ma demande.

Bien respectueusement,

Emeline

Je soussigné (Nom, prénom), sage-femme diplômée d'Etat :

- Accepte de participer à l'entretien réalisé par BILLET Emeline.
- Accepte que l'entretien soit enregistré de manière anonyme puis effacé une fois retranscrit
- Confirme avoir le DU ou la formation suivi gynécologique/contraception/gynécologie médicale
- Atteste avoir effectué au moins une consultation pour la prescription d'une première contraception, et ce dans l'année précédant l'entretien

Numéro de téléphone :

Mail :

Fait le

A

Signature :

3. Annexe III : Trame d'entretien

Mon étude porte sur la consultation de contraception effectuée par les sages-femmes titulaire d'un DU de suivi gynécologique/contraception ou ayant suivi la formation complémentaire en suivi gynécologique/contraception. J'effectue cette étude de manière qualitative avec des entretiens semi-dirigés pendant lesquels j'interroge les sages-femmes sur le déroulement d'une consultation de contraception.

Etape 1 : recueil d'informations personnelles

- Lieu d'exercice
- Secteur d'activité
- Année du DE SF
- Année de la formation ou du DU
- Durée d'exercice depuis l'obtention de la formation ou du DU

Etape 2 : « Pourriez-vous me décrire le déroulement de votre consultation pour une première prescription de contraception ou pour un changement de contraception d'une femme venant pour la première fois ? »

Grille basée sur la littérature

Bienvvenue :	Oui	Non
- Présentation du professionnel		
- S'assure de la confidentialité		
- Explication du déroulement		
Entretien :	Oui	Non
- Informations médicales, psychosociales, culturelles, rythme de vie		
- Antécédents personnels		
- Antécédents familiaux		
- Traitements en cours		
- Connaissance et expérience en contraception		
- Examen clinique		
Renseignements :	Oui	Non
- Elabore tous les moyens de contraceptions		
- Contre-indications, avantages, inconvénients, effets indésirables, coût		
- IST		
Choix :	Oui	Non
- Choix de la patiente		
- Adaptation en fonction du choix		
Explications :	Oui	Non
- Démonstrations		
- Les avantages et les inconvénients ont été abordés		
- Le coût du moyen a été abordé		
- La conduite à tenir en cas d'oubli (selon contraceptif choisi)		
- La conduite à tenir en cas de troubles digestifs (selon contraceptif choisi)		
- La contraception d'urgence a été abordée		
- Bilan biologique prescrit (selon contraceptif choisi)		
- Brochures, dépliants, site internet renseignés		

- Planification du RDV		
- Questions de la patiente ?		
Retour :	Oui	Non
- Prévu de revoir la patiente		

Etape 3 : questions de relance

- Comment accueillez-vous la patiente ?
- Abordez-vous le sujet des IST ? Prescrivez-vous le bilan IST ?
- Evoquez—vous les conduites à tenir en cas de problèmes particuliers ?
- Pouvez-vous me détaillez votre interrogatoire ?
- Effectuez-vous un examen gynécologique à la première consultation ?
- Pouvez – vous me décrire ce que vous dites lors de la présentation des modes de contraceptions ?

Etape 4 : les facteurs

- Pouvez-vous me dire les facteurs qui rentrent en jeu dans la façon de mener votre consultation de cette façon ?
- Disposez-vous d'un logiciel ?

4. Annexe IV : Synopsis



PROTOCOLE DE RECHERCHE

Résultat de l'enquête exploratoire **Etude qualitative**

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Faculté de médecine et de maïeutique Charles Mérieux

Site Bourg en Bresse



Auteur : BILLET Emeline

Directeur de recherche : PLAISANCIE Bénédicte

Titre provisoire : Mise en application de la méthode BERCER lors de la primo-consultation de contraception chez des sages-femmes ayant suivi une formation ou obtenu un diplôme en suivi gynécologique/contraception

CONSTAT/JUSTIFICATION / CONTEXTE :

- L'OMS recommande la méthode BERCER lors d'une consultation de contraception pour accompagner au mieux les patientes vers leur choix de contraception, cela en complément de la méthode *counseling*. L'OMS a mis en place ces recommandations afin de réduire le taux d'échec contraceptif et le taux d'IVG.
- Les premières recommandations citant l'intérêt de l'utilisation de la méthode BERCER de l'OMS pour une consultation de contraception adaptée sont sorties en 2004 par l'ANAES (« Stratégies de choix des méthodes contraceptives »).
- Peu de praticiens réalisent les 6 étapes du modèle BERCER recommandées par l'OMS (basé sur un mémoire de diplôme fin d'étude de sage-femme en 2018 : 90% réalisent 2 étapes au maximum ; 1 consultation sur 328 s'est basée sur les 6 étapes).
- Une consultation sur la base du modèle BERCER est recommandée par les recommandations pour la pratique clinique (Grade A) et ce type de consultation structurée permet une amélioration du choix contraceptif (NP2).
- Depuis 2004, de nouveaux articles sont sortis (« Nouveautés en contraception », « Consultation en contraception RPC contraception CNGOF ») et recommandent la méthode BERCER (grade A).
- D'autres documents se rapprochent des étapes de cette méthode mais n'emploient pas le terme BERCER (HAS : « Aider la personne à choisir une contraception adaptée ; Juillet 2014 » et « Prescription et conseils aux femmes ; juillet 2019 »).
- L'article « INPES : contraception, les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? Octobre 2011 » explique que l'aide au choix de la méthode contraceptive la plus adaptée à une patiente suit le modèle de la méthode BERCER.

OBJECTIFS

Objectif principal : Comprendre comment les sages-femmes gèrent-elles une consultation de contraception d'après la méthode BERCER.

Objectifs secondaires : Identifier les facteurs influençant le déroulement de la méthode BERCER lors d'une consultation de contraception.

METHODOLOGIE / SCHEMA DE LA RECHERCHE

Etude qualitative par entretien semi-dirigé, enregistré avec accord des professionnels de santé.

TRAME D'ENTRETIEN

- « **Pourriez-vous me décrire le déroulement de votre consultation pour une première prescription de contraception ou pour un changement de contraception ?** »
- Quels facteurs entrent en jeu dans la façon de mener votre consultation (Manque de temps, manque de connaissances/approfondissements sur ce sujet, manque d'outils, ...)

POPULATION CIBLE :

Cette étude porte sur des professionnels de santé pratiquant la consultation de contraception. Les professionnels de santé interrogés sont : sages-femmes libérales, sages-femmes hospitalières.

CRITERES D'INCLUSION :

- Sages-femmes pratiquant la consultation de contraception
- Sages-femmes hospitalières et/ou libérales
- Sages-femmes ayant une formation ou DU suivi gynécologique/contraception
- Sages-femmes ayant réalisé une consultation de contraception dans l'année précédant l'entretien

CRITERES DE NON INCLUSION

- Sages-femmes n'ayant pas pratiquées de consultation de contraception récente et/ou régulière
- Sages-femmes n'ayant pas de DU ou de formation en suivi gynécologique/contraception
- Sages-femmes qui refusent l'entretien
- Sages-femmes qui sortent au cours de l'étude

CRITERES DE SORTIE D'ETUDE

- Sages-femmes ne souhaitant plus participer à l'étude
- Entretiens non aboutis

NOMBRE DE SUJETS NECESSAIRES

10 entretiens minimum jusqu'à saturation des données

DUREE DE L'ETUDE 3 mois

LIEU DE LA RECHERCHE

- Cabinets libéraux
- Hôpitaux

RETOMBÉES ATTENDUES

J'attends de cette étude de comprendre comment les sages-femmes mènent une consultation de contraception et d'identifier les facteurs qui influencent la mise en pratique de la méthode BERCER. A partir des résultats, nous pourrions éventuellement proposer des axes d'amélioration en proposant des brochures apportant des aides à la consultation ou en proposant des feuilles synthèses adressées aux patientes. Le but étant d'optimiser le temps de consultation, d'être peut-être plus claire pour certaines patientes qui préfèrent les supports visuels pour retenir les informations, et de donner aux patientes un mémo pour les éventuels oublis de pilule.

Aspects éthiques et réglementaires Accord des professionnels

Entretiens anonymes, enregistrés selon leur accord et supprimés une fois l'étude terminée.

Consentement signé.

Références bibliographiques

- ANAES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Revue Sage-Femme. déc 2004;4(2):57-89.
- Republication de : Reprise des recommandations de l'HAS - Contraception : prescriptions et conseils aux femmes. Revue Sage-Femme. nov 2019;18(5):284-6.
- LINET T. Consultation en contraception. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. déc 2018;46(12):792-8.
- TARTARE C. La méthode BERCER lors de la primo-prescription de pilule [Mémoire fin d'étude sage-femme]. Université Lille 2; 2018, 73p.
- GATHER Guide To Counseling [Internet]. [cité 17 févr 2022]. Disponible sur: https://shopsplusproject.org/sites/default/files/resources/Gather%20approach_JHUCCP.pdf

Calendrier prévisionnel :

Entretiens + analyse des résultats : août 2021 – décembre 2021

Mise en place d'actions (diaporama, fiches synthèse) : décembre 2021 – février 2022

Mots clés : BERCER – contraception – consultation – sages-femmes – informations

Auteur : BILLET Emeline	Diplôme d'Etat de sage – femme.
Titre : Mise en application de la méthode BERCER lors de la primo-consultation de contraception chez des sages-femmes ayant suivi une formation ou obtenu un diplôme en suivi gynécologique/contraception	
<p>Résumé :</p> <p><i>Introduction</i> – La contraception a toujours été un sujet de santé publique. Malgré l'évolution des moyens contraceptifs, sa diversité et la prise en charge des patientes par les professionnels de santé, il reste tout de même un taux élevé d'IVG. Plusieurs recommandations préconisent l'utilisation de la méthode BERCER, mise en place par l'OMS, lors d'une consultation de contraception.</p> <p><i>Objectif</i> – Comprendre comment les sages-femmes gèrent-elles une consultation de contraception d'après la méthode BERCER et identifier les facteurs influençant le déroulement de cette méthode.</p> <p><i>Méthode</i> – Etude qualitative à l'aide d'entretiens semi-directifs menée auprès de 11 sages-femmes. Le recrutement s'est effectué sur la base du volontariat et dans différents secteurs : hospitalier et libéral.</p> <p><i>Résultats et discussions</i> – La méthode BERCER est globalement appliquée par les sages-femmes. Certains critères restent à approfondir comme l'explication des avantages et inconvénients de tous les moyens de contraception. Elles adaptent leur façon de mener la consultation en fonction de la patiente notamment de l'âge, de l'expérience de vie, de la présence d'un accompagnant.</p> <p><i>Conclusion</i> – La première consultation de contraception est un moment important dans la vie d'une femme. Chaque patiente a son histoire, cette consultation se doit singulière et adaptée. Les sages-femmes de l'étude mènent leur première consultation de contraception d'après la méthode BERCER. A la suite des résultats de l'étude, nous avons proposé différents supports pour simplifier la mise en place de la méthode BERCER : carte « oubli de pilule », fiche synthèse (HPV, autopalpation mammaire, différents moyens de contraception).</p>	
Mots clés : BERCER – contraception – consultation – informations – sages-femmes	
Title : Application of the GATHER method during the first contraception consultation in midwives who having received formation or a university diploma in contraception or gynecologic monitoring	
<p>Abstract :</p> <p><i>Introduction.</i> – Contraception has always been a subject of public health. Despite advances in contraceptive methods, its diversity and the care of patients by health professionals, there is still a high rate of abortion. Several recommendations advocate the use of the GATHER method, set up by the WHO, during a contraception consultation.</p> <p><i>Objective.</i> – Understand how midwives conduct a contraception consultation according to the GATHER method and identify the factors influencing the course of this method.</p> <p><i>Methods.</i> – Qualitative study using semi-structured interviews conducted with eleven midwives. The selection has been carried out in voluntary basis and in different places : hospital and liberal.</p> <p><i>Results & Discussion.</i> – The GATHER method is generally respected by midwives. Certain criteria remain to be improved, such as the explanation of the advantages and disadvantages of all methods of contraception. They adapt their way of carrying out the consultation according to the patient in particular age, life experience, the presence of an accompanying person.</p> <p><i>Conclusion.</i> – The first contraceptive consultation is an important moment in a woman's life. Each patient has her life, this consultation must be unique and adapted. The midwives in the study conduct their consultation using the GATHER method. Following the results of the study, we have offered different supports to simplify the establishment of the GATHER method : "forgotten pill" card, summary sheet (HPV, breast self-examination, different methods of contraception).</p>	
Key words : GATHER – contraception – consultation – information – midwives	