



HAL
open science

Analyse des pratiques professionnelles des sages-femmes libérales lors de la première consultation de prescription de contraception en Moselle et en Meurthe et Moselle : étude portant sur 81 sages-femmes libérales réalisant la consultation contraception en Moselle et en Meurthe-et-Moselle du 22 Novembre 2017 au 21 février 2018

Marie Lamblin

► **To cite this version:**

Marie Lamblin. Analyse des pratiques professionnelles des sages-femmes libérales lors de la première consultation de prescription de contraception en Moselle et en Meurthe et Moselle : étude portant sur 81 sages-femmes libérales réalisant la consultation contraception en Moselle et en Meurthe-et-Moselle du 22 Novembre 2017 au 21 février 2018. Médecine humaine et pathologie. 2018. hal-03870406

HAL Id: hal-03870406

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870406v1>

Submitted on 24 Nov 2022

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE DE LORRAINE
Ecole de Sages-Femmes de Metz

**Analyse des pratiques professionnelles des sages-femmes libérales lors de
la première consultation de prescription de contraception en Moselle et
en Meurthe et Moselle.**

Etude portant sur 81 sages-femmes libérales réalisant la consultation contraception en
Moselle et en Meurthe-et-Moselle du 22 Novembre 2017 au 21 février 2018.

Mémoire présenté et soutenu par
Marie Lamblin

Directrice de mémoire : Joëlle Mangeot - Cadre sage-femme enseignante
Experte : Louise-Marie Rochefort – Sage-femme

Promotion 2014-2018

REMERCIEMENTS

En préambule de ce mémoire, je tiens à remercier tout particulièrement :

- Madame Joëlle MANGEOT, cadre sage-femme enseignante, directrice de ce mémoire, pour ses nombreux conseils, son soutien et sa patience.

- Madame Louise-Marie ROCHEFORT, sage-femme, d'avoir accepté d'être mon experte de mémoire. Merci pour ses précieux conseils et nombreuses relectures.

- Mes parents, pour le soutien qu'ils m'apportent depuis toujours.

- Ma famille, en particulier les enfants pour la joie qu'ils m'apportent chaque jour.

- Mes amis, pour leur soutien et leur présence.

- Mes camarades de promotions, qui ont toujours fait en sorte que l'on soit soudés et présents les uns pour les autres, et en particulier pour tous ces moments passés à rire ensemble...

- Merci à Fabien Vitu pour sa lecture de dernière minute !

SIGLAIRE

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

MAMA : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

IMC : Indice de Masse Corporelle

IST : Infection Sexuellement Transmissible

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

DIU : Dispositif Intra-Utérin

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
SIGLAIRE	3
SOMMAIRE	4
INTRODUCTION	5
PARTIE 1	7
1) La contraception – Généralités	8
1.1. Historique	8
1.2. La contraception aujourd’hui	10
2) La place de la sage-femme dans la consultation de prescription de contraception	12
3) La méthode BERCER	14
PARTIE 2	16
1) Méthodologie	17
2) Présentation des résultats	20
2.1. Description de la population interrogée	20
2.1.1. Année d’obtention du diplôme	20
2.1.2. Parcours professionnel	20
2.1.3. Taux de consultations gynécologiques	20
2.1.4. Formations diplômantes	21
2.2. Déroulement de la première séance de prescription de contraception	21
2.3. Informations délivrées aux patientes	23
PARTIE 3	26
1) Rappel des résultats principaux	27
1.1. Description	27
1.2. Les contre-indications	27
1.3. Décision du moyen de contraception	28
1.4. Les informations délivrées	29
1.5. La durée de la consultation	31
2. L’essor des sages-femmes dans la prescription de contraception	31
3. Limites méthodologiques	32
3.1. Nombre de réponses	32
3.2. Questionnaire	32
4. La consultation gynécologique	32
4.1. Le temps de consultation	32
4.2. Réflexions autour de la consultation gynécologique.....	33
CONCLUSION	34
BIBLIOGRAPHIE	36
ANNEXE	39

INTRODUCTION

Tout au long de mes études, j'ai été particulièrement intéressée par mes stages en consultations gynécologiques et en orthogénie. En effet, j'ai pu y constater que beaucoup de femmes ont un suivi gynécologique irrégulier, se retrouvent parfois plusieurs mois sans moyen de contraception, ou en possédaient un qui ne leur correspondait pas (mauvaise tolérance, mauvaise observance...). Je me suis donc beaucoup questionné sur la connaissance en contraception des femmes, essayant de chercher une explication à ces faits.

En France, plusieurs études [1] [2] ont démontré que les femmes ont de mauvaises connaissances et de nombreux a priori sur la contraception. De plus, le nombre d'interruptions volontaires de grossesses (200 000 / an, soit une grossesse sur cinq) [3] soulève la question de la bonne gestion de la contraception par les femmes (mauvaise observance, utilisation d'une méthode de contraception peu fiable, fausses croyances, désintérêt, ...).

Les patientes mettent également en avant un manque d'information concernant la méthode contraceptive ainsi que les risques. Ces données mettent en relief l'importance d'une consultation de qualité, d'une relation soignant-patiente de confiance, d'une information claire et d'une prescription adaptée. [4]

Pourtant il existe de nombreux moyens de guider et d'informer les femmes dans ce domaine : la consultation gynécologique annuelle (selon les recommandations de l'OMS), les séances d'information/prévention dans les collèges et les lycées, les publicités dans de nombreux établissements de santé, les sites internet fiables.

Face à ce constat, il semble pertinent d'évaluer les pratiques professionnelles des sages-femmes lors de la consultation de prescription de contraception. La problématique de ce mémoire est la suivante : En quoi les recommandations de la H.A.S. sur la prescription de la contraception lors de la consultation gynécologique sont-elles respectées ?

L'objectif de ce mémoire est ainsi d'analyser les pratiques professionnelles des sages-femmes libérales lors de la consultation gynécologique de contraception et leur adéquation avec les recommandations.

Les hypothèses sont les suivantes :

- Les sages-femmes libérales recherchent les contre-indications à un moyen de contraception avant de le proposer à la patiente.

- Les sages-femmes libérales gèrent leurs consultations de façon à ce que la décision finale du moyen de contraception revienne à la femme informée.
- Les sages-femmes libérales délivrent une information suffisante en ce qui concerne les différents moyens de contraception et leur fonctionnement.
- Le temps accordé par les sages-femmes lors de la consultation de première prescription de contraception est suffisamment long pour transmettre l'ensemble des informations.

Dans une première partie, nous définirons la contraception ainsi que la consultation de prescription de contraception telle que la définit la HAS et nous aborderons également la méthode Bercer.

Dans une deuxième partie, nous présenterons l'enquête et ses résultats.

Dans une troisième partie, nous analyserons et discuterons les résultats obtenus, en les confrontant aux hypothèses préalablement formulées.

PARTIE 1

1) La contraception – Généralités

1.1. Historique

De tous temps, les Hommes ont cherché à contrôler les naissances pour réguler leur population. Ce fut les débuts de la contraception. Celle-ci se définit comme une méthode visant à éviter de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde ou, s'il y a fécondation, la nidation de l'œuf fécondé. Elle désigne l'ensemble des moyens employés pour provoquer une infécondité temporaire chez la femme ou chez l'homme, c'est-à-dire les différentes méthodes qui ont pour but d'éviter une grossesse. Ces différentes méthodes contraceptives agissent de plusieurs façons : en bloquant l'ovulation, en empêchant la fécondation ou en empêchant l'implantation d'un œuf. [5] Toutefois, il existe également deux méthodes de contraceptions chirurgicales dites définitives et donc irréversibles, elles font donc exception à cette définition [6].

Les origines de la contraception sont très lointaines et certains écrits remontent à l'antiquité. Citons les Egyptiens qui introduisaient du miel dans le vagin ou des pommades à base d'excréments de crocodiles afin d'empêcher la fécondation. En Grèce, l'utilisation d'huiles et de pulpe de grenades ou de figue dans le vagin sont actuellement vus comme les prémices des spermicides actuels. A l'époque Romaine, les douches d'eau froide réalisées par les esclaves sur les femmes après le coït pour tuer le sperme sont comparables à l'utilisation des « poires » vaginales utilisées par nos grands-parents. Les tampons occlusifs en laine étudié par Soranos, (gynécologue de l'Antiquité), sont des principes à la base du diaphragme. [7]

Au Moyen-Âge, la contraception devient un choix personnel possible via le coït interrompu et des fabrications folkloriques des prémices du préservatif. En 1564, l'anatomiste chirurgien Gabriel Fallopio invente un fourreau de lin « à la mesure du gland » qu'il appellera « condom » ou « redingote anglaise ». [7]

Plus tard la contraception sera un moyen de lutter contre la misère sociale et économique en encourageant les familles à limiter le nombre de leurs enfants. Thomas Malthus publie un essai en 1803 sur l'importance du contrôle des naissances pour limiter la misère et la surpopulation mondiale et constitue un courant de pensée, le malthusianisme. Egalement, la cape cervicale est mise au point en 1830 par Frédérik A. Wilde, gynécologue allemand. [7]

Le latex est découvert en 1839 par Charles Goodyear et intronise l'arrivée du préservatif en caoutchouc en 1870. En 1906, Pr Gustav Gunther permet la commercialisation des spermicides. En 1924, Kiasuku Ogino invente une méthode à son nom permettant le

contrôle de la période de fécondité. Puis suit la méthode Knauss qui permet de repérer l'ovulation à partir de prises de températures quotidiennes. Toutefois, ces méthodes connaîtront un fort taux d'échecs. En 1928, Ernst Gräfenberg, sexologue allemand, invente le premier stérilet. En 1930 arrive le premier préservatif en latex liquide, encore utilisé actuellement. [7] En 1951, Grégory Pincus et Margaret Sanger ouvrent le premier centre de recherche sur les hormones sexuelles à Mexico. Les premiers essais débutent en 1954 à Porto Rico, c'est la naissance de la pilule. [8] Nommée Enovid, elle obtient sa première autorisation de mise sur le marché aux Etats Unis en 1957 et est introduite en France en 1961 en tant que régulateur de règles et sans mention de ses propriétés contraceptives afin de contourner la loi. [7] [8] En 1969, le cuivre est ajouté au dispositif intra-utérin afin d'augmenter son efficacité. En 1990 apparaissent les premiers spermicides et éponges contraceptives. En 1999 arrive sur le marché Français la contraception d'urgence sans prescription médicale. [9] Les recherches en contraception se poursuivent avec l'arrivée fin 2001 du premier implant contraceptif et en 2002 du système intra utérin hormonal, puis en mars 2004 de contraception hormonale sous forme de patch et d'anneau vaginal. [7] Ce sont l'ensemble de ces recherches qui permettent aujourd'hui aux professionnels de santé de proposer un large panel de choix de contraception aux femmes.

Il est impossible de parler de l'histoire médicale de la contraception sans aborder la partie législative. En effet, la contraception montre un essor soudain lors de la deuxième moitié du 20^{ème} siècle qui est lié à l'histoire législative de celle-ci. En effet, ce n'est que très récemment que les recherches et les pratiques ont pu se réaliser sans entraves.

En 1920, l'Assemblée Nationale vote une loi interdisant l'avortement et la contraception qui ne cessera d'être renforcée par la suite. Cette loi assimile la contraception à l'avortement et l'avortement est désormais jugé en Correctionnelle. La loi de 1939 renforce la répression, des sections spéciales de policiers sont créées et les avorteurs sont très sévèrement condamnés. En 1942, l'avortement devient un crime d'Etat. Pour donner l'exemple, une « faiseuse d'ange » nommée Marie Louise Giraud est condamnée à mort et guillotinée en 1943 sous le gouvernement de Vichy. Des procès auront lieu contre les avortées et leurs complices jusqu'aux années 1970, mais les avocats et juges appliqueront la loi avec de moins en moins de rigueur. Cette longue période répressive qui causa la mort de plusieurs femmes ne prendra fin qu'à partir de la loi Neuwirth autorisant la contraception en 1967, et la loi Veil autorisant l'interruption volontaire de grossesse en 1975.

Le 28 décembre 1967, après avoir repoussé onze propositions de loi successives en dix ans, l'Assemblée Nationale adopte non sans mal la loi proposée par le député Lucien Neuwirth, autorisant la contraception et abrogeant la loi de 1920. La contraception devient légale mais la publicité interdite sauf dans les revues médicales. Il faudra encore attendre 1972 pour qu'un décret régleme la fabrication et la prescription des contraceptifs.

Le décret du 8 mars 1972 permet la commercialisation de la pilule et les femmes détiennent enfin le droit de choisir. Deux ans plus tard, une nouvelle loi autorise la délivrance de la pilule contraceptive aux mineures sans l'autorisation de leurs parents, garantissant anonymat et gratuité dans les centres de planning familial. Ce décret sera encore remis en cause en mars 1995 par un amendement, heureusement rejeté à l'unanimité après une manifestation nationale. 40 000 personnes défilent à Paris pour défendre les Droits des Femmes.

L'histoire législative de la contraception ne peut pas être transcrite sans mentionner la Loi Veil de 1975 encadrant une dépénalisation de l'avortement en France et permettant aux femmes d'interrompre une grossesse non souhaitée jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée.

Enfin, c'est seulement en 1991 que la publicité pour les préservatifs et autres contraceptifs sera autorisée, et ce grâce à la pression des associations pour la prévention du SIDA. En janvier 2000, Martine Aubry lance une campagne nationale contraception intitulée « La contraception, à vous de choisir la vôtre ». En décembre 2000, une loi relative à la contraception d'urgence autorise sa délivrance gratuite aux mineures et son administration par les infirmières scolaires. En juillet 2001, une loi instaure des séances d'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires.

1.2. La contraception aujourd'hui

Les différents moyens de contraception ont été répertoriés par la Haute Autorité de Santé et se répartissent en plusieurs groupes :

- Les contraceptions hormonales :
 - . La contraception oestroprogestative qui agit en inhibant l'ovulation, en rendant la glaire cervicale moins perméable aux spermatozoïdes, et en modifiant l'endomètre afin d'empêcher la nidation. Elle regroupe la pilule, le patch et l'anneau vaginal.
 - . La contraception progestative qui agit en en bloquant la survenue de l'ovulation via l'axe hypothalamo-hypophysaire, en modifiant la muqueuse utérine la rendant impropre à la

nidation d'un embryon et en modifiant la glaire cervicale la rendant hostile aux spermatozoïdes. On les trouve sous la forme de pilule, d'implant contraceptif, de contraceptif injectable et de dispositif intra-utérin hormonal. [12]

- Les contraceptions mécaniques :

. Le dispositif intra-utérin au cuivre qui a un effet spermicide et représente un corps étranger faisant obstacle à la nidation.

. Les préservatifs masculins et féminin, ils retiennent le sperme et empêchent la fécondation, ils sont les seuls à pouvoir se protéger des IST .

. Le diaphragme et la cape cervicale, ils bloquent le passage des spermatozoïdes.

. Les spermicides, qui sont une barrière chimique permettant de détruire les spermatozoïdes.

[12]

- Les contraceptions naturelles :

. Le retrait, méthode qui consiste à se retirer avant l'éjaculation.

. L'abstinence périodique avec :

. La méthode Ogino : elle consiste, pour une femme dont le cycle est régulier, à éviter les rapports sexuels non protégés pendant les jours dites « fertiles » qui précèdent ou suivent l'ovulation.

. La méthode Billings : elle permet de déterminer la période de l'ovulation en fonction de l'aspect de la glaire cervicale qui devient plus abondante et fluide à l'approche de l'ovulation.

. L'étude des températures : elle consiste à repérer la période d'ovulation en fonction de la température corporelle qui s'élève légèrement au moment de l'ovulation.

. La méthode MAMA ou dite de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée : elle ne peut avoir lieu que jusqu'au retour de couches et maximum 6 mois après la naissance. Elle nécessite un allaitement exclusif, à la demande, jour et nuit. [12]

- La contraception définitive :

. La stérilisation masculine ou vasectomie qui bloque les canaux déférents qui transportent les spermatozoïdes à partir des testicules.

. La stérilisation féminine qui est la ligature ou le blocage des trompes de Fallope, ce qui empêche l'accès à l'ovocyte.

Ces deux méthodes sont considérées comme irréversibles et font donc exception à la définition de la contraception. [13]

- La contraception d'urgence

Elle a pour but d'éviter une grossesse non désirée et de diminuer ainsi le nombre d'interruption volontaire de grossesse :

. Hormonale au lévonorgestrel en prise unique (inhibe l'ovulation ou de la croissance folliculaire.

. Hormonale à l'acétate d'ulipristal en prise unique (inhibe la croissance folliculaire et retarde ou inhibe l'ovulation)

. Non hormonale : le dispositif intra-utérin au cuivre (effet toxique sur les gamètes et action inflammatoire sur l'endomètre le rend impropre à la nidation) [14]

Tous ces moyens de contraception, aussi variés soient-ils, ont été testés et évalués. Cette évaluation comprend le calcul de l'efficacité théorique en utilisation parfaite et de l'efficacité pratique en utilisation courante.

L'ensemble des contraceptions possède un indice de Pearl dont il faut tenir compte lors d'un choix contraceptif. Cet indice est égal au nombre de grossesses accidentelles sur 100 femmes en un an d'utilisation de la méthode, soit 1 200 cycles. L'efficacité pratique prend en compte l'ensemble de l'échantillon, y compris les couples n'ayant pas respecté la méthode (oubli, mésusage, ...), elle permet donc d'évaluer le risque de grossesse d'un moyen contraceptif propre à son utilisation dans la vie courante. [15]

2. La place de la sage-femme dans la consultation de prescription de contraception selon les recommandations de la HAS

De manière générale la contraception et sa prescription s'inscrivent dans le cadre d'une consultation spécialement dédiée et dans laquelle des sages-femmes ont toute leur place.

Depuis la loi HPST de 21 juillet 2009, les sages-femmes peuvent assurer des consultations de gynécologie préventive et de contraception auprès des femmes en bonne santé tout au long de leur vie. Elles peuvent pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de situations pathologiques. Elles peuvent proposer à leurs patientes différentes méthodes contraceptives et sont habilitées à prescrire l'ensemble des moyens contraceptifs. [16]

Cette première consultation dédiée à la contraception a été détaillée dans les recommandations de la H.A.S dans le but de faciliter, d'harmoniser les pratiques des professionnels de santé afin de mieux aider les femmes à trouver la contraception qui leur convient. [17]

Cette consultation médicale d'écoute et d'échange comprend plusieurs temps :

- L'anamnèse, il s'agit d'un entretien dont le champ est large et consiste en un recueil de l'ensemble des informations nécessaires au bon déroulement de cette consultation :
 - Les renseignements généraux : âge, profession, habitudes de vie, méthodes de contraception utilisées, date des dernières règles et allaitement en cours ou non.
 - Les antécédents personnels médicaux : notamment faire le point sur les antécédents d'accidents thromboemboliques veineux ou artériels, d'hypertension, de diabète, de dyslipidémie, de migraine avec ou sans aura. Il faut également interroger la patiente sur ses traitements en cours afin d'anticiper de possibles interactions médicamenteuses.
 - Les antécédents familiaux chez les apparentés au premier degré, en particuliers sur les antécédents cités précédemment.
 - Les antécédents chirurgicaux
 - Les antécédents obstétricaux : nombre de grossesses, nombre d'enfants, antécédents de fausses couches ou d'interruptions volontaires de grossesse.
 - Les antécédents gynécologiques : infections sexuellement transmissibles, grossesses extra-utérines, cancers, pathologie ou chirurgie utérine / trophoblastique / vaginale. [17] [18]

- L'examen clinique vise à rechercher des contre-indications et également à mettre l'accent sur la prévention. Il comprend un examen clinique général (poids/taille, Indice de Masse Corporelle, prise de tension artérielle), gynécologique et sénologique. A noter que l'examen gynécologique peut être expliqué et réalisé lors d'une consultation ultérieure, notamment lorsqu'il s'agit d'une adolescente. Rappelons que l'examen gynécologique comprend un frottis du col utérin à partir de 25 ans qui vise à dépister des cancers ou des lésions précancéreuses. [17] [18]

- L'examen biologique, il est nécessaire lors de la prescription d'une contraception hormonale oestroprogestative (pilule, patch ou anneau). Il comporte un dosage du

cholestérol total, des triglycérides et une glycémie à jeun et est à renouveler tous les 5 ans en cas de bilan normal et en l'absence de faits cliniques ou familiaux nouvellement apparus. A noter que chez une personne sans antécédents personnel ni familial de maladie métabolique ou thromboembolique, qui ne fume pas et dont l'examen clinique est normal, il peut être réalisé 3 à 6 mois après la prescription. Ce bilan peut également comporter un bilan d'hémostase dans le cas d'antécédents personnel ou familial de maladie thromboembolique survenue chez un apparenté au premier degré avant 50-60 ans. [17] [18]

- Donner des informations concernant :
 - Les méthodes contraceptives : notamment le mécanisme d'action et le mode d'emploi (quand démarrer la contraception, comment l'employer, que faire en cas d'oubli, ...). Il est essentiel d'aborder l'efficacité des différentes méthodes, les contre-indications, avantages, risques et effets indésirables possibles et les procédures pour l'instauration et l'arrêt. Enfin, il faut aborder le coût et le remboursement.
 - Les possibilités d'aide au sevrage en cas de tabagisme.
 - Les personnes à contacter en cas de doute sur les modalités d'utilisation de la contraception.
 - Les possibilités de rattrapage en cas de rapport non protégé.
 - La nécessité de signaler à tout médecin la prise d'une contraception hormonale en cas de traitement intercurrent, d'intervention chirurgicale, d'immobilisation prolongée et de longs voyages en avion.
 - La nécessité d'anticiper les renouvellements d'ordonnance pour ne pas interrompre son traitement contraceptif.
 - Les IST et leur prévention par les préservatifs masculins et féminins. [17]

3. La méthode BERGER

Dans son rapport « Contraception chez l'homme et chez la femme » de 2013 et réactualisé en 2015 et 2017, la Haute Autorité de Santé souligne l'intérêt du modèle BERGER de l'Organisation Mondiale de la Santé. Cette méthode reprend six étapes majeures de la consultation généralement citées dans l'ensemble des recommandations et inscrit la consultation dans la durée. Ces six étapes sont dans l'ordre chronologique :

- Bienvenue : c'est un temps d'accueil qui comprend la présentation du soignant, le rappel de la confidentialité, et qui précise l'objectif et le déroulement de la consultation.
- Entretien : c'est le recueil des informations sur les raisons de la consultation, les sentiments, besoins, souhaits et doutes de la femme.
- Renseignement : c'est la délivrance d'une information claire, hiérarchisée et sur mesure en s'assurant de la bonne compréhension des informations (mode d'emploi, efficacité, contre-indications, avantages-inconvénients, risques et coût).
- Choix : c'est le fait de souligner que la décision finale du moyen de contraception revient à la femme informée.
- Explication : c'est une discussion autour de la méthode choisie (emploi, démonstration, manipulation, ...). Il faut bien sûr informer sur les conduites à tenir en cas d'effets secondaires et d'oublis.
- Retour : lors des consultations de suivi. Il s'agit d'évaluer la méthode et son utilisation et de s'assurer qu'elle est bien adaptée à la patiente. [19]

La méthode contraceptive est donc adaptée à chaque femme et choisie par et avec elle en fonction de sa propre demande de ses éventuelles contre-indications. Il faut savoir et reconnaître que l'implication du partenaire peut avoir des conséquences sur l'acceptation et l'observance de la contraception.

Le choix contraceptif peut évoluer au fil du temps, et il est donc impératif de proposer une consultation de suivi à la fin de la consultation. [19]

Effectivement, et de manière générale, une première méthode contraceptive doit s'évaluer 3 à 6 mois après son initiation. En fonction de la tolérance gynécologique pelvienne ou mammaire, de la survenue d'éventuels effets secondaires ou contre-indications ou encore sur simple demande de la patiente, une adaptation sera proposée. L'évaluation régulière de l'option initialement choisie permet d'en optimiser la balance bénéfice/risque. Ainsi un suivi annuel ou bi-annuel est préconisé. [17]

PARTIE 2

1. METHODOLOGIE

Problématique

Cette étude a été centrée sur la consultation de contraception en elle-même et questionne le déroulement de celle-ci afin de répondre à la problématique suivante : En quoi les recommandations de la H.A.S. sur la prescription de la contraception lors de la consultation gynécologique sont-elles respectées ?

Cette étude a eu donc pour but d'analyser les pratiques professionnelles des sages-femmes libérales lors de la consultation gynécologique et de montrer que :

- La prescription de la contraception par les sages-femmes libérales se fait après une information éclairée des patientes.
- La méthode de contraception n'est pas imposée mais laissée au libre choix de la patiente.

Objectif

L'objectif de notre étude a été d'analyser les pratiques professionnelles des sages-femmes libérales lors de la consultation gynécologique de contraception et leur adéquation avec les recommandations.

Hypothèses

Les hypothèses ont été les suivantes :

- Les sages-femmes libérales recherchent les contre-indications à un moyen de contraception avant de le proposer à la patiente.
- Les sages-femmes libérales gèrent leurs consultations de façon à ce que la décision finale du moyen de contraception revienne à la femme informée.
- Les sages-femmes libérales délivrent une information suffisante en ce qui concerne les différents moyens de contraception et leur fonctionnement.
- Le temps accordé par les sages-femmes lors de la consultation de première prescription de contraception est suffisamment long pour transmettre l'ensemble des informations.

Critères de jugement

Les critères de jugement ont été les suivants :

- Critère de jugement principal : les informations données à la patiente.
- Critères de jugement secondaires : le déroulement de la consultation gynécologique.

Type d'étude

Afin d'analyser les pratiques professionnelles des sages-femmes libérales de Meurthe-et-Moselle et de Moselle, nous avons réalisé une étude descriptive transversale quantitative non comparative. Cette étude, de type épidémiologique et observationnelle, soit une recherche non interventionnelle s'est déroulée sur une période de 3 mois (92 jours).

Seuls les départements de Moselle et Meurthe-et-Moselle ont été retenus pour des raisons de proximité par rapport au lieu d'étude.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Les sages-femmes libérales réalisant la consultation de contraception en Meurthe-et-Moselle et en Moselle ont été incluses dans l'étude. En revanche, les sages-femmes réalisant la consultation gynécologique en milieu hospitalier n'ont pas été incluses. Les sages-femmes libérales ne réalisant pas la consultation gynécologique ont été exclues à la lecture des questionnaires. Les participants ont répondu de manière anonyme et sur la base du volontariat.

Elaboration du questionnaire-recueil de données

Le questionnaire, approuvé par la directrice de mémoire ainsi que par l'experte, a été mis en ligne le 22 novembre 2017 et partagé aux sages-femmes libérales de Meurthe-et-Moselle et de Moselle par l'intermédiaire des représentantes de leur Ordre des Sages-Femmes respectifs.

Les données ont été recueillies par questionnaires standardisés et anonymes diffusés par e-mails. Deux rappels en cas de non-réponse ont été réalisés durant la période d'étude. Le recueil a été clôturé le 21 février 2018.

Les recommandations de l'H.A.S. ainsi que de l'O.M.S., notamment la méthode Bercer, ont servi comme référence lors de la réalisation du questionnaire.

Le questionnaire (*annexe 1*) a comporté 29 items visant à évaluer les pratiques professionnelles. Il a été composé de 3 parties : les données démographiques relatives au répondant, le déroulement de la première consultation destinée à la prescription de contraception et les informations délivrées à la patiente lors de cette première consultation.

Les variables recueillies étaient :

- Le pourcentage de consultations gynécologiques
- Les pratiques professionnelles
- Le respect des recommandations de l'H.A.S.

Procédure de minimisation des biais

- En ce qui concerne les biais méthodologiques possibles, le recueil d'informations a été le plus complet possible grâce à un temps de diffusion du questionnaire suffisant et des rappels. La formulation des questions a été faite de façon éthique. Les personnes sondées ont correspondu à la population d'étude recherchée.
- Aucun jugement n'a été porté sur les participants, quelles que soient leurs caractéristiques.

Analyses statistiques

La réalisation du questionnaire ainsi que le traitement des données ont été effectuées par un seul opérateur. L'analyse de contenu a été faite en codant les informations recueillies et en les traitant selon une grille d'analyse. Les données ont été exploitées à l'aide du logiciel Excel[®] et du site internet Survio[®]. Les variables qualitatives ont été décrites par des effectifs et des pourcentages.

2. PRESENTATION DES RESULTATS

Les résultats de l'étude ont été obtenus à partir de 81 réponses sur les 163 sages-femmes libérales de Moselle et Meurthe-et-Moselle ayant eu accès au questionnaire.

2.1. Description de la population interrogée

2.1.1. Année d'obtention du diplôme

Tableau 1 : Parcours professionnel des sages-femmes libérales

	Année d'obtention du diplôme		Années en milieu hospitalier		Années en libéral	
	Nombre de réponses	Pourcentage	Nombre de réponses	Pourcentage	Nombre de réponse	Pourcentage
< 1 an	3	3,70%	10	14,30%	7	8,60%
[1 an ; 4 ans]	15	18,52%	22	31,40%	18	22,20%
]4 ans ; 10 ans]	20	24,69%	12	17,10%	31	44,50%
]10 ans ; 20 ans]	16	19,75%	17	24,30%	18	22,20%
> 20 ans	27	33,34%	9	12,90%	2	2,50%

Sur les 81 sages-femmes ayant répondu, 3,7% ont été diplômées depuis moins d'un an, 18,52% ont été diplômées depuis 1 à 4 ans, 24,69% ont été diplômées depuis 4 à 10 ans, 19,75% ont été diplômées depuis 11 à 20 ans et 33,34% ont été diplômées depuis plus de 20 ans.

2.1.2. Parcours professionnel

Parmi les 81 sages-femmes interrogées, 86,4% ont travaillé en milieu hospitalier, dont 14,3% moins d'un an, 31,4% un à 4 ans, 17,1% 4 à 10, 24,3% 10 à 20 ans, 12,9% plus de 20 ans. 8,6% ont été installées en libéral depuis moins d'un an, 22,2% depuis 1 à 4 ans, 44,5% depuis 4 à 10 ans, 22,2% depuis 10 à 20 ans et 2,5% depuis plus de 20 ans.

2.1.3. Taux de consultations gynécologiques

Tableau 2 : Taux de consultations gynécologiques et de prescription de contraception des sages-femmes libérales

	Taux de consultations gynécologiques		Taux de consultations de prescription de contraception	
	Nombre de réponses	Pourcentage	Nombre de réponses	Pourcentages
< 10%	19	25%	21	28%
[10% ; 30%[25	33%	30	39%
]30% ; 50%[21	28%	9	12%
≥ 50%	11	14%	16	21%

Parmi les 81 sages-femmes interrogées, 5 sages-femmes, soit 6,2%, n'ont jamais réalisé de consultations de prescription de contraception. Pour cette partie de la population interrogée, le questionnaire s'est arrêté, ce qui les exclue de la suite de l'étude.

Parmi les 76 sages-femmes restantes, 25% ont répondu avoir un taux de consultations gynécologiques de moins de 10%, 33% de 10 à 30%, 28% ont déclaré avoir un taux de

consultations gynécologiques de 30 à 50%. Enfin, 14% ont répondu avoir un taux de consultations gynécologiques de plus de 50%.

En ce qui concerne le taux de consultations de prescription de contraception de ces sages-femmes sur l'ensemble de leurs consultations, 28% ont estimé un taux de moins de 10%, 39% un taux entre 10 et 30%, 12% entre 30 et 50% et 21% ont estimé un taux de plus de 50%.

2.1.4. Formations diplômantes

89,5% des sages-femmes interrogées ont bénéficié d'une formation relative à la contraception. Parmi ces sages-femmes, 37% possédaient un Diplôme Inter-Universitaire ou Universitaire de gynécologie préventive / contraception / sexualité ou de contraception et orthogénie et 65% ont bénéficié de formations non diplômantes. Les formations qui sont le plus ressorties dans les réponses sont les formations Ateliers pour le Développement des Connaissances Obstétricales (ADCO) de suivi gynécologique ainsi que les Médic' formation « Suivi gynécologique ».

2.2. Déroulement de la première séance de prescription de contraception

Implication du partenaire

92,1% des sages-femmes ont déclaré accepter la présence et l'implication du partenaire dans le choix de la contraception.

Souhaits de grossesse

71,1% des sages-femmes libérales ont annoncé vérifier systématiquement les souhaits de grossesse des patientes et 23,7% ont estimé le faire souvent.

Préférences

97,4% des sages-femmes ont répondu discuter systématiquement avec la patiente de ses préférences en terme de contraception.

Contre-indications

89,5% des sages-femmes libérales ont affirmé se renseigner sur l'ensemble des contre-indications à un choix contraceptif que l'OMS et la HAS ont recommandé de rechercher lors de cette consultation.

82,9% ont attesté expliquer systématiquement les contre-indications à une méthode de contraception à leurs patientes.

Choix de contraception

100% des sages-femmes ont déclaré proposer plusieurs choix de contraception à leurs patientes après leur examen et interrogatoire.

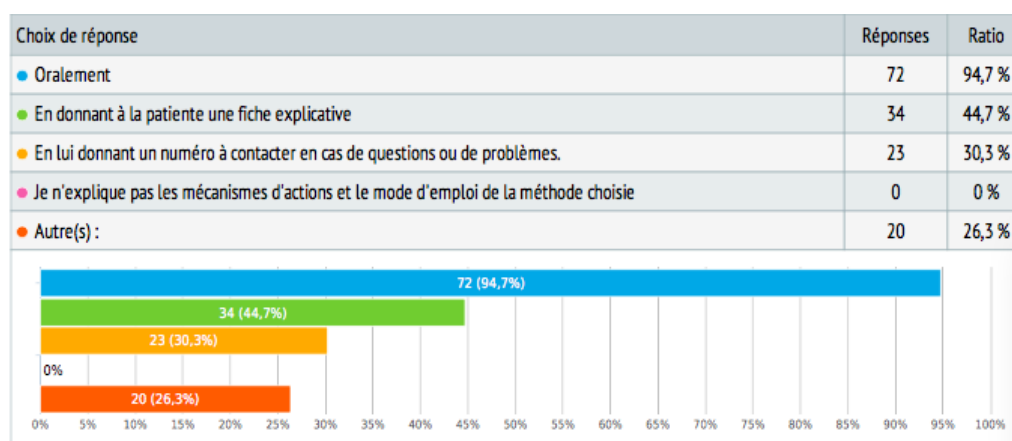
Risque d'infections sexuellement transmissibles

46,1% ont dit évaluer systématiquement le risque d'infections sexuellement transmissibles et 44,7% ont estimé le faire souvent.

Utilisation de la méthode choisie

La totalité des sages-femmes ont attesté expliquer les mécanismes d'actions et le mode d'emploi de la méthode choisie par la patiente. Le tableau ci-joint (3) a permis également de constater qu'une grande partie ne se sont pas contentées d'explications orales mais ont utilisé également des supports, des maquettes, des fiches et autres outils afin de renforcer l'intégration de l'information donnée à la patiente.

Tableau 3 : ratio des méthodes utilisées par les sages-femmes afin d'expliquer les mécanismes d'actions et le mode d'emploi de la méthode de contraception.



Durée

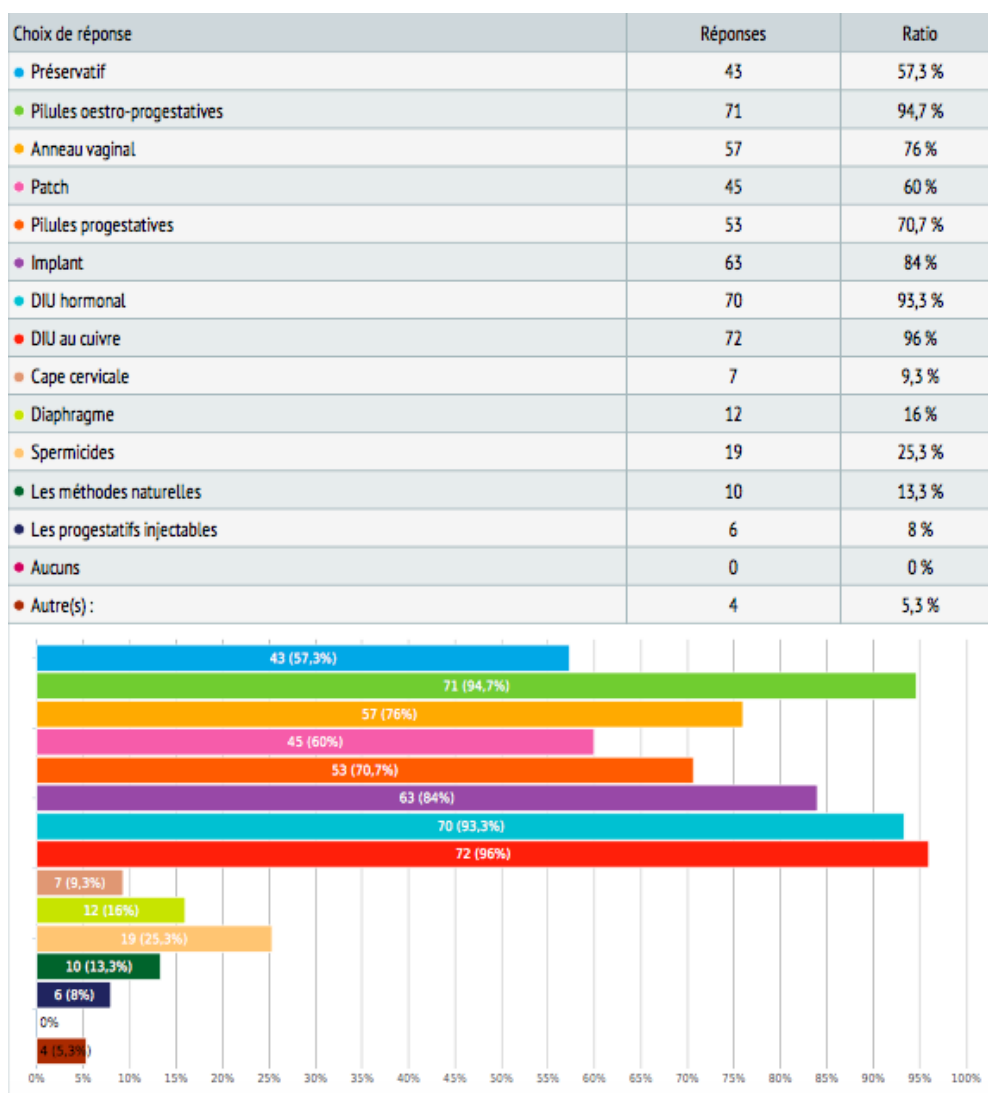
1% des sages-femmes ont estimé réaliser la première consultation de prescription de contraception en moins de 30 minutes, 66% en 30 à 45 minutes incluses, 28% en 45 minutes à 1 heure et 5% ont estimé mettre plus d'une heure

2.3. Informations délivrées à la patiente

Présentation des moyens de contraception

Le tableau ci-joint (4) a permis de constater que les contraceptions les plus présentées aux patientes, en l'absence de contre-indications, ont été le DIU au cuivre (96%), la pilule oestroprogestative (94,7%), le DIU hormonal (93,3%). Les contraceptions présentées très fréquemment ont été l'implant (84%), l'anneau vaginal (76%) ainsi que la pilule progestative (70,7%). Les contraceptions présentées assez régulièrement ont été le patch (60%) et le préservatif (57,3%). Enfin, les contraceptions les moins présentées aux patientes ont correspondu à celle dont l'indice de Pearl est le plus faible : spermicides (25,3%), diaphragme (16%), les méthodes naturelles (13,3%), la cape cervicale (9,3%). Le moyen de contraception le moins présenté a été le progestatif injectable (8%).

Tableau 4 : Pourcentage de sages-femmes proposant systématiquement un moyen de contraception lors de la première consultation.



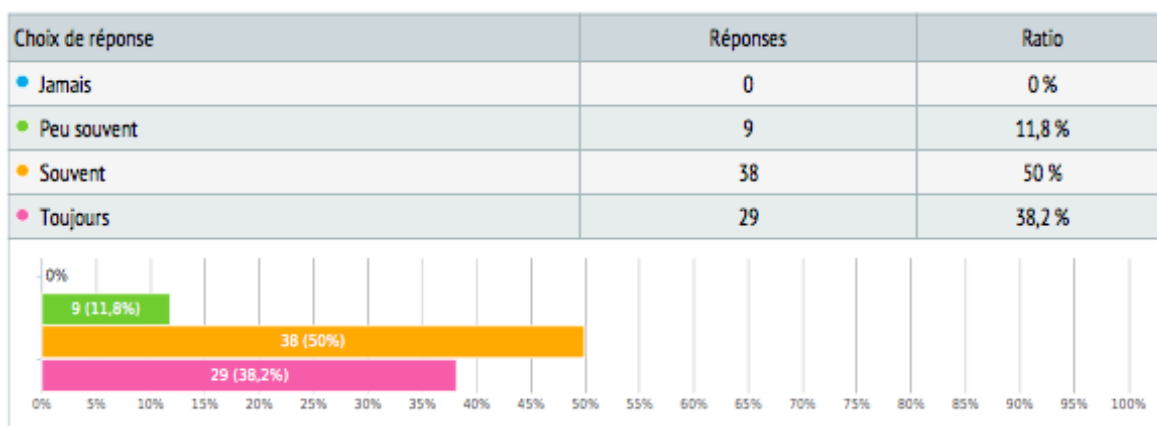
Taux d'efficacité

56,6% des sages-femmes ont dit aborder systématiquement le taux d'efficacité des moyens de contraception présentés et 38,2% ont estimé le faire souvent.

IST

38,2% des sages-femmes ont affirmé parler systématiquement aux patientes des IST et de leur prévention par les préservatifs et 50% ont jugé le faire souvent.

Tableau 5 : Fréquence de l'information donnée de la prévention des IST par les préservatifs chez les sages-femmes.



Effets secondaires

64,5% de la population interrogée ont dit parler systématiquement des effets secondaires aux patientes et 32,9% ont estimé le faire souvent.

Mécanismes d'action et mode d'emploi

73,7% ont dit expliquer systématiquement les mécanismes d'action et le mode d'emploi de la méthode choisie et 23,7% ont estimé le faire souvent.

Complications

71,1% des sages-femmes ont attesté expliquer systématiquement aux patientes les symptômes évoquant des complications et motivant à consulter un médecin ou une sage-femme et 25% ont jugé le faire souvent.

51,3% ont déclaré expliquer systématiquement les motifs pour consulter les urgences et 25% ont estimé le faire souvent.

Contraception d'urgence

90,8% des sages-femmes ont dit parler de la contraception d'urgence durant la prescription d'une pilule, 46,1% durant la prescription d'un anneau vaginal et 42,1% durant celle d'un patch. 7,9% ont déclaré ne jamais aborder la contraception d'urgence.

44,7% des sages-femmes ont affirmé prescrire systématiquement la contraception d'urgence lorsqu'elles en ont parlé à la patiente.

Renseignement médical

23,7% des sages-femmes ont répondu parler systématiquement à la patiente de la nécessité de signaler à tout médecin la prise d'une contraception hormonale en cas de traitement intercurrent, d'intervention chirurgicale, d'immobilisation prolongée et de longs voyages en avions. 34,2% ont estimé le faire souvent.

Anticipation des renouvellements d'ordonnance

53,9% des sages-femmes ont déclaré parler systématiquement à leurs patientes de la nécessité d'anticiper ses renouvellements d'ordonnance pour ne pas interrompre le traitement contraceptif et 26,3% ont dit le faire souvent.

PARTIE 3

Dans la première partie de ce mémoire, nous avons défini la contraception ainsi que la consultation de prescription de contraception. Nous avons également rappelé les recommandations données par la Haute Autorité de Santé et l'Organisation Mondiale de la Santé sur cette consultation. Nous avons montré l'importance du respect de ces recommandations.

En deuxième partie, nous avons exposé le protocole de cette étude et les résultats obtenus. Dans cette partie, nous allons rappeler les résultats principaux, analyser les difficultés rencontrées pendant l'étude ainsi que discuter sur certains points de celle-ci. Nous allons également parler de la durée de la consultation gynécologique ainsi que de la transmission de informations aux patientes.

1) Rappel des résultats principaux

1.1. Description de la population

Nous pouvons constater que sur les 81 sages-femmes ayant répondu à cette étude, une majorité sont dotées de plusieurs années d'expérience. En effet, 78% sont diplômées depuis plus de 4 ans et un tiers depuis plus de 20 ans. Rappelons également que 86,4% d'entre elles ont bénéficié d'une expérience dans le milieu hospitalier avant de pratiquer en libéral et que 69% sont installées en libéral depuis plus de 4 ans.

Enfin, 89,5% de la population interrogée a bénéficié d'une formation relative à la contraception supplémentaire à la formation initiale.

Ainsi, nous pouvons constater qu'une majorité des sages-femmes ayant répondu à cette étude ont bénéficié, depuis leur formation initiale, de plusieurs années d'expérience professionnelle en hospitalier et en libéral et de formation(s) relative(s) à la contraception.

En ce qui concerne les consultations gynécologiques, seuls 6,2% des sages-femmes ne réalisent pas de consultations de prescription de contraception et ont donc été exclues du questionnaire. Néanmoins, il est important de souligner que 25% des répondantes ont un taux de consultations gynécologiques de moins de 10% et 28% un taux de consultation de prescription de contraception de moins de 10%.

1.2. Les contre-indications

Dans sa fiche « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes » [17], la Haute Autorité de Santé montre l'importance de la recherche des contre-indications à un moyen de contraception via :

- Un examen clinique
- Un examen gynécologique (sauf s'il s'agit d'une adolescente sans plainte gynécologique).
- Les antécédents personnels
- Les antécédents familiaux
- Les habitudes de vie

Ainsi, 100% des sages-femmes interrogées recherchent les antécédents familiaux. 98,7% recherchent les antécédents médicaux personnels. 89,5% réalisent un examen clinique général et/ou gynécologique lorsque cela est nécessaire et 96,1% se renseignent sur les addictions.

Ce ratio permet donc de valider la première hypothèse « Les sages-femmes libérales recherchent les contre-indications à un moyen de contraception avant de le proposer à la patiente ».

1.3.Décision du moyen de contraception

La HAS met l'accent sur l'importance du choix. En effet, la méthode devant être adaptée à chaque personne, il est important qu'elle soit choisie par elle-même. Il a également été montré que l'implication du partenaire dans le choix de la contraception peut avoir des conséquences positives sur l'observance et l'acceptation de la méthode. [17]

Ainsi, 92,1% des sages-femmes acceptent la présence et l'implication du partenaire dans le choix de la contraception.

Lors de la discussion, il est également important d'aborder les futurs souhaits de grossesse et préférences en contraceptions des patientes.

Ainsi, 71,1% des sages-femmes vérifient systématiquement les souhaits de grossesse et 23,7% estiment le faire souvent. De plus, 97,4% discutent systématiquement avec la patiente de ses préférences en terme de contraception.

Enfin, il a été montré précédemment que 100% des sages-femmes interrogées proposent plusieurs méthodes contraceptives aux patientes après avoir vérifié les contre-indications.

Ainsi, la deuxième hypothèse « Les sages-femmes libérales gèrent leurs consultations de façon à ce que la décision finale du moyen de contraception revienne à la femme informée » est donc validée.

1.4. Les informations délivrées

Dans ses recommandations, la HAS encourage les professionnels à s'assurer que la personne connaît les moyens de contraception compatibles avec sa santé. [17] Ainsi, les éléments jugés utiles par les personnes pour faire un choix éclairé sont :

- Les effets des différents moyens de contraception sur leur physiologie et des différents modes d'action contraceptifs
- Leur efficacité en pratique courante, c'est-à-dire l'indice de Pearl en pratique ainsi que les risques pour la santé.
- Les modalités et les contraintes d'utilisation lors de la mise en œuvre
- Les modalités de mise en place et de retrait des moyens nécessitant un acte médical.
- Leur coût. [17]

Les trois derniers critères n'ont pas été abordés dans le questionnaire de cette étude. Ainsi, ce questionnaire a interrogé les sages-femmes sur les différentes méthodes proposées aux patientes et nous avons pu constater que la totalité des sages-femmes proposent plusieurs choix de contraception compatibles à leurs patientes après leur examen et interrogatoire. De plus, leur efficacité est abordée systématiquement par 56,6% des sages-femmes et 38,2% estiment le faire souvent. Quant au mécanisme d'action et mode d'emploi, 73,7% l'explique systématiquement et 23,7% estiment le faire souvent. De plus, il a été montré que 44,7% utilisent des fiches explicatives en plus des explications orales et 26,3% utilisent d'autres méthodes explicatives (schémas, dessins, échantillons, modèles de laboratoire, ...). Enfin, 64,5% des sages-femmes parlent systématiquement des effets secondaires aux patientes et 32,9% estiment le faire souvent.

En ce qui concerne la contraception choisie, la HAS estime que les éléments essentiels à connaître par les patientes sont :

- L'utilisation, si nécessaire, d'une contraception d'urgence.
- A qui s'adresser en cas de doute ou de symptômes pouvant évoquer une complication.
- L'utilisation concrète de la contraception
- Quand démarrer, utiliser, arrêter/retirer la contraception choisie
- A partir de quand le moyen de contraception devient efficace. [17]

Les trois derniers critères font partie du mode d'emploi de la méthode choisie et il a été déjà établi que 73,7% des sages-femmes l'abordent systématiquement et 23,7% estiment le faire souvent.

En ce qui concerne la contraception d'urgence, 90,8% des sages-femmes en parlent lorsqu'elles prescrivent une pilule. Néanmoins, seulement 46,1% en parlent lorsqu'elles prescrivent un anneau vaginal et 42,1% lorsqu'elles prescrivent un patch. En revanche, 44,7% des sages-femmes ont le réflexe de prescrire systématiquement la contraception d'urgence à leurs patientes afin d'anticiper une possible utilisation.

Quant aux complications, 51,3% expliquent systématiquement quels sont les motifs pour consulter les urgences et 25% estiment le faire souvent.

Enfin, les critères suivants considérés par la HAS comme essentiels à comprendre par la patiente ont tous été évalués [17] :

- Anticiper ses renouvellements d'ordonnance pour ne pas interrompre son traitement. Ainsi, 53,9% des sages-femmes abordent ce sujet systématiquement et 26,3% estiment le faire souvent.

- Signaler à tout médecin la prise d'une contraception hormonale. Pour ce critère, 23,7% de la population interrogée en parlent systématiquement et 34,2% estiment le faire souvent.

- L'utilisation complémentaire de préservatifs pour la prévention des infections sexuellement transmissibles. 38,2% des sages-femmes parlent systématiquement de cette prévention et 50% estiment le faire souvent. De plus, il a été demandé aux sages-femmes si elles évaluaient le risque d'infections sexuellement transmissibles et 46,1% le font systématiquement tandis que 44,7% estiment le faire souvent. Enfin, dans la dernière partie du questionnaire, il a été proposé aux répondantes de laisser un avis, et plusieurs sages-femmes ont dit aborder les IST en fonction de l'âge de la patiente et son mode de vie. Nous pouvons donc en conclure que le sujet des IST est très souvent abordé par les sages-femmes lors de ces consultations.

Ainsi, la troisième hypothèse « Les sages-femmes libérales délivrent une information suffisante en ce qui concerne les différents moyens de contraception et leur fonctionnement » est partiellement validée, car le sujet de la contraception d'urgence lors de prescription de patch ou d'anneau ainsi que la nécessité de signaler à tout médecin leur prise d'une contraception hormonale ne sont pas suffisamment évoqués.

1.5. La durée de la consultation

Dans son rapport « Contraception chez l'homme et chez la femme », la HAS souligne qu'afin d'effectuer correctement la première consultation pour la contraception, le praticien devra prendre au minimum 30 à 45 minutes pour informer la patiente et déterminer avec elle la méthode de contraception la plus adaptée. Cette recommandation a entraîné la création d'une cotation CPAM spécifique qui représente une première prescription de contraception, équivalente à deux consultations. [20]

Or, sur la population interrogée, seul 1% des sages-femmes réalisent la première consultation de prescription de contraception en moins de 30 minutes. 66% la réalisent en 30 à 45 minutes conformément aux recommandations et 33% la réalisent en plus de 45 minutes.

Ainsi, la quatrième hypothèse « Le temps accordé par les sages-femmes lors de la consultation de première prescription de contraception est suffisamment long pour transmettre l'ensemble des informations » est validée.

2. L'essor des sages-femmes dans la prescription de contraception

Un mémoire de 2015 intitulé « Suivi gynécologique de prévention : facteurs influençant la pratique des sages-femmes depuis la loi HPST de 2009 : état des lieux dans les Bouches-du-Rhône » a démontré que de nombreuses sages-femmes ne pratiquaient pas de consultations de suivi gynécologique et de consultations de contraception. [21] Les principales raisons pour lesquelles les sages-femmes ne pratiquaient pas ce type de consultation étaient le manque de formation et de pratique. La majorité des sages-femmes étaient pourtant favorables à l'expansion de leurs compétences. Mais 68,9% d'entre elles estimaient ne pas avoir les compétences nécessaires pour effectuer ce type de consultation et souhaitaient accéder à des formations de qualité.

Bien entendu, la formation initiale s'est adaptée depuis la loi HPST afin d'offrir un programme adéquat aux étudiants, comme le souligne le mémoire de 2014 « Suivi gynécologique et contraception : point sur la formation initiale et continue des sages-femmes » dont la population étudiée étaient les sages-femmes diplômées en juin 2013. Cette étude a également montré que les sages-femmes étaient très demandeuses de formations complémentaires et souhaitaient de plus en plus intégrer les consultations gynécologiques dans leurs pratiques professionnelles.

Grâce au questionnaire de notre étude, nous avons pu constater que les sages-femmes ont investi leur champ de compétence car 89,5% ne se sont pas contentées de leur formation

initiale ou de leur expérience professionnelle et ont bénéficié de formations complémentaires et même des diplômes universitaires ou interuniversitaires pour plus d'un tiers.

3. Limites méthodologiques

3.1. Nombre de réponses

Etant donné qu'il y a 95 sages-femmes libérales en Moselle et 68 en Meurthe-et-Moselle, la population totale visée représente donc 163 sages-femmes libérales. Or, le nombre de questionnaires retournés n'étant que de 81, nous avons donc un taux de réponse de 49,7%. Il est donc clair que, l'échantillon n'est pas suffisamment important pour en tirer de réelles conclusions sur les sages-femmes libérales de l'ensemble de la Moselle et de la Meurthe-et-Moselle.

3.2. Questionnaire

Ce questionnaire comportait 31 questions, 51,9% des sages-femmes ont mis 5 à 10 minutes à y répondre et 34,6% 10 à 30 minutes. Etant donné le nombre d'items du questionnaire, il n'a pas été possible de poser une question par recommandation de la HAS. Ainsi, les questions sur les informations délivrées aux patientes à propos de la contraception choisie ont été privilégiées en quantité par rapport à celles sur la présentation de l'ensemble des contraceptions. En effet, il paraissait important de pouvoir montrer que les patientes étaient en particulier informées, conformément aux recommandations, sur leur propre contraception.

Ainsi, étant donné le nombre important de recommandations sur chaque étape de la consultation, nous ne pouvons pas tirer de conclusion sur le respect de l'ensemble des recommandations mais seulement sur celles abordées dans le questionnaire.

4. La consultation gynécologique

4.1. Le temps de consultation

Dans sa fiche « Contraception chez l'homme et chez la femme » [20], la HAS aborde le sujet de la durée de la première consultation de prescription de contraception. En effet, afin d'effectuer correctement la première consultation pour la contraception, il est recommandé que le praticien prenne au minimum 30 à 45 minutes, pour informer la patiente et déterminer avec elle la méthode de contraception la plus adaptée. Ce mémoire a montré que 99% des sages-femmes ayant répondu au questionnaire respectaient cette recommandation. Or, à l'heure actuelle, cette consultation n'est pas soumise à des

obligations de durée à respecter. De plus, la cotation de cette consultation CCAM la fait revenir à seulement 23€ pour une sage-femme.

Dans cette même fiche, la HAS met en avant la nécessité de créer une cotation CCAM spécifique qui représenterait pour une première prescription de la contraception l'équivalent de deux consultations : C2 ou CS2. En effet, si ce point n'est pas résolu, on peut craindre que les praticiens ne prennent pas le temps nécessaire pour mettre tout en œuvre, afin de respecter les nombreuses recommandations de la HAS.

4.2. Réflexions autour de la consultation gynécologique

Lors de la lecture des nombreuses fiches destinées aux professionnels de la HAS, j'ai pu remarquer à quel point les recommandations étaient nombreuses. Il paraît très ambitieux de devoir transmettre toutes les informations demandées à chaque patiente en une seule consultation. En effet, il paraît clair qu'elles ne seront pas toutes assimilées.

Le questionnaire a montré que 44,7% des sages-femmes ayant répondu utilisent des fiches explicatives en plus des explications orales et 26,3% utilisent d'autres méthodes explicatives (schémas, dessins, échantillons, modèles de laboratoire, ...) pour expliquer le fonctionnement des moyens de contraception. En effet, le fait d'utiliser un support visuel afin de renforcer les explications orales permet une meilleure mémorisation.

Pour ce qui est du reste des recommandations, notamment les conduites à tenir en cas d'oubli, les signes de mauvaise tolérance et d'urgence, il peut être judicieux de recommander certains sites officiels afin que les patientes sachent où chercher les informations lorsqu'elles ne peuvent pas joindre leur sage-femme au téléphone. En effet, il peut être judicieux de recommander des sites tels que choisirscontraception.fr approuvés par le Ministère des Solidarités et de la Santé et Santé Publique France.

CONCLUSION

Depuis la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009, les sages-femmes peuvent assurer le suivi gynécologique et la prescription de contraception chez toutes les femmes en bonne santé. Elles peuvent ainsi réaliser la première consultation de prescription de contraception.

Parallèlement, la Haute Autorité de Santé a publié de nombreuses recommandations sur cette consultation de prescription de contraception en mettant en avant l'intérêt du choix des patientes de leur méthode de contraception. En effet, pour être bien acceptée et suivie, une méthode contraceptive doit être adaptée à chaque femme en fonction de sa réalité quotidienne et de ses préférences. Ainsi, trouver la contraception qui correspond le mieux à un moment donné de sa vie permet une utilisation optimale du moyen de contraception et ainsi améliorer l'efficacité pratique des méthodes contraceptives.

La problématique de ce mémoire a donc été la suivante : En quoi les recommandations de la H.A.S. sur la prescription de la contraception lors de la consultation gynécologique sont-elles respectées ?

L'objectif de notre étude a été d'analyser les pratiques professionnelles des sages-femmes libérales lors de la consultation gynécologique de contraception et leur adéquation avec les recommandations.

Les hypothèses ont été les suivantes :

- Les sages-femmes libérales recherchent les contre-indications à un moyen de contraception avant de le proposer à la patiente.
- Les sages-femmes libérales gèrent leurs consultations de façon à ce que la décision finale du moyen de contraception revienne à la femme informée.
- Les sages-femmes libérales délivrent une information suffisante en ce qui concerne les différents moyens de contraception et leur fonctionnement.
- Le temps accordé par les sages-femmes lors de la consultation de première prescription de contraception est suffisamment long pour transmettre l'ensemble des informations.

Grâce à notre enquête, nous avons pu évaluer les pratiques professionnelles des sages-femmes libérales de Moselle et Meurthe-et-Moselle lors de la première consultation de prescription de contraception. Ainsi, nous avons pu constater que 89,5% des répondants ont bénéficié d'une formation complémentaire à la formation initiale, relative à la contraception. En ce qui concerne la recherche de contre-indications à une contraception, essentielle avant de proposer les méthodes adaptées à leur patiente, la totalité des répondantes recherchent les

contre-indications. Une très grande majorité respectent l'ensemble des contre-indications à rechercher.

En ce qui concerne le choix de la contraception, la totalité des sages-femmes proposent plusieurs choix compatibles à leurs patientes après leur examen et interrogatoire. Pour cette partie informative, les recommandations sont respectées par une grande majorité de répondantes. Enfin, la quasi-totalité des répondantes respectent la durée de consultation recommandée par la HAS pour cette première consultation.

Néanmoins, le taux de réponses de 49,7% ne permet pas de conclure sur l'ensemble des sages-femmes libérales de Moselle et Meurthe-et-Moselle. De plus, les recommandations étant nombreuses, il a été nécessaire de cibler le questionnaire sur certaines recommandations afin de ne pas le rendre chronophage pour les sages-femmes libérales et permettre un taux de réponse optimal.

Dans la mesure où l'ensemble des recommandations convergent vers un objectif précis : permettre à la patiente de faire un choix éclairé sur sa méthode contraceptive, il semblerait intéressant de pouvoir interroger les femmes sur leur parcours contraceptif et le vécu de leur suivi gynécologique. Ainsi, nous pourrions avoir un retour sur l'efficacité des directives de la HAS et leur application par les professionnels de santé.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Quélin M. *Evaluation des connaissances en contraception de femmes en parcours d'interruption volontaire de grossesse*. [Mémoire de sage-femme], Université Angers, Angers, 2014.

[2] Gros C. *Connaissances des jeunes sur la contraception et les infections sexuellement transmissibles*. [Mémoire de sage-femme], Université Paris Descartes, Paris, 2010.

[3] INED, Evolution du nombre d'avortements et des indices annuels [internet]. 2014. Consulté le 17/02/2018. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>

[4] Bajos N., Moreau C., Léridon H. et Ferrand M. *Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?*, Population et Sociétés 2004 : 407.

[5] Larousse, Contraception [internet]. Consulté le 17/02/2018. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/contraception/36657>

[6] Fontaine A, Contraception : focus sur les méthodes efficaces. Webzine HAS. 2013 sept [internet] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1536443/fr/contraception-focus-sur-les-methodes-efficaces

[7] Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception. La contraception au fil du temps [en ligne]. Consulté le 17/02/2018. Disponible sur : <http://www.avortementancic.net/spip.php?article36>

[8] 8 mars. Invention de la pilule contraceptive [en ligne]. Consulté le 18/02/2018. Disponible sur : <http://8mars.info/invention-de-la-pilule-contraceptive>

[9] Fil santé jeunes. Il était une fois... la contraception [en ligne]. Consulté le 18/02/2018. Disponible sur : <http://www.filsantejeunes.com/il-etait-une-fois-la-contraception-5101>

[10] 8 mars. Interdiction de la contraception et de l'avortement [en ligne]. Consulté le 18/02/2018. Disponible sur : <http://8mars.info/interdiction-de-contraception-et-avortement>

[11] 8 mars. Loi Neuwirth autorisant la contraception [en ligne]. Consulté le 18/02/2018. Disponible sur : <http://8mars.info/loi-neuwirth-autorisant-la-contraception>

[12] Raccach-Tebeka B, Plu-Bureau G. Fiche 1 : Les différentes contraceptions disponibles. In : Raccach-Tebeka B, Plu-Bureau G. Guide pratique de la contraception. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2017. p. 4-11.

[13] Raccach-Tebeka B, Plu-Bureau G. Fiche 3 : Les contraceptions définitives. In : Raccach-Tebeka B, Plu-Bureau G. Guide pratique de la contraception. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2017. p. 14-15..

[14] Raccach-Tebeka B, Plu-Bureau G. Fiche 6 : Les contraceptions d'urgence. In : Raccach-Tebeka B, Plu-Bureau G. Guide pratique de la contraception. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2017. p. 19-23.

[15] Raccach-Tebeka B, Plu-Bureau G. Fiche 5 : L'efficacité des méthodes contraceptives. In : Raccach-Tebeka B, Plu-Bureau G. Guide pratique de la contraception. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2017. p. 18.

[16] Ordre des sages-femmes. Suivi gynécologique et contraception [en ligne]. Consulté le 22/02/2018. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/le-suivi-gynecologique-de-prevention-et-les-consultations-en-matiere-de-contraception/>

[17] HAS. Fiche Mémo Contraception : prescriptions et conseils aux femmes [en ligne]. Consulté le 19/03/2018. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception_prescription-conseil-femmes-060215.pdf

[18] Raccah-Tebeka B, Plu-Bureau G. Fiche 7 : Première consultation pour demande de contraception. In : Raccah-Tebeka B, Plu-Bureau G. Guide pratique de la contraception. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2017. p. 18.

[19] INPES. Comment aider une femme à choisir sa contraception ? Sept 2013.

[20] HAS. Fiche mémo : « Conduite pratique de la contraception chez l’homme et chez la femme ». Avril 2013. Mise à jour Octobre 2017.

[21] Ruini E. Le suivi gynécologique de prévention : facteurs influençant la pratique des sages-femmes depuis la loi HPST de 2009 : état des lieux dans les Bouches-du-Rhône. [Mémoire de sage-femme]. Université Aix-Marseille, Marseille, Avril 2015.

ANNEXE

QUESTIONNAIRE

Questionnaire anonyme destiné aux sages-femmes libérales de Moselle et Meurthe-et-Moselle.

Je m'appelle Marie Lamblin et je suis étudiante sage-femme en dernière année à l'école de sage-femme Pierre Morlane de Metz. Je réalise un mémoire sur l'analyse des pratiques professionnelles des sages-femmes libérales lors de la consultation de prescription de contraception. Vos réponses me permettront de faire un état des lieux réaliste de ces pratiques qui seront comparées aux recommandations données par la haute autorité de santé.

Je vous remercie par avance du temps que vous saurez accorder à mon questionnaire.

Lors d'une première consultation destinée à la prescription de contraception chez une patiente :

Description du répondant

1) Année de l'obtention de votre diplôme de sage-femme :
.....

2) Avez-vous travaillé en hospitalier ?

- Oui
- Non

3) Si oui à la réponse précédente, combien d'années avec vous effectué en milieu hospitalier ?

.....
.....

4) Depuis combien de temps êtes-vous installé en libérale ?.....

5) Réalisez-vous des consultations gynécologiques ?

Oui

Non

6) A quel pourcentage estimez-vous le taux de consultations gynécologiques que vous réalisez parmi toutes vos consultations ?

.....
.....
.....

7) Avez-vous bénéficié d'une formation diplômante ou non diplômante relative à la contraception ?

Oui

Non

8) Si oui à la réponse précédente, la/lesquelle(s) ?

.....

Déroulement de la séance

9) Acceptez-vous la présence et l'implication du partenaire dans le choix de la contraception ?

Oui

Non

10) Vérifiez-vous les souhaits de grossesse des patientes ?

Jamais

Peu souvent

Souvent

Toujours

11) Discutez-vous avec la patiente de ses préférences ?

- Jamais
- Peu souvent
- Souvent
- Toujours

12) Avant de lui proposer un choix contraceptif, en recherchez-vous les contre-indications :

- Antécédents familiaux
- Antécédents médicaux
- Examen clinique gynécologique et général
- Addictions

13) Expliquez-vous les CI à la patiente :

- Jamais
- Peu souvent
- Souvent
- Toujours

14) Après votre examen et votre interrogatoire :

- Vous proposez un seul type de contraception
- Vous proposez plusieurs choix de contraception

15) Évaluez-vous le risque de IST / MST ?

- Jamais
- Peu souvent
- Souvent
- Toujours

16) Lorsque vous expliquez les mécanismes d'action et le mode d'emploi de la méthode choisie, vous le faites (plusieurs réponses possibles) :

- A l'oral
- En donnant à la patiente une fiche explicative
- En lui donnant un numéro à contacter en cas de question ou de problème
- Autre(s) :

.....

17) Combien de temps accordez-vous à cette consultation en moyenne ?

.....

.....

Informations délivrées à la patiente

18) En cas d'absence totale de contre-indications, quels moyens de contraception présentez-vous systématiquement ?

- Préservatif
- Pille oestro-progestative
- Pilule progestative
- Stérilet au cuivre
- Stérilet hormonal
- Cape cervicale
- Diaphragme
- Spermicides
- Implant
- Anneau vaginal
- Patch
- Les méthodes naturelles
- Les progestatifs injectables

19) Abordez-vous le taux d'efficacité de ces moyens de contraception ?

- Jamais
- Peu souvent
- Souvent
- Toujours

20) Parlez-vous des IST / MST et de la prévention par les préservatifs ?

- Jamais
- Peu souvent
- Souvent
- Toujours

21) Parlez-vous des effets secondaires des différents moyens de contraception ?

- Jamais
- Peu souvent
- Souvent
- Toujours

22) Expliquez-vous les mécanismes d'action et le mode d'emploi de la méthode choisie ?

- Jamais
- Peu souvent
- Souvent
- Toujours

23) Expliquez-vous à la patiente les symptômes évoquant des complications et motivant à consulter un médecin ou une sage-femme ?

- Jamais
- Peu souvent
- Souvent
- Toujours

24) Expliquez-vous à la patiente quels sont les motifs pour consulter les urgences ?

- Jamais
- Peu souvent
- Souvent
- Toujours

25) Parlez-vous de la contraception d'urgence ?

- Quand vous prescrivez une pilule
- Quand vous prescrivez un anneau
- Quand vous prescrivez un patch

26) Lorsque vous parlez de la contraception d'a prescrivez-vous systématiquement ?

- Oui
- Non

27) Parlez-vous à la patiente de la nécessité de signaler à tout médecin la prise d'une contraception hormonale en cas de traitement inter-curent (risque d'interaction médicamenteuse), d'intervention chirurgicale, d'immobilisation prolongée et de longs voyages en avion ?

- Jamais
- Peu souvent
- Souvent
- Toujours

28) Parlez-vous à la patiente de la nécessité d'anticiper ses renouvellement d'ordonnance pour ne pas interrompre le traitement contraceptif ?

- Jamais
- Peu souvent
- Souvent
- Toujours

29) Cette partie vous propose une réponse libre si vous souhaitez laisser un avis, apportez des éléments ou apporter des précisions sur certaines de vos réponses.

Analyse des pratiques professionnelles des sages-femmes libérales lors de la première consultation de prescription de contraception en Moselle et en Meurthe et Moselle.

Etude portant sur 81 sages-femmes libérales réalisant la consultation contraception en Moselle et en Meurthe-et-Moselle du 22 Novembre 2017 au 21 février 2018.

Résumé :

Introduction/Contexte : Depuis la loi HPST du 21 juillet 2009, les sages-femmes peuvent assurer le suivi gynécologique chez toutes les femmes en bonne santé. Elles peuvent ainsi réaliser la première consultation de prescription de contraception. Ce mémoire a pour but d'analyser les pratiques professionnelles des sages-femmes lors de la première consultation de prescription de contraception. La problématique est la suivante : En quoi les recommandations de la H.A.S. sur la prescription de la contraception lors de la consultation gynécologique sont-elles respectées ?

Méthode : Une étude épidémiologique et observationnelle non interventionnelle a été réalisée du 22 novembre 2017 au 21 février 2018 afin d'analyser les pratiques professionnelles des sages-femmes de Moselle et Meurthe-et-Moselle. Les sages-femmes libérales ont été incluses dans l'étude. Les sages-femmes libérales ne réalisant pas la consultation gynécologique ont été exclues à la lecture du questionnaire.

Résultats : 81 sages-femmes sur 163 ont répondu à cette étude. La totalité des répondantes suivent les recommandations sur la recherche des contre-indications à une méthode contraceptive et proposent plusieurs méthodes de contraception adaptées à leurs patientes. Une grande majorité des répondantes respectent les informations à transmettre aux patientes. Les recommandations les moins respectées sont l'information sur l'importance de signaler à tout médecin la prise d'une contraception hormonale et l'information sur la prévention des IST. Enfin, 99% des sages-femmes respectent la durée de consultation recommandée.

Conclusion : Malgré des résultats encourageants, le taux de réponse de 49,7% ne permet pas de conclure sur l'ensemble des sages-femmes libérales de Moselle et Meurthe-et-Moselle. De plus, les recommandations étant nombreuses, elles n'ont pas pu toutes être abordées dans le questionnaire.

Mots clés : sage-femme, contraception, consultation gynécologique

Abstract :

Introduction : Since the HPST law from july 21 2009, midwives can practice the gynaecology monitoring on every healthy women. In that way, they can do the first contraception prescription consultation. This essay has the aim to analyse the midwives professional practices during the first contraception prescription consultation. The problematic is : how the HAS recommendations on the contraception prescription during the gynaecological consultation are respected ?

Methods : This is an epidemiological and observational non interventional study from November 22 2017 to February 21 2018 in order to analyse the self-employed midwives from Meurthe-et-Moselle and Moselle professional practices. Self-employed midwives were included in the study. Self-employed midwives who doesn't do the gynaecologic consultation were excluded at the questionnaire reading.

Results : 81 on 163 midwives reply to the study. All of them felt followed the recommandation about the research on contraindication on a contraceptive method and offer more than one contraception methods compatible with their patients. A big majority of the subjects respect the informations to give to patients. The less respected recommandations are about the importance to signal to every medecin the taking of an hormonal contraception and the information about the STI prevention. Finally, 99% of them respect the duration of the consultation.

Conclusion : Beside promising results, the reply rate of 49,7% dont allow to conclude on the totality of self-employed midwives from Moselle and Meurthe-et-Moselle. More, the recommandations are so abundant that it was not possible to approach every of them in the questionnaire.

Keywords : midwives, contraception, gynaecological consultation

