



**HAL**  
open science

# Enquête d'opinion sur l'influence de la formation des étudiantes sages-femmes concernant l'évolution de leur choix de contraception

Anaïs Cliquot

► **To cite this version:**

Anaïs Cliquot. Enquête d'opinion sur l'influence de la formation des étudiantes sages-femmes concernant l'évolution de leur choix de contraception. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03152296

**HAL Id: dumas-03152296**

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03152296v1>

Submitted on 25 Feb 2021

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

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



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

UNIVERSITÉ DE CLERMONT D'AUVERGNE

ENQUÊTE D'OPINION SUR L'INFLUENCE DE LA  
FORMATION DES ÉTUDIANTES SAGES-FEMMES  
CONCERNANT L'ÉVOLUTION DE LEUR CHOIX DE  
CONTRACEPTION.

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR CLIQUOT ANAÏS

DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2019-2020





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

UNIVERSITÉ DE CLERMONT D'AUVERGNE

ENQUÊTE D'OPINION SUR L'INFLUENCE DE LA  
FORMATION DES ÉTUDIANTES SAGES-FEMMES  
CONCERNANT L'ÉVOLUTION DE LEUR CHOIX DE  
CONTRACEPTION.

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR CLIQUOT ANAÏS

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2019-2020

## REMERCIEMENTS

A Madame Poumeyrol, directrice de mon mémoire. Merci d'avoir accepté cette responsabilité, d'avoir su me guider et m'orienter pour ce sujet ainsi que les nombreuses lectures et corrections apportées.

A l'équipe pédagogique de l'École de sages-femmes de Clermont-Ferrand, pour son soutien tout au long de mes études et pour son encadrement durant toutes ces années.

A toutes les étudiantes qui ont bien voulu participer à cette étude, sans qui rien n'aurait été réalisable sans leurs témoignages.

A mes parents, Papa, Maman, merci pour votre présence, votre soutien, votre accompagnement et vos corrections très constructives pour ce mémoire. Merci d'avoir cru en moi malgré toutes ces années difficiles. Un énorme merci pour tous ces sacrifices que vous avez réalisés pour vos enfants, vous m'avez donné un magnifique modèle de vie, de travail et de persévérance. Je suis redevable d'une éducation dont je suis fière. Merci d'avoir fait de moi la personne que je suis devenue.

A Théo et Fanny, mon frère et ma sœur, pour tous ces innombrables moments partagés et tous ces encouragements de votre part. Votre présence est déterminante dans mon quotidien !

A Nicolas, pour ta patience, ton réconfort, pour la confiance que tu m'as accordée durant ces longues années d'études. Ainsi que tous ces moments de partage et de bonheur. Un énorme merci !

A mes trois amies Alicia, Manon et Anaïs pour ces instants inoubliables de notre formation et ce soutien mutuel.

## ABREVIATIONS

- ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
- AVC : Accident Vasculaire Cérébral
- CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France
- C.O.C : Contraception orale combinée
- DIU : Dispositif Intra-Utérin
- ESF : Étudiantes sages-femmes
- GEU : Grossesse Extra-Utérine
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HPST : Hôpital, Patient, Santé et Territoires
- INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
- IST : Infection Sexuellement Transmissible
- IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
- MAMA : Méthode d'Allaitement Maternel et Aménorrhée
- SSU : Service Santé Universitaire
- UPA : Ulipristal d'acétate
- UFR : Unité de formation et de recherches



## SOMMAIRE :

A. Introduction.....	2
B. Revue de la littérature .....	3
1 L'évolution du modèle contraceptif en France .....	3
1.1 L'apparition des divers moyens de contraception .....	3
1.2 Les différentes lois .....	4
1.3 Un modèle stéréotypé.....	6
1.4 Le changement de l'image contraceptive en France .....	6
2 La contraception sur le globe .....	7
2.1 Dans le monde.....	7
2.2 Chez les jeunes femmes.....	9
3 Facteurs pouvant influencer le choix de la contraception .....	10
3.1 Les médias.....	10
3.2 Les effets indésirables.....	12
3.3 Les nouvelles technologies.....	13
3.4 Les professionnels de santé .....	14
3.5 Les usagers.....	15
4 La place du savoir.....	19
4.1 La connaissance de la population.....	19
4.2 Les diverses étapes scolaires.....	20
4.3 L'enseignement initial des étudiantes sages-femmes.....	20
4.4 Le rôle des sages-femmes.....	22
4.5 L'influence de la formation.....	23
C. Méthode.....	25
1 Population.....	25
1.1 L'échantillon de l'étude.....	25
2 Méthode.....	25
2.1 Type de l'étude.....	25
2.2 Le mode de recueil des données.....	25
2.3 Le déroulement de l'étude.....	26
2.4 Le mode d'analyse des données.....	27
2.5 L'aspect éthique et réglementaire.....	27
D. Résultats et Discussion.....	28
1 Connaissances apportées par la formation.....	28
2 Promotion du métier de sage-femme par les étudiantes.....	30
3 Changement de praticien.....	32
4 Changement de contraception.....	38
E. Projet d'action.....	47
F. Conclusion.....	49
G. Références bibliographiques	
H. Annexes	



## A. INTRODUCTION :

Lorsque l'on évoque la contraception, les premières idées qui nous viennent à l'esprit sont : la pilule et les préservatifs. Cependant de nombreuses autres méthodes sont disponibles et pourtant très peu utilisées car ignorées par la population générale.

De par le rythme soutenu de leurs études les étudiantes sages-femmes ont un mode de vie perturbé. Notamment dû à leur style de vie semblable à celui d'un professionnel de santé, avec des périodes d'activités intenses et de récupérations : gardes de 12 heures, travail de nuit ou le week-end. Leur mode de contraception peut se retrouver endommagé par tous ces changements mais également être amélioré par l'acquisition de nouvelles connaissances théoriques et pratiques développées au cours de leur cursus scolaire.

Au cours des années de formation de maïeutique, il semblait que de nombreuses étudiantes avaient modifié leur méthode contraceptive. Il s'est posé plusieurs questions : Suivre des études de sage-femme a-t-il une influence sur son propre choix contraceptif ? Le fait d'être mieux informé permet-il de choisir une contraception plus adaptée aux besoins rencontrés ? Quels sont les facteurs impliqués dans une telle décision ?

L'objectif principal est de montrer l'impact de la formation sage-femme sur le choix des étudiantes en matière de contraception.

Afin de répondre aux questions, une première partie théorique expose l'évolution de la situation contraceptive française, la place de la contraception dans le monde, ainsi que les potentiels facteurs pouvant influencer ce choix. Pour terminer, sont évoqués le contenu de la formation et l'exercice de sage-femme.

Dans un second temps, la méthode d'enquête réalisée ainsi que les résultats obtenus seront décrits. Pour finir, ces résultats seront analysés puis discutés afin de proposer de nouvelles propositions et d'établir de nouvelles hypothèses.

## B. REVUE DE LA LITTÉRATURE :

### 1 L'évolution du modèle contraceptif en France :

#### 1.1 L'apparition des divers moyens de contraception :

##### *1.1.1 Contraception moderne :*

La **contraception orale** est inventée par des Américains au milieu des années 50, commercialisée aux États-Unis en 1960, mais interdite en France jusqu'en 1967. Initialement la contraception orale ne comprenait qu'un progestatif mais devant des difficultés de tolérance, il lui est associé un œstrogène de synthèse. Une contraception orale combinée est alors mise au point en 1973 puis plusieurs générations de médicaments vont se succéder par l'évolution ou le changement du progestatif de synthèse utilisé. En 1984, apparaît la troisième génération puis en 2001 la quatrième génération. Cependant dès 1967 une étude anglaise met en évidence des risques accrus de thrombose veineuse sous C.O.C à l'origine des pilules micro-dosées d'aujourd'hui.

Le **DIU au cuivre** est commercialisé pour la première fois en 1977 ; alors que l'autorisation de mise sur le marché n'est introduite qu'en 1995 pour le **DIU aux hormones**.

Le **contraceptif injectable**, contenant une forte dose de progestatif, a obtenu son autorisation de mise sur le marché en 1980, ce qui permet d'avoir un important recul sur cette contraception. Ainsi elle n'est plus recommandée chez les adolescentes et chez les patientes présentant des facteurs de risque d'ostéoporose en France.

Le premier **implant** progestatif est apparu aux USA en 1983. En France, il obtient son AMM en 1999 et arrive sur le marché en 2001.

La **contraception chirurgicale** ne fût autorisée en France qu'en 2001. Elle comprend la vasectomie qui consiste en la section des canaux déférents chez l'homme et à la ligature ou section des trompes de Fallope chez la femme.

L'**anneau vaginal** et le **patch contraceptif** sont des dispositifs constitués d'hormones œstroprogestatives mis en vente depuis mars 2004. (1,2)

### 1.1.2 *Contraception barrière :*

Le **préservatif** est lui si ancien, qu'il est impossible de dater précisément son apparition. Cette protection masculine se commercialise en masse en 1844 grâce à la découverte du caoutchouc par Goodyear. En revanche, le préservatif féminin débute ses ventes en 1999 en France.

Le **diaphragme** et les **capots** inventés en 1880, constitués d'une membrane en caoutchouc épais, doivent être placés de manière à recouvrir le col de l'utérus. (1)

## 1.2 Les différentes lois :

### 1.2.1 *Loi Neuwirth :*

La pilule devient légale le 28 décembre 1967, permettant la régulation des naissances. Cette nouvelle réglementation modifie la loi du 31 juillet 1920 concernant le mouvement anticonceptionnel, notifiée dans les articles L.648 et L.649 du code de la santé publique.

D'après Neuwirth, la contraception orale assurerait à chaque couple les moyens de donner à sa famille les dimensions de son choix en fonction de leurs possibilités afin de pouvoir élever dignement ses enfants.

La contraception rend donc possible l'échelonnement des naissances plus qu'elle ne les empêche. (3)

### 1.2.2 *La loi Veil :*

Le 17 janvier 1975 le projet de loi relative à l'interruption volontaire de la grossesse est voté et mis en place au sein de l'état français, mettant en suspend les lois de 1920 et 1923. Il se met en place suite aux mouvements féministes du moment et la prise de conscience des conséquences dramatiques des avortements clandestins. L'avortement libre de la grossesse est autorisé en France à partir de 1979.

Il est important de mentionner l'IVG car deux femmes sur trois sous contraceptif ont recours à l'avortement en France. En 2011, 222 500 IVG ont été faites au sein de ce pays, néanmoins cette tendance reste stable depuis 2006. La tranche d'âge la plus concernée par cet acte est celle des 20-24 ans. (4)

### *1.2.3 La contraception d'urgence :*

En avril 1999, un comprimé de lénovonorgestrel dosé à 1,5mg obtient l'autorisation de mise sur le marché dans l'indication de contraception d'urgence. Il est ensuite autorisé à la vente sans prescription médicale et également disponible gratuitement pour les mineures dans les centres de planification et d'éducation familiale.

En 2010, un nouveau dispositif d'urgence d'ulipristal acétate est commercialisé en France. (5)

### *1.2.4 Loi Aubry :*

A l'arrivée de cette nouvelle réforme le quatre juillet 2001, complétant la loi de Simone Veil, les mineures peuvent avoir recours à l'avortement auprès du médecin de leur choix sans autorisation parentale selon l'article L. 2212-7. L'acte rédigé facilite l'accès à la contraception d'après l'article L. 5134-1 et instaure la stérilisation à visée contraceptive conformément à l'article L. 2123-1.

Le délai légal pour l'IVG aujourd'hui fixé à 14 semaines d'aménorrhées. (4,6,7)

### *1.2.5 Les dates des remboursements :*

En 1974, est autorisé le remboursement par la sécurité sociale de certaines spécialités ainsi que la délivrance gratuite sur prescription de dispositifs ou médicaments contraceptifs par les centres de planification et d'éducation familiale.

En 1982, le remboursement de l'IVG est pris en charge à 80% par la sécurité sociale, instauré par Yvette Roudy ministre des droits de la femme.

L'arrêté d'août 2001 inscrit le lénovonorgestrel 1,5mg sur la liste des médicaments remboursables sur prescription médicale à 65% par l'assurance maladie. Quant à l'UPA, elle est remboursée à partir de 2010. Elles sont toutes deux accessibles par toutes sans prescription en pharmacie, planning familial, protection maternelle et infantile ...

Le 17 décembre 2012, la loi n°2012-1404 prévoit une prise en charge à 100% des IVG par l'assurance maladie et le remboursement à 100% des contraceptifs inscrits sur la liste des produits remboursables pour les jeunes filles de 15 à 18 ans. (1,4,5)

### 1.3 Un modèle stéréotypé :

Depuis la légalisation de 1967, le paysage contraceptif n'a cessé d'être modulé en France notamment à l'arrivée de nouveaux moyens de contraception. Malgré ces évolutions, le schéma contraceptif reste stigmatisé : utilisation du préservatif au début de la sexualité suivie de l'adoption de la pilule lors de la mise en couple jusqu'à son remplacement par un DIU chez les femmes ayant des enfants.

En 2016, 71,8% des 15 à 49 ans sont concernées par la contraception. Parmi celles-ci ; la plus utilisée reste la pilule (45%) à tout âge. Seules les 45-49 ans favorisent le DIU (21%) ou la ligature des trompes (11%). (7,8,10)

### 1.4 Le changement de l'image contraceptive en France :

Depuis 1967, le recours à la pilule ne cesse d'augmenter puis s'ensuit une baisse lors des années 2000 en raison de l'arrivée de nouvelles méthodes contraceptives (l'implant +2,6%, l'anneau +1% et le patch +0,4%) ainsi que de la polémique concernant les pilules de troisième et quatrième générations. Depuis 2010, les reports s'effectuent vers le DIU (+6,9 points), les préservatifs (+4,7 points). Représentant respectivement 4% et 21% de l'emploi. De 2011 à 2017 la vente de plaquettes est passée de plus de 54 à 41,5 millions par an.

La stérilisation reste un choix en déclin régulier avec seulement 3,9% des femmes et 0,3% des hommes concernés par cette alternative.

De plus, les françaises ne désirant pas de contraception, et ne désirant pas de grossesse appartiennent à une minorité (3%). (7,8,11,12)

Concernant les méthodes naturelles, elles ne cessent de connaître un décroissement régulier représentant seulement une utilisation de 6,2% des femmes en Europe pour 9,6% d'entre elles dans le monde. Elles sont définies comme telles :

- le **coït interrompu** consiste au retrait du pénis des voies génitales féminines avant l'éjaculation. Le sperme ne doit pas être en contact avec le vagin ni la vulve.
- la méthode **Billings** repose sur l'identification de la glaire cervicale quotidienne, qui devient plus fluide en période péri-ovulatoire.

- la **MAMA**, représente une alternative dans les suites de couches. Elle impose des règles horaires strictes de rapprochement des tétées au cours des six premiers mois de l'allaitement maternel.
- la **méthode de la température basale** correspond à une prise quotidienne de la température au lever permettant de noter le jour d'une hausse de celle-ci. Lorsqu'elle s'élève de plus d'un demi-degré Celsius cela indique l'ovulation. Les rapports sexuels non protégés deviennent possibles seulement trois jours après l'élévation thermique.
- la méthode **Ogino-Knaus** est une méthode calendaire qui implique de noter toute une année entière la durée des cycles d'une femme pour établir la période à risque ovulatoire. (1,13,14)

## 2 La contraception sur le globe :

En 2011, environ 63% des femmes utilisaient une contraception. Les dispositifs de contraception utilisés varient démesurément selon les situations géopolitiques.

Le taux d'utilisation le plus haut se trouve dans les pays développés (particulièrement en Europe, Amérique latine ou Amérique du nord) puisqu'il est à plus de 70%.

En revanche, dans les pays en cours de développement le pourcentage du recours à la contraception est plus bas (notamment en Afrique) ; où il correspond à 31%. (12,14)

### 2.1 Dans le monde :

#### 2.1.1 *Les pays émergents :*

Les pays émergents favorisent le développement des contraceptions modernes telles que la **stérilisation féminine** et le **DIU**. Ainsi on les retrouve respectivement au premier et deuxième rang de la contraception mondiale. La ligature des trompes est utilisée par 19% des femmes, surtout en Amérique latine où cette pratique est la plus répandue en particulier en République Dominicaine par plus de 47% d'entre-elles. Le DIU est majoritairement choisi par près de 40 % des Chinoises, alors qu'il n'est utilisé qu'à 1% en Afrique du sud. (8,12,14)

Pour les méthodes barrières et naturelles : le **préservatif** est le troisième moyen de contraception utilisé par ces pays représentant 6,9% de la population concernée ; par 12,2% au Brésil et 8,5% en Chine.

Les **capés** et les **diaphragmes** ne sont pas utilisés en Afrique du sud, en Indonésie ou au Brésil. Le taux le plus haut dans ces pays émergents est de 0,4% au Mexique.

Le **retrait** faisant parti des méthodes naturelles est quant à lui peu employé : 2,3% en Indonésie et au Brésil, 0,3% en Chine. (14)

### 2.1.2 *Les pays développés :*

Concernant les méthodes barrières, le **préservatif** est classé au deuxième rang dans les pays riches alors que dans le monde il est le moyen le plus utilisé, par près de 8% de la population. Le taux est prédominant à Singapour et Hong-Kong où il est parfois associé à la pilule ou au stérilet dans 60,6% des cas.

Seulement 0,2% des femmes font appel aux **capés** et les **diaphragmes** ; ils restent donc très peu employés sur le globe. (15,16)

Au sujet de la contraception moderne, le **DIU** reste très populaire en Ouzbékistan par près de 49,7% des femmes en âge de procréer et 10,5% à Singapour. Se plaçant ainsi au troisième rang de la contraception européenne et en seconde position au niveau mondial ; acquis par 14% des femmes.

La **pilule** est majoritairement utilisée dans les pays en développement tels que les États-Unis (16,3%), Singapour (10%) ou Hong-Kong (6,7%) où elle est le premier moyen de contraception. Ce dispositif vient quant à lui en troisième position au niveau mondial ; adoptée par 9% des femmes.

Seulement 0,9% des femmes des pays développés utilisent les **patchs** et les **anneaux**. En revanche, il y a très peu de recours à ces moyens dans le monde (0,2%). (12,14,15)

### 2.1.3 *En Europe :*

L'Europe a un schéma contraceptif similaire à celui des pays développés c'est à dire que les méthodes les plus populaires par ordre de fréquence sont la pilule (70,4%), les préservatifs (63,2%) et le DIU (16,3%). Les méthodes les moins utilisées sont le patch (0,4%) et l'anneau (2,6%).

La majorité des femmes européennes (88,1%) a déjà utilisé un contraceptif. La Roumanie affiche le pourcentage d'utilisation le plus faible (67,4%) et la Suède, le plus élevé (96,7%).

Les **contraceptifs oraux** sont la méthode la plus populaire en Suède (34,6%), en France (50,5%) et en Allemagne (54,3%). Tout comme les DIU qui sont plus couramment utilisés en Suède (19%) et seulement par 3,5% de la population roumaine.

Les **préservatifs** eux, ont été largement utilisés au Royaume-Uni et en Roumanie (29,6%). Les capes et les diaphragmes sont quant à eux bien utilisés par 1% des anglaises. (13,15,16)

## 2.2 Chez les jeunes femmes :

Les relations sexuelles à l'adolescence, en particulier dans les pays émergents, sont susceptibles de se dérouler sans l'utilisation de préservatifs.

En Afrique, les taux d'utilisation de la contraception varient de 1 à 7% chez les adolescentes sexuellement actives âgées de 15 à 19 ans.

Dans les pays asiatiques en développement ainsi qu'en Amérique latine et dans les caraïbes, moins de 10% des mineures ont déjà utilisé un moyen de contraception moderne.

Les variations d'utilisation de la contraception peuvent être dû à de nombreux facteurs ;

- les facteurs socioculturels du pays, tels que les enseignements religieux et les normes culturelles sur la sexualité
- l'histoire du pays, notamment en Roumanie où le DIU était autrefois interdit provoquant ainsi une sur-utilisation des autres moyens disponibles.
- le manque informations en santé génésique, le sujet de la sexualité est tabou dans certaines nations.
- la disponibilité de méthodes contraceptives. (16,17)



### 3 Facteurs pouvant influencer le choix de la contraception :

#### 3.1 Les médias :

##### 3.1.1 *Pilules œstroprogestatives de troisième et quatrième génération :*

Le 14 décembre 2012 se produit un débat médiatique en France. Une jeune femme est victime d'un AVC à la suite de l'utilisation de sa pilule œstroprogestative de troisième génération. Il s'est avéré qu'elle possédait une mutation du facteur II de la prothrombine, ce qui est une contre-indication formelle de ce moyen de contraception. (2,9,10,18)

En France, près d'une femme sur cinq reconnaît avoir changé de moyen contraception suite à ce débat. Lors de l'année 2010 les femmes étaient 40% à utiliser la pilule pour seulement 33,2% en 2016. (11,18)

Cette diminution de recours est compensée par la grande diversification de méthodes médicalisées telle le DIU, l'implant, l'anneau, le patch, l'injection, la stérilisation tubaire ou la vasectomie. (8,10)

Suite à cet événement, le ministère de la santé a décidé de ne plus rembourser les pilules de troisième et quatrième générations à compter du 31 mars 2013. (15)

##### 3.1.2 *« J'arrête la pilule » :*

Sabrina Debusquat journaliste spécialiste des sujets de santé, publie cet ouvrage en 2017. Elle relate son choix d'arrêter de prendre la pilule pour deux raisons, la première est le sentiment d'injustice dû au fait que ce soit toujours à elle de penser à la prise de cette contraception orale et la seconde sont les effets indésirables générés tels que la baisse de la libido, les migraines, la prise de poids, les sautes d'humeur ...

Ce livre est un plaidoyer pour que les femmes soient entendues par la société et puissent choisir un contraceptif en toute conscience, librement et sans être jugées . Elles veulent pouvoir continuer de maîtriser leur contraception sans subir d'effets indésirables.

Pour cette journaliste, critiquer la pilule n'est pas un retour en arrière, mais c'est au contraire un moyen de balayer les peurs du passé pour avancer avec les exigences féministes actuelles. (18,20)

### 3.1.3 *Effets secondaires sous Mirena : -*

Le DIU hormonal est actuellement très recommandé ; considéré comme le contraceptif de référence. Cependant, des essais cliniques récents ont identifié des effets secondaires notamment une humeur dépressive et une instabilité émotionnelle.

La crise contraceptive hormonale de 2017 tend à faire décroître le recours à l'implant (391000 à 355000 par an) depuis 2016. A contrario, le DIU au cuivre lui connaît une ascension sur cette même période (376000 à 41100 par an). (18,20)

### 3.1.4 *Les campagnes d'informations :*

Pour les professionnels de santé, la HAS en 2004 a fait paraître des fiches mémos pour adapter le type de contraceptif en fonction de la vie sexuelle et affective de leurs patientes. Elle présente des arguments en faveur de l'aide au choix par la femme de sa méthode contraceptive, et préconise d'y associer le couple. Elle propose enfin des modèles d'accompagnement permettant au médecin d'amener la femme et le couple à choisir leur contraception. Cette campagne émet une recommandation de pratique clinique en matière de contraception avec un document intitulé « Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme ». (21,22)

A partir du 15 septembre 2007, l'INPES commence une campagne amenant les femmes de 20 à 35 ans à une réflexion sur leur contraceptif : « la meilleure contraception c'est celle que l'on choisit ». Ce message est transmis par l'intermédiaire d'un spot publicitaire humoristique, il démontre que certaines femmes pensent à leur pilule dans n'importe quelle situation. Alors que pour palier à cette contrainte de prise à horaire fixe, il y a d'autres contraceptifs disponibles qui peuvent être plus adaptés.

Ceci évoque, sans culpabiliser, la difficulté de prendre au quotidien un contraceptif tout en leur proposant une solution concrète pour les oublis fréquents sur le site internet « [www.choisirsacontraception.fr](http://www.choisirsacontraception.fr) » (21,22)

Le 18 mai 2013, l'INPES et le ministère de la santé lancent une deuxième campagne « À chacun sa contraception » afin d'insister sur la diversité des méthodes disponibles (13 au total) et la possibilité d'en parler avec un professionnel de santé pour trouver celle qui conviendrait le mieux. Avec celle-ci, il est désormais possible de changer de moyen contraceptif au cours de sa vie selon son évolution, sa situation médicale ou de ses besoins. (12,21,25)

### 3.2 Les effets indésirables :

Pour les **oestroprogestatifs**, les effets indésirables qualifiés de « mineurs » ont été répertoriés : céphalées, troubles de l'humeur, troubles digestifs tels que les nausées, prise de poids. Une tension mammaire, une aménorrhée et des saignements discontinus appelés *spotting*s, ont également été identifiés. Ces effets ont une intensité variable d'une femme à l'autre. De plus, il existe aussi des effets indésirables dit « majeurs », ils restent cependant rares. Avec l'utilisation d'estrogènes, un ensemble de mécanismes conduit à des effets cardio-vasculaires tels que les accidents thromboemboliques artériels (infarctus du myocarde et accidents vasculaires cérébraux) et veineux (phlébite et embolie pulmonaire).

Concernant les dérivés de la **progestérone**, il est notifié une hyperandrogénie, avec une hyperpilosité, puisque cette hormone est un précurseur de la testostérone.

Enfin, les oestrogènes combinés aux progestatifs augmentent la tolérance glucidique et sont donc diabétogènes

Pour l'**implant**, les effets indésirables retrouvés sont la modification du profil de saignement (pour 70% des utilisatrices) et la prise de poids.

Pour le **patch**, les effets secondaires sont ceux des oestroprogestatifs, auxquels s'ajoutent les conséquences du mode d'utilisation : irritation cutanée, allergie, brûlure, difficulté de mise en place. Une mastodynie bilatérale hormono-dépendante apparaît également chez 16% des utilisatrices

Pour l'**anneau vaginal**, les effets indésirables sont similaires aux contraceptifs oestroprogestatifs oraux.

Pour le **DIU aux hormones**, des céphalées, une poussée d'acné et des *spotting*s peuvent néanmoins apparaître durant les premières semaines d'utilisation. Le **DIU au cuivre** montre une augmentation du flux menstruel. De rares cas d'expulsion ou de perforation et de grossesses extra-utérines ont été notifiés pour ces deux dispositifs.

De ce fait, l'apparition de ces nombreux effets secondaires peut conduire au souhait d'un changement de contraception. (1,26)

### 3.3 Les nouvelles technologies :

#### 3.3.1 *Les smartphones et applications*

Les connaissances des femmes en matière de contraception sont incomplètes. L'apparition des smartphones permet l'apport d'une grande variété de sources d'informations pour palier à ce manque. 325 000 d'entre-elles concernent la santé. L'utilisation des téléphones concerne 73% des adolescents américains depuis 2013 et près d'un tiers des utilisateurs déclarent avoir téléchargé au moins une application.

Néanmoins de nombreuses applications traitent de la contraception, mais peu d'entre elles disposent d'informations fiables et exhaustives. Seulement deux études ont montré une amélioration significative du choix d'une méthode contraceptive des connaissances après l'utilisation de ces nouvelles technologies. Il est donc nécessaire de mener des études complémentaires pour mesurer la conformité et l'impact des applications.

L'utilisation de ces dernières peut constituer un moyen d'accroître l'observance de la contraception orale et de réduire le risque de grossesse non désirée.

Une étude a prouvé que la plupart des applications (82%) proposaient un rappel de la prise de la contraception à heure fixe choisie et ceci sans l'utilisation d'internet. Néanmoins si le téléphone est éteint ou que la personne est à distance de ce dernier, l'application ne peut fonctionner sur une période prolongée.

Les applications sélectionnées par les étudiantes sont notamment pour gérer leurs cycles menstruels pour 46% d'entre elles et pour avoir un rappel de contrôle des naissances pour 43%. Ainsi pour prévenir une éventuelle grossesse et planifier des activités romantiques autour de leur cycle menstruel. (23,24)

#### 3.3.2 *Internet :*

Une étude de 2010 a démontré aux États-Unis que plus de la moitié des adolescents utilisent cette source pour s'informer en matière de santé sexuelle. Toutefois plus de 46% des sites web interrogés contenaient des informations inexacts sur la sexualité. (24)

### 3.4 Les professionnels de santé :

#### 3.4.1 *Leurs pratiques :*

La contrainte de temps pour recueillir toutes les informations nécessaires à la prescription contraceptive engage les professionnels vers un renouvellement systématique de la pilule, plutôt que d'étudier avec la patiente si la contraception correspond toujours à ses attentes et son mode de vie. Ainsi les contraceptifs hormonaux sont plus souvent prescrits par le corps médical plutôt que demandés par les femmes. (8)

La formation initiale et continue des médecins (généralistes et gynécologues) ainsi que des sages-femmes était insuffisante ; mais depuis l'instauration du troisième cycle et de l'internat de médecine générale, les jeunes générations reçoivent une formation en gynécologie. En ce qui concerne la profession de sage-femme, elle connaît aussi au fil des années une extension de ses compétences notamment dans la santé gésésique des femmes. Les sages-femmes peuvent assurer le suivi gynécologique de prévention de toutes les femmes en bonne santé et installer ou retirer une contraception. Elles ont dorénavant la possibilité de pratiquer l'IVG médicamenteuse. (16,27,36)

#### 3.4.2 *Leurs représentations :*

Les représentations contraceptives des professionnels de santé constituent également un frein dans leur mode de prescription. Leurs croyances concernant les contre-indications des DIU sont erronées. Elles limitent leur prescription aux femmes, par méconnaissance en matière de nulliparité, risque de GEU et d'IST. Elles sont généralement liées à la sexualité féminine, socialement non acceptées notamment celle des adolescentes. Leurs principaux préjugés pour le recours à une contraception sont :

- une fréquence faible des rapports sexuels pour les femmes proches de la ménopause,
- une abstinence sexuelle dans le cadre du retour de couche,
- une situation de handicap ou de maladies chroniques ou une obésité morbide,
- une période de fertilité supposée supérieure pour les femmes âgées de 25-40ans excluant les autres classes d'âge. (8,16)

### 3.5 Selon les usagers :

#### 3.5.1 *L'âge et la situation familiale :*

En 2016, les françaises de **15-19ans** ont un schéma contraceptif sans grand changement par rapport aux années précédentes ; avec l'utilisation systématique du préservatif pour 45,6% d'entre elles, parfois associée à la pilule dans 16% des cas. L'utilisation totale de la contraception orale pour cette catégorie d'âge correspond à 60,4%.

En revanche, pour les **20-24ans** la diminution du recours à la pilule s'est faite progressivement entre 2010 et 2016, utilisée par 59,5% d'entre-elles. Alors que l'usage du préservatif, quant à lui double (9,0% à 18,6%). Le taux d'utilisation du DIU a d'abord augmenté entre 2010 et 2013 puis s'est stabilisé. À partir de 2013, c'est une augmentation de l'implant qui est constatée (4,1% à 9,6%), dans cette tranche d'âge, et qui l'utilise également le plus.

Dans la population féminine de **25-29ans**, la hausse du DIU est particulièrement marquée entre 2010 et 2013 (+ 9,8 points) puis elle se stabilise ensuite. Parmi cette tranche d'âge, seuls 7,6% sont nullipares alors qu'elles sont 31,8% à avoir des enfants. En ce qui concerne la contraception orale, son utilisation diminue, de 57,5% à 47,8%. L'implant est quant à lui minoritaire avec seulement 5,1% d'utilisation.

Les **30-44ans** affichent ce même parcours contraceptif avec un recours encore moindre de la contraception orale (35,4% d'entre-elles). S'ensuit une augmentation de l'emploi du DIU de 2013 à 2016. C'est le moyen le plus utilisé après 35ans, le plus souvent pour des femmes ayant déjà un enfant.

Par ailleurs les **plus de 40ans**, seulement 10% ont recours à une association de la pilule et du préservatif, 21,3% ont recours à la pilule seule, 34,6% au DIU, moins de 4% à l'implant. En revanche la contraception définitive concerne 10% d'entre-elles. (10)

#### 3.5.2 *La situation conjugale :*

La contraception est considérée comme « une affaire de femmes » et dans laquelle elles sont responsabilisées en cas d'échec. Pourtant seulement la moitié d'entre-elles déclarent choisir seule leur contraception, au bénéfice des préférences de leur partenaire masculin.

(8)

D'après une étude de Duchêne-Paton.A, 53% des femmes interrogées estimaient que leur sexualité était un critère majeur dans le choix de leur contraceptif. Un changement de relation amoureuse amène une variation de contraception utilisée. Alors que les femmes en relation stable préfèrent un dispositif de longue durée type implant ou DIU, de plus elles montrent un sentiment de lassitude envers le préservatif. A l'inverse, celles dont la fréquence des rapports sexuels est faible ont tendance à s'orienter vers une contraception ponctuelle. (25,26)

Il a été constaté que 63,3% des femmes déclarent avoir discuté de l'utilisation de la méthode avec leur partenaire. Parmi celles-ci, 45,2% ont décidé conjointement quelle méthode utiliser avec leur partenaire. Les méthodes choisies en collaboration avec leur partenaire sont, par ordre de fréquence : méthodes barrières féminines, préservatifs, retrait et stérilisation masculine. La prise de décision commune se fait majoritairement pour les couples mariés.

La fertilité concerne les hommes et les femmes, il y a donc de la place pour une participation active du couple dans le choix d'une méthode de contrôle des naissances. Les préférences du partenaire sont prises en considération dès lors qu'il est impliqué dans la contraception. (18)

### 3.5.3 *Une contrainte économique :*

Dans les années 1980, l'emploi de la pilule était supérieur au stérilet chez les personnes venant d'un milieu favorisé. Puis dans les années 2000, la catégorie sociale influence sur le choix des différentes générations de pilules, ainsi les femmes de milieu favorisé ont plus facilement recours aux pilules de troisième génération (car non remboursées). Aujourd'hui, les personnes peu ou non diplômées et vivant en milieu rural n'ont pas de contraception (6,5% des ouvrières pour 1,6% des cadres).

Celles qui ont des difficultés financières ou de nationalité africaine utilisent l'implant. En revanche les personnes de classes privilégiées s'orientent vers de nouveaux produits.

Les femmes de 20-29ans appartenant aux classes sociales les plus précaires, favorisent l'utilisation du préservatif comme solution de remplacement de la pilule malgré son efficacité inférieure. (7,18)

Le non remboursement du patch et de l'anneau vaginal limite leur utilisation. (18,25)

#### 3.5.4 *Les représentations :*

Elles naissent d'un manque d'informations sur l'ensemble des disponibilités contraceptives, ou encore redoutent l'examen gynécologique ou les questions relevant de l'intime. (8)

Le recours à la contraception en T reste réservé aux femmes ayant déjà eu des enfants malgré les recommandations de 2004 de la HAS qui déclare que la parité n'est plus un critère décisionnel pour le choix de la contraception. Pour autant il ne reste utilisé que par une femme sur cinq ; le taux de son emploi est lié à la parité : aucun enfant : 1%, un enfant : 20% et pour celles avec deux enfants ou plus : 40%. Les raisons de ce faible emploi du stérilet pour les nullipares sont complexes et renvoient aux représentations qu'ont les femmes et les professionnels de santé sur cette méthode (54% des femmes, 69% des gynécologues et 84% des généralistes) et notamment pour des conséquences potentielles sur la fertilité. Les motifs les plus souvent évoqués contre l'utilisation d'un DIU sont les saignements utérins anormaux, les infections, les gênes occasionnées lors de rapports sexuels et les douleurs pelviennes. (7,8,12,28)

Les croyances sur la pilule sont toutes aussi variées : une prise de poids, une baisse de la libido et la contrainte de la prise quotidienne à heure fixe.

Les préservatifs sont quant à eux associés aux relations multi-partenaires. (8)

#### 3.5.5 *L'efficacité :*

L'efficacité et la fiabilité de la méthode sont des enjeux importants pour faire son choix. L'indice de Pearl créé en 1933 par Raymond Pearl, permet de mesurer l'efficacité d'une méthode contraceptive par rapport à une autre.

Il représente le nombre de grossesses observées pour cent femmes utilisant une technique donnée sur une période d'un an.

Plus une méthode est efficace, plus l'indice de Pearl sera bas : entre 0 et 0,4% l'efficacité est excellente. C'est le cas pour le dispositif intra-utérin quel qu'il soit et l'implant contraceptif. Quant à elles, les méthodes barrières et naturelles sont moins efficaces (entre 3 et 26%). (1,3,8,13)



### 3.5.6 *La religion :*

Le choix de la dimension de la famille et de la contraception diffère selon la religion et la culture. La religion a toujours eu un impact sur les relations sexuelles et donc sur la contraception.

Actuellement, chaque religion a un avis sur ce sujet :

- Pour l'**église orthodoxe**, le seul but de la relation sexuelle est la procréation. Elle n'autorise la contraception que dans le cadre du mariage ou s'il existe une raison justifiable, telle qu'une maladie génétique. En dehors de cette union, seule l'abstinence peut être adaptée pour réguler les naissances.
- Pour le **catholicisme**, le but premier du mariage et du rapport sexuel est la procréation, donc chaque acte doit rester ouvert à la conception. L'interdiction de la contraception tient sur les moyens non naturels chimiques et mécaniques. L'abstinence et la méthode des températures sont les seules méthodes officiellement approuvées pour l'espacement des naissances. Toutes autres méthodes sont interdites.
- Pour les **judaïstes** : l'utilisation de contraceptifs n'est pas autorisée. L'abstinence est interdite car les droits conjugaux de la femme sont frustrés. La contraception est autorisée seulement à des fins médicales lorsque la vie de la femme est menacée.
- Dans l'**islam** : le sexe et la contraception sont autorisés dans le cadre de la procréation et du plaisir seulement pour les personnes mariées. Il autorise tout dispositif qui ne provoque pas d'avortement et qui est potentiellement réversible. La stérilisation n'est donc pas acceptée.
- Pour l'**hindouisme** ; les relations sexuelles doivent être vécues dans les limites du mariage pour des fins de procréation et de plaisir. Cette religion n'émet aucune interdiction ou obligation au sujet de la contraception, c'est selon le choix de la femme.
- Le **bouddhisme** n'interdit aucune contraception. (1,28,29)

### 3.5.7 *Autres :*

De nombreuses causes peuvent interférer dans le choix d'un mode de contraception, tel que le traitement de l'acné ou pour résoudre les problèmes pré-menstruels notamment les dysménorrhées, les ménorragies, les sécheresses vaginales, les mastodynies, les cycles irréguliers ...

Certaines femmes évoquent que les méthodes naturelles ou le préservatif ne permettent pas une sexualité libre et spontanée. Ils obligent un contrôle de soi lors de la relation en rapport à la contraception.

L'absence des menstruations facilite la qualité de vie mais également la disponibilité sexuelle. L'aménorrhée est donc un critère recherché lors de la décision du contraceptif afin de permettre un épanouissement sexuel à tout moment. (16,25,26)

#### 4 La place du savoir :

##### 4.1 L'influence des connaissances des femmes sur leur choix contraceptif :

Le réflexe contraceptif en Europe c'est la pilule et le préservatif. Or d'autres dispositifs sont accessibles mais peu utilisés car méconnus notamment chez les jeunes. (26)

Une étude menée auprès de personnes de nationalité asiatique montre des savoirs variables sur les différents modes de contraception : toutes avaient notion du préservatif et plus de la moitié étaient informées sur la pilule, la ligature des trompes et le DIU au cuivre. En revanche moins de la moitié des femmes connaissaient les cinq autres méthodes (patch, anneau vaginal, implant, les contraceptions injectables et le DIU aux hormones), le pourcentage le plus bas étant celui des DIU. (15)

Dans l'enquête GINE menée en 2000, deux catégories de femmes se distinguent sur le sujet de l'utilisation des méthodes naturelles. Celles sans diplôme seraient moins informées sur les techniques de contraception disponibles et auraient des freins économiques. En revanche, les femmes diplômées ne suivent pas les normes sociales, choisissant des contraceptions non hormonales, ceci sans augmenter le taux d'IVG. La connaissance sur la contraception et son utilisation réduisent l'incidence de l'avortement. (13,15)

#### 4.2 Les diverses étapes scolaires :

D'après la loi n° 2001-588 du quatre juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception, complétant la circulaire n°2003-027 du 17 février 2003 ; « l'évolution des mentalités, des comportements, du contexte social, juridique et médiatique dans le domaine de la sexualité, ainsi que des connaissances scientifiques liées à la maîtrise de la reproduction humaine a conduit les pouvoirs publics à développer l'éducation à la sexualité en milieu scolaire comme une composante essentielle de la construction de la personne et de l'éducation du citoyen. »

L'éducation de la sexualité devient indissociable des connaissances biologiques sur le développement et le fonctionnement du corps humain. Elle s'apprend dès le plus jeune âge à l'école primaire par les professeurs et professionnels de santé formés. Ensuite au collège et au lycée, cette éducation est favorisée par la mise en place d'un minimum de trois séances annuelles d'éducation de la santé affective et sexuelle. En outre, sont ajoutés les cours de sciences de la vie et de la terre offre aux étudiantes des informations sur les sujets importants tels que les grossesses précoces et les IST.

L'école intègre aussi une réflexion sur les dimensions psychologiques, affectives, sociales, culturelles et éthiques. (8,12,31, 35)

#### 4.3 L'enseignement initial des études de sage-femme :

Les étudiantes sages-femmes ont des connaissances acquises lors de l'unité d'enseignement en gynécologie, santé génésique et au cours de leurs nombreux stages.

La majorité des changements de contraception au cours du cursus avaient lieu pendant la 3ème année (40,9%) ou lors de la 4ème année (52,3%). A l'inverse la deuxième année est celle où il y a le moins de changement ; seulement 20,4%. C'est une année pauvre en stages et dépourvue de cours de gynécologie. Enfin seulement 25% des dernières années sont concernées par une modification de contraception. (32,33)

#### 4.3.1 *Repose sur différents textes de lois : -*

L'apprentissage des étudiantes sages-femmes est basé sur différents textes de lois. (30)  
La loi « Hôpital, patient, santé territoire » de 2009 ; d'après le dernier alinéa de l'article L. 4151-1, élargit les compétences des sages-femmes dans le domaine de la prescription de contraception et du suivi gynécologique de prévention, sous réserve de rediriger la patiente vers un spécialiste en cas de pathologie. Depuis, la formation a donc évolué afin de perfectionner les connaissances des étudiantes dans ce domaine. (34)

#### 4.3.2 *Le premier cycle de formation :*

Au début des études, diverses matières sont enseignées notamment l'hormonologie de la reproduction et la gynécologie. Elles ont pour but premier de faire connaître l'anatomie et la physiologie du fonctionnement du système endocrinien et du système reproducteur. De plus, ces enseignements permettent d'acquérir les connaissances nécessaires pour la réalisation d'un examen gynécologique, la prévention, l'éducation en santé sexuelle, de fécondité.

Les divers sujets abordés sont les différentes périodes de la vie, les infections génitales basses et hautes, la multitude de moyens de contraception existant et les méthodes de régulation des naissances ainsi que les pathologies de l'appareil génital. (30)

Depuis 2018, est instauré le service sanitaire dans les formations initiales des futurs professionnels de santé. Il doit durer 3 mois à mi-temps (ou six semaines à temps plein, ou 60 demi-journées, selon l'organisation retenue). Il permet la mise en place d'une prévention primaire afin de lutter contre les inégalités territoriales et sociales auprès d'un public plus fragile. Il favorise l'interprofessionnalité et l'interdisciplinarité entre les étudiants en santé des différentes filières de formation, notamment par la réalisation de projets communs. (35)

La deuxième année (DFGSMa 2) et la troisième année (DFGSMa 3) alternent enseignements théoriques et pratiques et permettent aux étudiants sages-femmes d'acquérir les bases de la physiologie obstétricale, gynécologique et pédiatrique. A son issu, il confère le Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques (DFGSMa). (33)

#### 4.3.3 *Le deuxième cycle de formation :*

Il est composé de 2 années d'études, conférant aux étudiants sages-femmes le Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Maïeutiques (DFASMa).

Les quatrième (DFASMa 1) et cinquième (DFASMa 2) années allient également les enseignements théoriques et pratiques. Les travaux pratiques permettent l'apprentissage de la pose d'un DIU ou d'un implant ; mais aussi à la réalisation d'un frottis cervico-vaginal ou d'un prélèvement vaginal. Les enseignements viennent compléter et renforcer les connaissances acquises au cours du premier cycle.

Au terme de sa formation, l'étudiant sage-femme doit savoir conduire une consultation de contraception ou péri-conceptionnelle. Il en est de même pour le suivi gynécologique de prévention, la lutte contre les infections sexuellement transmissibles, la réalisation de la rééducation périnéale, des échographies gynécologiques de dépistage et de pouvoir répondre aux demandes des femmes en matière de contraception, sexualité, désir d'enfant et interruption volontaire de grossesse. Il est indispensable de savoir diriger une anamnèse complète à la recherche de facteurs de risque ou d'éventuelles contre-indications. Ceci pour présenter l'ensemble des moyens de contraception adapté à la situation de la femme et l'éclairer dans son choix. (25,30)

Ces années sont consacrées à l'apprentissage du diagnostic et à la connaissance de la pathologie obstétricale, gynécologique et pédiatrique. Les étudiants sages-femmes suivent en outre des modules relatifs à la contraception, l'échographie, l'aide médicale à la procréation, et bien d'autres.

A l'issue de la cinquième année, il est délivré le diplôme d'état de sages-femmes. Ce titre est obligatoire pour l'exercice de la profession de sage-femme. (33)

#### 4.4 Rôle des sages-femmes :

##### 4.4.1 *Selon les lois :*

L'ANSM, soutenue par le CNGOF, recommande à tous les praticiens de ne prescrire que des pilules de deuxième génération en première intention. Ceci depuis début 2013. (30)

Depuis la loi HPST du 21 juillet 2009, les sages-femmes assurent des consultations gynécologiques préventives et de contraception auprès des femmes en bonne santé tout au long de leur vie.

La sage-femme peut pratiquer en toute autonomie l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de situations pathologiques. Ainsi, d'après le dernier alinéa de l'article L. 2122-1 la sage-femme peut réaliser un frottis cervico-vaginal de dépistage et prescrire tous les examens complémentaires utiles au bon suivi de la patiente (dépistage IST, bilans biologiques). (27,34,36)

#### 4.4.2 *En pratique :*

Les sages-femmes prescrivent toute méthode contraceptive : les contraceptifs locaux, hormonaux, intra-utérins ou contraceptifs d'urgence. D'après l'article L. 5134-1 ; « les sages-femmes sont habilitées à prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen postnatal et après une interruption volontaire de grossesse. » Elles effectuent la pose ainsi que la surveillance et le retrait des DIU et de l'implant.

La sage-femme peut prescrire, délivrer et administrer des contraceptifs auprès de patientes mineures sans recueil obligatoire au préalable, du consentement des titulaires de l'autorité parentale. (8,9,27,36)

#### 4.5 L'influence de la formation sage-femme :

Sur le terrain les étudiantes possèdent un style de vie semblable à celui de la vie active ; marqué par des pics d'activités intenses suivis de périodes de récupérations : gardes de 12 heures et alternances de jours et de nuits. Elles ont un mode de vie perturbé. Leur mode de contraception est mis à mal par tous ces changements mais peut être également amélioré par l'acquisition de nouvelles connaissances sur le sujet.

Rougemont.L a dans son mémoire de fin d'étude de sage-femme montré que 55% des étudiantes sages-femmes des universités de Grenoble, Bourg-en-Bresse, Lyon, Nîmes, Marseille ont modifié leur contraception au cours de leur cursus.

Le moyen de contraception le plus utilisé en début de formation était la pilule pour 68,2% d'entre-elles. Alors que la proportion d'utilisation de la contraception orale dans la population générale pour les 20-24ans est de 59,5% et pour les 25-29ans de 47,8%. Pour le reste d'entre-elles en débutant la formation ; 13,6% avait recours aux préservatifs, 6,8% l'implant, 2,3% au DIU, 2,3% l'anneau et 0% le patch.

Au contraire en fin de cursus ; la plupart des étudiantes utilisaient un DIU soit 40,9% de la population étudiée. Pour le reste 20,5% utilisaient la pilule, 13,6% l'implant, 11,4% n'avaient plus de contraception du fait d'un arrêt au cours des études, 6,8% l'anneau, 4,5% le préservatif et aucune le patch.

Les raisons de ces changements sont variables ; notamment par l'apparition d'effets indésirables (29,5%), sous la contrainte d'horaires (22,7%), le changement de relation ou encore les oublis fréquents.

On peut constater que ces jeunes femmes ayant modifié leur moyen de contraception en début de formation suivaient la norme contraceptive des femmes âgées de 20 à 24 ans en France en 2010. Cette norme caractérise les pratiques contraceptives socialement valorisées aux différentes phases de la vie sexuelle et reproductive. Ce schéma contraceptif est défini par l'utilisation du préservatif en début de vie sexuelle, puis lorsqu'elle se régularise il y a d'avantage recours à l'utilisation de la pilule et pour finir l'utilisation du DIU vers l'âge de 30/35 ans, une fois que les femmes ont eu au moins un enfant. (32)

En revanche en fin de parcours il y avait une discordance marquée par l'acquisition de nouvelles connaissances spécifiques de la formation notamment par le fort recours au DIU par les étudiantes sages-femmes. Elles ont davantage connaissances de leur anatomie et du fait que le DIU soit autorisé aux nulligestes malgré les croyances de la population. (30,32)

## C. MÉTHODE :

### 1 Population :

#### 1.1 L'échantillon de l'étude :

La population cible comporte une vingtaine d'étudiantes sages-femmes d'une école de sages-femmes de la région Auvergne-Rhône-Alpes, se trouvant en quatrième ou cinquième année d'étude au moment des entretiens.

Les critères d'inclusion à respecter pour cette étude étaient d'interroger des étudiantes de deuxième cycle ayant déjà pris une contraception au cours de leur années de formation. Afin d'obtenir la participation des étudiantes sages-femmes éligibles à l'étude, la méthode de recrutement s'est faite par l'intermédiaire de leur mail étudiant disponible sur l'espace numérique de travail. L'objectif souhaité était d'interroger le maximum de personnes permettant d'atteindre la saturation des données. La sélection des participantes a été faite par ordre chronologique de réponse favorable puis selon leurs disponibilités.

### 2 Méthode :

#### 2.1 Type de l'étude :

Il s'agit d'une recherche qualitative de type phénoménologique ayant pour objectif principal d'évaluer l'influence de l'apport théorique des étudiantes sages-femmes sur l'évolution de leur choix contraceptif au cours de leur cursus de formation. L'objectif secondaire est de définir les facteurs déterminants le choix d'une contraception chez les étudiantes sages-femmes.

#### 2.2 Le recueil de données :

Le recueil de données s'est effectué au cours d'entretiens semi-directifs physiques ou téléphoniques, au moyen d'une grille de questions semi-directives (annexe II).



Au cours de l'étude, la grille d'entretien a été modifiée afin d'approfondir l'exploration. Elle était donc individualisée à chaque participant, tout en suivant une trame principale pour chacun des entretiens.

Les entretiens ont duré en moyenne 10 à 15 min au sein d'une salle calme de l'UFR afin d'assurer un recueil de données en toute discrétion. Ces entrevues ont été enregistrées sur un dictaphone avant d'être retranscrites à l'écrit au moyen du logiciel de traitement de texte Word.

La confidentialité du stockage des enregistrements est assurée par un mot de passe, au sein d'un fichier sécurisé le temps de la retranscription et de l'analyse. Ils seront détruits après validation du mémoire afin de respecter l'anonymat des participantes. Un rappel a été fait à chacune concernant le caractère anonyme de l'entretien. Aucun nom, prénom ou caractère identifiant n'a été noté. Il a été aussi spécifié que les données recueillies lors des entretiens ne serviraient qu'à l'élaboration de ce mémoire.

### 2.3 Le déroulement de l'étude :

Une revue de la littérature a tout d'abord été rédigée entre avril et septembre 2019.

Le questionnaire a été élaboré au cours de l'été 2019. Un accord du délégué de protections des données de l'UFR de la région Auvergne-Rhône-Alpes, a été obtenu.

Des lettres d'informations et de présentation de l'étude (annexe III) ont été envoyées individuellement par mail aux étudiantes sélectionnées, afin de leur présenter l'étude et de leur proposer d'y participer. Le recrutement s'est effectué par l'intermédiaire des listes de mails fournies par la secrétaire de l'UFR. Une relance auprès des étudiantes a été réalisée à 2 semaines et à 1 mois suivant le premier mail pour faute de participation.

L'étude a débuté le 09 septembre et s'est terminée le 16 octobre 2019 auprès d'étudiantes, la retranscription a été réalisée au fur et à mesure des entretiens.

## 2.4 Le mode d'analyse des données :

Tout d'abord, une analyse verticale (traitement intra-interview des données) a été faite pour étudier chaque entretien à partir d'un verbatim. A travers la grille d'entretien, quatre thèmes sont apparus : le changement de contraception, l'influence de la formation de sage-femme, le changement de praticien et la promotion du métier de sage-femme par les étudiantes.

Ensuite, une analyse de contenu thématique a été réalisée, c'est-à-dire que les thèmes et sous thèmes principaux de chaque participante ont été mis en évidence par une analyse horizontale (opération transversale extra-interview). (Annexe IV)

## 2.5 Les aspects éthiques et réglementaires :

### 2.5.1 *Avis de comités consultatifs :*

Une demande auprès du délégué de protection des données (DPD) a été réalisée avant le début de l'étude. La validation a été reçue le 06 septembre 2019. (Annexe V)

### 2.5.2 *Informations et consentements :*

Le consentement oral a été recueilli auprès des étudiantes avant leur inclusion à l'étude. Une information individuelle orale et écrite a été effectuée systématiquement aux participantes avant le début des entretiens.

### 2.5.3 *Anonymat :*

L'anonymat a été respecté grâce à l'attribution d'un numéro d'anonymat aux participants en début d'entretien. Aucune donnée demandée n'a permis d'identifier les participants. L'anonymat a également été conservé par la protection des données contenues dans les entretiens, les enregistrements ont été sauvegardés et cryptés sur ordinateur.

## D. RÉSULTATS ET DISCUSSION :

L'échantillon se composait de vingt étudiantes sages-femmes en formation au moment des entretiens, dont dix en quatrième année et dix autres en dernière année d'étude, toutes ayant déjà eu une contraception au cours de leur cursus. La population interrogée était donc exclusivement féminine. Elles étaient âgées de 20 ans à 29 ans. Parmi elles, dix étaient en couple, deux en concubinage, sept célibataires et une seule mariée.

### 1 Les connaissances apportées par la formation :

#### 1.1 Gynécologie :

Lors de la formation, les étudiantes sages-femmes acquièrent de multiples connaissances dans différents domaines, notamment dans celui de la gynécologie de prévention et de la contraception. (33)

En effet, la majorité des étudiantes a eu un apprentissage plus approfondi pour ce module. Que ce soit au cours du premier cycle suivi durant les deux premières années de leur formation où les termes abordés sont les différentes périodes de la vie, les infections génitales basses et hautes, l'anatomie ainsi que la physiologie du fonctionnement du système reproducteur. Puis dans un second temps elles approfondissent leurs connaissances pendant le deuxième cycle avec l'apprentissage de la réalisation d'un frottis cervico-vaginal ou d'un prélèvement vaginal. De plus elles participent au service de santé universitaire dont le but est d'informer les jeunes notamment sur les infections sexuellement transmissibles et la contraception. (30, 35)

Les étudiantes sages-femmes étant mieux informées sur le sujet peuvent adapter leur comportement en fonction de leurs nouveaux savoirs :

- La participante 8 parle d'une meilleure connaissance de l'**anatomie** permettant ainsi d'adapter son moyen de contraception : « *Je pense aussi avec les études de sages-femmes on connaît son corps. L'organe génital est vu d'une autre manière. Je pense que c'est pour ça que j'ai accepté. Et du coup là je suis passée à l'anneau vaginal* ».

- En ce qui concerne le **dépistage**, particulièrement 8 étudiantes sages-femmes parlent du frottis cervico-utérin utilisé pour le dépistage du col de l'utérus « *Par exemple le frottis je savais pas du tout à partir de quel moment il fallait le faire donc déjà ça j'ai appris que c'était à partir de 25 ans et que avant ça servait à rien.* » (P13). Ainsi que 4 d'entre-elles connaissent celui du cancer du sein « *Il y a des choses que je ne savais pas forcément par exemple le dépistage mammaire que c'était tous les ans.* » (P3). Et 1 s'exprime sur les ceux organisés dans le cadre des IST : « *Et bah déjà tout ce qui est dépistage surtout. J'avais pas trop les notions euh voilà de dépistage enfin avant forcément d'enlever le préservatif tout ça.* » (P18).

- Ainsi que sur le **suivi gynécologique** régulier de la femme, 3 rapportaient : « *Rien que de consulter tous les ans.* » (P4)

- Au cours de la formation, les élèves sont sensibilisées sur leur futur métier de sage-femme et donc leurs  **futures compétences**. Elles sont 9 à rapporter qu'elles ne savaient pas l'ensemble des compétences de celles-ci : « *En arrivant sur Clermont-Ferrand, j'ai appris par ma formation tout ce que les sages-femmes faisaient.* » annonce la participante 5.

## 1.2 Contraception :

De nombreux thèmes sont découverts durant les années de formation, notamment la multitude de moyens de contraception existants et les méthodes de régulation des naissances au cours du premier cycle. Suivi dans un second temps en quatrième et cinquième année par des travaux pratiques permettant l'apprentissage de la pose ou le retrait d'un DIU ou d'un implant. Avec l'acquisition de ces nouvelles compétences les étudiantes sages-femmes doivent être capables de réaliser une consultation de contraception ainsi que le suivi et la surveillance de tout contraceptif. (30)

Lors de l'étude, 10 étudiantes affirment ne pas connaître toutes les méthodes contraceptives disponibles en début de formation : « *Je n'y connaissais pas grand-chose. Il y a même certains moyens que je ne soupçonnais pas d'exister* » (P1), « *Je ne connaissais pas tous les moyens de contraception avant donc j'avais pas un choix éclairé. C'est plus le cours sur la contraception qui m'a plus faite évoluer.* » (P12).

L'**apport théorique** de la formation sage-femme n'est pas négligeable car 10 étudiantes déclarent avoir acquis des fondamentaux durant leurs études : « *La majorité de mes connaissances viennent des cours qu'on a faits. Avec les cours et les informations que l'on a eu en plus, je me sentais plus sécurisée.* » (P2), « *On apprend plein de choses sur soi, la façon de fonctionner, les cycles. On se pose plus de questions sur soi.* » (P9).

Ceci permettant aux étudiantes sages-femmes d'adapter leur contraception en fonction de leur mode de vie et de leurs connaissances nouvellement acquises lors de leur formation : « *L'implant, le stérilet je pense que ça m'a vraiment permis de me lancer, de le poser plus tôt. Si on l'avait pas vu, je pense qu'il m'aurait fallu plus de temps de réflexion avant de choisir de mettre ce moyen-là.* » (P18) ainsi que « *Le fait que le DIU maintenant on le posait sans problèmes sur des nullipares c'est quelque chose qui m'a influencée parce que c'est vrai qu'on a pas mal d'idées reçues dessus.* » (P5).

Les compétences des sages-femmes ne se limitent pas aux accouchements ou aux suivis de grossesse comme certaines personnes pourraient le croire mais elles sont aussi capables de réaliser le suivi gynécologique de prévention et de contraception. (27)

Ces facultés sont mises en avant au cours de la formation : « *Je ne savais pas avant de rentrer dans les études que les sages-femmes pouvaient faire le suivi de contraception et le suivi gynécologique.* » (P20), « *Le choix du praticien parce que la majorité des gens ne savent pas que les sages-femmes pouvaient faire un suivi gynéco.* » (P6).

## 2 Promotion du métier de sage-femme par les étudiantes :

Les compétences des sages-femmes restent méconnues par l'ensemble de la population générale. L'étude révèle que les étudiantes ont tendance à parler de leur métier à leur entourage afin de faire transmettre les nouvelles compétences des sages-femmes.

### 1.1 Gynécologie :

16 d'entre-elles communiquent sur le **suivi gynécologique** et divulguent auprès de leurs proches les compétences des sages-femmes en gynécologie de prévention : « *Le choix d'un praticien forcément on fait la publicité pour notre profession. Je leur rappelle*

*toujours qu'elles peuvent aller chez une sage-femme. » (P2), « La majorité des gens ne savent pas que les sages-femmes pouvaient faire un suivi gynéco. » (P6), « J'ai dit le plus possible autour de moi et y a des gens qui sont très étonnés que la sage-femme puisse faire le suivi gynéco de la femme en bonne santé. Je pense que c'est quelque chose qu'il faut faire ressortir de la profession, donc quand on est étudiante sage-femme on a envie de le faire » (P11).*

Ce qui d'après les entretiens engendre un changement dans le choix du praticien ultérieur dans l'entourage des étudiantes interrogées : *« Je leur dis qu'il n'y a pas que les gynécologues ... je leur ai expliqué ce que pouvait faire une sage-femme. Du coup j'ai des potes qui vont voir des sages-femmes aussi. » (P8), « Ma mère et mes 2 sœurs sont allées voir une sage-femme pour leur suivi gynéco alors qu'avant ma mère allait voir une gynécologue, mes sœurs allaient chez le généraliste. » (P15).*

Les 4 étudiantes qui n'ont pas abordé le sujet du suivi gynécologique auprès de leurs proches est dû ; pour l'une d'entre-elles au fait qu'elle a dans son entourage des personnes exerçant déjà dans le milieu médical. Une autre élève ne s'est pas prononcée sur le sujet. Alors que les deux autres ont donné des informations sur la possibilité d'aller voir une sage-femme dans le cadre de la contraception mais pas dans celui du suivi gynécologique de prévention.

## 1.2 Contraception :

En revanche pour la contraception, 16 des étudiantes interrogées en parle à leur entourage. De manière générale, elles répondent aux questions de leurs proches, leur indiquent les **différentes méthodes contraceptives** avec leurs avantages et inconvénients afin d'avoir un choix éclairé sur la contraception globale, ainsi que leurs expériences pouvant influencer certaines personnes : *« Je lui ai parlé pas mal de toutes les possibilités qu'elle pouvait avoir ... Au moins elle a le panel de tout ce qui existe pour choisir. » (P13), « Le fait que j'en sois satisfaite et qu'elles elles aient parfois des soucis de pilule comme moi j'avais, ça peut sans le vouloir les influencer sur leur propre choix. » (P15).*

Les raisons retrouvées pour les étudiantes qui n'en parlaient pas autour d'elles sont : soient dues à l'absence de proche avec qui parler du sujet « *En ce qui concerne la contraception j'ai pas trop l'occasion d'en parler avec des personnes qui ne connaissent pas le sujet.* » (P20) ou parce que d'après la participante 16 « *je pense qu'il faut vraiment avoir un vrai entretien avec la personne pour pouvoir savoir qu'est ce qui lui conviendrait quoi. Je ne m'étends pas trop car je trouve que c'est quelque chose de très personnel* ». Les autres ne se positionnant pas sur le sujet de la contraception n'apportent ainsi aucun argument.

Avec l'acquisition de nouvelles connaissances durant les études les élèves sages-femmes sont plus à l'aise pour donner des informations fiables pour leurs proches (33) : « *Je me sentais plus à l'aise pour donner des infos.* » (P9), « *Ça m'a permis ... surtout d'aider et en parler avec des gens autour de moi.* » (P7).

Ainsi elles continuent de communiquer sur les **diverses compétences** de la profession de sage-femme (27) : « *Je leur dis, les sages-femmes peuvent prescrire la contraception.* » (P14), « *Je promeus la bonne parole que toutes les femmes peuvent aller chez la sage-femme, pour la contraception.* » (P18).

### 3 Changement de praticien :

A l'entrée en formation, les 20 personnes interrogées avaient consulté un gynécologue ou un médecin généraliste pour leur première contraception. Durant leurs études, 15 étudiantes ont eu recours à une modification de professionnel de santé. Parmi elles, 12 sont allées consulter une sage-femme.

Au sein de l'étude de Duchon.C, parmi les étudiantes qui avaient un suivi gynécologique 45,3% se faisait suivre par un gynécologue, 22,8% par une sage-femme et 15,1% par leur médecin traitant. Les étudiantes suivies par une sage-femme ont toutes commencé d'aller voir ce professionnel de santé au cours de leur année d'étude. (30)

Celles qui n'ont pas modifié de professionnel de santé est dû à la bonne compréhension entre elle et leur médecin, pour la participante 3 « *Pour l'instant non je suis toujours avec mon médecin généraliste parce qu'on se comprend bien et qu'il est bien en gynéco* », ou le fait de lui faire confiance pour la participante 12 « *L'habitude on va dire, parce que j'ai une bonne relation. Je lui fais confiance.* ». La participante 8 continue d'aller chez son gynécologue à cause de ses antécédents familiaux et l'étudiante 14 consulte depuis le début au service santé universitaire pour la facilité de prise de rendez-vous « *Je vais toujours au SSU mais plus par sujet d'organisation quoi, c'est vraiment pratique* ». La participante 6 n'a pas changé de praticien mais elle dit qu'elle pourrait changer prochainement dû au fait que les sages-femmes « *puissent faire ce suivi gynéco en totalité et puis nous suivre tout au long de notre vie génitale.* » (P6).

Initialement le choix du praticien s'est fait selon :

- La **confiance** apportée à celui-ci pour 4 participantes : « *Je suis suivie par un médecin généraliste qui a sa spé en gynéco et parce que je la connais depuis longtemps donc c'est plus pratique.* » (P6), « *Mon médecin traitant, l'habitude on va dire, parce que j'ai une bonne relation. Je lui fais confiance.* » (P11).

- Ou bien suite à une **influence de l'entourage** retrouvée chez 8 participantes : « *Je suis allée voir un gynécologue parce que ma mère allait voir des gynécologues, comme j'étais pas vieille j'y suis allée avec ma mère la première fois.* » (P5), « *Un gynécologue, c'était une copine qui me l'avait conseillée quand j'étais au lycée* » (P12).

- L'**influence géographique**, 4 étudiantes étaient dans ce cas là : « *Le gynéco de ma mère. Bah comme j'habite en campagne il n'y a pas non plus 36 professionnels de santé donc je suis allée chez son gynéco.* » (P2) et « *Je vivais en Turquie. On avait pas beaucoup le choix, c'était un gynécologue français qui parlait français.* » (P17).

- Ainsi que le fait d'avoir des **antécédents** joue un rôle majeur dans la décision d'un praticien, seulement 2 personnes étaient touchées : « *Je me suis faite suivre par un gynécologue puisque du coup il y a pas mal aussi d'antécédents dans ma famille.* » (P8) et « *j'étais allée voir un gynéco avant mes études, j'avais pas trop envie d'aller le voir déjà à la base mais avec ces problèmes d'acné et du coup en fait ça s'est fait comme ça.* » (P16).



• Le dernier point qui influence le choix initial d'un professionnel de santé est la **facilité** de consulter celui-ci, retrouvé pour 8 jeunes filles de l'étude : « *Généralement il faut que j'y aille au moins une fois par an chez mon médecin traitant alors ça fait l'occasion. Au moins quand j'y vais, il me fait pouls tension température puis un examen clinique vite fait, toujours pas d'antécédents ? Voilà ça va vite* » (P11), « *En fait ma mère avait rendez-vous chez cette gynéco pour sa consultation annuelle donc je lui ai demandé si elle pouvait prendre rendez-vous pour moi aussi en même temps.* » (P15) ...

Des points importants peuvent motiver le changement d'un praticien :

### 1.1 Choix non éclairé :

Le soignant prescrit la méthode qu'il juge la plus efficace, sans forcément tenir compte de la trajectoire et de la situation de la femme, occultant les diverses méthodes contraceptives, avec leurs avantages, inconvénients et contre-indications, la durée d'utilisation, le remboursement, les interactions possibles ... Ceci ne permettant pas à la femme de prendre une décision en toute connaissance des choses. Ainsi les contraceptifs hormonaux sont plus souvent prescrits par le corps médical plutôt que demandés par les femmes. Pourtant un des objectifs de la consultation de contraception est d'aider au choix d'une méthode qui dans leur contexte de vie est la plus efficace possible. (8)

Le choix non éclairé lors de la première consultation de contraception incite les ESF à vouloir changer de professionnel de santé vers une personne qui saura prendre le temps pour leur expliquer toutes les possibilités existantes en terme de contraception. 13 des étudiantes de l'étude déclarent ne pas avoir reçu l'étendue des possibilités pour faire leur choix en termes de contraception. Parmi elles, 11 ont eu recours à une modification de professionnel soignant. Pour illustrer ces notes voici les propos les plus explicites : « *Il m'a proposé directement la pilule, enfin on me l'a prescrite mais je ne savais pas trop ce que c'était.* » (P1), « *Moi, j'y connaissais pas grand chose et c'est vrai qu'elle m'a pas proposé un grand panel de contraceptions différentes.* » (P13), « *Elle ne m'a pas proposé autre chose. C'est la seule chose qu'elle m'a proposée.* » (P6).

## 1.2 Disponibilité des praticiens :

La contrainte de temps pour recueillir toutes les informations nécessaires à la prescription contraceptive engage les professionnels vers un renouvellement systématique de la pilule, plutôt que d'étudier avec la patiente si la contraception correspond toujours à ses attentes et son mode de vie. 76,9% des étudiantes interrogées par Duchon.C révèlent avoir modifié leur praticien du fait qu'elles estimaient avoir eu un rendez-vous dans de plus brefs délais et 66,1% déclarent avoir eu un temps de consultation plus long avec plus de temps de discussion. (8,30)

Ce sont des raisons qui sont aussi mises en valeur au sein de l'étude, dans l'échantillon étudié, 15 étudiantes qui ont changé de praticien, 12 déclarent que c'est dû au manque de disponibilité de celui-ci :

- 8 s'orientent vers les sages-femmes qui d'après elles auraient plus de temps à leur consacrer : « *Il n'y a pas beaucoup de gynécologues qui sont accessibles on va dire. Je suis allée voir une sage-femme. Elle est plus à l'écoute.* » (P4), « *Puis je sais que dès que j'ai besoin d'un rendez-vous avec elle, je lui envoie même un SMS, même pas je passe par une secrétaire, elle me donne rendez-vous presque dans la journée... La gynéco l'aurait jamais fait car elle aurait jamais eu le temps.* » (P12) et « *Oui je suis allée voir une sage-femme car le gynécologue n'était pas disponible à l'instant T. J'ai été très contente elle a su être à l'écoute.* » (P20). La participante 13 dit clairement que « *Les sages-femmes sont plus disponibles que les gynécos.* ».

- 3 des participantes vont désormais au service santé universitaire mis à disposition des étudiants : « *Parce que les rendez-vous sont relativement rapides, y a pas à avancer de frais, c'est près de la fac.* » (P15), « *Au SSU, ils informaient vachement sur les effets indésirables et sur les avantages, inconvénients etc. J'avais trouvé que les médecins étaient accessibles, répondaient bien aux questions* » (P5).

1 élève n'a pas changé de professionnel, elle parle malgré tout de la disponibilité des sages-femmes : « *Je me suis rendu compte qu'il n'était peut-être pas aussi attentionné qu'une sage-femme sur le suivi gynéco. Je pourrais aller voir une sage-femme à Montluçon parce qu'il y en a de plus en plus.* » (P3).

### 1.3 Nouvelles compétences des sages-femmes :

Le changement de praticien peut être motivé par le fait d'apprendre que les sages-femmes soient désormais capables de faire le suivi gynécologique de prévention et d'assurer une consultation de contraception depuis la loi HPST du 21 juillet 2009. Ce sont des compétences qui restent méconnues du grand public. (34, 36)

Parmi les 15 élèves qui ont changé de professionnel de santé au cours de leur années de formation, 9 déclarent que le fait que les sages-femmes soient compétentes dans ce milieu incite à aller consulter auprès d'elles : « *Je préférerais garder la médecine générale pour les problèmes de santé autres on va dire et du point de vue gynéco d'être suivi à coté par une spécialiste.* » (P1), « *Je me sentais un peu coupable d'aller voir un gynéco alors que j'avais pas de problème.* » (P17). 1 étudiante n'ayant pas encore changé de professionnel se confie sur le fait de vouloir prochainement modifier ; du fait que « *qu'elles puissent faire ce suivi gynéco en totalité et puis nous suivre tout au long de notre vie génitale* » (P6).

Toujours dans le même mouvement de solidarité, 8 des étudiantes décident dorénavant de consulter auprès d'une future consœur : « *Et puis je suis étudiante sage-femme donc si je le fais pas ça craint un peu. Et puis j'ai découvert que c'était pas plus mal, des consultations plus longues, moins chères, avec plus d'explications c'était bien aussi.* » (P12), « *Et je savais pas du tout qu'on pouvait aller voir une sage-femme pour son suivi gynéco donc maintenant je vois une sage-femme parce que je me dis quand même, supporter un peu notre métier.* » (P17). Il s'agissait du même motif de changement de praticien pour 87,7% des participantes de l'étude de Duchon.C. (30)

### 1.4 Faute professionnelle :

Ce qui peut également pousser une étudiante à changer de praticien est le résultat d'une erreur professionnelle commise au cours d'une consultation. Ceci pouvant être interpréter soit par un manque de temps des praticiens en santé, soit par la non mise à jour vis à vis des nouvelles recommandations. (8,30)

7 des étudiantes interrogées se trouvent dans ce cas-ci. Parmi elles, 4 ont eu recours à une modification de professionnel de santé. Les motifs qui les ont motivés sont le **manque d'informations** venant du professionnel concernant les contre-indications relatives à un moyen de contraception, ainsi que le remboursement ou encore le suivi contraceptif par l'intermédiaire de bilan biologique à réaliser : « *J'ai appris que les migraines ophtalmiques étaient contre-indiquées pour les pilules oestro-progestatives ... Chose que le gynéco ne m'avait pas dit.* » (P7), « *Je me suis aperçue que la pilule je n'y avais pas vraiment le droit donc j'étais un peu ... énervé de l'avoir prise pendant 3 ans alors que j'aurai su tout ça avant je ne serai jamais allé vers la pilule.* » (P9), « *Bah déjà me rendre compte qu'on m'a prescrit la pilule comme ça sans me faire tous les facteurs de risque alors qu'il y en a quand même un bon nombre.* » (P17) et « *J'ai changé car ça m'avait un peu saoulé aussi le fait qu'il me prescrive une 3ème génération non remboursée direct. Ca m'avait énervé. Du coup j'ai changé.* ». (P19)

La participante 10 évoque le fait que « *Lorsque tu es en libéral, tu retrouves plein de patientes qui ont des contraceptions avec des œstrogènes qui sont prescrites alors qu'elles ont des migraines avec aura, alors qu'elles ont des antécédents médicaux.* »

Pour 3 d'entre-elles n'ayant pas changée de praticien, elles parlent tout de même d'erreurs réalisées lors de leurs consultations, notamment sur les **conditions de surveillance** et de **mise en place** d'une contraception : « *Par exemple il ne m'avait jamais prescrit de bilan pour une pilule oestroprogestative, ce genre de chose.* » (P3), « *Le fait qu'on ne m'ait pas demandé si j'avais des contre-indications et qu'on me prescrive la pilule sans faire de bilan, ça passe moyen.* » (P6). Ainsi que le fait de ne pas avoir reçu toutes les informations nécessaires sur les éventuels effets indésirables de certains contraceptifs. La participante 11 annonce que « *La pilule oestro-progestative bin ça fait des variations de poids donc ça je n'étais pas au courant que ça ouvrait l'appétit notamment, moi j'ai mangé et j'ai pris 10kilos en 2mois donc j'ai repris les kilos que j'avais perdu.* ».

#### 4 Changement de contraception :

Au sein de l'échantillon étudié, 17 étudiantes sages-femmes ont eu de prescrite une pilule oestroprogestative en tant que première contraception. Comme constaté par la lecture du mémoire de Rougemont.L, le moyen de contraception le plus utilisé en début de formation était la pilule pour 68,2% des étudiantes sages-femmes interrogées. (32)

Parmi les 20 étudiantes de l'étude, 17 ont eu recours au moins une fois au cours de leur formation à un changement de contraception. Comme l'a démontré Rougemont.L dans son mémoire, 55% des étudiantes sages-femmes participantes à l'étude ont modifié leur contraception au cours de leur cursus. D'après la lecture de la revue de la littérature de nombreux facteurs peuvent influencer le début d'une contraception mais aussi la modification de celle-ci. Néanmoins ils sont très similaires avec ceux retrouvés dans le mémoire de Duchon.C. (30,32)

Initialement les facteurs principaux qui ont influencé ce choix sont :

- Le **début d'une vie sexuelle** est l'occasion principale pour débiter une contraception, il concerne 13 des étudiantes interrogées : « *Ça m'arrangeait aussi d'avoir une contraception parce que j'étais au début de ma vie sexuelle.* » (P2), « *J'ai eu un copain donc c'était l'occasion.* » (P11), « *Je l'ai débuté car c'était le début de ma vie sexuelle, c'était un complément du préservatif.* » (P20). Il a été constaté dans la littérature qu'un changement de relation amoureuse amène une variation de contraception. C'est le cas de 2% des étudiantes interrogées par Duchon.C. (26,30)

- Les **syndromes menstruels** impliquaient le commencement d'une contraception pour 8 des participantes : « *J'avais des douleurs au moment des cycles donc c'est pour ça qu'on l'a mise en place.* » (P3), « *En fait j'ai pris ma pilule car j'avais des règles trop abondantes* » (P8), « *J'avais de l'acné.* » (P9) ... Des femmes peuvent choisir un contraceptif pour lutter contre des règles douloureuses pouvant impacter négativement la sexualité, ou bien pour l'acné et ainsi parvenir à avoir une meilleure image de soi. Dans le mémoire de Duchon.C, 8,8% des participantes ont commencé une contraception pour ce motif-ci. (26,30)

- Ou encore pour 3 d'entre-elles le fait d'avoir été confronté un jour à **une situation à risques** : « *Je me suis faite peur une ou deux fois.* » (P1), « *J'ai fait des rencontres, j'ai eu des rapports sexuels et j'avais pas envie de tomber enceinte.* » (P18) et « *Puis j'avais tendance à l'oublier, une fois particulièrement.* » (P20) ... Le sentiment de sécurité procuré par une contraception en cas de relation affective et sexuelle est un point important. L'efficacité du moyen utilisé permet de limiter la peur de grossesse et donc d'avoir des relations sexuelles plus épanouies. De même en cas de sexualité active l'oubli parasitait la spontanéité du rapport, ainsi que lorsqu'il n'y avait plus de relation la prise quotidienne d'une contraception devenait compliquée. (26)

Le choix d'une contraception ne se fait pas seule. 24% des étudiantes interrogées par Duchon.C ont débuté une contraception suite à une discussion avec leur professionnel de santé, 35% était un choix imposé par le professionnel et 41% avez déjà des connaissances sur le sujet. Ce sont des facteurs qui sont retrouvés au sein de l'étude :

- **L'influence professionnelle** joue un rôle majeur dans le choix de cette première contraception, 14 des étudiantes de l'étude disent que : « *Il m'a plus ou moins dit que c'était celle là qu'il fallait que je prenne.* » (P3), « *Elle m'a vraiment proposé ça, j'ai dit oui parce que c'est ce qu'on connaît quand on a 17ans.* » (P13), « *Et elle m'a prescrit quasiment d'autorité la pilule, elle m'a pas tellement demandé si je voulais la pilule.* » (P15), « *J'étais allée voir mon gynéco parce que j'avais beaucoup d'acné ... pour lui c'était le meilleur truc contre l'acné c'était ça donc j'ai pris ça.* » (P16). Les professionnels de santé ont des représentations liées à la sexualité féminine pouvant bloquer la prescription de certaines contraceptions notamment auprès des adolescentes où la sexualité est parfois socialement non acceptée. (8,16)

- **L'influence sociale** a eu un impact aussi sur 2 des participantes : « *Et puis tout le monde prenait la pilule. Je me suis pas trop posé de questions.* » (P9) et « *C'était la norme, et je ne connaissais pas les autres moyens à part le préservatif.* » (P12). D'après le baromètre français en 2016 la norme sociale correspondait pour les 15-19 ans à la prise de la pilule pour la grande majorité, parfois associé au préservatif. Le réflexe contraceptif en Europe c'est la pilule et le préservatif. Or d'autres dispositifs sont accessibles mais peu utilisés car méconnus notamment chez les jeunes. (10,26)

• Et d'autres ont choisi leur contraception de manière autonome car elles possédaient déjà les **informations** nécessaires. Elles sont 5 dans ce cas-là : « *C'est moi qui ai décidé, j'avais déjà des infos sur le sujet, je savais ce que je voulais.* » (P4), « *En fait, j'ai l'impression que avant même de rentrer en école de sage-femme, je connaissais à peu près. Enfin je connaissais tous les moyens de contraception.* » (P15).

### 1.1 Les effets indésirables liés à la contraception :

Il faut savoir que la contraception est considérée comme un médicament, délivrée sous prescription médicale. Elle possède donc comme tous ces traitements des effets indésirables. L'étude de Duchon.C déclare que 38,5% de la population concernée a subi une modification de contraception suite aux effets indésirables rencontrés. (1,26,30)

Parmi les étudiantes ayant changé de contraception, 12 déclarent avoir eu des effets indésirables, qui peuvent être de nature différente :

• 7 d'entre-elles parlent d'un **changement de profil de leurs saignements** poussant à faire un choix et donc une modification de moyen de contraception. Ces saignements peuvent être prolongés, intermittents en faible quantité, en forte abondance, très anarchiques ou encore inexistantes : « *J'en avais marre ... d'avoir des règles pendant 15 jours.* » (P2), « *J'avais trop de pertes abondantes. Et je sais que je ne voulais pas reprendre l'implant car j'avais trop de spotting* » (P4), « *Je me pose la question bah du fait de ces règles anarchiques quoi, j'ai toujours des spotting.* » (P14), « *Euh je ressens pas mal l'inconvénient des règles longues, elles durent plus d'une semaine.* » (P17). De nombreux moyens peuvent être responsables de saignements discontinus, que ce soit les oestrogènes, l'implant ou le DIU aux hormones ou bien celui au cuivre. (1)

• 4 des étudiantes déclarent avoir subies une **variation de poids** engendré par leur contraceptif : « *J'ai dû changer peut-être au moins 3 fois de pilule avant d'en trouver une qui me convienne pour tous les effets indésirables qui allaient pas : prise de poids, euh acné, j'avais des migraines.* » (P3), « *Je suis passée à un stérilet aux hormones ... mais en fait j'ai pris 10 kilos par rapport à mon poids de forme* » (P8). Les œstrogènes, qu'ils soient seuls ou couplés aux progestatifs peuvent engendrer des troubles digestifs tels que des nausées ou prise de poids. (1)

• 3 participantes manifestent avoir déclenché de l'**acné** suite au commencement de leur contraception : « *J'avais toujours de l'acné donc ça ne s'améliorait toujours pas avec l'implant évidemment.* » (P9), « *Et ça a renforcé mon acné* » (P20). Concernant les dérivés de la progestérone, ils peuvent être responsables d'une hyperandrogénie notamment précurseur de l'apparition d'acné. (1,30)

• 5 des participantes sous contraception oestro-progestative expriment un **sentiment de mal être psychologique** ou le déclenchement de **mots de tête** : « *J'avais l'impression de moins bien la supporter psychologiquement.* » (P2), « *La sensation d'être mal psychologiquement, d'être triste tout le temps quand j'avais la pilule. J'avais des changements de comportement et c'était visible* » (P6), « *Avec la pilule justement j'ai commencé à avoir des migraines.* » (P13). Pour les oestroprogestatifs, ils peuvent avoir un impact sur le fonctionnement psychologique pouvant donner des céphalées ou des troubles de l'humeur comme retrouvés chez certaines jeunes femmes de l'étude. (1)

• 5 des étudiantes interrogées se plaignent de **douleurs** de localisation variable et d'une **baisse de la libido** causées par leur contraception : « *J'avais très mal aux jambes, j'avais beaucoup d'œdèmes, j'avais plus de libido. J'ai des petites douleurs des fois pendant les cycles, enfin je trouve que c'est beaucoup plus présent qu'avant.* » (P12), « *Avec la pilule justement j'ai commencé à avoir des problèmes de dos ou de cervicales plus particulièrement.* » (P13), « *L'anneau vaginal me convenait bien sauf qu'il me faisait mal pendant les rapports. Donc j'ai eu pas mal de douleurs au début.* » (P17), « *Pas mal de mastodynies que je n'avais pas avant.* » (P20). Les oestrogènes peuvent être à l'origine de tensions mammaires dans des cas mineurs et dans des cas plus graves mais rare, d'accidents thromboemboliques artériels ou veineux. Le patch peut favoriser une mastodynie bilatérale hormono-dépendante. De nombreuses croyances existent au sujet de la baisse de la libido associée à la prise de la contraception orale. (1,8)

## 1.2 Les inconvénients en rapport avec la contraception :

10 étudiantes déclarent avoir des inconvénients liés à leur contraception : la participante 11 n'a pas modifié son moyen de contraception mais malgré tout elle déclare tout de même « *qu'au bout d'un moment, l'observance elle diminue. Au bout de 4 ans je vois bien, on a plus tendance à l'oublier.* ».



Et 9 d'entre-elles ont donc eu recours à une modification de celle-ci. Le seul notifié au cours des entretiens est celui de l'**observance**, la présence d'oublis perpétuels : « *J'en avais marre de devoir réfléchir tous les jours à prendre un comprimé.* » (P7), « *La pilule je l'oubliais tout le temps.* » « *Après l'anneau des fois j'oubliais de l'enlever au bout de 3 semaines, j'oubliais pas de le remettre.* » (P8), « *Puis ça m'allais pas parce que je l'oubliais tout le temps.* » (P12). Tout comme dans l'étude de Rougemont.L, où elle démontre que 18,2% des étudiantes ayant changées de contraception au cours de leurs années de formation est dû à des oublis fréquents. Alors que dans l'étude de Duchon.C, l'observance est la raison principale qui engendre un changement soit 44,9% des étudiantes sont concernées. (30,32)

### 1.3 Le manque d'informations initiales :

Le fait de ne pas avoir toutes les informations sur les contraceptions ne permet pas de faire un choix, 16 des participantes de l'étude déclarent ne pas avoir eu connaissance des diverses possibilités pour la prise de leur première contraception. Elles ont pris ce qu'on leur a proposé. Parmi elles, 14 ont changé de contraception et donc 2 ont conservé celle d'origine : « *J'y connaissais pas grand chose et c'est vrai qu'elle m'a pas proposé un grand panel de contraceptions.* » (P13), « *Elle m'a prescrit quasiment d'autorité la pilule, elle m'a pas tellement demandé si je voulais la pilule.* » (P15), « *Il m'a dit "je te propose la pilule" et je ne connaissais rien d'autre, alors j'ai pris ça.*» (P17).

### 1.4 L'acquisition de meilleures connaissances :

D'après Rougemont.L , la majorité des étudiantes avaient mis en avant l'influence de leur formation sur le choix de leur contraception ; 84,1% d'entre-elles considéraient que cela venait de l'acquisition de nouvelles connaissances sur la contraception. (32)

16 étudiantes sages-femmes déclarent posséder de meilleures connaissances, apportées durant leurs études. Leur permettant ainsi de faire un choix contraceptif plus adapté à leur personnalité, leur mode de vie, leurs convictions, leurs envies ... Les thèmes abordés sont :

- Les **nouvelles connaissances et avantages du DIU** ont permis à 7 étudiantes de se diriger vers ce dispositif-là : « *J'ai voulu le mettre car j'ai entendu que les nulligestes pouvaient en avoir, donc ça m'a donné envie.* » (P4), « *Le fait que le DIU maintenant on le pose sans problèmes sur des nullipares c'est quelque chose qui m'a influencé.* » (P5), « *Le stérilet il y avait plein d'avantages genre ; déjà je voulais un cycle plus naturel pour enlever les hormones et le fait de ne pas du tout m'en préoccuper c'était vraiment l'avantage.* » (P12), « *En plus tu peux le garder pendant 5 ans.* » (P10), « *Si un jour je dois enlever le stérilet je passerai qu'à des longues durées parce que repenser à chaque fois, c'est plus possible. C'est tellement un confort de ne pas avoir à penser à la contraception à chaque fois que ...* » (P17). Les représentations des professionnels ou des usagers concernant le DIU, sur le fait qu'il ne soit autorisé que pour les femmes ayant déjà eues des enfants freine son utilisation. En revanche, les étudiantes sages-femmes ont tendance à se diriger vers ce dispositif grâce aux connaissances anatomiques acquises durant leur cursus ainsi que le fait qu'elles sachent que le DIU soit autorisé aux nulligestes. (8,18,30,32)

- Le **fonctionnement des contraceptions** avec le seuil d'efficacité correspondant à chacun des dispositifs existants et le fonctionnement endocrinien engendre une plus grande confiance en eux (1,30), influençant le choix d'une contraception pour 7 des jeunes femmes de l'échantillon : « *La majorité de mes connaissances viennent des cours qu'on a fait. Et vraiment cette notion d'oublis, de conduite à tenir quand on oublie, que faire et tout ; ça m'a vraiment beaucoup apporté dans ma gestion personnelle de ma contraception.* » (P2), « *Ça m'a permis de changer ma méthode contraceptive et surtout d'aider et en parler avec des gens autour de moi.* » (P7), « *En fait avoir un peu moins peur sur le sujet de la contraception, savoir qu'il y a un peu plus de flexibilité qu'on nous le dit.* » (P17)

- L'étendue des **moyens de contraception** disponibles permettant ainsi de tous les connaître pour mieux choisir. 9 étudiantes sages-femmes annoncent avoir découvert ceux-ci : « *Vu que je savais l'étendue des contraceptifs qu'on avait j'ai fait le choix d'essayer la pilule.* » (P4), « *Ça m'a pas mal informé sur les autres choses qu'il existait comme type de contraception.* » (P5), « *Au niveau de la contraception, où ça m'a plus enfin, je ne connaissais pas tous les moyens de contraception avant donc j'avais pas un choix éclairé. C'est plus le cours sur la contraception qui m'a plus fait évoluer.* » (P12).

• La **physiologie du cycle** acquise durant les cours d'hormonologie de la reproduction permet aux jeunes filles de mieux connaître le fonctionnement de leur organisme et d'adapter leur contraception en fonction de celui-ci (30). Elles sont 4 à parler de ce phénomène : « *On apprend plein de chose sur soi, la façon de fonctionner, les cycles. On se pose plus de questions sur soi.* » (P9), « *Le stérilet au cuivre ... tu retrouves vraiment ton cycle, enfin tes hormones à toi.* » (P10).

#### 1.5 Influence du professionnel de santé :

Le fait que les étudiantes sages-femmes confrontent leurs connaissances avec une discussion auprès d'un professionnel de santé permet parfois de mettre en évidence certains points ignorés sur le sujet de la contraception. Ainsi elles ont toutes les cartes en main afin de choisir une contraception qui leur sera adaptée. Elles sont 6 à avoir subi une modification de contraception sous l'influence de leur praticien : « *J'ai été en parler au médecin il m'a dit oui en effet c'est vrai c'est peut-être pas judicieux de la laisser donc on va la changer.* » (P3), « *C'était une médecin généraliste qui m'a orientée aussi vers l'implant mais ne m'a pas forcée.* » (P9), « *Puis j'ai abordé avec des praticiens de la changer, ils m'ont dit « vu que ça me convenait, valait mieux pas ».* (P15).

#### 1.6 Autres facteurs :

13 personnes de l'échantillon déclarent que de nombreux autres facteurs sont impliqués dans le changement d'une contraception :

• **L'appréhension de la pose** est de manière générale une chose qui peut freiner la mise en place d'une contraception de longue durée, que ce soit l'implant ou le DIU. 6 élèves déclarent avoir été dans ce cas là. 4 ont franchi le cap : « *J'avais un peu hésité avec le stérilet mais je me suis dit que si je pouvais le voir c'était encore mieux.* » (P9), « *Je pense que pour une première contraception j'avais pas envie de passer à un stérilet tout de suite.* » (P18). Mais 2 n'ont pas changé de moyens de contraception révèlent que « *J'ai posé des implants, des stérilets et c'est vrai ça m'a fait réfléchir parce que des fois ce qu'on craint aux autres méthodes c'est bien la pose.* » (P11), « *Du coup, ça me fait un peu peur de passer sur quelque chose de plus invasif, de plus douloureux.* » (P15).

- Le **changement de statut** qui peut aussi bien correspondre à une mise en couple ou passage au célibat ou encore le fait d'avoir un semblant de vie active avec le début des stages. Ceci s'applique à 5 personnes de l'étude : « *Parce qu'on rentrait en stage, et je me suis dit que la pilule en stage c'était peut-être pas la bonne idée et puis je voulais un truc auquel je ne pense pas tous les jours. J'étais en relation stable aussi donc je voulais une contraception longue.* » (P9). Les femmes en relation stable préfèrent un dispositif de longue durée type implant ou DIU. (26)

- Les informations apportées par les **médias** ont eu un impact sur 1 étudiante notamment sur le débat médiatique de 2012 où une jeune femme a été victime d'un AVC suite à la prise d'une contraception orale de troisième génération (11,18) : « *Je l'ai modifié quand j'étais en seconde ou première c'était pendant la crise de la pilule, j'ai eu peur donc j'ai pris une 2<sup>ème</sup> génération : Leelou* » (P12).

- La notion de durée dans le temps influence 3 étudiantes à se diriger vers des **moyens de longue durée** : « *Je suis libérée j'ai pas besoin de penser à la pilule.* » (P13), « *Pour l'implant clairement ... ça me semblait une très bonne solution voilà pendant 3 ans tu es tranquille, je risquais pas de l'oublier. Et pour le stérilet au cuivre parce que du coup pareil le côté tu ne l'oublies pas tu le pose pendant 5 ans, ça me convenait bien aussi.* » (P18).

- Les **convictions naturelles et écologiques** poussent 8 étudiantes à changer de contraception : « *J'avais aussi envie d'avoir une méthode de contraception un peu naturelle, sans hormones.* » (P7), « *J'avais plus mes règles avec l'implant, c'était bien mais je me suis dit que ça serait bien de retrouver aussi un cycle un peu naturel* » (P9), « *Un petit peu le recul et mes convictions écologiques de ne pas prendre trop d'hormones. Essayer de passer à un truc plus naturel qui influe moins sur le corps.* » (P18), « *par rapport à l'environnement, pas que les études.* » (P10)

## 5 Les forces et faiblesses de l'étude :

### 5.1 Les forces :

La force principale de cette étude demeure dans sa diversité due aux différents profils des participantes permettant ainsi de récolter une grande richesse et une grande hétérogénéité des entretiens. Ces interviews ont servi pour répondre aux objectifs de l'étude. Les participantes se sont senties investies et intéressées par le sujet de l'étude.

De plus, deux études similaires ont déjà été menées dans les régions Auvergne-Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur permettant ainsi une comparaison des résultats trouvés.

Ainsi que tous les entretiens se sont passés de la même façon, en face à face avec l'étudiante dans une pièce calme de l'établissement scolaire. Le principe de libre expression des personnes interrogées a été appliqué sur la trame d'entretien composée de questions ouvertes. La retranscription des entretiens a été fidèle aux propos tenus, aucune correction n'a été apportée.

### 1.1 Les faiblesses :

Les points faibles de cette étude sont, dans un premier temps le biais de sélection des participantes. En effet, leur recrutement a probablement été induit par l'intérêt des étudiantes sages-femmes à l'étude ainsi que le fait qu'elles se soient senties concernées par le sujet.

L'étude a été menée sur une seule université de santé de la région Auvergne-Rhône-Alpes, c'est une étude monocentrique.

Les références bibliographiques ont été difficiles à trouver sur des études étrangères parce que les enseignements et compétences des sages-femmes ne sont pas tout à fait les mêmes qu'en France.

Pour terminer, les entretiens ont été semi-dirigés, ne laissant pas une totale liberté aux personnes interrogées sur le sujet et une orientation des réponses est possible, leur analyse n'exclut pas une certaine subjectivité.

## E. PROJET D'ACTION :

La contraception est en évolution constante, la répartition des moyens utilisés varie selon les tranches d'âges ou bien des représentations mais aussi en fonction des connaissances de la population concernée. Par exemple, de nombreuses personnes pensent que le dispositif intra-utérin n'est autorisé que pour les femmes ayant déjà eues des enfants ceci limitant le recours de son utilisation. Alors qu'en réalité c'est une contraception de longue durée efficace, recommandée pour les jeunes femmes avec une pose du dispositif relativement simple pour toutes les femmes.

Les études de sages-femmes sont complètes d'un point de vue contraception et suivi gynécologique, permettant ainsi une meilleure connaissance de ces sujets pour les étudiantes. Ceci les aidant à faire un choix de contraception adapté à leur mode de vie et leurs besoins en toutes connaissances de cause.

Le fait de partager les bases des méthodes contraceptives aux jeunes de la population générale contribuerait à un choix contraceptif plus adéquat avec leurs besoins en ayant conscience de tous les avantages et inconvénients. C'est un axe qui commence à se développer dans les lycées par l'intermédiaire du service sanitaire ainsi que par les séances de prévention et sexualité enseignées au collège.

C'est aussi le rôle des professionnels de santé de parler de tous les moyens de contraception accessibles aux jeunes filles, aux femmes afin qu'elles puissent faire un choix éclairé. Ils sont là pour les orienter et les éclairer et non leur imposer un mode de contraception ou même leur proposer seulement ce qui nous semble bon pour elles.

La population générale est très peu informée sur les compétences des sages-femmes notamment sur le suivi gynécologique de prévention de la femme en bonne santé ainsi que celui de la contraception. Elle pense que cette spécificité est réservée aux gynécologues ou aux médecins traitants. Pourtant ces compétences appartenant également aux sages-femmes permettraient de réguler le manque de disponibilité de ces professionnels de santé.

Certaines femmes avouent ne pas être suivies annuellement au niveau gynécologique en raison des délais d'attente des rendez-vous trop longs. Si elles étaient informées sur les possibilités des sages-femmes leurs suivis seraient probablement actualisés.

En conséquence, il est primordial de porter ce travail de recherche à la connaissance des étudiantes sages-femmes lors des cours de gynécologie afin de les encourager à faire connaître les compétences des sages-femmes en la matière et à apporter des informations complètes à leurs futures patientes et aux jeunes filles qu'elles rencontrent.

## F. CONCLUSION :

Les études en science maïeutique sont riches en apports théoriques mais aussi en pratiques techniques dans plusieurs domaines mais notamment en gynécologie de prévention et de contraception qui est le thème de cette étude. La formation s'affine et se spécifie au fil des années permettant aux étudiants en fin de cursus d'acquérir un certain nombre de connaissances. Les résultats de ces vingt entretiens mettent en évidence que les études de sages-femmes ont une forte influence dans le changement de contraception. Chacune des étudiantes interrogées a mis en application les connaissances apportées par la formation au profit de sa propre situation. Cet impact s'est révélé à travers différents aspects : sur le moyen de contraception en lui-même (de plus longue durée, écologique, l'efficacité ...), ou bien sur les raisons ayant poussé au changement de méthode contraception (problème d'observance suite aux changements de rythme de vie, découverte de contre-indications, l'apparition d'effets indésirables, les diverses influences possibles ...).

Les sages-femmes sont compétentes en matière de suivi gynécologique et de contraception, elles sont des collaboratrices efficaces pour les gynécologues et médecins traitant. Néanmoins, le métier de sage-femme reste méconnu de la population française. Les étudiantes ont conscience de la nécessité de promulguer leur future profession, afin d'être mieux reconnues au sein de leurs champs de compétences. Ceci faciliterait ainsi la prise en charge des patientes demandeuses d'une contraception et d'un suivi gynécologique. Avec l'amélioration des connaissances sur l'exercice des sages-femmes, les femmes auraient un libre choix pour consulter un praticien.



## G. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Bodet A. Histoire de la contraception [Internet] [Thèse d'exercice : Pharmacie]. [Angers] : Université d'Angers ; 2014. [Consulté le 10 mars 2019]. Disponible sur : <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20080073/2014PPHA3265/fichier/3265F.pdf>.
2. Brot-Canneti S. Contraception orale oestroprogestative : vécu et impact de la médiatisation autour des pilules de 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> générations. [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine]. [Nice] : Université de Nice ; 2016. [Consulté le 25 octobre 2019]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01370917/document>.
3. L'Assemblée nationale. 1967, la pilule devient légale : loi du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances : texte intégral des débats à l'Assemblée nationale. Paris : L'Assemblée nationale ; 2008.
4. Davitian C, Ceccaldi PF, Chatel P, Poujade O, Khater C et al. Interruption volontaire de grossesse. EMC, Traité de Médecine Akos. [Internet] 2017, [Consulté le 22/05/2019]. 3-1370. Disponible sur : <https://www.em-premium.com/article/1090509>.
5. Garcia J. Le point sur la contraception d'urgence en 2014.[Internet] [Thèse d'exercice : Pharmacie]. [Bordeaux] : Université de Bordeaux ; 2014. [Consulté le 22/02/2014]. Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01010731/document>.
6. Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception, JORF n°0156 (2001).
7. Bajos N, Bohet A , Le Guen M , Moreau C , Équipe de l'enquête Fécond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population & société. 2012; (492):1-4.
8. HAS. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée, [Internet] 2013. [Consulté le 14 décembre 2018]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception\\_freins\\_reco2clics-5.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf).
9. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. JORF n°185 (2004).
10. Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016 : contraception : quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Etudes et enquêtes. 2017;8.
11. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, L'équipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Population & Sociétés. 2014;(511):1-4.
12. Chauvet C. La contraception et le suivi gynécologique des étudiantes de l'université de Nantes. [Mémoire : Sage-femme]. [Nantes] : Université de Nantes, 2016.

13. Hassoun D. Méthodes de contraception naturelles et méthodes barrières. RCP contraception CNGOF. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018;46(12):873-882.
14. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. *World Contraceptive Patterns 2013*. New York : United Nations [consulté le 03 mars 2019]. Disponible sur : <http://www.un.org/en/development/des/population/publications/pdf/family/word/ContraceptionPatternsWallChart2013.pdf>.
15. Gosavi A, Ma Y, Wong H, Singh K. Knowledge and factors determining choice of contraception among Singaporean women. *Singapore Med J*, 2016,57(11):610-5.
16. De Irala J , Osorio A , Carlos S , Lopez-del Burgo C. Choice of birth control methods among European women and the role of partners and providers : *Contraception*. 2011;6(84) : 558-64.
17. Friedman HL. Reproductive Health in Adolescence . *World Health Statistics Quarterly*. 1994(47):31-35.
18. Serfaty D. Le marché de la contraception en France et son évolution depuis 2011 : la France serait-elle atteinte d'hormonophobie ? . *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2018;46(7-8) : 561-62
19. Debusquat S. *J'arrête la pilule*. Paris. Editions les liens qui libèrent ; 2017.
20. Aleknavicute J, Tulen JHM, De Rijkz YB, Bouwkamp CG, Van Der Kroeg M, Timmermans M et al. The levonorgestrel-releasing intrauterine device potentiates stress reactivity. [Internet] *Psychoneuroendocrinology*. 2017(80):39-45. [Consulté le 12 mars 2019]. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306453016309982>.
21. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INEPS). Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ?, [Internet] octobre 2011,18. [Consulté le 15 décembre 2018]. Disponible sur : [https://campusumvf.cnge.fr/IMG/pdf/Contraception\\_des\\_Francaises\\_est\\_elles\\_adaptee\\_a\\_leur\\_mode\\_de\\_vie.pdf](https://campusumvf.cnge.fr/IMG/pdf/Contraception_des_Francaises_est_elles_adaptee_a_leur_mode_de_vie.pdf).
22. INPES. La meilleure contraception c'est celle que l'on choisit, [Internet] 11 septembre 2007, 17. [Consulté le 12 mars 2019]. Disponible sur : [https://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2009/08/la-meilleure-contraception-cest-celle-que-lon-choisit\\_dp-2007.pdf](https://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2009/08/la-meilleure-contraception-cest-celle-que-lon-choisit_dp-2007.pdf).
23. Rousseau F, Da Silva Godineau SM, De Casabianca C, Begue C, Tessier-Cazeneuve C, Legendre G. State of Knowledge on Smartphone Applications Concerning Contraception: A Systematic Review. [Internet]. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction* 48. 2019;48(2):83-89. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2018.11.001>.
24. Eleuteri S, Rossi R, Tripodi F, Fabrizi A, Simonelli C. La santé sexuelle est dans vos mains : comment les applis pour smartphone peuvent-elles améliorer votre bien-être sexuel ? *Sexologies* [Internet]. [consulté le 19 juin 2019]. 2018;47(3):139-43. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2018.04.003>.

25. INPES. La contraception qui vous convient existe. Santé publique France [Internet]. 2013 [consulté le 15 mars 2019]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2013/015-contraception.asp>.
26. Duchêne-Paton A, Lopès P. Sexualité et choix du mode contraceptif. *Sexologies*. 2015 ; 24(2):69-81.
27. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Les compétences des sages-femmes. [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [Consulté le 25 octobre 2019]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>.
28. Kahramanoglu I , Baktiroglu M , Turan H , Kahramanoglu O , Verit FF , Yucel O . What influences women's contraceptive choice? [Internet] *Ginekologia Polska*. 2017;88(12) 639–646 [Consulté le 11 novembre 2018]. Disponible sur : <https://pdfs.semanticscholar.org/8389/861d6fdfb12d41869325c68b189e4735a150.pdf>
29. Srikanthan A, Reid R. Religious and Cultural Influences on Contraception. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada* 30 : 2008;30(2): 129-37.
30. Duchon C. La contraception chez les étudiantes sages-femmes : Étude de l'impact de la formation sur leur choix. [Mémoire : sage-femme],[Bourg-en-Bresse] Université Claude Bernard LYON 1, 2015.
31. Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche. « L'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées ». *Bulletin officiel*, n° 9 (2013): 386.
32. Rougemont.L. La contraception des étudiantes sages-femmes : enquête 2018. [Mémoire : sage-femme]. [Grenoble Alpes] : Université de Grenoble Alpes, 2018. [Internet] [Consulté le 15 décembre 2018] Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01908584/document>.
33. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. La formation initiale des étudiantes sages-femmes . [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. 2015 [Consulté le 19 mars 2019]. Disponible sur <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/initiale/>.
34. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, *JORF* n°0167 (2009).
35. Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. Le service sanitaire : Les formations en santé au service de la prévention, [Internet] [Consulté le 25 octobre 2019]. 2018, 1-16. Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180226\\_-\\_dossier\\_de\\_presse\\_-\\_service-sanitaire.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180226_-_dossier_de_presse_-_service-sanitaire.pdf).
36. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Suivi gynécologique et contraception. [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [Consulté le 19 mars 2019]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competances/le-suivi-gynecologique-de-prevention-et-les-consultations-en-matiere-de-contraception/>.

## H. ANNEXES :

### Annexe I : Indice de Peal (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		
Méthode 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

Clé :

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

## Annexe II : Grille d'entretien

Bonjour, je suis CLIQUOT Anaïs, étudiante sage-femme en 5<sup>ème</sup> année. Cet entretien sera intégré à mon mémoire de fin d'étude dont le sujet est d'étudier « l'influence de la formation des étudiantes sages-femmes concernant l'évolution de leur choix de contraception. ». L'objectif de mon travail est d'évaluer l'influence de l'apport théorique des étudiantes sages-femmes au cours de leurs années de formation, sur le choix de leur contraception et ainsi définir les facteurs déterminants une contraception chez les jeunes femmes. Je vous assisterai tout au long de cet entretien. Celui-ci restera strictement anonyme et sera enregistré si vous n'y voyez pas d'inconvénient. Votre consentement oral est nécessaire pour la conservation temporaire de ces données.

1. Quel est votre âge ?
2. Dans quelle année êtes-vous actuellement ?
3. Quelle est votre situation familiale ? (concubin / marié / pacsé / célibataire ... )
4. Aviez-vous une contraception en début de cursus ? Si oui laquelle était-elle ?
5. Quel type de praticien qui vous l'a prescrite? Le choix s'est il fait en collaboration avec votre professionnel de santé ? Quels facteurs vous ont influencés pour débiter cette 1<sup>ère</sup> contraception ?
6. Avez-vous modifié votre contraception au cours du cursus universitaire que vous suivez ? A quel moment de celui-ci ? (Avant ou après le cours au sujet de la contraception en fin de 3<sup>ème</sup> année ?)
7. Combien de fois avez vous changé de contraception au cours du cursus ? Par quels autres moyens l'avezvous remplacé ?
8. Quels éléments ont influencé ou confirmé ce choix ?
9. Que vous a apporté la formation en gynécologie suivie, dans votre suivi gynécologique ?
10. Êtes-vous satisfaite de cette modification, est-ce qu'elle vous correspond ?
11. Vous même avez-vous été vecteur d'influence sur votre entourage dans leur choix d'un praticien ou dans une modification éventuelle de contraception ?
12. Depuis la formation de sage-femme, avez-vous eu recours à un changement de praticien ? Quelles sont les raisons qui vous ont motivées ?

Annexe III : Lettre d'information :

ENQUÊTE D'OPINION SUR L'INFLUENCE DE LA FORMATION DES  
ÉTUDIANTES SAGES-FEMMES CONCERNANT L'ÉVOLUTION DE LEUR  
CHOIX DE CONTRACEPTION.

Investigateur:

- CLIQUOT Anaïs, étudiante sage-femme à Clermont-Ferrand
- Sous la direction de Madame POUMEYROL Delphine

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à l'étude intitulée « Enquête d'opinion sur l'influence de la formation des étudiantes sages-femmes concernant le choix de leur contraception ». Elle est engagée au sein de l'université de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand et s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité de Madame Delphine POUMEYROL qui exerce en tant sage-femme enseignante.

1. Pourquoi cette étude ? :

Le schéma contraceptif en France reste très stéréotypé, avec l'utilisation du préservatif au début de la sexualité puis adoption de la pilule lors de la mise en couple jusqu'à son remplacement par un dispositif intra-utérin (DIU) chez les femmes ayant des enfants. S'ensuit une baisse du recours à la pilule contraceptive à la suite du débat médiatique de décembre 2012 conduisant à la redistribution de l'emploi des moyens de contraception de longue durée tel que l'implant et le DIU.

D'autres facteurs socio-culturels et personnels sont aussi mis en jeu dont la connaissance sur les différents mécanismes ; et donc la question qui peut se poser est : Est-ce que le fait d'être mieux informées, permettra aux étudiantes sages-femmes de mieux choisir un moyen de contraception adapté à leurs besoins ?

2. L'étude en pratique :

Le recrutement se fera par courriel puis explications de l'étude et proposition de participation à cette dernière avec fixation d'un rendez-vous pour un entretien.

Le recueil des données s'effectuera par un entretien en face à face ou par appel téléphonique de 10-15 min à l'aide d'une grille. Un dictaphone sera utilisé pour retranscrire les informations à l'écrit.

### 3. Confidentialité et sécurité :

Vos données personnelles seront identifiées par un numéro d'anonymat. Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

Conformément aux dispositions du Règlement Européen de Protection des Données personnelles (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018 et de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n°2018-493), vous disposez d'un accès de rectification.

### 4. Vos droits :

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait (aucune modification de prise en charge).

Conformément au GPD et à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018), vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement l'effacement de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à CLIQUOT Anaïs

### 5. Obtention d'informations complémentaires :

---

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires à mon adresse mail précisée ci-dessus. Pour toute question relative la protection de vos données personnelles : vous pouvez contacter le délégué à la protection des données.

Annexe IV : Tableaux de synthèse des thèmes et sous-thème émergeant des entretiens :

Thèmes		Choix d'un praticien				Choix d'une contraception									
Catégories	Influence de l'entourage	Influence géographique	Antécédents	Confiance	Facilité	Changement de statut	Influence sociale	Syndrome menstruel	Situations à risque	Influence professionnelle	Connaissances				
<b>Thèmes</b>	<b>Changement de praticien</b>				<b>Connaissances apportées par la formation</b>		<b>Changement de contraception</b>					<b>Promotion du métier de SF par les étudiantes</b>			
<b>Catégories</b>	Choix non éclairé	Nouvelles compétences des sages-femmes	Disponibilité des praticiens	Erreur professionnelle	Gynécologie	Contraception	Manque d'informations initiales	Inconvénients	Effets indésirables	Meilleures connaissances	Facteurs influençant le choix d'une contraception	Influence du professionnel de santé	Suivi gynécologique	Contraception	
<b>Sous-catégories</b>					Compétences des sages-femmes	Physiologie du cycle		Oublis	Saignements irréguliers	Avantages / inconvénients	Changement de statut				
					Dépistages	Méthodes		Observance	Acné	Apports théoriques	Recherche de quelque chose de naturel				
					Anatomie	Suivi de contraception		Stages	Modification de poids	Divers méthodes	Appréhension de la pose				
					Suivi	Evolution de la contraception			Troubles psychiques / céphalées			Envie de long terme			
									Apports théorique			Douleurs et troubles de la libido		Médias	







Annexe V : Résumé des recherches n'impliquant pas la personne humaine, études ou évaluations à des fins d'enregistrement dans le répertoire dans une version RGPD

Intitulé de l'étude	Enquête d'opinion sur l'influence de la formation des étudiantes sages-femmes concernant le choix de leur contraception
Organisme responsable de traitement	École de sage-femme de Clermont-Ferrand
Responsable de traitement	CLIQOT Anaïs, étudiante sage-femme
Les objectifs	<p><u>Objectif principal</u> : Evaluer l'influence de l'apport théorique des étudiantes sages-femmes au cours de leurs années de formation, sur le choix de leur contraception</p> <p><u>Objectif secondaire</u> : Déterminer les facteurs influençant le choix d'une contraception</p>
Sources de données utilisées	Enquête / Cohorte / Registre incluant des données du SNDS
Population concernée	Étudiantes sages-femmes de 4 <sup>ème</sup> et 5 <sup>ème</sup> année
Contexte de l'étude	<p>Les premières idées lorsque le sujet de la contraception est évoquésont sont : les préservatifs et les pilules alors que de nombreuses possibilités existent.</p> <p>Les étudiantes sages-femmes sont dans une situation particulière, avec des connaissances supplémentaires lors de leurs études et durant leurs nombreux de stages sur la contraception. Au cours de cette formation de maïeutique, nous avons pu constater que de nombreuses ESF avaient modifier leur de méthode contraceptive.</p> <p>Plusieurs questions peuvent émerger : suivre des études de sage-femme a-t-il une influence sur le souhait de contraception ? Est-ce que le fait d'être mieux informées nous permet de mieux choisir une contraception adaptée à nos besoins ? Quels sont les facteurs influençant cette décision ?</p>

Méthodologie	Entretiens auprès des étudiantes sages-femmes, enregistrés au dictaphone puis retranscrit mot à mot à l'écrit, conservation des données le temps de l'étude, de manière anonyme et sécurisé.
Justification du caractère d'intérêt public de l'étude	Étude menée dans le cadre d'un mémoire de fin d'études
Calendrier de l'étude et planning prévisionnel de communication des résultats	Revue de la littérature juin 2019 Entretiens septembre/octobre 2019 Méthode janvier 2020 Résultats et discussion février/mars 2020

## RÉSUMÉ :

**Introduction** : Lorsque l'on évoque la contraception, les premières idées sont : pilule et préservatifs. Cependant de nombreux autres moyens sont disponibles et pourtant peu utilisés chez les jeunes car méconnus. Avec le rythme soutenu de leurs études les élèves sages-femmes ont un mode de vie perturbé et leur contraception peut se trouver endommagée mais également être améliorée par l'acquisition de nouvelles connaissances en matière contraceptive et gynécologique lors de leurs années de formation.

**Objectifs** : Le but était d'évaluer l'influence de l'apport théorique des étudiantes sages-femmes sur leur choix contraceptif au cours de leur cursus mais aussi de définir les facteurs déterminants concernant cette modification.

**Méthode** : Cette étude qualitative phénoménologique a été réalisée sur l'année scolaire 2019/2020 auprès de vingt étudiantes sages-femmes de quatrième et cinquième année au sein d'une université de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

**Résultats et discussion** : L'étude menée a confirmé que la formation des étudiantes sages-femmes s'avère être riche en apport de nouvelles connaissances pouvant influencer le changement d'une contraception mais aussi celui d'un professionnel de santé. D'autant que de nombreux facteurs ont également un impact majeur dans ces modifications.

**Conclusion** : Les résultats obtenus mettent en évidence l'influence des études en science maïeutique sur l'évolution du choix de contraception des étudiantes sages-femmes. Elles ont davantage de connaissances ; ce qui leur permet de choisir un contraceptif adapté à leur mode de vie. En s'appuyant sur leurs nouvelles compétences, elles ont un rôle majeur à jouer dans l'éducation des jeunes à la contraception et au suivi gynécologique de prévention.

**Mots-clés** : contraception, gynécologie, étudiante sage-femme, influence, formation.

## SUMMARY :

**Introduction** : When we talk about contraception, the first ideas are: pills and condoms. However, many other means are available and yet little used because they're not well known by young people. With the pace of their studies, midwifery students have a disturbed lifestyle and their contraception can be damaged but also be improved by acquiring new knowledge in contraceptive and gynecological matters during their formative years.

**Objectives** : The aim of the study was to assess the influence of the theoretical contribution of midwifery students on their contraceptive choice during their studies, but also to define the determining factors for this change.

**Method** : This phenomenological qualitative study was carried out over the 2019/2020 school year with twenty fourth and fifth year midwifery students at a university in the Auvergne-Rhône-Alpes region.

**Results and discussion** : The study conducted confirmed that the training of midwifery students is rich in new knowledge that can influence the change of contraception but also that of a health professional. Especially since many factors also have a major impact in these modifications.

**Conclusion** : The results obtained highlight the influence of studies in maieutics on the evolution of the choice of contraception for midwifery students. They have more knowledge, which allows them to choose a contraceptive adapted to their lifestyle. Based on their new skills, they have a major role to play in educating young people about contraception and gynecological preventive monitoring.

**Keywords** : contraception, gynecology, midwives students, influence, formation.