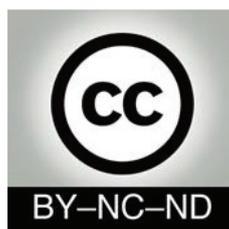




<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

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>

MÉMOIRE DE DIPLÔME D'ÉTAT 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

Étude qualitative auprès des sages-femmes sur la première consultation de contraception

Léa BOUYER

Née le 10 octobre 1998

Promotion 2018-2022

Année universitaire 2021-2022

JUSSEAU Céline,

Sage-femme hospitalière, Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse - Directrice de mémoire

SEVELLE Bérangère,

Sage-femme enseignante, Site Formation Maïeutique de Bourg-en-Bresse - Guidante

Remerciements

Je tiens à adresser mes sincères remerciements

A **Céline JUSSEAU**, d'avoir accepté d'être la directrice de mon mémoire et de m'avoir accompagnée et guidée durant toutes mes démarches, de m'avoir conseillée, guidée et permis d'approfondir mes connaissances,

A **Bérandère SEVELLE**, d'avoir toujours été présente, merci pour sa disponibilité, sa bienveillance et ses conseils, et de m'avoir permis de progresser dans l'élaboration de ce travail,

A l'ensemble de l'équipe pédagogique du site de formation maïeutique de Bourg-en-Bresse : **Bérandère, Paola, Myriam, Françoise et Émilie**, pour ces quatre années de formation ainsi que leurs accompagnements et encouragements,

A toute la **promotion de 2018-2022**, sans qui ces quatre années n'auraient pas été aussi joyeuses ; un grand merci à ma copine **Nesrine** de m'avoir apporté tout son soutien et son amitié depuis le début,

A toute ma **famille, mes parents, mon frère et ma belle-sœur** pour m'avoir accompagnée durant toutes ces années, merci de m'avoir permis de réaliser ces études, votre présence m'était indispensable,

A **Tristan** pour son amour, d'avoir toujours été présent et patient, merci pour son aide et pour tous ces moments passés ensemble,

A **Laurence** pour son aide précieuse pour la relecture et la correction de ce mémoire,

Ainsi qu'à **toutes les sages-femmes** ayant accepté de m'accompagner, sans elles, l'élaboration de ce mémoire m'aurait été impossible, merci pour le temps que vous y avez consacré, pour votre gentillesse et votre soutien.

Sommaire

I-	Introduction.....	1
II-	Matériel et méthode	3
1.	Méthode utilisée	3
2.	Population interrogée	3
3.	Localisation de la recherche	3
4.	Recrutement des sages-femmes	3
5.	Élaboration de la trame d’entretien	4
6.	Recueil des données.....	4
III-	Résultats et discussion.....	5
1.	Résultats.....	5
1.1	Recueil des données	5
1.2	Caractéristiques de la population interrogée	6
1.3	Structure de la consultation.....	7
1.4	Les renseignements apportés sur la contraception	11
1.5	Prescriptions et informations	14
1.6	Facteurs influençants.....	16
2.	Discussion.....	17
2.1	Limites et forces de l’étude.....	17
2.2.	Synthèse de l’étude et lien avec la littérature	18
IV-	Conclusion	25
	Références bibliographiques	27
	ANNEXES	

Table des abréviations

BERCER : Bienvenue, Écoute, Renseignement, Choix, Explication, Retour

CCF : Conseillère Conjugale et Familiale

CCP : Consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Diagnostic et de Dépistage des infections par le VIH, l'hépatite B et les IST

Cf. : Confer

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CPEF : Centre de Planification et d'Éducation Familiale

DIU : Dispositif intra-utérin

DU : Diplôme Universitaire

EE : Ethinyl Estradiol

SF : Sage-Femme

GEU : Grossesse extra-utérine

HAS : Haute Autorité de Santé

HIV : *Human Immunodeficiency Virus* = Virus de l'immunodéficience Humaine

HPV : *Human Papilloma Virus*

HTA : Hypertension Artérielle

IMC : Indice de Masse Corporel

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SFL : Sage-Femme Libérale

I- Introduction

Le 28 décembre 1967, la loi Neuwirth relative à la régulation des naissances est adoptée. Elle autorise l'accès à la contraception sur prescription médicale. La pilule devient légale (1). Par cette loi, les femmes ont la possibilité de se protéger de grossesses non-désirées et ainsi, de choisir le moment opportun de leur vie pour donner naissance.

La contraception, par diverses actions, a pour objectif de réguler les naissances en limitant la survenue de grossesses non-désirées notamment en inhibant / empêchant la fécondation. L'une des méthodes contraceptives a double vocation : elle a un effet contraceptif et permet également de limiter la propagation des infections sexuellement transmissibles, c'est le préservatif, qu'il soit masculin ou féminin.

Il existe plusieurs méthodes contraceptives : les méthodes hormonales qui se présentent sous différentes formes et compositions, les méthodes barrières tels que les préservatifs, ou les méthodes dites « naturelles » telles que le retrait, la courbe de température, la méthode « Billings » ou d'Ogino Knauss, ... Mais aussi, la contraception définitive appelée la stérilisation à visée contraception (vasectomie ou ligature tubaire). La contraception masculine a fait son apparition avec le slip chauffant ou l'anneau contraceptif par exemple, mais celle-ci reste encore peu connue.

Selon le Baromètre de santé de 2016, plus de 7 femmes sur 10 (71,8%) recourent à une méthode médicalisée pour assurer leur contraception. Le recours à une méthode liée à l'acte sexuel (préservatif, méthodes locales ou naturelles) concerne 20,1% de femmes de 15-49 ans. Mais l'usage du préservatif comme moyen de contraception dépend avant tout de l'âge. C'est le moyen le plus utilisé par les 15-49 ans (45,6%) parfois en association avec la pilule (dans 16% des cas) (2).

Ces différentes méthodes ont des efficacités variables et aucune ne l'est véritablement à 100%.

L'efficacité théorique est mesurée par l'Indice de Pearl. Il correspond au nombre de grossesses observées pendant un an chez 100 femmes utilisant la méthode contraceptive (3) et s'exprime en pourcentage. Plus ce taux est bas, moins il y a de risque de grossesse et donc, plus la méthode est efficace.

L'Indice de Pearl permet également d'avoir un reflet de la pratique courante (4). Celui-ci renvoie plutôt à la réalité de la vie en fonction des contraintes du quotidien que peuvent présenter les différents moyens contraceptifs. Il se calcule de la même manière en donnant le pourcentage de grossesse obtenu.

Or, le principal risque d'échec d'une méthode contraceptive est lié à une mauvaise utilisation de celle-ci ou à la prescription inadaptée aux conditions de vie et à la pratique sexuelle de la patiente (5).

Selon les recommandations pour la pratique clinique établies par le Collège Nationale des Gynécologues et Obstétriciens Français parues en 2018, différents thèmes sont à aborder durant une consultation de contraception : l'efficacité, les risques, le coût, la durée d'action ainsi que l'aspect pratique (5).

Il est recommandé de structurer et de personnaliser cette consultation selon la méthode BERCER définie par l'OMS.

Pour faciliter la compréhension et le choix de la contraception, il est possible d'utiliser des documentations filmées diffusées en salle d'attente. Et, lors de la consultation, il est important de présenter les contraceptions par catégorie d'efficacité (5) et de s'aider d'un support tel que la contraception choisie en elle-même ou d'un matériel fictif de démonstration.

Après avoir pris connaissance des Recommandations de la Pratique Courante du CNGOF et de la méthode BERCER de l'OMS, il nous a semblé intéressant de s'interroger sur la façon dont les sages-femmes s'organisent lors d'une première consultation de contraception.

L'objectif de ce mémoire est de comprendre comment les sages-femmes orientent le choix des femmes vis-à-vis de leur contraception. On se questionnera également sur les raisons qui les ont incitées à proposer cette orientation plutôt qu'une autre.

II- Matériel et méthode

Tous les documents administratifs relatifs à l'élaboration de cette enquête ont été soumis à autorisation.

1. Méthode utilisée

Il s'agit d'une étude qualitative, dans le domaine plus spécifique de la sociologie.

2. Population interrogée

L'étude concerne des sages-femmes en activité, effectuant des consultations de première contraception auprès de femmes en âge de procréer.

3. Localisation de la recherche

Les professionnels de santé sollicités exercent à l'Hôpital Drôme Nord de Romans sur Isère, au Centre Hospitalier de Valence, ainsi qu'à l'Hôpital de Tournon-sur-Rhône. Les sages-femmes libérales et les CPEF se situent à Tournon-sur-Rhône, Valence, Die et Romans sur Isère.

4. Recrutement des sages-femmes

Nous avons contacté par téléphone les cadres des services de consultations, les sages-femmes libérales et les CPEF correspondant à nos critères de sélection afin de leur faire part de notre étude et d'obtenir leur accord pour y participer. Dans un second temps, les documents administratifs ont été envoyés par e-mail aux personnes intéressées.

Plusieurs relances ont été nécessaires.

Chaque recrutement a été basé sur le volontariat. Après réception d'une réponse favorable, un entretien en présentiel ou par téléphone leur a été proposé. Celui-ci avait lieu selon les disponibilités de chaque sage-femme.

A la fin de notre période de recrutement, notre échantillon comprend 4 sages-femmes libérales, 1 sage-femme hospitalière, 4 sages-femmes exerçant au CPEF et 2 sages-femmes exerçant dans deux lieux distincts.

Il n'a été obtenu aucune réponse des établissements hospitaliers de Tournon sur Rhône et Romans sur Isère.

5. Élaboration de la trame d'entretien

Nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés auprès de sages-femmes, afin de répondre à notre problématique. Ils ont permis une expression libre des professionnels et d'obtenir le maximum de données à étudier.

Ces entretiens ont été élaborés à l'aide d'une trame (Cf. annexe n°1). Celle-ci a été testée puis réajustée à la suite du premier entretien pour permettre un approfondissement des éléments abordés.

Cette trame a été basée sur une question principale, accompagnée de questions de relances afin d'aborder et d'approfondir un certain nombre de thématiques.

Chaque entretien a été mené de manière identique : présentation de soi suivi par la présentation de l'étude puis des explications des modalités de l'entretien. Afin de faire connaissance, la première partie de l'entretien contenait des questions pour obtenir des informations concernant la sage-femme (secteur d'activité, année d'obtention du diplôme, formations ou Diplôme(s) Universitaire(s) complémentaires, temps d'exercice des consultations) et la seconde partie nous a permis d'échanger sur notre sujet.

Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone puis anonymisés et retranscrits dans leur intégralité (verbal et non-verbal) à l'aide du logiciel Excel, tout ceci après avoir informé et obtenu l'accord de la sage-femme interrogée.

6. Recueil des données

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés sur deux mois consécutifs, du 30 août 2021 au 26 octobre 2021.

Nous avons obtenu la saturation des données lorsque les deux derniers entretiens n'ont apporté aucune nouvelle donnée.

L'analyse des données s'est déroulée en plusieurs étapes à l'aide du contenu thématique. En premier lieu, une analyse horizontale des entretiens dans leur globalité puis de manière individuelle de façon à effectuer une synthèse des principaux résultats en lien avec la question de recherche. La deuxième étape a consisté en une analyse verticale de l'ensemble des entretiens pour en faire ressortir des thèmes principaux. Enfin, une dernière analyse dite « *interprétative* » pour expliquer l'articulation des thèmes entre eux et en lien avec la question de recherche (6).

III- Résultats et discussion

1. Résultats

1.1 Recueil des données

Au total, 11 entretiens ont été nécessaires pour arriver à une saturation des données. Deux se sont déroulés en présentiel, 8 par téléphone et 1 par échange e-mail en raison des conditions sanitaires et selon les disponibilités des sages-femmes.

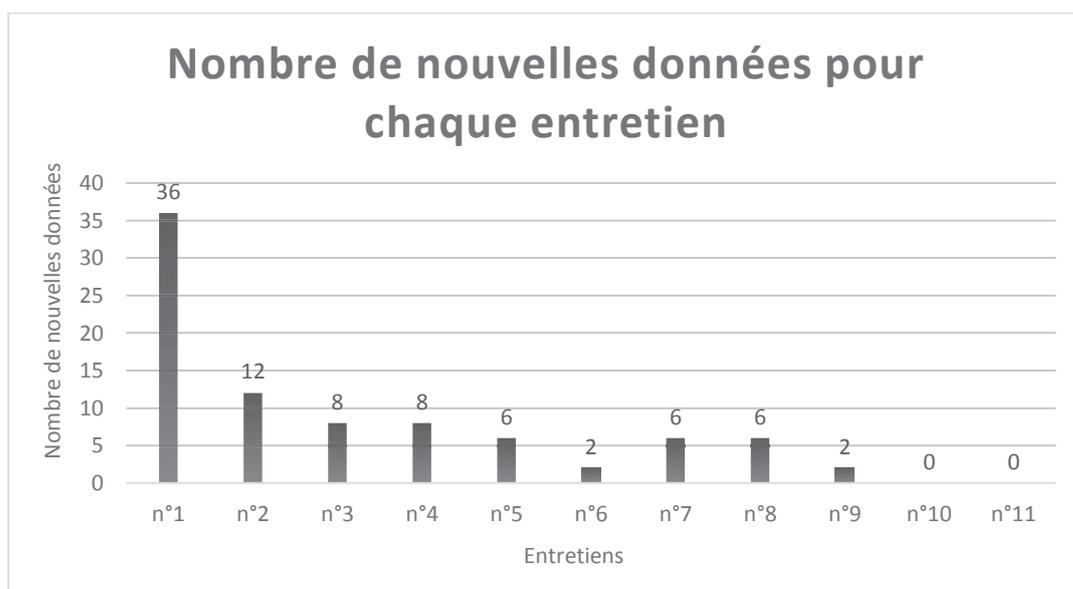


Figure 1 Diagramme de saturation des données

Les entretiens ont duré entre 15 et 35 minutes, avec une moyenne de 20 minutes.

La réalisation des entretiens par téléphone a limité la durée de l'échange. En revanche, en présentiel, la discussion a été plus riche et a duré plus longtemps.

1.2 Caractéristiques de la population interrogée

Sage-femme	Année d'obtention du diplôme	Temps d'exercice en consultations	Formations / DU complémentaires	Secteur d'activité	Durée des entretiens	Réalisation des entretiens
1	2001	10 ans	DU Gynécologique DU d'acupuncture DU psycho-périnatal ; Formation à la journée de tabac et IVG	CPEF + Hôpital	22 minutes	Téléphone
2	2020	2 ans	Aucun	CPEF	20 minutes	Téléphone
3	2013	8 ans	Acupuncture	CPEF	17 minutes	Téléphone
4	1992	10 ans	Formations autour contraception gynéco avec différents organismes (sans DU)	CPEF	/	Téléphone et e-mail
5	2009	13 ans	DU prise en charge de la douleur néonatale postnatale + DU gynécologie	CPEF de l'hôpital	15 minutes	Téléphone
6	2013	1 an	Aucun	Consultations à l'hôpital	17 minutes	Téléphone
7	2020	1 an et demi	Aucun	SFL	20 minutes	Présentiel
8	2019	3 ans	Formation pour les IVG médicamenteuses Formation pour le Winerflow (pour PNP et rééducation périnéale)	SFL	35 minutes	Présentiel
9	1997	19 ans	DU d'hypnose DU gynécologie et contraception (depuis peu)	SFL	21 minutes	Téléphone
10	2009	12 ans	DU gynéco et contraception DU haptonomie	SFL	21 minutes	Téléphone
11	2015	4 ans	Formations gynéco et contraception	SFL + CPEF	16 minutes	Téléphone

Tableau 1 : Caractéristiques de la population interrogée

Notre échantillon comprend des sages-femmes ayant de 1 à 19 ans d'expérience. Certaines possèdent des formations complémentaires.

Aucune différence n'est remarquée dans la pratique des sages-femmes entre celles ayant un diplôme / une formation complémentaire en gynécologie-contraception et celles qui n'en n'ont pas.

A contrario le nombre d'années d'exercice des consultations semble avoir une influence sur la manière d'organiser la consultation. En effet, pour les jeunes diplômées, il semble difficile d'aborder tous les éléments lors d'une seule et même consultation d'une heure, car elles considèrent que la patiente a des difficultés à prendre en compte toutes les informations apportées lors d'une seule consultation.

SF n°7 : « à expliquer tout la 1^{ère} fois, je trouve que ça fait beaucoup d'informations et que limite ça les agresse [...] mais je pense que le faire en une seule fois c'est trop d'informations pour elles »

1.3 Structure de la consultation

La majorité des sages-femmes organisent leur consultation selon la méthode B.E.R.C.E.R (Cf annexe n°2) établie par l’OMS (4,7). Une seule sage-femme nous a rapporté clairement l’utilisation de cette méthode. Les autres professionnelles, bien qu’utilisant la même technique, ne l’ont pas explicitement citée. Cette méthode permet de donner une structure à la consultation.

SF n°2 : « *J’utilise la méthode BER CER* »

Dans le CPEF de Romans sur Isère, les sages-femmes nous informent que la consultation se déroule en deux temps et de manière pluridisciplinaire, avec principalement une sage-femme et une conseillère conjugale.

SF n°2 : « *Avec le planning, les jeunes filles qui viennent pour une 1^{ère} consultation de contraception ont d’abord un 1^{er} entretien psycho-social avec une conseillère conjugale [...] Après l’entretien avec la conseillère conjugale, je reçois la femme pour un entretien médical...* »

SF n°4 : « *Dans un premier temps, ma collègue CCF la reçoit* »

L’entretien avec la conseillère conjugale permet un réel échange sur l’environnement de la patiente, ses attentes, ses angoisses, son vécu, sa vie sexuelle. Durant cet entretien, les différentes méthodes contraceptives sont abordées. Ensuite, la sage-femme rencontre la patiente pour réaliser les examens et approfondir la discussion sur la contraception choisie.

Dans les CPEF de Valence/Die, les sages-femmes reçoivent directement la patiente, sans entretien préalable avec un tiers professionnel.

La consultation commence par la présentation des professionnelles de santé puis ces dernières invitent la patiente à s’exprimer sur le motif de sa venue. Certaines expliquent le déroulement de la consultation, d’autres procèdent directement à l’interrogatoire.

SF n°2 : « *Je commence par la saluer, je l’invite à s’asseoir et je me présente* »

SF n°6 : « *Quand la patiente arrive je lui demande pourquoi elle vient. Pour avoir le motif de consultation ...* »

Les sages-femmes interrogées consacrent un temps dédié uniquement à la patiente, même si elle est accompagnée.

SF n°1 : « ... la plupart du temps je les reçois seules »

SF n°5 : « De moi-même, sauf avis contraire de la patiente, je fais sortir l'adulte pour la suite, pour pouvoir discuter un peu plus dans son intimité ... »

Les sages-femmes poursuivent par une **anamnèse**. Un dossier est alors complété. Y seront notés les antécédents personnels, familiaux, médicaux, gynécologiques (date des dernières règles, contraception antérieure et/ou actuelle, vaccination Gardasil®, cycle menstruel, âge des premières règles, syndrome prémenstruel, partenaire régulier et dépistage des IST) et obstétricaux de la patiente, ainsi que ses allergies, sa consommation tabagique, toxicologique et la prise d'un traitement. L'aspect psycho-social est abordé afin de dépister d'éventuelles violences passées ou actuelles. La relation au sein du couple est également évoquée.

SF n°1 : « On remplit le dossier avec les antécédents familiaux, chirurgicaux ... [...] Je fais un entretien psycho-social avec l'évaluation du moral, les addictions et l'évaluation des violences familiales, au travail et dans le couple »

SF n°6 : « Je lui pose la question si elle a un partenaire régulier, comment ça se passe, si elle se protège avec un préservatif pendant le rapport et si elle a déjà fait le dépistage des MST »

Plusieurs sages-femmes nous ont indiqué demander à la patiente, à ce moment, si elle avait déjà réfléchi à un mode de contraception.

SF n°9 : « Je lui demande ce qu'elle souhaite comme contraception, si elle a déjà elle-même envisagé une contraception en particulier ... »

Lors de nos 11 entretiens, seules 5 sages-femmes nous ont informé réaliser un **examen clinique** avec la prise de la tension artérielle, le poids ainsi que la taille pour calculer l'Indice de Masse Corporelle. Pour les autres, cet examen n'est pas abordé.

Il est suivi par un éventuel **examen gynécologique**, réalisé selon l'âge, la sexualité, les plaintes (dyspareunies, dysménorrhées) de la patiente. Lors de cette étape, un frottis cervico-utérin est expliqué aux plus jeunes femmes et réalisé aux patientes de plus de 25 ans.

Nos entretiens reflètent que dans la majorité des cas, les sages-femmes expliquent le déroulement de cet examen lors de la première consultation et proposent de le faire lors d'une consultation ultérieure.

SF n°1 : « Je réalise l'examen en 2 temps, d'abord l'examen mammaire puis l'examen gynécologique. Je ne le réalise pas en systématique chez une mineure. Il est possible de réaliser les prélèvements pour IST ou faire le frottis. Si les patientes ont plus de 25 ans, je complète en systématique l'examen par un toucher vaginal à la recherche de masse ou de choses particulières. »

SF n°2 : « L'examen gynécologique je ne le fais pas en systématique, je le fais selon les éléments à l'interrogatoire : si elles n'ont jamais eu de règles, s'il y a des douleurs, ... »

Deux sages-femmes n'ont pas cité l'examen gynécologique durant nos entretiens.

L'explication des méthodes contraceptives fait suite à ces différentes étapes.

Au cours de nos entretiens, nous avons observé que les sages-femmes abordent différemment les moyens de contraception, selon leur pratique habituelle. Si certaines parlent des méthodes contraceptives à la suite de l'anamnèse, la majorité des professionnelles consacrent un temps dédié, après les examens, pour énoncer de façon ciblée les contraceptifs adaptés en tenant compte des contre-indications médicales de chacune et du contexte de vie de la patiente, abordé lors de l'interrogatoire. Si aucune contre-indication n'est repérée, elles présentent l'ensemble des moyens contraceptifs.

SF n°1 : « J'explique tous les moyens de contraceptions qui lui sont possibles en fonction des antécédents. Et si elle n'a pas d'antécédents, je détaille tous les moyens de contraceptions ... ».

SF n°6 : « Dans tous les cas, je reprends tous les moyens de contraception qui existent »

SF n°7 : « J'explique les pilules dans un premier temps, je leur dis qu'il y a 2 types de pilules et après j'aborde les sujets des contraceptions plus longues, comme l'implant. C'est vrai que le stérilet j'en parle pas forcément à la 1^{ère} consultation ... »

Les moyens de contraception non remboursés par la sécurité sociale, tels que les capes cervicales, les patchs et anneaux cervicaux, ne sont abordés par les sages-femmes qu'à la demande de la patiente.

SF n°8 : « Et j'avoue que je parle pas trop de tout ce qui est cape cervicale tout ça ... Déjà ce n'est pas connu et ce n'est pas pris en charge et ce n'est pas très sécuritaire ... Puis au niveau utilisation il faut quand même connaître son corps, je trouve que ce n'est pas facile d'utilisation ... »

SF n°11 : « ... ça arrive, ce n'est pas le plus fréquent, mais ça arrive, le non-remboursement reste le frein principal »

L'utilisation de matériel fictif est le principal outil de présentation lors de cette première consultation de contraception. Il permet de faire face aux idées reçues de la patiente mais également d'avoir une représentation réelle de la contraception présentée et d'en réaliser une démonstration.

SF n°2 : « Au planning, les sages-femmes donnent la contraception donc on explique avec la plaquette directement quand c'est une pilule ... »

SF n°5 : « ... j'ai des échantillons de chaque contraception, ce qui permet de visualiser réellement à quoi ressemblent un DIU, un implant, un anneau, ... et permet de casser un peu les images qu'elles peuvent avoir et des idées qui ne sont pas toujours justes »

En revanche, une seule sage-femme utilise des schémas en format papier à défaut d'avoir du matériel de démonstration et 4 sages-femmes n'utilisent aucun matériel pour illustrer leur présentation.

Le **choix** final de la contraception est laissé à la femme. La sage-femme l'accompagne dans son choix mais ne prend pas la décision à sa place.

SF n°5 : « ... beaucoup de discussion donc j'essaie de laisser au maximum ouvert le plus possible pour qu'elle se sente libre de leur choix ... »

SF n°8 : « ... on choisit ensemble, enfin c'est surtout elle qui choisit »

Lors de nos entretiens, une sage-femme nous a fait part de la façon dont elle oriente le choix de la femme.

SF n°10 : « Moi je vais leur dire « voilà, si j'ai une baguette magique et que je devrais réaliser 3 vœux réellement pour votre contraception, ça peut être tout et n'importe quoi, dites-moi ce qui vous ferez plaisir ». Voilà, ça m'aide un petit peu... Je leur demande aussi par rapport à leur désir de grossesse « si je vous apprendrais que vous êtes enceinte, comment vous réagiriez ? » [...] voilà, ça me permet aussi de cibler un peu la contraception, si je peux parler de tout ce qui est contraception barrière, contrôle du cycle, méthodes naturelles, ou au contraire, on oublie ça ! »

A l'issue de la consultation, si la patiente ne sait pas quelle contraception choisir, si elle le souhaite, un délai de réflexion lui est accordé et une 2^{ème} consultation peut être programmée.

Selon les habitudes du professionnel, une consultation est systématiquement prévue afin de faire le point sur la contraception choisie 1 à 6 mois plus tard.

SF n°8 : « *Je les revois à 6 mois après le début de la contraception pour faire le point. Si ça leur va, je leur dis parfait et on se revoit tous les ans* »

SF n°10 : « *... je les revois dans 3 mois [...] quand je pose un stérilet je les revois 1 mois après la pose puis tous les ans [...] Parfois l'implant je peux faire entre 1 à 3 mois après la pose ...* »

La contraception choisie par la patiente laisse place à un temps d'échange, accompagné d'informations claires et d'une prescription adaptée.

1.4 Les renseignements apportés sur la contraception

Quatre sages-femmes interrogées prennent le temps d'expliquer, à l'aide d'une planche anatomique, le cycle menstruel naturel et les effets que la contraception a sur celui-ci (Cf annexe n°3).

SF n°8 : « *... je pars d'une petite plaquette que j'ai et j'explique les cycles, donc les règles, comment ça se passe, l'ovulation, la variation des hormones [...] et ensuite j'explique comment ça se passe avec la pilule et avec toutes les contraceptions hormonales qui existent ...* »

Mais dans la majorité des cas, les sages-femmes débutent directement par l'explication des différentes méthodes contraceptives.

La sage-femme exerçant à l'hôpital nous a fait part du manque de temps lors de ses consultations l'obligeant à aller à l'essentiel dans les informations apportées.

SF n°1 : « *j'explique uniquement le moyen de contraception choisi car j'ai une consultation de 30 minutes* »

Durant nos entretiens, nous avons observé que les informations apportées lors d'une 1^{ère} consultation de contraception concernent plusieurs domaines :

- ❖ Les avantages et inconvénients de chaque contraception

SF n°1 : « *Je répète à chaque fois que chaque contraception a des effets secondaires potentiels et ce en fonction de la vie, il y a des choses qu'on va plus supporter que d'autres ...* »

SF n°2 : « ... avec les avantages et inconvénients de chacune d'entre elles ... »
« ... les inconvénients, j'explique que pour la progestative ça coupe les règles, fait des spotting. Pour l'oestroprogestative ça uniformise les règles, modifie l'humeur, ...
Et pour les stérilets j'explique que celui au cuivre augmente parfois la douleur et l'abondance des règles ... »

SF n°8 : « ... mais sinon après je détaille surtout pour le stérilet [...] qu'il peut y avoir une grossesse, une GEU, une infection, une perforation avec le stérilet ... »

Une seule sage-femme ne s'attarde pas à détailler les effets indésirables mais interroge la patiente lors de la consultation suivante sur sa tolérance et les éventuels effets secondaires qui sont survenus.

- ❖ L'efficacité des différents moyens de contraception est présentée à l'aide de l'Indice de Pearl (Cf annexe n°4), par certaines sages-femmes.

SF n°1 : « J'utilise l'Indice de Pearl »

SF n°5 : « ... combien de temps c'est efficace ... »

- ❖ Les règles d'utilisation/de prise de la contraception, comment et quand débiter la prise d'une contraception orale. Le déroulement de la pose d'un stérilet ou d'un implant.

SF n°3 : « Et je réfléchis avec elle à quelle heure elle va prendre sa pilule. »

SF n°5 : « (pour l'implant) je leur montre à peu près où ça va être ... »

SF n°8 : « Je leur explique comment ça se pose, je leur montre avec ce stérilet et le petit utérus ... »

- ❖ La conduite à tenir en cas d'oubli pour la contraception orale.

SF n°4 : « Les consignes en cas d'oubli (de plus de 12h) :

- Prendre sa pilule quand elle se rend compte qu'elle l'a oubliée et prendre celle du jour (même si 2 comprimés doivent être pris le même jour)
- Utiliser des préservatifs pendant 8 jours
- Si l'oubli a eu lieu la 3^{ème} semaine de comprimés, elle ne doit pas prendre les comprimés roses mais directement commencer une nouvelle plaquette
- Si elle a eu un rapport non protégé dans les 5 jours précédents, prendre une pilule d'urgence »

Pour cela, une sage-femme interroge la femme sur son attitude face à un oubli de pilule en réalisant un test de compréhension, puis reprend avec elle la conduite à tenir en fonction du délai d'oubli.

SF n°3 : « *J'explique les 12h de délai et pour ça je fais un test. Par exemple, elle prend sa pilule à 7h, et aujourd'hui elle se lève à 9h et lui demande qu'est-ce qu'elle fait dans ce cas-là ? Un autre exemple, elle se rend compte qu'elle a oublié de prendre sa pilule la veille, à ce moment-là j'explique la conduite à tenir quand l'oubli est supérieur à 12h. Et on refait le même test avec les pilules de la dernière semaine avant les comprimés placebos, dans ce cas-là je lui dis qu'il faut qu'elle enchaîne les plaquettes »*

- ❖ Les IST et l'importance de l'utilisation des préservatifs. A ce moment-là, elles discutent ensemble du dépistage pour les deux partenaires si cela est nécessaire.

SF n°5 : « *... les préservatifs [...] j'en profite pour leur rappeler que la contraception c'est pour les grossesses mais qu'il faut être méfiant avec les IST donc je les encourage vivement de les utiliser »*

Pour compléter la consultation, la majorité des sages-femmes délivrent aux femmes des plaquettes d'informations.

SF n°2 : « *Donne un prospectus avec les informations lors d'un oubli de pilule »
« Donne un numéro vert anonyme et gratuit (0 800 08 11 11) et je lui dis qu'elle peut rappeler le planning si elle a des questions »*

SF n°11 : « *... souvent je leur fais une fiche récapitulative [...], en cas d'oubli qu'est ce qu'elle doit faire ... »*

Les sages-femmes prennent ensuite du temps pour répondre aux questions et aux inquiétudes de la patiente.

1.5 Prescriptions et informations

La pilule semble être le moyen contraceptif le plus prescrit en 1^{ère} intention, en particulier chez les jeunes femmes.

SF n°7 : « Après la plupart du temps, elles veulent tester la pilule en 1^{ère} intention, car elles ne peuvent pas avoir « un corps étranger » »

SF n°8 : « Si c'est des jeunes, on part sur la pilule ... »

Cependant, si la pilule ne convient pas à la patiente, les sages-femmes l'orientent vers une autre méthode de contraception.

SF n°1 : « Si la pilule ne convient pas bien, souvent je les réoriente vers un stérilet la plupart du temps »

SF n°7 : « ... j'en ai pas mal qui reviennent au bout de pas beaucoup de temps en me disant « c'est chiant la pilule à prendre tous les jours, vous m'avez parlé de ça ... est-ce qu'on peut refaire le point » »

La prescription fait suite à l'entretien et dépend du choix de la patiente et des contre-indications éventuelles.

Si le choix final revient à la patiente, les sages-femmes avouent, pour une grande majorité d'entre elles, avoir certaines préférences en terme de contraception et préconiser toujours un peu de manière systématique et par habitude les mêmes dispositifs.

La prescription comprend :

- ❖ Pour la pilule : les habitudes des sages-femmes semblent influencer dans le choix de la pilule prescrite.

SF n°6 : « Je prescris la contraception d'urgence Norlevo®, parce que j'ai moins l'habitude de prescrire EllaOne® »

SF n°7 : « Je prends une pilule de base, genre Optilova20®, j'aime pas du tout prescrire Leeloo®, euh, j'ai rien contre Leeloo®, mais parce que Optilova il y a les placebos ... »

La durée de prescription, variable d'une sage-femme à une autre, est en général de 3 mois. Les sages-femmes conseillent ensuite aux patientes de revenir pour réévaluer l'observance de leur contraception. Le suivi de la patiente par un autre professionnel de santé influe sur la durée de prescription pour une sage-femme interrogée.

SF n°2 : « Je demande à la patiente si elle est suivie par son médecin traitant ou une sage-femme, et en fonction j'adapte la durée de prescription. Si elle est suivie je prescris pour 3 mois et je l'informe qu'elle prenne un rendez-vous (avec le professionnel) pour le suivi et le renouvellement et si elle n'est pas suivie, je prescris pour 6 mois »

- ❖ Pour les stérilets : Le stérilet prescrit, adapté à la patiente, est fonction des habitudes et des préférences des sages-femmes à utiliser tel ou tel dispositif.

SF n°5 : « ... Je leur prescris le DIU en format short ou du cuivre ou Kyleena® en fonction de ce qu'elles veulent »

SF n°9 : « Après je peux être amenée à prescrire des stérilets, pour le stérilet au cuivre ça va être le Mona Lisa® et après le Mirena® c'est toujours le même »

Pour les CPEF interrogés, chez les jeunes femmes de moins de 20 ans, la contraception choisie est donnée directement en fin de consultation, c'est le cas des préservatifs, de la boîte de la pilule ou de la contraception d'urgence. En revanche, pour les plus de 20 ans, une prescription est réalisée.

SF n°2 : « Au planning, les sages-femmes donnent directement les contraceptions une fois la consultation terminée uniquement aux jeunes femmes de moins de 20 ans et sauf cas exceptionnel. Pour celles de plus de 20 ans, celles qui ont une sécurité sociale, je leur fais une ordonnance »

SF n°3 : « Après je sors la plaquette/boîte de pilule qu'elle va prendre et je lui explique ... »

A la fin de la consultation, la majorité des sages-femmes interrogées lors de nos entretiens reprennent avec la patiente les informations inscrites sur l'ordonnance afin de s'assurer de leur bonne compréhension.

SF n°5 : « Et souvent, si elles sont venues avec un adulte, je le fais revenir à la fin pour expliquer les ordonnances [...] ils entendent la même information, en cas de décalage ou d'oubli, comme ça si elle se souvient plus, elle sait qu'elle peut aller voir la personne avec qui elle est venue »

Une sage-femme rajoute également un site internet où il y a des informations sur la conduite à tenir.

SF n°8 : « Il y a aussi l'adresse du site www.choisirsacontraception.fr »
(site institutionnel de Santé Publique France)

1.6 Facteurs influençants

Certains facteurs tels que l'âge et la parité de la patiente semblent influencer la façon dont la consultation va être menée.

SF n°8 : « ... si c'est des jeunes, jeunes, on part sur la pilule [...] plutôt 25 ans, là on peut partir sur un stérilet, si elle se sent prête ... »

SF n°9 : « ... si c'est une multipare c'est vrai que j'aurai tendance à plus l'orienter vers le stérilet ... »
« ... personnellement je ne mets pas de stérilet aux femmes qui n'ont pas eu d'enfant »

Chaque consultation est différente, d'une personne à une autre, selon l'âge, le contexte de vie, le niveau d'éducation, les relations qu'entreprend la patiente. Les sages-femmes doivent constamment savoir s'adapter.

SF n°7 : « Aucune consultation de contraception se ressemble en fait, parce que j'essaie de m'adapter »

SF n°9 : « Après le but s'est de s'adapter. »

2. Discussion

2.1 Limites et forces de l'étude

La contraception et son utilisation par les femmes est un sujet au cœur de l'actualité.

Peu d'études ont été menées sur la première consultation de contraception et les recommandations les plus récentes sur ce thème sont celles du CNGOF de 2018. Notre étude a permis de mettre en évidence l'organisation d'une première consultation de contraception par les sages-femmes respectant cette recommandation du CNGOF, qui suit bien la méthode BERCER de l'OMS, mais certaines informations de ces recommandations pourraient être à approfondir car nous observons que certaines zones restent floues, comme les conditions de réalisation d'un examen médical préalable à la pose d'un DIU par exemple.

Notre travail nous a permis de mieux comprendre comment et pourquoi les sages-femmes s'organisent dans l'orientation du choix de la femme vis-à-vis de sa contraception.

L'étude qualitative réalisée à l'aide d'entretiens semi-dirigés a représenté un atout dans l'expression libre des sages-femmes, permettant d'aborder au fil de la discussion un large ensemble de thèmes.

Notre population était constituée de sages-femmes exerçant dans les 3 principaux secteurs d'activité tel que le libéral, le milieu hospitalier ainsi qu'en CPEF, avec une répartition de façon hétérogène. L'échantillonnage des sages-femmes interrogées et les situations exposées lors de ces entretiens balaient une vision assez globale de la société, même si notre étude ne se veut pas exhaustive.

La population interrogée a été recrutée sur la base du volontariat, ce qui peut représenter un biais de sélection.

Par ailleurs, les conditions sanitaires actuelles nous ont obligé à réaliser la majorité des entretiens par téléphone, ce qui représente un frein important à la fluidité des échanges. Cela a eu un impact sur la durée des entretiens qui ont été plus courts, d'une moyenne de 20 minutes, et ne nous a pas permis de mettre en évidence le comportement non-verbal des sages-femmes.

En revanche, les deux entretiens en présentiel ont été plus riches et bien plus interactifs.

De plus, les entretiens n'ont pas été « programmés » sur rendez-vous mais se faisaient à la dernière minute lorsque nos deux emplois du temps étaient compatibles.

2.2. Synthèse de l'étude et lien avec la littérature

Selon le CNGOF, chez une adolescente, cette première consultation dédiée permet de développer des compétences d'éducation à la sexualité et des conseils sur la contraception de manière à éviter la survenue d'une grossesse non désirée (5).

Cette consultation est un réel moment d'écoute, d'échange et de dialogue entre la patiente et le professionnel de santé qui amène la patiente dans une relation de confiance instaurée par les professionnels de santé qui se présentent, invitent la patiente à s'installer et s'exprimer sur sa venue puis l'informent du déroulement de la consultation.

Cette consultation est individuelle. Comme le recommande fortement l'HAS, elle permet d'assurer la confidentialité de la consultation et de préserver l'intimité de la femme (8).

Durant cette consultation, les sages-femmes s'appuient sur la méthode BERCER et évaluent les attentes et besoins de la femme en termes de contraception telles que les connaissances sur l'anatomie et les méthodes contraceptives. Elles évoquent l'utilisation d'une contraception antérieure et rassurent la femme sur ses inquiétudes. Elles interrogent la patiente sur son mode de vie et évaluent la présence d'un comportement à risque, tout en prenant compte les antécédents personnels, médicaux, chirurgicaux, gynécologiques et obstétricaux de la patiente ainsi que ses vaccinations. Elles évaluent également la possibilité de violence au sein de la famille ou du couple de la patiente. C'est tout ce que l'HAS préconise lors d'une première consultation de contraception (8).

Comme l'annonce le CNGOF, « lors d'une première consultation de contraception, la femme doit bénéficier d'une consultation dédiée à ce sujet » (5). Aucun examen médical ne devrait donc être envisagé. Cette consultation doit être un moment d'échange et de dialogue centré sur le choix d'une contraception. Cependant, pour la prescription d'une méthode hormonale, il est important de recueillir les critères tels que l'HTA et l'IMC qui sont nécessaires au vu de repérer de potentiels facteurs de risque (9). Il est donc important que les sages-femmes s'assurent de leur normalité avant toute instauration de contraception hormonale.

De même l'HAS informe que lorsque la pose d'un DIU est envisagée, un examen gynécologique, avec un toucher vaginal bimanuel, doit être effectué, afin d'évaluer la taille, la forme et l'orientation de l'utérus (10). De plus, cet examen est le moment idéal pour réaliser un prélèvement vaginal à la recherche de *Chlamydia trachomatis* et *N. gonorrhoea*, recommandé également par l'HAS avant la pose d'un DIU et en présence de facteur de risque d'IST (partenaires multiples, rapports sexuels à

risque, patientes ayant moins de 25 ans) (8). Cet examen peut être complété par la réalisation d'un frottis cervico-utérin pour les femmes à partir de 25 ans dans le cadre de la prévention du cancer du col de l'utérus (9).

La disparité est également observée pour l'examen mammaire. En réalité, l'HAS recommande qu'il soit réalisé annuellement par un professionnel de santé, chez toute femme à partir de l'âge de 25 ans (11) et l'autopalpation peut être enseignée par la sage-femme au cours de cette consultation.

Les explications données sur les différentes méthodes contraceptives, dépendant des habitudes de la sage-femme, les professionnelles orientent majoritairement la femme vers une pilule, un stérilet ou un implant. Comme l'énonce l'HAS, lors d'une consultation de contraception, les femmes doivent être informées de toutes les contraceptions disponibles, y compris les méthodes de longue durée d'action (10). Il doit être fourni à la femme une contraception la plus acceptable pour elle, en l'absence de contre-indication.

Cependant, il existe des exceptions. Les contraceptions présentées tiennent aussi compte de la l'âge de la femme, plus la patiente est âgée, moins la fertilité est importante et plus les facteurs de risque vasculaires sont à prendre en compte (8).

Ainsi :

- Avant 35 ans : les contre-indications sont celles référées à chaque contraception
- Après 35 ans : la substitution d'une contraception oestroprogestative par une contraception progestative ou une autre méthode est recommandée.

L'usage d'un support d'aide à la décision, tel que du matériel fictif, a fait ses preuves. Cette utilisation permet une meilleure compréhension des moyens contraceptifs et faciliterait le choix de la femme concernant sa contraception. L'apport d'une fiche informative ou d'un site internet à la patiente, à la suite de la consultation, a permis de montrer une amélioration de l'observance de la contraception dans le temps et une meilleure connaissance de celle-ci (5).

Les informations apportées lors d'une première consultation de contraception portent sur l'information des différentes méthodes contraceptives ainsi que leur mode d'emploi, leur efficacité, leurs contre-indications, leurs avantages et inconvénients et leur procédure d'instauration.

Si la contraception s'oriente vers une pilule, les sages-femmes abordent les différentes modalités : quand la débiter, gérer la continuité ou l'arrêt entre les plaquettes et quels sont les effets secondaires potentiels. Les sages-femmes renseignent sur la conduite à tenir en cas d'oubli de contraception et abordent l'utilisation de la contraception d'urgence et des préservatifs. Trop peu de femmes connaissent les conduites à tenir adaptées lors d'un retard dans la prise ou lors d'un oubli de contraception. Il est donc indispensable que ces renseignements soient notés sur l'ordonnance, que les patientes sachent où trouver ces informations ou qu'elles s'orientent vers un autre moyen de contraception, si celui-ci leur semble trop contraignant.

Lorsqu'une contraception orale est souhaitée par la patiente, l'HAS recommande de fournir des conseils sur une prise en routine (10). La sage-femme doit reprendre avec la femme à quel moment et quelle heure de la journée la prise du comprimé serait la plus adaptée pour elle. De plus, la réalisation d'un test de compréhension notamment pour la conduite à tenir en cas d'oubli, permet de donner à la patiente une place d'actrice dans sa contraception.

Dans le cas où le choix s'oriente vers un stérilet ou un implant, le déroulement de la pose ainsi que les effets secondaires potentiels seront alors énoncés.

En réalité, les recommandations sont très brèves sur les informations à apporter lors d'une première consultation de contraception. Selon le CNGOF, les thèmes principaux à aborder lors d'une première consultation de contraception sont : l'efficacité, les risques, le coût et le remboursement, la durée d'action et l'aspect pratique. Il est également recommandé d'expliquer les effets indésirables/secondaires probables de la contraception choisie par la femme, car ils permettent une meilleure persistance contraceptive (5).

Le choix se fait par la femme elle-même, guidée par la sage-femme et fait suite aux renseignements donnés. Il existe différentes méthodes pour orienter au mieux la femme dans le choix de sa contraception, comme par exemple en lui posant des questions sur son éventuel désir de grossesse actuel. Ces méthodes sont propres à chaque sage-femme et à leur habitude de travail, les réponses apportées permettent de guider la sage-femme sur la contraception que la patiente souhaite, celle qui sera le plus adaptée à ses besoins.

La méthode contraceptive choisie évolue au cours de la vie d'une femme. Il est donc nécessaire de réévaluer régulièrement la pertinence de la contraception.

A l'issue de cette première consultation, la pilule est prescrite en 1^{ère} intention. Ceci peut être expliqué par le fait que les jeunes femmes ne souhaitent pas avoir « *un corps étranger* » en elle, ce qui mène les sages-femmes à les orienter vers la pilule ou les préservatifs, ceux-ci étant une méthode contraceptive relativement peu efficace dans leur utilisation courante.

Et si la pilule ne convient pas à la femme, les sages-femmes l'orientent vers une autre méthode de contraception avec une efficacité sur du long terme, tel que le stérilet. C'est ce que le CNGOF recommande. Il préconise que le DIU ou l'implant, non contre-indiqués chez une adolescente ou chez une nullipare, soient d'autant plus prescrits car ils ont une efficacité plus importante que la pilule (5) ou les préservatifs.

Une étude menée en 2018 par *Statista Research Department*, en France avec des entretiens auprès de 1 084 femmes entre 15 et 49 ans corrobore ces propos. Il en découle que la pilule reste la méthode la plus utilisée et elle représente 32% des utilisatrices, devant les DIU (25%) et les préservatifs (16%) (12). Selon le même auteur, en 2021, la pilule constitue toujours la première méthode contraceptive (13).

Cependant, les sages-femmes ne se précipitent pas à prescrire une contraception dès la première consultation, elles laissent parfois un temps de réflexion à la patiente et la revoient quelques semaines plus tard. Le temps de réflexion peut permettre une meilleure adhésion à la méthode qui va être choisie. Dans ce cas, les sages-femmes prescrivent des préservatifs en attendant la prochaine consultation, ce qui permet d'éviter une éventuelle grossesse. L'HAS recommande que les professionnels de santé fournissent une méthode contraceptive, même transitoire, à la patiente dès la première consultation (10).

Dans la majorité des cas, les sages-femmes prescrivent la contraception orale pour 3 mois. L'HAS informe sur le fait qu'une contraception orale peut être délivrée pour 3 mois et prescrite pour une durée de 12 mois (14). Il serait donc intéressant de prescrire la contraception pour 3 mois si l'opportunité de revoir la femme est possible, sinon prescrire la contraception pour 12 mois, en informant la patiente de revenir vers un professionnel de santé si la contraception ne lui convient plus ou, si tout va bien, la patiente revient au bout d'un an pour le suivi gynécologique annuel et la contraception sera réévaluée lors de cette consultation.

Cependant, dans la méthode BERCER, le R signifie « retour » et celui-ci permet de faire le point autour de la contraception. Ce retour est essentiel, l'HAS préconise de réaliser une consultation de suivi à 3 mois, quelle que soit la contraception choisie, et celle-ci doit être l'opportunité d'évoquer les problèmes d'observance, d'évaluer la satisfaction de la méthode contraceptive et de réorienter le choix initial si nécessaire. Lors de la pose d'un DIU, il est recommandé de revoir la patiente 1 à 3 mois après

la pose, en dehors des problèmes observés par la patiente, l'objectif est de s'assurer de la bonne tolérance et la bonne position du DIU, vérifier qu'il n'a pas été expulsé et que sa pose n'a pas engendré d'inflammation pelvienne. Un suivi gynécologique est ensuite conseillé une fois par an (10).

Ce retour est également le moment pour faire le point sur les bilans qui ont été prescrits durant la consultation précédente.

La prescription des sages-femmes est très souvent fonction de leurs habitudes, certaines sages-femmes ont des préférences pour certaines contraceptions plutôt que d'autres. C'est une question d'habitude dans leur pratique. Notamment, une préférence pour Optilova20® plutôt que Leeloo® car cette pilule présente des comprimés placebos et cela semble plus pratique que de réaliser une semaine d'arrêt, en général la reprise de la prochaine plaquette ne se fait jamais au bon moment et un risque de grossesse est accru. Ou une préférence pour Mona Lisa®, quand le choix s'oriente vers le stérilet au cuivre, et Mirena® pour le stérilet hormonal et cela est uniquement lié aux habitudes de la sage-femme dans ses gestes techniques.

Les seules recommandations sur le choix du modèle du contraceptif reposent sur le fait que les stérilets au cuivre short conviennent aux patientes dont la hauteur de la cavité utérine est inférieure à 7 cm et qu'au-delà de cette mesure, l'utilisation d'un stérilet au cuivre standard est possible (15). Pour ce qui concerne la prescription de pilule, il est préférable de prescrire en première intention des pilules de 1^{ère} et 2^{nde} génération en cas de contraception orale oestroprogestative (5).

Plusieurs facteurs influencent les sages-femmes sur la contraception de la femme, notamment l'âge, le niveau socio-économique, les conditions de vie et la parité de la patiente.

Nombreuses sont les sages-femmes qui mènent leur consultation et orientent le choix de la contraception selon l'âge de la patiente, notamment sur la réalisation des examens mais également sur la prescription.

Lors de cette consultation dédiée à la contraception, l'utilisation de planche anatomique, notamment chez les jeunes femmes mineures, pour expliquer les cycles naturels permet de leur faire prendre conscience de l'effet de la contraception sur leur corps. Ceci peut avoir un réel effet positif sur l'orientation du choix de la femme. L'anatomie est méconnue par les femmes elles-mêmes.

Jusqu'alors, la première consultation de contraception chez les mineures se prénomme la CCP. Il s'agit d'une première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles. Cette première consultation s'inscrit dans un nouveau dispositif mis en place le 1^{er} novembre 2017 pour les médecins, (16) elle est étendue, après signature d'un nouvel accord entre

l'Assurance Maladie et le Conseil National de l'Ordre des sages-femmes, aux sages-femmes pour des missions de prévention notamment la CCP depuis le 30 mai 2018, mis en application à partir de janvier 2019 (17).

D'après le Journal Officiel de la République française du 17 février 2022, et selon l'article 14.8 – « Cette consultation à fort enjeu de santé publique est réservée, dès à présent, aux jeunes de moins de 26 ans [...] Cette consultation permet d'aborder des sujets relatifs à la santé sexuelle et reproductive dans une approche globale (prévention et promotion, contraception, vaccination, dépistage et traitement des IST, repérage des situations de violences et/ou discrimination en rapport avec la vie sexuelle). Lors de cette consultation, le médecin ou la sage-femme donne en particulier des informations sur les méthodes contraceptives et sur les IST. Le professionnel de santé conseille, prescrit et explique l'emploi de la méthode choisie, et ses éventuelles interactions médicamenteuses. Cette consultation peut être réalisée par une sage-femme uniquement pour les jeunes femmes de moins de 26 ans. [...] » (18).

Il est donc aussi intéressant de s'interroger sur les droits de prescription d'une sage-femme concernant le dépistage des IST chez le conjoint. Cependant, selon l'article L. 4154-4 du code de la santé publique, il est autorisé à la sage-femme de prescrire, à la fois pour leur patiente et leur partenaire, le dépistage d'infections sexuellement transmissibles ainsi que les traitements des IST (19).

En ce qui concerne les préservatifs, ils sont majoritairement prescrits selon l'âge de la patiente, et plus particulièrement chez les mineures. Ils ont pour rôle de la protéger d'une éventuelle grossesse lors de la première semaine de prise du contraceptif mais surtout, de protéger contre les IST. Comme l'énonce l'HAS, la seule méthode efficace pour se protéger des IST est le préservatif (masculin ou féminin), celui-ci doit être utilisé systématiquement en plus de la pilule tant qu'il n'existe pas de partenaire régulier et qu'un dépistage n'a pas été effectué (14). Dans le cadre de la prévention des IST, il serait intéressant de prescrire en systématique les préservatifs de la marque Eden® ou Sortez-couvert® qui sont remboursés depuis le 10 décembre 2018 (20).

Certaines méthodes contraceptives, notamment celles qui ne sont pas remboursées, ne sont parfois pas proposées par les sages-femmes car leur coût peut représenter un frein important.

Le CNGOF réfute cette idée, il énonce qu'en dehors de toute contre-indication, aucune contraception ne doit être proposée plus particulièrement qu'une autre. Il est recommandé de présenter l'ensemble des moyens contraceptifs. Il est indispensable d'informer, objectivement, sur les différentes méthodes contraceptives qui existent afin que la patiente puisse effectuer un réel choix sur sa future contraception (5). Il est donc intéressant de présenter toutes les méthodes contraceptives, sans

omettre les capes cervicales, patchs et anneaux, non remboursés à l'heure actuelle. La sage-femme est chargée d'informer la patiente sur le taux de remboursement de chaque contraception.

De plus, de nouvelles perspectives apparaissent, selon le décret officiel sorti le 23/02/2022 concernant « les frais relatifs à la contraception et à la prévention ». Il précise que la contraception est gratuite pour toutes les assurées âgées de moins de 26 ans (21).

IV- Conclusion

La réalisation de onze entretiens auprès de sages-femmes nous a permis de mieux comprendre comment elles orientaient le choix des femmes vis-à-vis de leur contraception, et pourquoi elles procédaient ainsi.

La première consultation de contraception s'appuie sur la méthode de BERCER définie par l'OMS. C'est une consultation uniquement dédiée à la contraception.

Les sages-femmes orientent les femmes vis-à-vis de leur contraception en réalisant un entretien complet, qui va leur permettre de cibler les contraceptifs adaptés pour elles en fonction de leur efficacité, leur coût et remboursement, leur facilité d'utilisation, ... c'est notamment le reflet de la méthode BERCER.

Le choix d'une contraception reste délicat, car il doit prendre en compte plusieurs facteurs, tel que l'âge, les habitudes de vie, les besoins et les antécédents de la personne concernée. Chaque contraception doit être adaptée à chaque femme et choisie avec elle. La sage-femme, en tant que professionnel de santé, a un rôle majeur dans l'accompagnement vers ce choix optimal, en donnant les éléments et informations claires et adaptées sur tous les différents moyens de contraceptions qui existent.

Le choix final appartient toujours à la femme. Il est aiguillé par la professionnelle qui oriente la patiente en fonction de ses habitudes de pratique et de son expérience, tant sur le plan de la prescription que sur l'utilisation du matériel.

Il faut cependant bien prendre en compte l'efficacité, l'observance et l'acceptabilité du contraceptif qui sont des éléments clés afin d'orienter au mieux la femme sur le choix de sa contraception. En pratique, les risques d'échec contraceptif résultent, soit de l'absence d'utilisation de méthode régulière, soit de la non-observance de la méthode utilisée. De ce point de vue, les sages-femmes consultées respectent bien les préconisations du CNGOF et de l'OMS.

Cependant, on pourrait envisager la contraception comme une « affaire de couple » et pas seulement une « affaire de femme ». Impliquer le partenaire régulier dans le choix et l'observance d'un moyen contraceptif permettrait sans doute de réduire les échecs de contraception et donc de prévenir des grossesses non désirées. Cette implication conduirait à revoir le mode de consultation et à élargir les préconisations à la contraception masculine, non présentée à ce jour. La sage-femme qui recevrait un couple en première consultation de contraception aurait ainsi l'occasion d'informer de façon plus large sur l'ensemble des méthodes disponibles ainsi que la prévention des IST.

Encore faudrait-il que la consultation puisse être allongée et revalorisée.

En complément de notre problématique principale, il aurait été intéressant de s'interroger également sur la place inconsciente de la contraception personnelle de la sage-femme lors de ses préconisations pour l'orientation du choix de sa patiente. Cependant, nous n'avons pas abordé ce point lors de nos entretiens.

Références bibliographiques

1. Légifrance. Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique [Internet]. Code de la santé publique déc 28, 1967. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000880754/>
2. Santé Publique France. Baromètre santé 2016 Contraception [Internet]. 2017 [cité 16 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/barometre-sante-2016-contraception>
3. Ameli, Assurance Maladie. Efficacité des moyens contraceptifs [Internet]. 2019 [cité 16 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs>
4. Céline JUSSEAU, Sage-femme. La contraception. Cours magistral présenté à; 2020 déc 17; Site formation maïeutique de Bourg-en-Bresse.
5. CNGOF. Recommandations pour la bonne pratique [Internet]. 2018 [cité 25 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique?folder=RPC%2BCOLLEGE%252F2018>
6. C. Dupont, L. GAUCHER. Document Guide Mémoire - Site formation maïeutique de Bourg en Bresse. 2021.
7. Formagyn. Contraception [Internet]. 2018 [cité 4 févr 2022]. Disponible sur: <https://formagyn.fr/>
8. HAS. Contraception chez la femme adulte et l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG) [Internet]. 2013 [cité 15 juill 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraceptionadulte-procreer-060215.pdf
9. HAS. Contraception : consultations initiale et de suivi. Contraception : de la consultation dédiée au suivi. [Internet] 2020. [cité 23 sept 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3122291/fr/contraception-consultations-initiale-et-de-suivi
10. HAS. Contraception chez l'homme et chez la femme. [Internet] 2019. [Cité le 04 fev 2022]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf.
11. HAS. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2014 [cité 22 févr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage
12. Statista Research Department. Méthodes de contraception des Françaises de 15 à 49 ans en 2018 [Internet]. [cité 16 oct 2021]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/507653/repartition-methodes-contraception-femmes-france/>
13. Statista Research Department. La contraception en France - Faits et Chiffres [Internet]. Statista. 2021 [cité 11 févr 2022]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/themes/2750/les-francais-et-la-contraception/>

14. HAS. Contraception hormonale orale : dispensation en officine. [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2019 [cité 22 févr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/icms/c_1720982/fr/contraception-hormonale-orale-dispensation-en-officine
15. VIDAL. CCD NT380 SHORT disp IU - Parapharmacie [Internet]. VIDAL. 2021 [cité 26 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/parapharmacie/ccd-nt380-short-disp-iu-72627.html>
16. legeneraliste.fr. LA PREMIERE CONSULTATION DE CONTRACEPTION [Internet]. 2018 [cité 15 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.legeneraliste.fr/actu-medicale/la-premiere-consultation-de-contraception>
17. Conseil national de l'Ordre des Sages-Femmes. Signature d'un nouvel accord avec la profession des sages-femmes [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. 2018 [cité 15 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/>
18. Legifrance. Décision du 13 janvier 2022 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie. [Acte Juridique] [Cité le 02 mars 2022].
19. Senat. Proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification [Internet]. 2022 [cité 22 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/l20-356/l20-3568.html>
20. VIDAL. EDEN : premier préservatif masculin remboursé à compter du 10 décembre 2018 [Internet]. VIDAL. 2018 [cité 26 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/22976-eden-premier-preservatif-masculin-rembourse-a-compter-du-10-decembre-2018.html>
21. legifrance. Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0049 du 27/02/2022 [Internet]. 2022 [cité 2 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=67e3PrXr3m6xweOBBKXMavcuJ3fK3PM-hHtLjrgMnXk=>
22. Santé Planète GM&. Stérilet, implant, diaphragme, patch... les femmes ont le choix [Internet]. Stérilet, implant, diaphragme, patch... les femmes ont le choix - Planete sante. 2017 [cité 16 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.planetesante.ch/Magazine/Gynecologie/Pilule-contraceptive/Sterilet-implant-diaphragme-patch-les-femmes-ont-le-choix>

ANNEXES

Annexe n°1 : trame des entretiens

ENTRETIENS

Annoncer que le respect de l'anonymat est respecté.

Demander s'il est possible d'enregistrer l'entretien pour faciliter la retranscription et que cet enregistrement sera effacé dès que celle-ci sera faite.

Données traitées :

- Secteur d'activité
- Année d'obtention du diplôme d'Etat de Sage-Femme
- Formations ou DU complémentaires
- Durée de l'exercice des consultations

(Thème : « **La première consultation de contraception** »)

Entretien :

« Racontez-moi la dernière fois que vous avez reçu une femme pour une 1^{ère} consultation de contraception ».

Questions de relance :

- Sur quels critères vous basez-vous pour orienter le choix de la femme pour le choix de sa contraception ?
- Si la patiente arrive avec une idée de contraception, que dites-lui vous ?
- Quelles informations apportez-vous à la patiente durant la consultation ?
- Qu'apportez-vous comme informations sur le choix contraceptif retenu ?
- Que prescrivez-vous sur l'ordonnance ?
- Que faites-vous lorsqu'une mineure ou une jeune femme consulte avec un accompagnant ?

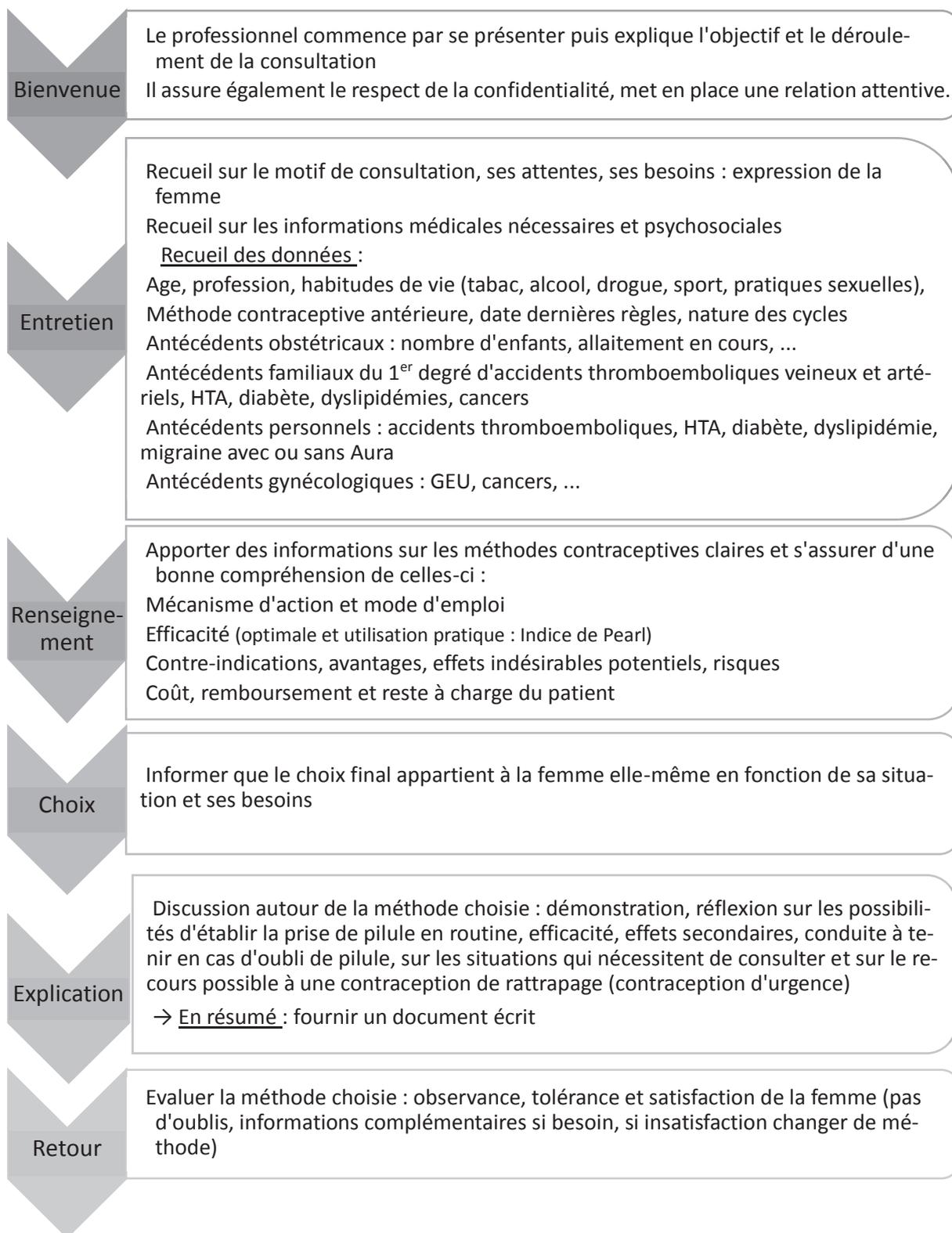
But :

- Comprendre comment et pourquoi les sages-femmes orientent le choix des femmes vis-à-vis de leur contraception
- Evaluer les critères sur lesquels les sages-femmes s'appuient pour orienter la prise de contraception
- Evaluer les informations dispensées par les sages-femmes

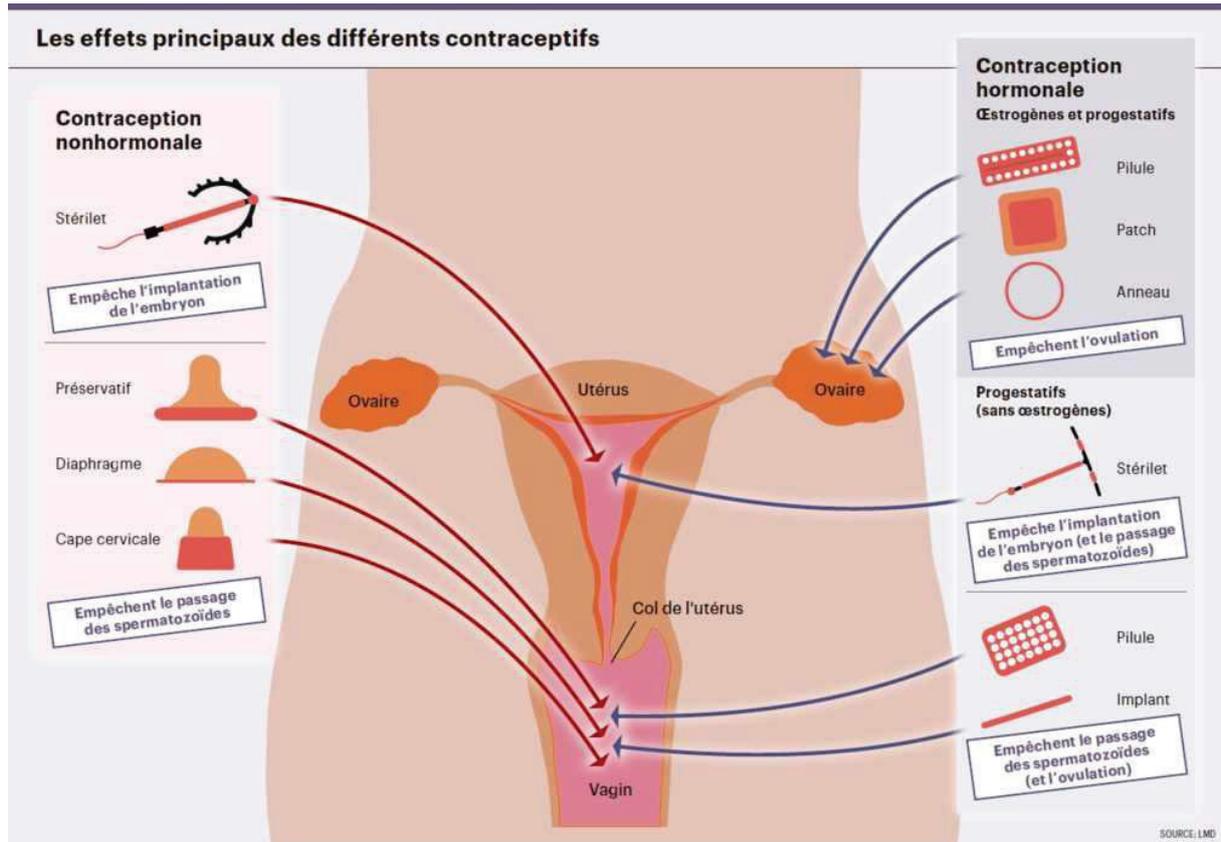
Retombées attendues :

- Identifier la méthode utilisée par les sages-femmes lors de cette première consultation de contraception, identifier les éléments utilisés pour orienter les femmes vis-à-vis de leur choix de contraception ainsi que des éléments apportés à ce sujet.
- Faire référence aux recommandations énoncées par le CNGOF sur les différents thèmes abordés au cours d'une première consultation de contraception.

Annexe n° 2 : Déroulement de la méthode BERCER selon l'OMS



Annexe n°3 : Les effets principaux des différents contraceptifs (22)



Annexe n°4 : Indice de Pearl de l’HAS

Efficacité des méthodes contraceptives selon l’OMS 2011 (1)

Méthode de planification familiale	Taux de grossesses de la première année		Taux de grossesses sur 12 mois
	Utilisation correcte et régulière	Telle qu'utilisée couramment	Telle qu'utilisée couramment
Implants	0,05	0,05	
Vasectomie	0,1	0,15	
DIU au lévonorgestrel	0,2	0,2	
Stérilisation féminine	0,5	0,5	
DIU au cuivre	0,6	0,8	2
MAMA (pendant 6 mois)	0,9	2	
Injectables mensuels	0,05	3	
Injectables progestatifs	0,3	3	2
Contraceptifs oraux combinés	0,3	8	7
Pilules progestatives	0,3	8	
Patch combiné	0,3	8	
Anneau vaginal combiné	0,3	8	
Préservatifs masculins	2	15	10
Méthode d'ovulation	3		
Méthodes des Deux Jours	4		
Méthode des Jours Fixes	5		
Diaphragmes avec spermicides	6	16	
Préservatifs féminins	5	21	
Autres méthodes de connaissance de la fécondité		25	24
Retrait	4	27	21
Spermicides	18	29	
Capes cervicales	26*, 9**	32*, 16**	
Pas de méthode	85	85	85

* Taux de grossesses pour les femmes qui ont accouché.

** Taux de grossesses pour les femmes qui n'ont jamais accouché.

Clé :

0-0,9	1-9	10-25	26-32
Très efficace	Efficace	Modérément efficace	Moins efficace





PROTOCOLE DE RECHERCHE

Résultat de l'enquête exploratoire

Etude qualitative



Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Faculté de médecine et de maïeutique Charles Mé-
rieux
Site Bourg en Bresse

Auteur : BOUYER Léa

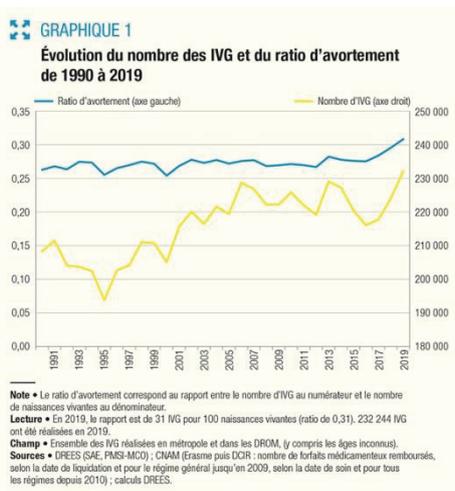
Directeur de recherche : Céline JUSSEAU

Titre provisoire : La première consultation de contraception

CONSTAT/JUSTIFICATION / CONTEXTE : POURQUOI ON FAIT CE MEMOIRE ?

- ½ des françaises utilisent la pilule comme moyen contraceptif
- 21% des femmes oublient leur pilule au moins une fois par mois
- 155 millions de femmes en âge de procréer n'utilisent aucun moyen de contraception dans le monde (1)

En 2019, 232 200 IVG ont été réalisées en France, le taux s'élève donc à 15,6 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49ans. Les femmes de 20 à 29ans restent les plus concernées avec un taux s'élevant à 27,9 IVG pour 1000 femmes en France (3). Ce taux reste le plus élevé depuis 1990.



Selon les recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), les principaux thèmes à aborder lors d'une consultation en contraception concernent l'efficacité, les risques, le coût, la durée d'action et l'aspect pratique ; il est éventuellement recommandé d'expliquer les éventuels effets indésirables de la contraception choisie par la femme (2).

J'ai pu observer au cours de mes stages, mais également au travers de mon expérience personnelle que les sages-femmes n'utilisaient pas toutes la même méthode et le même déroulé au cours d'une première consultation de contraception.

OBJECTIFS

Principal : comprendre comment et pourquoi les sages-femmes orientent le choix des femmes vis-à-vis de leur contraception

Secondaire : tous les moyens de contraceptions ne sont pas abordés lors d'une première consultation de contraception, majoritairement, le choix contraceptif s'oriente vers la pilule.

METHODOLOGIE / SCHEMA DE LA RECHERCHE

Entretien semi-dirigé jusqu'à saturation de nouvelles données. Avec des entretiens d'une heure (détaillés).

TRAME D'ENTRETIEN

« *Racontez-moi la dernière fois que vous avez reçu une femme pour une 1^{ère} consultation de contraception* ».

- Sur quels critères vous basez-vous ?
- Si la patiente arrive avec une idée de contraception, que dites-lui vous ?
- Quelles informations apportez-vous à la patiente durant la consultation ?
- Qu'apportez-vous comme informations sur le choix contraceptif retenu ?
- Que prescrivez-vous sur l'ordonnance ?
- Que faites-vous lorsqu'une mineure ou une jeune femme consulte avec un accompagnant ?

POPULATION CIBLE

Sage-femme pratiquant la première consultation de contraception chez une femme en âge de procréer, en demande de contraception.

CRITERES D'INCLUSION

Les sages-femmes exerçant, et effectuant les consultations de première contraception.

CRITERES DE NON-INCLUSION

Les sages-femmes pratiquant des consultations de contraception hormis la première.
Les sages-femmes n'exerçant pas de consultations.

CRITERES DE SORTIE D'ETUDE

Les sages-femmes n'ayant pas réalisé de première consultation de contraception depuis plus d'un an.

NOMBRE DE SUJETS NECESSAIRES

Une dizaine de sages-femmes (sages-femmes libérales, hospitalières, exerçant au CPEF (Centre de Planification et d'Education Familiale)

DUREE DE L'ETUDE

4 mois

LIEU DE LA RECHERCHE

- Romans sur Isère
- Valence
- Tournon sur Rhône
- Die

RETOMBÉES ATTENDUES

- Identifier la méthode utilisée par les sages-femmes lors de cette première consultation de contraception, identifier les éléments utilisés pour orienter les femmes vis-à-vis de leur choix de contraception ainsi que des éléments apportés à ce sujet.
- Faire référence aux recommandations énoncées par le CNGOF sur les différents thèmes abordés au cours d'une première consultation de contraception.

Aspects éthiques et réglementaires

Consentement libre et éclairé des sages-femmes interrogées

Références bibliographiques

1. Planning familial [Internet] / contraception. [Cité 25 sept 2020]. Disponible sur : <https://www.planning-familial.org/fr/contraception-101>
2. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français [Internet] /Paris. [Cité 25 sept 2020]. Page 15. Disponible sur : <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique?folder=RPC%2BCOLLEGE%252F2018>
3. Etudes & Résultats [Internet]. DRESS [consulté le 11/11/2020]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/interruptions-volontaires-de-grossesse-une-hausse-confirmee-en-2019>

Calendrier prévisionnel :

- Juin 2020 à Septembre : recherches autour du thème « la contraception et l'IVG chez les mineures »
- Octobre 2020 : Choix de sujet de mémoire
- D'octobre 2020 à février 2021 : réalisation du Synopsis et poursuite des recherches
- Mars 2021 : validation du Synopsis et envoi du dossier d'autorisation (fiche d'informations préalables et registre des traitements de recherche)
- Juin 2021 : Réalisation de la trame des entretiens et recherche des sages-femmes à interroger
- Juillet 2021 : validation de la trame des entretiens
- Juillet 2021 : début du recrutement des sages-femmes
- Août 2021 : début des entretiens et réajustement de la trame
- Octobre 2021 : fin des entretiens

Mots clés : contraception, première consultation contraception, sage-femme et contraception

Annexe n°6 : Courriel à l'intention des sages-femmes

Bonjour,

Je suis Léa BOUYER, étudiante sage-femme en 5ème année à l'école de Bourg en Bresse.

Dans le cadre de la recherche pour la réalisation de mon mémoire de fin d'étude, Je souhaiterais m'entretenir avec vous afin d'échanger autour du thème "**La contraception**". Cette recherche se présente sous forme d'un entretien qui durera environ 1 heure. Je m'engage, bien évidemment, à un respect total de l'anonymat.

Je vous laisse mes coordonnées, lea.bouyer@etu.univ-lyon1.fr, afin que nous puissions trouver un créneau qui vous convienne (date limite au 15 octobre 2021, si possible).

Votre participation m'est indispensable pour la bonne réalisation de cette étude et je vous remercie par avance de l'attention que vous porterez à ma demande.

Ci-joint une fiche d'information préalable au traitement des données.

Je reste à votre disposition,
Cordialement,
BOUYER Léa

<u>Auteur</u> : BOUYER Léa	Diplôme d'Etat de Sage-Femme
<u>Titre</u> : La première consultation de contraception	
Résumé	
<p>La première consultation de contraception est le moment idéal pour prendre en charge la femme dans sa globalité, faire un point sur son équilibre et ainsi l'orienter au mieux vers une contraception qui sera la plus adaptée pour elle.</p> <p>Nous avons cherché à comprendre comment les sages-femmes orientaient le choix des femmes vis-à-vis de leur contraception, et pourquoi elles agissaient ainsi.</p> <p>Il s'agit d'une étude qualitative, réalisée à l'aide d'entretiens semi-dirigés, auprès de onze sages-femmes exerçant la première consultation de contraception.</p> <p>Les sages-femmes ont un rôle primordial dans l'orientation du choix de la femme en lui fournissant des informations claires sur l'ensemble des moyens contraceptifs disponibles. L'orientation est réalisée grâce à une consultation dédiée à la contraception, basée sur la méthode BERCER. L'âge, le contexte de vie de la patiente, le coût et le taux de remboursement des contraceptions amènent les professionnelles à cibler les méthodes contraceptives qui lui sont appropriées. Le CNGOF recommande que l'ensemble des moyens de contraception soit proposé à la femme, en l'absence de toute contre-indication.</p> <p>Le principal critère intervenant dans l'orientation de la femme pour sa future contraception semble être lié aux habitudes de pratique des sages-femmes. Cependant, il serait intéressant de réaliser cette consultation en couple et d'aborder la contraception masculine, ce qui impliquerait le conjoint dans l'observance de la contraception. Nous pourrions également nous interroger sur l'influence de la contraception utilisée par les sages-femmes elles-mêmes sur l'orientation du choix de la femme vis-à-vis de sa contraception ?</p>	
<u>Mots clés</u> : contraception, première consultation de contraception, sage-femme et contraception	

<u>Titre</u> : The first contraceptive consultation	
Abstract	
<p>The first contraceptive consultation is the ideal time to take charge of the woman as a whole, to take stock of her balance and to guide her towards the contraception that is best suited to her.</p> <p>We sought to understand how midwives guided women's contraceptive choices and why they did so.</p> <p>This is a qualitative study, using semi-structured interviews eleven midwives practicing the first contraceptive consultation.</p> <p>Midwives play a key rôle in guiding women's choices by providing clear information on all available contraceptive methods. The orientation is achieved through a consultation dedicated to contraception, based on the BERCER method. The age, life situation of the patient, cost and reimbursement rate of contraceptives lead professionals to target appropriate contraceptive methods. CNGOF recommends that all contraceptive methods be offered to the woman, in the absence of any contraindication.</p> <p>The main criterion for referring women for future contraception appears to be related to the practice patterns of midwives. However, it would be interesting to conduct this consultation as a couple and to discuss male contraception, which would involve the partner in contraceptive compliance. We could also wonder about the influence of the contraception used by the midwives themselves on the orientation of the woman's choix of contraception ?</p>	
<u>Key words</u> : contraception, first contraceptive consultation, midwife and contraception	