

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Ecole de sages-femmes Hôpital Foch

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

CARLA JONVEL

**La mise en place d'une méthode contraceptive par les
sages-femmes libérales : quelles sont les difficultés
rencontrées ?**

Etude qualitative

Soutenu le : 22 Septembre 2020

Directrice de mémoire

Mireille LE GUEN

Numéro national d'étudiant : 2507013527D

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite expose son auteur à des poursuites pénales.

Remerciements

Je remercie tout d'abord ma directrice de mémoire, Mme Mireille LE GUEN pour le temps qu'elle m'a consacré, pour tous les conseils qu'elle m'a prodigués et pour m'avoir fait confiance dans la réalisation de cette étude. Je n'aurai pu mener ce projet à bien sans votre encadrement et votre soutien.

Je remercie également nos professeurs ainsi que l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école de sage-femme de Foch pour l'accompagnement lors de ces quatre années d'études.

Je remercie les membres du jury d'avoir porté intérêt à mon travail de fin d'étude.

Je remercie les sages-femmes libérales d'avoir accepté de répondre à mes questions afin de réaliser cette étude.

Je remercie ma famille d'être un pilier solide dans ma vie. Merci à mes parents ainsi que mes frères et sœur d'avoir fait de moi la personne que je suis.

Je remercie mes amis sages-femmes pour votre solidarité infaillible pendant les moments difficiles, mais aussi pour les bons moments passés tous ensemble.

Je remercie tous mes amis sage-femme et hors sage-femme d'être toujours présent pour moi, pour leur accompagnement et leurs encouragements.

Je remercie P-H pour son aide et son soutien au quotidien.

Table des matières

Avertissement	2
Remerciements	3
Table des matières	4
Liste des tableaux.....	6
Liste des annexes	7
Lexique	8
Titre et résumé.....	9
Title and Abstract	10
Introduction	11
1.Un aperçu démographique	11
2. Des pratiques contraceptives en pleine évolution.....	12
2.1. Une norme contraceptive française.....	12
3. La place des sages-femmes dans ce nouveau contexte.....	14
Question de recherche.....	14
Matériels et Méthodes.....	15
1.Type d'étude et outils méthodologiques	15
2.Description de l'étude.....	15
2.1. La population.....	15
2.2. Le contact des sages-femmes	17
2.3. Les entretiens.....	18
2.4. Les points forts des entretiens.....	19
3.Considérations éthiques et réglementaires.....	19
4.Autorisations requises.....	19
Résultats de l'étude, analyse et discussion.....	20
1.Description de la population	20
1.1. Informations personnelles des sages-femmes.....	20
1.2. Caractéristiques de la patientèle	22
1.3. Méthodes de présentation des contraceptifs.....	23
2.Stratégie d'analyse.....	24
3.Les difficultés liées à l'interaction entre la patiente et la sage-femme	25
3.1.Les idées reçues sur les méthodes contraceptives	25
3.2.La communication entre patiente et sage-femme	28

3.3.Un accompagnateur présent à la consultation	30
3.4.La précarité et le contexte social des patientes.....	32
3.5.Les religions et la contraception	34
3.6.L'âge des patientes.....	37
4.Les difficultés liées au mode d'exercice de la sage-femme	38
4.1.La différence de discours entre les professionnels.....	38
4.2.L'influence des expériences personnelles et professionnelles	40
4.3.Les connaissances des sages-femmes des différentes méthodes de contraception.....	41
4.3.1. Les méthodes naturelles	41
4.3.2. La stérilisation	43
4.4. Les limites des compétences des sages-femmes	45
4.5. Les recommandations sur les contraceptifs.....	45
4.6. Les contraintes du libéral	47
4.6.1. La contrainte du temps	47
4.6.2. La contrainte de l'isolement.....	49
4.6.3. La sage-femme « prestataire de service »	50
Conclusion	51
1.Recommandations sur les « idées reçues »	52
2.Recommandations sur les connaissances des méthodes naturelles, de la stérilisation, et de l'influence des religions sur le recours aux méthodes de contraception	52
3.La place de la sage-femme lors d'une prescription de contraception.....	53
Bibliographie	54
ANNEXES	60

Liste des tableaux

Tableau 1 Informations personnelles des sages-femmes	21
Tableau 2 Caractéristiques des patientes et présentation des contraceptifs	23

Liste des annexes

Annexe I : Guide d'entretien	60
Annexe II : Grille d'analyse	61
Annexe III : Equation personnelle	62

Lexique

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

DU : Diplôme Universitaire

DIU : Dispositif Intra Utérin

SIU : Système Intra Utérin

CMU : Couverture Maladie Universelle

AME : Aide Médicale d'Etat

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CDC : Centers for Disease Control and Prevention

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

Titre et résumé

La mise en place d'une méthode contraceptive par les sages-femmes libérales : quelles sont les difficultés rencontrées ?

Introduction / Objectifs

Depuis 2009, le champ de compétence des sages-femmes évolue notamment avec l'autorisation de prescrire tout type de contraception auprès des femmes en bonne santé. Cette nouvelle compétence s'inscrit dans un contexte marqué par un affaiblissement de l'offre en santé sexuelle lié à la baisse du nombre de gynécologues, et une reconfiguration des usages contraceptifs liée à la crise des pilules. Notre objectif est de déterminer quelles sont les difficultés que les sages-femmes rencontrent lors d'une prescription de contraception.

Matériel et méthodes

Une étude qualitative par entretiens semi-directif a été réalisée auprès de 13 sages-femmes libérales exerçant en Île-de-France et pratiquant des consultations pour contraception. Ces entretiens, réalisés grâce à un guide d'entretien, les ont amenés à se confier sur les difficultés qu'elles rencontrent.

Résultats

Les difficultés rencontrées sont liées à l'interaction entre la patiente et la sage-femme d'une part, et aux conditions d'exercice d'autre part. Les « idées reçues » des patientes sur les contraceptifs ainsi que des problèmes de communication sont les principales difficultés liées à l'interaction entre la sage-femme et sa patiente. Les sages-femmes évoquent, comme difficultés liées à leurs conditions d'exercices, des différences de discours avec les autres professionnels de santé, leur manque de connaissances des méthodes naturelles et de la stérilisation ainsi que les limites de leurs compétences.

Conclusion

Augmenter les formations sur certaines méthodes de contraception (naturelles et stérilisation) ainsi que sur le rapport des religions à la contraception permettrait aux sages-femmes d'assurer une meilleure prise en charge des patientes. Nous pouvons dire que les sages-femmes ont une place déterminante à se faire dans le suivi gynécologique des femmes ainsi qu'un savoir à transmettre face à certaines idées reçues des patientes.

Mots-clés : Sage-femme libérale / méthodes de contraception / difficultés / suivi gynécologique

Title and Abstract

The prescription of contraception by midwives : what are the difficulties encountered ?

Introduction / Objective

Since 2009, the midwives' field of qualification has evolved, especially with the ability to prescribe any types of contraception to healthy women. This new qualification is part of a context marked by a weakening of the sexual health offer due to the decreased number of gynecologists, and a change of contraceptive uses linked to the pill crisis. Our study goal was to determine the difficulties encountered by midwives when prescribing a contraceptive method.

Methods

A qualitative research study by semi-directed interviews was carried out with 13 midwives working in Ile-de-France and practicing contraceptive consultations. These interviews, carried out using an interview guideline leading midwives to talk about the difficulties they encounter.

Results

The difficulties that midwives encountered were linked to the interaction between the midwife and her patient on one hand, and the practice conditions on the other hand. Women' "misconceptions" about contraceptive methods as well as communication issues are the main difficulties in the interaction between the midwife and her patient. The difficulties of the practice conditions encountered by midwives are the difference of speeches between health professionals, their lack of knowledge of natural methods and sterilization, and their skills' limits.

Conclusion

Promoting continuing education on certain types of contraception such as natural methods and sterilization, as well as the influence of religions on women' contraceptive choices, would allow midwives to assure a better care to their patients. To conclude, midwives have a significant position within the gynecological care of women including a knowledge to pass on against disinformation given to their patients.

Keywords : Liberal midwives, contraceptive methods, difficulties, gynecological care

Introduction

En 2009, l'adoption de la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST) a conduit à accroître le champ des compétences médicales des sages-femmes en matière de suivi gynécologique de prévention des femmes en bonne santé¹ (1), puisqu'elles sont désormais autorisées à prescrire la contraception sous toutes ses formes (pilules, stérilets, implants, diaphragmes...) et d'en assurer la pose, la surveillance et le retrait (2).

L'acquisition de la compétence de prescription de la contraception par les sages-femmes s'inscrit dans un contexte marqué par des évolutions majeures tant du point de vue des modes d'exercice du métier de sage-femme, que des pratiques contraceptives.

1. Un aperçu démographique

En 2017, une femme française sur cinq ne bénéficie pas d'un suivi gynécologique pourtant recommandé pour toutes femmes dès l'entrée dans la vie sexuelle (3). En cause, une méconnaissance de l'importance du suivi gynécologique régulier par les femmes elles-mêmes (4). Par ailleurs, l'offre de soins en santé sexuelle et reproductive en France semble s'affaiblir, notamment parce que le nombre de gynécologues-médicaux diminue du fait des départs à la retraite non compensés par l'arrivée des jeunes diplômés (5). Déjà en 2008, trois quarts des femmes en France considéraient que les gynécologues n'étaient pas assez nombreux, et que, par conséquent, les délais pour obtenir un rendez-vous était trop long (5). Le faible nombre de praticiens mais également leur répartition inégale sur le territoire (6) a pour conséquence de rendre difficile l'accès à une consultation gynécologique pour certaines femmes, ce qui peut mettre en péril leur santé.

L'acquisition de nouvelles compétences en matière de suivi gynécologique des sages-femmes survient donc dans un contexte d'affaiblissement de l'offre de soins en santé sexuelle et reproductive. D'après l'étude de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé en 2011, l'activité des gynécologues mé-

¹ Les sages-femmes doivent en effet renvoyer la patiente vers un médecin en cas de situation pathologique.

dicaux ne compte qu'un tiers de prise en charge pathologique. Le reste de leur activité est consacré à la prévention et à la contraception ; domaines rentrant dans les nouvelles compétences des sages-femmes (7). Ces dernières pourraient donc être en mesure d'accroître l'offre de soins en santé sexuelle et reproductive en France, et ainsi de participer à la réduction des inégalités sociales de suivi gynécologique (8). Cependant, en 2017, seules 46% des femmes ne savent pas encore que les sages-femmes sont habilitées à prescrire un moyen de contraception (4). En effet, d'après le sondage IFOP, 69% des femmes en 2017 se disent prêtes à se faire prescrire une contraception par une sage-femme contre 59% en 2014 (4).

Selon le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS), on comptait 18 800 sages-femmes en France en 2011, avec une progression annuelle moyenne de 2% (6). Par ailleurs, le nombre de sages-femmes exerçant en libéral a augmenté de 6,7% par an entre 2000 et 2010 (6). Les estimations avancent qu'en 2030, 26 100 sages-femmes exerceraient leur activité (40% de plus qu'en 2011), dont une sage-femme sur trois en libéral. Ainsi, le nombre de sages-femmes exerçant en libéral devrait continuer à augmenter alors que le nombre de sages-femmes salariées devrait rester stable (6). Derrière ces évolutions globales se cachent une répartition inégale des sages-femmes sur le territoire français. Entre deux régions, le nombre de sages-femmes libérales rapporté à la population des femmes varie énormément. Par exemple dans toute l'Île-de-France il y a seulement entre 4 et 25 sages-femmes pour 100 000 femmes en âge de procréer alors que la région Rhône-Alpes en contient entre 25 et 49 pour 100 000 femmes (6). Ces différences dans la répartition des sages-femmes interrogent quant à l'accessibilité aux soins, à la contraception et la prévention de la santé sexuelle et reproductive en France.

2. Des pratiques contraceptives en pleine évolution

Aujourd'hui les méthodes contraceptives sont nombreuses et diversifiées en termes de prescription, de durée d'utilisation ou de coût. D'après l'étude du baromètre santé en 2016 sur la contraception, 71,9 % des femmes ont recours à une méthode médicalisée pour assurer leur contraception (9).

2.1. Une norme contraceptive française

Depuis la légalisation de la contraception en France en 1967, les usages en matière de régulation des naissances se sont progressivement structurés autour d'une norme qui prescrit l'utilisation du préservatif en début de vie sexuelle ou lors d'une nouvelle relation, puis de la pilule lorsque la relation se stabilise et enfin du DIU/SIU (Dispositif Intra Utérin/Système Intra Utérin) quand le nombre d'enfants souhaités est atteint. Les autres méthodes de contraception restaient moins utilisées (10) (11). En 2013, une controverse médiatique autour des effets secondaires liés à l'utilisation des contraceptifs de nouvelles générations a éclaté en France, conduisant à questionner la norme contraceptive en vigueur et le modèle contraceptif centré sur la pilule. Entre 2010 et 2016, on observe une baisse du recours à la contraception orale (surtout les 3^{ème} et 4^{ème} générations) passant de 40% à 25% et une augmentation de l'utilisation du DIU/SIU et du préservatif (12). D'après les chiffres du Ministère de la Santé, les ventes de DIU au cuivre ont fortement augmenté (+ 45%) entre 2012 et 2013 (13).

Le choix de certaines femmes de remplacer la pilule par un DIU/SIU semble les avoir conduites à changer de prescripteurs, s'adressant plus volontiers à un gynécologue mieux formé à la pose d'un DIU (14). Par ailleurs, ces derniers semblent avoir modifier leurs pratiques prescriptives entre 2010 et 2016 (15) en prescrivant davantage le DIU à leurs patientes, alors qu'ils étaient jusqu'alors réticent à proposer de DIU/SIU aux femmes jeunes ou sans enfant (14). Les pratiques en matière de contraception sont alors plus dépendantes du choix des femmes que de leur âge et de leur situation familiale. Enfin, le recours à la contraception médicale a diminué en France entre 2010 et 2016, ce qui pourrait traduire une évolution de la demande des femmes en matière de contraception avec de plus en plus d'exigences notamment avec la tendance d'utiliser des méthodes plus naturelles et avec moins d'hormones (16). Les sages-femmes, nouvelles prescriptrices de contraceptions ont un rôle à jouer à la suite de cette crise.

Depuis la crise de la pilule, les méthodes de contraceptions utilisées par les femmes en France sont plus diversifiées. À la suite de cela, on se demande alors comment les sages-femmes se sont adaptées pour répondre aux nouvelles demandes, attentes et craintes des femmes.

3. La place des sages-femmes dans ce nouveau contexte

Avant 2009, la prescription de méthodes de contraception était exclusivement réservée aux médecins, généralistes ou gynécologues (17). Aujourd'hui devant le manque de gynécologues, les sages-femmes et leurs nouvelles compétences en matière de gynécologie et de contraception répondent à un besoin de santé publique. Cependant cette arrivée des sages-femmes, dans un domaine précédemment exclusivement réservé aux médecins, pose des questions en termes de légitimité. Ayant des formations différentes des médecins, les sages-femmes trouvent une nouvelle place dans la santé reproductive des femmes. On se demande alors comment elles abordent la contraception avec leurs patientes.

Question de recherche

L'acquisition de cette nouvelle compétence par les sages-femmes et sa mise en place concrète sur le terrain n'as jamais été étudiée. Dans ce contexte de baisse de l'offre de soins et face à la nouvelle demande des patientes on suppose alors qu'elles rencontrent des difficultés. Ceci nous amène à nous poser la question de recherche suivante : Dans quelles mesures les sages-femmes rencontrent-elles des difficultés lors de la mise en place d'une méthode contraceptive chez une femme ? Nous nous interrogeons alors sur ces difficultés et sur les solutions trouvées par les sages-femmes pour y remédier.

Matériels et Méthodes

L'objectif de cette étude est d'identifier les difficultés que peuvent rencontrer les sages-femmes lors de la mise en place d'une méthode contraceptive.

1.Type d'étude et outils méthodologiques

Nous manquons de littérature sur les difficultés que peuvent rencontrer les sages-femmes pendant les consultations de contraception. Il m'a alors semblé intéressant de faire une étude exploratoire permettant de dégager les grands thèmes des difficultés rencontrées. Pour répondre à ma question de recherche, j'ai choisi de réaliser une étude qualitative par entretiens semi-directifs auprès des sages-femmes exerçant actuellement en libéral en Île-de-France et ayant une activité de consultation de contraception. L'enquête par entretien m'a semblé être le moyen le plus approprié afin d'établir un contact avec les sages-femmes qui favorise la bonne qualité des échanges et la bonne compréhension des questions.

J'ai interrogé les sages-femmes sur leurs conditions d'exercices (structure de travail, type de patientèle, consultations de contraception...) afin de savoir qu'elles sont les difficultés qu'elles rencontrent concernant la prescription de contraceptifs.

2. Description de l'étude

2.1. La population

Si mon ambition première était d'inclure dans mon étude tous les professionnels de santé habilités à prescrire des contraceptifs en France, c'est-à-dire les sages-femmes, les gynécologues, les gynécologues-obstétriciens et les médecins généralistes, j'ai finalement décidé de concentrer mon analyse sur les sages-femmes uniquement. En effet, chacune de ses spécialités médicales reçoivent des formations différentes concernant la gynécologie et la contraception. Par ailleurs si les sages-femmes depuis 2009 ont acquis la compétence de prescrire la contra-

ception, elles ne sont habilitées à le faire qu'auprès des femmes ne présentant aucune pathologie. Leurs pratiques de consultations pourraient alors être différentes de celles des médecins. La comparaison des pratiques des professionnels semblait alors trop laborieuse. En restreignant ma population d'études aux seules sages-femmes, il était alors possible d'analyser de façon plus détaillée leurs pratiques et les difficultés qu'elles pouvaient rencontrer lors des consultations conduisant à la délivrance d'une méthode de contraception.

Critères d'inclusion :

Après avoir choisi de n'interroger que des sages-femmes, c'est-à-dire des personnes titulaires d'un diplôme d'Etat de sage-femme, j'ai jugé utile d'introduire d'autres critères d'inclusion. D'abord, il était nécessaire que les personnes interrogées effectuent régulièrement des consultations pour contraception. J'ai considéré comme consultations pour contraception : la première consultation gynécologique, le suivi gynécologique annuel ainsi que la consultation post-natale (6 à 8 semaines après un accouchement). En revanche, j'ai exclu la prescription de contraceptif dans le post-partum immédiat à la sortie de la maternité. En effet, après un accouchement, certaines méthodes de contraception peuvent être contre-indiquées en fonction des antécédents de la patiente, de l'allaitement maternel ou artificiel et des risques thrombo-emboliques (la prescription de contraception oestro-progestative est contre-indiquée) (18). Dans ce sens, parce que les sages-femmes salariées qui exercent en maternité (publique ou privée) sont davantage confrontées à des femmes en suites de couches pour lesquels les indications de prescription de contraception sont plus strictes, j'ai choisi de concentrer mon étude sur les sages-femmes exerçant en libéral, dans des cabinets, en centre de santé ou en PMI. Cela dit, il m'a semblé intéressant d'interroger à la fois des sages-femmes ayant toujours travaillé en libéral ainsi que des sages-femmes ayant travaillé dans d'autres structures telles qu'en maternité, en clinique privé, en PMI ou encore en centre de santé. Enfin, il m'est apparu utile d'interroger des sages-femmes exerçant dans des zones géographiques différentes, dans la mesure où les caractéristiques sociales de la patientèle varient selon le lieu d'exercice. J'ai donc recruté des sages-femmes exerçant dans différentes villes d'Île-de-France. Cette diversité de structure d'exercice et de lieu de travail m'a permis d'obtenir différents points de vue, notamment du fait de la diversité de leur patientèle (milieu social et âge), et ainsi d'avoir une plus grande variété de réponses.

2.2. Le contact des sages-femmes

La prise de contact avec les sages-femmes a été effectuée de plusieurs manières. En effet, la diversification des modes de recrutement permettant d'avoir une population d'étude d'avantage variée en termes d'âge et de pratiques. Ainsi, j'ai contacté les personnes susceptibles d'être incluses dans mon étude par mail ou par téléphone via les coordonnées trouvées sur internet ou pas les relations professionnelles ou familiales.

J'ai choisi de proposer des entretiens en face-à-face aux cabinets professionnels des sages-femmes où à leur domicile uniquement, selon leurs disponibilités. Pour moi, l'entretien téléphonique ou via des plateformes internet ne semblait pas approprié pour des raisons pratiques (enregistrement de l'entretien, coupures internet etc.). Par ailleurs, le face-à face me paraissait faciliter le dialogue.

Une des difficultés rencontrées pendant la période des demandes d'entretien a été le faible taux de réponse positive de la part des sages-femmes libérales. En effet j'ai contacté 57 sages-femmes pour seulement 12 réponses positives pour un entretien. Ce faible taux de réponse positive (21%) pourrait s'expliquer par le peu de disponibilité des sages-femmes exerçant en libéral du fait de leur activité. D'autre part, beaucoup d'entre elles m'ont répondu après une relance. Il se pourrait donc que mes demandes de contact aient été noyées par les autres messages que les sages-femmes reçoivent dans le cadre du PRADO (Programme de Retour à Domicile).

Au bout d'une dizaine d'entretiens j'ai commencé à atteindre un « effet de saturation », les sages-femmes nouvellement interrogées me décrivant les mêmes difficultés que leurs collègues enquêtées précédemment. J'ai donc décidé de ne plus relancer d'autres sages-femmes et d'arrêter les entretiens. Finalement, ma population d'étude est composée de 13 sages-femmes libérales pratiquant en Île-de-France (1 entretien comprenant 2 sages-femmes) et ayant une activité de consultation pour contraception.

Même si j'ai atteint un effet de saturation, les sages-femmes que j'ai interrogées n'exercent qu'en Île-de-France. Mes résultats ne peuvent donc être

élargis à l'ensemble des sages-femmes pratiquant en France. Mais l'objectif pour ce mémoire était plutôt d'obtenir une population diversifiée de sages-femmes tant par leurs diplômes complémentaires, leurs techniques de consultations et leur patientèle variée.

2.3. Les entretiens

Les entretiens ont été réalisés grâce à un guide d'entretien structuré en 3 parties (voir annexe I) et composé de questions ouvertes et simples afin de ne pas orienter les réponses et de questions de relances davantage orientées (comme par exemple la précarité ou encore la religion si ce n'était pas aborder par la sage-femme) qui permettaient de vérifier si tous les sujets avaient été abordés.

La première partie faisait office d'entrée en matière puisqu'elle permettait de faire connaissance avec l'enquêtée en l'interrogeant sur l'année d'obtention de son diplôme, son parcours professionnel (formations complémentaires, Diplômes Universitaires...) ainsi que les différentes structures dans lesquelles elle avait travaillé avant d'exercer en libéral. La seconde partie consistait à connaître les pratiques professionnelles de la sage-femme en l'interrogeant sur le déroulement-type d'une consultation pour contraception. Tout en connaissant le type de patientèle que la sage-femme a l'habitude de recevoir, cette partie questionne sur les difficultés rencontrées lors de cette consultation. La troisième partie est axée sur les méthodes mises en place par la sage-femme pour palier à ces difficultés. Lors du déroulement de l'entretien cette partie a souvent été mélangée à la deuxième afin d'avoir une bonne continuité des sujets abordés.

Ce guide d'entretien a d'abord été testé auprès de 3 médecins (gynécologue-obstétricien et médecin généraliste ayant un diplôme de régulation des naissances) ainsi qu'une sage-femme avant d'être utilisé pour mon enquête. J'ai alors apporté des modifications à la suite de ces premiers entretiens notamment sur la formulation des questions afin qu'elles soient plus compréhensibles. Tous les entretiens ont été enregistrés après l'accord de l'enquêtée et retranscrits dans leur intégralité.

Une difficulté rencontrée lors des entretiens a été la durée limitée de certains d'entre eux. En effet, quelques sages-femmes libérales m'avaient réservées un moment pour l'entretien sur un de leurs rendez-vous par faute de temps libre.

Nous avons donc parfois été coupé par le temps car au bout de 30 minutes la sage-femme devait recevoir la patiente suivante pour sa consultation. Dans 4 entretiens sur 13 la discussion a donc été interrompue.

2.4. Les points forts des entretiens

Me présenter comme étudiante sage-femme m'a donné beaucoup d'avantages pour ces entretiens. En effet, je pense que le fait d'être vu comme une future collègue a permis aux sages-femmes de se confier et de s'exprimer beaucoup plus facilement par rapport aux difficultés liées à la profession que si elles avaient été interrogées par un sociologue ou un anthropologue. Je pense qu'elles avaient une certaine volonté de m'apprendre et de me donner une réelle vision de l'exercice des sages-femmes en libéral.

De plus je pense qu'il était plus facile pour les sages-femmes de parler de situations vécues avec une interlocutrice qui peut la comprendre. Exercer la même profession, avoir les mêmes connaissances et connaître les mêmes termes médicaux a permis de fluidifier le déroulement de la discussion. Tout ceci m'a permis de les interroger sur leurs pratiques de consultations sans qu'elles se sentent jugées.

3. Considérations éthiques et réglementaires

Les sages-femmes ont été interrogées sur la base du volontariat. Les entretiens ont été anonymisés. Seul le sexe, le département d'exercice, le parcours professionnel des enquêtées ainsi que les caractéristiques de leur patientèle est connu.

4. Autorisations requises

Cette étude a été acceptée par le comité éthique de l'hôpital Foch. Les autorisations ont été demandé à l'oral aux sages-femmes afin d'utiliser leurs réponses à cette interview pour la rédaction de mon mémoire.

Résultats de l'étude, analyse et discussion

1. Description de la population

Au total j'ai réalisé 12 entretiens de 13 sages-femmes (un entretien avec deux sages-femmes) de Mai 2019 à Février 2020. Ils ont duré entre 21 et 59 minutes avec une moyenne de 34 minutes.

1.1. Informations personnelles des sages-femmes

La première partie de l'entretien a permis de caractériser la population des sages-femmes enquêtées et de connaître leurs informations personnelles (Tableau 1). La population des sages-femmes compte 12 femmes et 1 homme². Elles exercent toutes dans les départements d'Île-de-France (Essonne, Val-de-Marne, Hauts-de-Seine, Yvelines, Seine-Saint-Denis et Paris). Leur année d'obtention de diplôme varie entre 1987 et 2017. Sept d'entre elles ont des diplômes complémentaires comme le DU de gynécologie (6), d'échographie (1) ou encore d'hypnose (1) et d'acupuncture (2). Elles exercent toutes actuellement en libéral, certaines depuis l'obtention de leur diplôme, d'autres après avoir travaillé dans un établissement hospitalier.

² Afin de faciliter l'écriture, nous parlerons de la population de sage-femme au féminin même si celle-ci comprend un homme.

TABLEAU 1 INFORMATIONS PERSONNELLES DES SAGES-FEMMES

Sage-Femme	Sexe	Lieux	Durée de l'entretien (mins)	Année obtention de diplôme	Diplôme Universitaire	Modes d'exercices	Type de cabinet	Nombre de sages-femmes dans le cabinet
1	F	Essonne	39	1995	DU de gynécologie	Clinique / Centre municipal de santé / PMI / Libéral	Individuel	-
2	F	Haut-de-Seine	32	2003	DU d'acupuncture et de gynécologie	Clinique / Hospitalier / Libéral	Collectif	2
3	H	Paris	59	2012	Aucun	Hospitalier / Libéral	Collectif	1
4	F	Essonne	29	2016	Aucun	Libéral	Collectif	1
5	F	Yvelines	29	2004	DU d'acupuncture et de gynécologie	Hospitalier / Libéral	Collectif	1
6	F	Haut-de-Seine	24	2003	DU de gynécologie	Hospitalier / Libéral	Collectif	1
7	F	Haut-de-Seine	38	2008	DU de gynécologie et de contraception	Hospitalier / Clinique / Libéral	Individuel	-
8	F	Haut-de-Seine	21	2017	Aucun	Libéral	Collectif	1
9	F	Haut-de-Seine	38	2015	DU d'échographie	Hospitalier / Libéral (+centre imagerie)	Collectif	1
10	F	Val de Marne	28	2011 Belgique	DU d'hypnose, de gynécologie et de contraception	Clinique / Libéral	Collectif	1
11 et 12	F	Seine-Saint-Denis	41	2017	Aucun	Libéral	Collectif	2
13	F	Essonne	30	1987	Aucun	Hospitalier / Libéral	Collectif	1

1.2. Caractéristiques de la patientèle

La deuxième partie de l'entretien permettait de connaître le type de patientèle que les sages-femmes reçoivent en consultation notamment en termes de milieu sociale et d'âge (Tableau 2). En se référant aux expressions utilisées par les sages-femmes, il est alors possible de décrire le profil des femmes qu'elles reçoivent. J'ai décidé de classer les différents milieux sociaux évoqués par les sages-femmes en quatre catégories. Pour cela j'ai utilisé les mots mentionnés par les sages-femmes pour décrire leur patientèle.

- La première catégorie, appelée « patientèle de femmes précaires » fait référence aux termes employés par une seule sage femme décrivant sa patientèle comme un public « en difficulté », en situation « précaire » ou « irrégulière », « sans couverture sociale » ou encore des « migrantes ».
- La deuxième catégorie, appelée « patientèle de femmes favorisées » fait référence à trois sages-femmes décrivant leurs patientèles comme appartenant à un « milieu favorisé ou aisé », « sans problèmes financiers », « sans CMU sans AME », avec « globalement un niveau socio-culturel élevé ».
- La troisième catégorie appelée « patientèle de classe moyenne » fait référence à deux sages-femmes disant avoir une certaine variabilité dans les catégories socio-professionnelles et décrivant leur population comme appartenant à « un niveau social moyen ».
- La quatrième et dernière catégorie nommée « patientèle variée » comprends les sept autres sages-femmes expliquant avoir une patientèle très « vaste ». Elles ont une population très différente avec à la fois un milieu plus favorisé « populations aisées, cadre et cadre supérieur » et un milieu plus populaire avec des « CMU, AME, pauvre, hôtels sociaux, sans papiers ».

Concernant l'âge des femmes venant consulter, 3 sages-femmes sur 13 ont décrit leur patientèle comme « jeune », c'est-à-dire âgé entre « 18 et 25 ans en

moyenne ». Par ailleurs, 5 sur 13 des enquêtées ont dit recevoir en consultation des femmes « d'environ 30 ans en moyenne ». Enfin, 5 sur 13 sages-femmes ont mentionné avoir une patientèle d'âges « extrêmement variés allant de la puberté à la ménopause ».

TABLEAU 2 CARACTERISTIQUES DES PATIENTES ET PRESENTATION DES CONTRACEPTIFS

Sage-Femme	Niveau social des patientes	Âge des patientes	présentation des contraceptifs
1	précaire	18-25 ans	une partie des contraceptifs
2	varié	en moyenne 30 ans	tous les contraceptifs
3	varié	18-25 ans	tous les contraceptifs
4	varié	puberté-ménopause	tous les contraceptifs
5	favorisé	puberté-ménopause	tous les contraceptifs
6	classe moyenne	puberté-ménopause	tous les contraceptifs
7	varié	puberté-ménopause	tous les contraceptifs
8	favorisé	18-25 ans	une partie des contraceptifs
9	favorisé	puberté-ménopause	tous les contraceptifs
10	classe moyenne	en moyenne 30 ans	une partie des contraceptifs
11 et 12	varié	en moyenne 30 ans	tous les contraceptifs
13	varié	en moyenne 30 ans	une partie des contraceptifs

1.3. Méthodes de présentation des contraceptifs

Lors de l'entrevue, j'ai invité les sages-femmes à me décrire leurs pratiques de prescription de contraception. Avant de prescrire une contraception, toutes les sages-femmes disent faire un interrogatoire complet des antécédents de la patiente (familiaux, médicaux, chirurgicaux, gynécologiques, obstétricaux) lorsque cette dernière vient pour une première consultation afin de faire connaissance d'une part, et de déterminer les contraceptifs contre-indiqués d'autre part. En revanche, la deuxième partie de la consultation diffère selon la sage-femme consultée : si certaines disent présenter « **l'ensemble des méthodes de contraception disponibles** » à leurs patientes, d'autres se contentent de ne proposer « **qu'une partie des contraceptions** ». Différentes stratégies de consultation se dessinent alors.

Les sages-femmes (9 sur 13) qui disent présenter « **l'ensemble des méthodes de contraception disponibles** » (en fonction de ses facteurs de risque

de la patiente) utilisent généralement un support (Fiche « Formagyn »³ (19), fiche personnelle, panier de contraceptifs) en montrant à la patiente toutes les méthodes de contraception possibles sans forcément rentrer dans tous les détails (avantages/inconvénients/modalités de prise). J'ai toutefois noté que ces supports ne présentent jamais ni les méthodes dites « naturelles » (retrait, abstinence périodique...) ni la stérilisation. En fonction de ces premières informations, la patiente est invitée à dire quelles méthodes l'intéressent le plus. Les sages-femmes de ce groupe détailleront alors davantage les modalités de prises, les avantages et les inconvénients. Enfin, une fois informée, la patiente choisira la méthode de contraception qu'elle préfère.

L'autre groupe de sages-femmes (4 sur 13), qui ne présente « **qu'une partie des contraceptions** », préfère d'abord demander à leurs patientes si elles ont déjà une idée de la méthode de contraception qu'elles souhaitent utiliser, si elles ont des préférences en matière de mode d'action (hormone/sans hormones) ou de prise (longue durée). Puis les sages-femmes ne présenteront alors que les méthodes qui correspondent aux attentes mentionnées par les femmes et en développeront les avantages/inconvénients/modalités de prise d'une ou plusieurs méthodes de contraception. Une fois informée, la patiente va choisir la contraception qui lui semble la mieux adaptée.

2. Stratégie d'analyse

Après une lecture approfondie des entretiens, une étude de contenu par catégorisation sémantique a été élaborée, avec l'aide de l'ouvrage « L'analyse de contenu » de Bardin (20). J'ai classé les difficultés rencontrées par les sages-femmes en deux grands thèmes. Le premier contient les difficultés liées à l'interaction entre la patiente et la sage-femme, le deuxième contient les difficultés liées aux conditions d'exercices. Ensuite j'ai construit une grille d'analyse (voir annexe II) à partir des mots clés et de thèmes communs entre les entretiens afin d'élaborer des sous catégories regroupant les sujets abordés par les sages-femmes.

³ La fiche Formagyn regroupe les recommandations de la HAS, OMS et CDC. Elle donne les contraceptions indiquées ou non en fonction des facteurs de risque des patientes.

Par la suite, afin de situer le discours des sages-femmes interrogées, je mentionnerai entre parenthèse, pour chaque citation, le sexe des enquêtées, leur département d'exercice, l'année d'obtention de leur diplôme ainsi que leur méthode de présentation de contraceptif. Par exemple, pour la première sage-femme interrogée : Sage-femme 1 (Femme, Essonne, diplômée de 1995, une partie des méthodes).

3. Les difficultés liées à l'interaction entre la patiente et la sage-femme

3.1. Les idées reçues sur les méthodes contraceptives

La majorité des sages-femmes interrogées (10 sur 13), disent rencontrer des difficultés lorsqu'elles font face aux « idées reçues » des patientes sur les méthodes de contraception. La Sage-femme 1 décrit les « idées reçues » comme un manque de connaissance du corps et du cycle menstruel de la part des femmes :

Je dirai vraiment que le frein majeur c'est l'ignorance et les idées reçues. Le problème est que les femmes ne se connaissent pas et ne savent pas comment elles sont faites, ne savent pas comment elles fonctionnent. Sage-femme 1 (Femme, Essonne, diplômée de 1995, une partie des méthodes)

Les autres sages-femmes n'ont, quant à elles, pas détaillé précisément ce terme lors des entretiens. Cependant, à la lecture des entretiens, il apparaît que le terme « d'idée reçue » fasse référence aux discours des patientes à propos des méthodes de contraception ou du fonctionnement du corps féminin jugés comme erronés par les sages-femmes.

Une des « idées reçues » plusieurs fois mentionnées par les sages-femmes enquêtées concerne les contraceptifs hormonaux et notamment les pilules. La Sage-femme 10 explique ainsi que la crise de la pilule de 2012 en France aurait amplifié les « idées reçues » des femmes à propos des contraceptifs. Pour cette sage-femme, les pilules ont été diabolisées :

C'est hyper mauvaise presse, elles veulent toutes du sans hormones. Elles ont peur ... Elles y croient vraiment à cette histoire que c'est mauvais pour la santé en fait ... Quand on a eu le scandale avec les troisièmes générations ... ça a fait énormément de dégâts, on a eu énormément de grossesses non désirées, une augmentation

du nombre d'IVG en fait parce qu'elles ont toutes arrêté leur pilule d'un coup parce qu'elles avaient trop peur de faire un AVC, un infarctus ou une phlébite n'importe quoi... Les pilules ce n'est pas bon pour la santé ect... Sage-femme 10 (Femme, Val de Marne, diplômée de 2011, une partie des méthodes)

La Sage-femme 2 parle plus précisément des « idées reçues » de ses patientes sur les effets secondaires des contraceptifs. Elle explique que les femmes qui viennent en consultation semblent refuser certaines contraceptions par peur des effets secondaires possibles « *des microprogestatifs qui font qu'on a plus de règles et que ce n'est pas bien pour la santé.* » (Femme, Hauts-De-Seine, diplômée de 2003, toutes les méthodes). En effet, la modification du profil des menstruations est un des effets secondaires de certaines contraceptions. Par exemple avec l'implant contraceptif, on estime qu'une femme sur cinq est en aménorrhée (21). La sage-femme 2 explique alors que les patientes voient généralement comme néfaste l'impact de la contraception hormonale sur les règles, bien que les études scientifiques n'aient pas conduit à un tel résultat (22).

Le décalage entre le discours des patientes et les connaissances scientifiques invitent à s'interroger sur les sources d'informations dont bénéficient les femmes. La Sage-femme 1 explique que les « idées reçues » des femmes sont d'une part « *véhiculées par la presse, les réseaux sociaux, relations de l'entourage familial, sans fondements médicaux* » mais également par « *le bouche à oreille, le bavardage entre copines [...] les expériences que les autres ont vécues, en tout cas l'interprétation qu'elles ont de leurs expériences mais pas forcément avec les bonnes explications.* » (Femme, Essonne, diplômée de 1995, une partie des méthodes). La Sage-femme 3 mentionne également l'importance des réseaux sociaux et des avis extérieurs sur l'influence des femmes sur leurs choix de contraception :

Parce que la question des réseaux sociaux et des groupes de patientes fait aussi qu'il y a pas mal de patientes qui disent « j'en ai marre des hormones, j'en ai marre de prendre une pilule, j'en ai marre de prendre un anneau ou autre j'aimerais bien un stérilet au cuivre. » Sage-femme 3 (Homme, Paris, diplômé en 2012, toutes les méthodes)

Pour ces deux sages-femmes, les moyens de communications (médias, réseaux sociaux, entourage...) amplifient les « idées reçues » des femmes.

Deux sages-femmes disent avoir du mal à composer avec les « idées reçues » de leurs patientes. La Sage-femme 11 avoue être « *un peu désemparé parce que, c'est faux en fait [et que cela] discrédite un peu [son] discours* » (Femme, Seine-

Saint-Denis, diplômée en 2017, toutes les méthodes). Une autre enquêtée exprime également ce sentiment :

Alors c'est un peu agaçant dans le sens où parfois elles se fient plus aux forums et à internet qu'à des choses scientifiques... Donc ça c'est un peu agaçant parce qu'on a un peu l'impression de lutter contre des idées reçues alors qu'on sait qu'elles ne sont pas avérées ... **Sage-femme 9** (Femme, Hauts-De-Seine, diplômée de 2015, toutes les méthodes)

On observe ici le déconcertement des sages-femmes qui ont l'impression que leurs discours est pris avec moins d'intérêt par les femmes que des informations semble-il délivré par des personnes n'ayant aucun bagage scientifique.

Pour trois sages-femmes, les « idées reçues » ne sont pas perçues comme une difficulté insurmontable lors de la consultation pour contraception :

En fait ça cesse assez rapidement dans le sens où déjà on explique les choses avec la démarche scientifique qui va avec. Parce que je prends les démarches scientifiques de façon très importante donc ça cesse assez vite. Quand je leur donne un raisonnement logique et des arguments, ça cède assez rapidement je trouve. **Sage-femme 3** (Homme, Paris, diplômé en 2012, toutes les méthodes)

Pour ces sages-femmes, « *Les idées reçues franchement on les dégomme assez facilement* » Sage-femme 10 (Femme, Val de Marne, diplômée de 2011, une partie des méthodes). Elles expriment par ailleurs l'importance de leur travail qui consiste à apporter des arguments scientifiques et des raisonnements logiques afin d'aller à l'encontre des informations infondées des patientes :

Donc je corrige les erreurs, les bêtises qu'on va me dire et après elles en font ce qu'elles veulent ! [...] Notre rôle c'est de les corriger et d'informer. **Sage-femme 13** (Femme, Essonne, diplômée de 1987, une partie des méthodes)

Les sages-femmes adoptent donc face à leurs patientes une posture d'experte en santé, détentrices d'un savoir scientifique au même titre que les médecins (23). Elles sont ainsi en mesure d'opposer leur discours médical aux connaissances profanes des femmes. Cependant, cette posture pourrait parfois conduire les sages-femmes à ne pas être en mesure de répondre aux inquiétudes des patientes. Dans le livre « La contraception » (24) les auteurs expliquent que face à la crainte d'une patiente devant une méthode de contraception, il faut d'abord comprendre ses inquiétudes afin de pouvoir y répondre sans jugement. Le but étant de

faire entendre aux patientes de ne pas s'arrêter sur une idée reçue et sur l'expérience d'une autre personne. C'est la position qu'adopte la Sage-femme 4 :

Ce que j'essaye de faire comprendre c'est que chaque femme est différente et que sa tolérance à une contraception n'est pas la même.

Sage-femme 4 (Femme, Essonne, diplômée de 2016, toutes les méthodes)

D'autres sages-femmes en revanche semblent être agacées par la récurrence des oppositions des patientes à l'utilisation de certaines méthodes de contraception :

Alors la copine qui a eu une grossesse sous stérilet du coup elle ne veut pas de stérilet parce que voilà... La copine a eu un implant et elle a eu des boutons alors je n'en veux pas ... **Sage-femme 6** (Femme, Hauts-De-Seine, diplômée de 2003, toutes les méthodes)

Si le dialogue apparaît nécessaire pour comprendre les attentes des femmes, les rassurer et les informer, celui-ci n'est pas toujours possible. En effet, la deuxième difficulté évoquée par les sages-femmes est lorsque la communication est compliquée.

3.2. La communication entre patiente et sage-femme

Pour 6 sages-femmes sur 13, la communication avec leurs patientes peut parfois être difficile. Dans certains cas, c'est la « barrière de la langue » définie comme l'incapacité pour la sage-femme et la patiente de langues maternelles différentes de communiquer entre elles, qui est un obstacle à la bonne communication lors d'une consultation pour contraception. « *Toujours très compliqué* » Sage-femme 1 (Femme, Essonne, diplômée de 1995, une partie des méthodes) ou « *C'est la galère* » Sage-femme 7 (Femme, Hauts-De-Seine, diplômée de 2008, toutes les méthodes) sont les termes employés par les enquêtées pour décrire ce genre de situation. Mais cette « barrière de la langue » peut également s'exprimer d'une autre manière :

Barrière de la langue si ça peut être assez intéressant, j'ai une patiente qui est sourde et du coup je lui fais son suivi gynéco, donc on communique du coup par écrit, donc si barrière de la langue oui ! **Sage-femme 9** (Femme, Hauts-De-Seine, diplômée de 2015, toutes les méthodes)

Si elle donne lieu à des difficultés de communication la « barrière de la langue » n'est pas perçue comme un problème insurmontable pour toutes les sages-femmes :

D'abord la langue ce n'est pas une barrière en matière de contraception, ça va juste prendre plus de temps pour expliquer mais elles ont leurs chances aussi ! **Sage-femme 13** (Femme, Essonne, diplômée de 1987, une partie des méthodes)

Pour d'autres sages-femmes la difficulté de communication vient d'une difficulté de compréhension :

Très difficile. Parce que je pense qu'il y a quelques difficultés de compréhension de manière générale **Sage-femme 4** (Femme, Essonne, diplômée de 2016, toutes les méthodes)

La difficulté de communication décrite ici viendrait plus dans l'aptitude des femmes à comprendre les explications données par les sages-femmes.

Les difficultés c'est surtout est-ce que les gens comprennent ce qu'on raconte ou pas ... Quand on n'arrive pas à se comprendre, quand on n'arrive pas à communiquer ensemble. **Sage-femme 3** (Homme, Paris, diplômé en 2012, toutes les méthodes)

En dehors du fait que c'est parfois difficile pour certaines sages-femmes de communiquer avec leurs patientes, j'ai observé pendant les entretiens que cela peut générer d'autres problèmes. En effet pour faciliter la communication, des sages-femmes semblent aller à l'essentiel dans les explications sans entrer dans les détails de la contraception :

J'avoue-je choisis un peu pour elle... J'élague mes explications, on va à l'essentiel, je ne vais pas parler des effets indésirables... **Sage-femme 7** (Femme, Hauts-De-Seine, diplômée de 2008, toutes les méthodes)

Je pense que si ça m'arrivait je pense que j'irai plutôt sur Optimizette qui est la moins risquée, mais en réorientant vers quelqu'un derrière quoi. **Sage-femme 11** (Femme, Seine-Saint-Denis, diplômée en 2017, toutes les méthodes)

Or, le fait d'orienter ou de choisir la méthode contraception pour la patiente va à l'encontre des recommandations internationales des bonnes pratiques en matière de santé sexuelle et reproductive. En effet, plusieurs études ont permis de montrer que lorsqu'une méthode de contraception était choisie par l'utilisatrice, son observance était meilleure, améliorant par là-même l'efficacité du contraceptif (25).

D'après les recommandations des bonnes pratiques de la HAS, avoir recours à un interprète professionnel permet de garantir un moyen de communication pour la patiente afin qu'elle ait les bonnes informations. De plus cela assure aux professionnels de santé un accès égal aux soins ainsi qu'un consentement libre et éclairé pour les patientes (26). La Sage-femme 1 mentionne plusieurs solutions :

Nous avons un service d'interprètes... Ou sinon on fait des dessins, avec le langage des signes mais ce n'est pas toujours évident. Et si elle ne comprend vraiment pas le français, on va essayer de reporter le rendez-vous avec quelqu'un qui traduit. **Sage-femme 1** (Femme, Essonne, diplômée de 1995, une partie des méthodes)

Parfois ce sont les patientes elles-mêmes qui prennent les devants : « *Mais souvent elles viennent accompagnées avec des copines qui traduisent.* » Sage-femme 1 (Femme, Essonne, diplômée de 1995, une partie des méthodes) ou encore « *Elles vont avoir le mari à côté en général pour toujours traduire* » Sage-femme 11 (Femme, Seine-Saint-Denis, diplômée en 2017, toutes les méthodes). La présence d'un accompagnateur traducteur semble être la solution la plus simple pour faciliter le dialogue entre patiente et sage-femme. Cependant nous allons voir que cet accompagnateur peut générer d'autres difficultés.

3.3. Un accompagnateur présent à la consultation

Nous parlerons ici d'accompagnateur toute tierce personne présente à la consultation avec la patiente (mari, parent, enfant, famille, ami...). La présence d'un accompagnateur lors d'une consultation est une solution souvent privilégiée par les patientes lorsque la communication est difficile voire impossible avec la sage-femme. Pour la HAS, la présence d'un accompagnateur est un moyen de faciliter la communication entre la patiente et le professionnel de santé lorsque le recours à un interprète professionnel n'est pas possible (26). Cependant, les avis des sages-femmes sont assez partagés concernant la présence d'une tierce personne pendant la consultation. Pour trois sages-femmes, la présence d'un accompagnateur au moment de la consultation peut limiter la liberté de parole ou la capacité à s'exprimer de la patiente :

Ça peut toujours poser des problèmes même si on sait qui est la personne pour la patiente. Mais je ne sais jamais qu'elle liberté elle a de parler devant cette personne. **Sage-femme 1** (Femme, Essonne, diplômée de 1995, une partie des méthodes)

La mère qui prenait toute la place dans la consultation ça a été compliqué aussi. Sage-femme 2 (Femme, Hauts-De-Seine, diplômée de 2003, toutes les méthodes)

Ces deux sages-femmes mentionnent leur réticence à la présence d'une tierce personne pour faire la traduction pour une question d'intimité et de respect de la vie privée de la patiente. Pour elles, il semble difficile de savoir si la patiente est vraiment libre de faire ses choix lorsque qu'une personne de son entourage est présente. On suppose que dans ces cas-là il peut être complexe pour les sages-femmes de poser certaines questions relevant de l'intime (violences conjugales, IVG...) (27) et de délivrer les informations dont les femmes pourraient avoir besoin. Cependant, la Sage-femme 3 voit comme une opportunité la présence du conjoint lors de la consultation car cela permettrait d'engager la conversation sur le partage de la responsabilité de la contraception au sein du couple :

C'est un choix commun la contraception donc ce n'est pas un problème. Sage-femme 3 (Homme, Paris, diplômé en 2012, toutes les méthodes)

Les sages-femmes qui expriment une difficulté à effectuer une consultation avec une femme accompagnée arrivent cependant généralement à trouver des échappatoires pour discuter avec la patiente seule à seule :

Mais quand il y a le mari qui est là ou quand c'est une jeune avec ses parents généralement j'incite à ce qu'il reste dans la salle d'attente. Sage-femme 6 (Femme, Hauts-De-Seine, diplômée de 2003, toutes les méthodes)

C'est compliqué ! ... Mais des fois la patiente ne comprend absolument pas le français donc au niveau de l'interrogatoire et des explications je le fais en présence de la personne et je le fais sortir pour faire l'examen. Sage-femme 4 (Femme, Essonne, diplômée de 2016, toutes les méthodes)

Même si l'examen gynécologique n'est pas systématique et non obligatoire (28) ; il semble être utilisé par les sages-femmes comme un moment pour poser des questions plus délicates et plus intimes, et d'aborder notamment la question des violences (physiques, sexuelles, psychologiques etc.).

De toute façon voilà si je sens qu'il y a, on va dire une emprise ou un regard un peu, où ça se mêle trop de ... Je le fais sortir ! Après honnêtement quand on a une patiente qui ne parle pas le français, que c'est le mari... On n'a pas le choix. En termes d'intimité et en termes

de violence ect ... On fait comme on peut. Sage-femme 7 (Femme, Hauts-De-Seine, diplômée de 2008, toutes les méthodes)

Dans des contextes de barrière de la langue avec des patientes d'origines étrangères, la précarité est parfois évoquée et peut représenter une difficulté. C'est à la suite de cela que je demandais aux sages-femmes si la précarité des patientes leurs donnaient des difficultés.

3.4. La précarité et le contexte social des patientes

D'après la Haute Autorité de Santé le coût de la contraception peut constituer un frein à son accès. En effet, il existe un écart de prix parfois conséquent entre les différentes méthodes qui pourrait impacter le choix des femmes en matière de contraception, notamment en cas de précarité économique (29). J'ai alors demandé aux sages-femmes si la situation financière des patientes représentait une difficulté lors de la consultation.

Une sage-femme explique alors que le tarif d'une consultation pour contraception pose un problème pour des patientes en situation de grande précarité, c'est-à-dire sans aucune couverture santé. En effet, lorsque les médecins sont conventionnés secteur 2, ils peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires (30), ce qui peut limiter l'accès des femmes aux professionnels de santé, et donc à la prescription d'une contraception :

*Le problème, ça c'est un problème aussi, des patientes qui n'ont pas d'assurance maladie, qui sont... Économiquement c'est un peu compliqué où il n'y a rien de mis en place, pas de CMU pas de CMU complémentaire ect ... Les adresser à l'hôpital on sait que ça va durer longtemps donc éventuellement je les adresse au planning de *** mais ce n'est pas forcément toujours suivi. Et le problème des gynécologues du coin c'est qu'ils sont pratiquement tous en secteur 2 ... Sage-femme 7 (Femme, Hauts-De-Seine, diplômée de 2008, toutes les méthodes)*

Le fait que les sages-femmes exercent toutes en secteur 1, et que, par conséquent, le coût de leur consultation puisse être intégralement remboursé (dans le cadre d'une affiliation au régime de base et à une complémentaire santé) pourrait être perçue par les patientes précaires comme un réel avantage, notamment dans les territoires où l'offre gynécologique est majoritairement délivrée avec des dépassements d'honoraires non remboursés. Cependant, il semble nécessaire de noter que l'avance des frais de consultation, qui seront ensuite remboursés, peut

s'avérer difficile pour certaines femmes, ce que ne mentionnent pas les sages-femmes de mon étude.

Mais les sages-femmes parlent également des différences de remboursement des méthodes par la sécurité sociale, certaines n'étant pas du tout remboursées (patch, anneau, pilules de troisième et quatrième générations... (31)), ce qui constitue pour elles frein financier.

*On ne s'intéresse pas au même public avec les patchs ou les anneaux, si ce n'est pas remboursé et bien forcément ça contre-indique pour certaines patientes. **Sage-femme 7** (Femme, Hauts-De-Seine, diplômée de 2008, toutes les méthodes)*

*Déjà il y a l'aspect pas remboursé ! Oui chez celles qui sont étudiantes oui ça peut. Ça peut buter. **Sage-femme 8** (Femme, Hauts-De-Seine, diplômée de 2017, une partie des méthodes)*

Les sages-femmes n'expriment pas rencontrer de difficultés mais expliquent que c'est le contexte économique des patientes qui oriente plus une méthode qu'une autre par rapport au taux de remboursement, la prise en charge par la mutuelle complémentaire ou encore le reste à charge.

Enfin, les sages-femmes expliquent que les femmes en difficulté économique font passer la contraception en second plan d'où l'importance de proposer une méthode de longue durée :

*Mais des fois les conditions de vie et les préoccupations de vie font qu'avoir la rigueur d'une contraception orale c'est plus compliqué. Donc on va peut-être privilégier les contraceptions longues durées pour ces femmes-là. **Sage-femme 1** (Femme, Essonne, diplômée de 1995, une partie des méthodes)*

En effet, il est recommandé pour les patientes en situation de précarité et risquant d'être « perdue de vue » de privilégier une contraception de longue durée (32). La Sage-femme 1 tempère toutefois les points de vue précédemment exprimés, en expliquant que la mise en place d'une contraception ne dépend pas du remboursement des méthodes mais est influencée par le contexte social dans lequel vivent les femmes :

Je ne pense pas que la précarité en termes de revenu pose un problème parce que ça élimine que l'anneau et le patch ... Le côté économique n'influence pas. Après la situation sociale fait que ce sont des femmes qui ont du mal à arriver à un processus de mise en place de contraception parce qu'elles ne prennent pas soins d'elles, elles n'arrivent pas à aller à des rendez-vous, mais ce n'est pas

l'argent le problème mais le contexte global. Sage-femme 1
(Femme, Essonne, diplômée de 1995, une partie des méthodes)

La sage-femme parle ici des situations de précarité où les femmes n'ont pas une bonne maîtrise de leur quotidien pour s'engager dans une démarche de contraception. En effet l'étude FECOND a rapporté en 2010 que les femmes ayant une situation financière difficile sont beaucoup plus exposées que les autres à une absence de contraception (33).

De manière générale, les sages-femmes ne perçoivent pas la situation financière des patientes comme une difficulté des consultations pour contraception, mais plutôt comme une caractéristique à prendre en compte pour proposer la bonne méthode.

Elles ont conscience de la difficulté qu'ont certaines patientes en situation de précarité pour mettre en place un suivi contraceptif régulier et que le non-remboursement de certaines contraceptions orientent leurs recommandations et leurs prescriptions.

3.5. Les religions et la contraception

D'après *Menstrual Taboos Among Major Religions*, les menstruations constituent des tabous au sein des principales religions monothéistes. Par exemple pour la religion juive, le moment des règles et les 7 jours qui suivent font de la femme quelqu'un « d'impur ». Pour l'islam les menstruations permettent de « purifier » les femmes. Certaines femmes pratiquantes ont donc des réticences à utiliser des méthodes contraceptives qui pourraient modifier le cycle menstruel de peur de ne pas être « purifier ». Pour d'autres femmes musulmanes, les menstruations peuvent poser un problème car, pendant cette période, elles ne sont pas autorisées à pratiquer des actes religieux (prier pendant le Ramadan par exemple) (34). Etant donné que de nombreux contraceptifs modifient le profil des menstruations, il m'a alors semblé intéressant de demander aux sages-femmes si la pratique religieuse des patientes entraînait des difficultés lors de la mise en place d'une contraception.

Les sages-femmes enquêtées sont toutes d'accord pour dire que la religion n'est pas une difficulté pour la mise en place d'une méthode contraceptive.

Non je n'ai pas trop ce problème là d'une religion. Sage-femme 8
(Femme, Hauts-De-Seine, diplômée de 2017, une partie des méthodes)

Pour elles, la religion n'est pas une barrière pour la contraception mais simplement des convictions personnelles auxquelles il faut s'adapter. Ainsi, la religion doit être prise comme une demande particulière de la patiente à laquelle il est nécessaire de répondre convenablement.

Je vais prendre en compte tout l'ensemble et mon boulot c'est de lui conseiller la solution la plus adaptée à ses besoins spécifiques.

Sage-femme 3 (Homme, Paris, diplômé en 2012, toutes les méthodes)

Cela dit, au fur et à mesure des entretiens, j'ai pu remarquer que les sages-femmes n'avaient pas toutes les mêmes avis sur les oppositions religieuses à l'utilisation de certaines méthodes de contraception. Les principales religions évoquées lors des entretiens sont les religions catholiques, musulmane et juive, les plus représentées en France. Pour trois sages-femmes c'est la religion catholique qui oriente le plus le choix de la contraception notamment vers les méthodes naturelles. Les sages-femmes expliquent que les convictions religieuses de leurs patientes catholiques limitent leur choix contraceptif, ces dernières refusant généralement d'avoir recours à une méthode contraceptive médicale.

Pourtant pour le coup je pense que j'ai vraiment pas mal de religions mélangées dans mes patientes et non ça n'a jamais vraiment été une barrière. Sauf peut-être des choix qui vont plus être portés sur un type de contraception que d'autres. Je pense notamment à des patientes... Ce sont souvent des patientes qui sont chrétiennes et qui vont avoir des convictions religieuses qui vont être de ne pas utiliser de contraceptifs et qui vont plutôt pour le coup être sur des méthodes naturelles. **Sage-femme 9** (Femme, Hauts-De-Seine, diplômée de 2015, toutes les méthodes)

Par exemple les catholiques ne veulent pas de stérilet... Oui elles ne veulent pas de stérilet, elles veulent des méthodes naturelles... Ou la pilule, elles acceptent la pilule. **Sage-femme 10** (Femme, Val de Marne, diplômée de 2011, une partie des méthodes)

Ah oui complètement, chez les patientes catholiques clairement ... Elles sont très orientées méthodes naturelles. **Sage-femme 5** (Femme, Yvelines, diplômée de 2004, toutes les méthodes)

Pour deux sages-femmes, c'est la religion musulmane ou juive qui influence le plus les choix contraceptifs :

C'est le frein essentiel qu'on peut avoir ce sont effectivement des musulmanes qui ne veulent pas de contraception... Parce qu'elles estiment que c'est contraire à leur religion et que c'est là-haut que ça se décide. Sage-femme 13 (Femme, Essonne, diplômée de 1987, une partie des méthodes)

Dans les autres religions que ce soit le judaïsme ou les musulmans, ce qu'il ne faut pas faire c'est gâcher la semence. Il ne faut pas que le sperme du mari soit gaspillé dans la nature. Donc il n'y a pas de problèmes avec pilules et DIU mais il y en a un avec le préservatif chez les puristes juifs et musulmans alors que les puristes catholiques sont même anti-pilule. Sage-femme 1 (Femme, Essonne, diplômée de 1995, une partie des méthodes)

D'autres sages-femmes parlent quant à elles de toutes les religions et du rapport avec le DIU :

Parfois au niveau éthique et de manière générale sur les patientes de religion monothéistes, ou tout simplement dans un mode de philosophie particulier... Alors c'est très ponctuel ça ne m'arrive pas souvent d'avoir ce cas-là. Mais elles sont un petit peu gêné par ce principe du stérilet au cuivre du fait que finalement il y a une évacuation de quelque chose qui se serait déjà formé. Sage-femme 4 (Femme, Essonne, diplômée de 2016, toutes les méthodes)

Des patientes un peu réfractaires à des méthodes de DIU... ce qui les gêne c'est l'effet abortif. Sage-femme 5 (Femme, Yvelines, diplômée de 2004, toutes les méthodes)

Je remarque également que certaines idées fausses sur les contraceptifs sont alimentées par les croyances religieuses. La Sage-femme 1 parle de certains tabous concernant les menstruations « *Oui parce qu'elles ont l'impression que les règles sont là pour les purifier. Mais quand on leur explique que s'il n'y a pas de règles c'est qu'il n'y a pas besoin que ça s'en aille et que ça ne saigne pas ailleurs, finalement ce n'est plus un problème. Et au contraire c'est un arrangement parce que comme ça par exemple pendant le ramadan, il n'y a plus de périodes impurs qu'elles sont obligées de rattraper après. Donc il y a plein de patientes qui à l'approche du ramadan viennent chercher des pilules pour faire en continue pour pas être dans cette période-là.* » (Femme, Essonne, diplômée de 1995, une partie des méthodes). La Sage-femme 3 l'évoque également mais seulement pour la religion juive « *Les juives de base ça pose un problème parce qu'elles n'ont pas le droit de saigner.* » (Homme, Paris, diplômé en 2012, toutes les méthodes)

Pour toutes les sages-femmes enquêtées, la religion a une influence sur le choix de la contraception. Cependant elles ne considèrent pas cela comme une difficulté et prennent en compte les croyances et exigences des patientes pour leur proposer la contraception la mieux adaptée à leurs attentes. Néanmoins la grande variabilité dans le discours des sages-femmes m'interroge. J'observe de nombreuses notions différentes sur le rapport de la religion à la contraception car les sages-femmes ont tendance à se contredire et à avoir des ressentis divers concernant les interdits religieux à l'utilisation de certains contraceptifs. Je me demande alors si cette différence de discours entre sages-femmes est dû à une mauvaise connaissance de ces dernières en ce qui concerne les interdits religieux en matière de santé, de reproduction et de sexualité. De plus on peut supposer que ce sont les sages-femmes qui ont elles-mêmes leurs propres idées reçues sur les religions. Il est alors intéressant de s'interroger par quels moyens, expériences personnelles et professionnelles les sages-femmes se forgent ces avis variés sur les croyances religieuses des femmes. Devant cette grande variabilité de réponses des sages-femmes, il serait surement bénéfique d'obtenir ou de créer une formation spécifique sur ce sujet afin de ne plus observer de discours opposés sur les interdits religieux et la contraception.

3.6. L'âge des patientes

Parmi les sages-femmes interrogées, 3 sur 13 disent rencontrer des difficultés lorsque les femmes entrent dans la période de la ménopause. La ménopause survient en moyenne vers 50-52 ans (35) :

Quand les femmes commencent à avoir des cycles peu réguliers, mais ce n'est pas encore complètement ... il n'y a pas encore eu une année sans règles, ce n'est pas franc. C'est vrai que là, la question se pose est ce qu'on continue encore une contraception ou pas sachant que les bilans hormonaux ne sont pas forcément ... Dans les recommandations on dit que ce n'est pas parlant le bilan hormonal. Donc oui là il y a une question qui se pose, est ce qu'on arrête la contraception ou pas, surtout si le préservatif peut être difficile. Donc là oui il peut y avoir une petite difficulté à savoir quoi faire. Sage-femme 8 (Femme, Hauts-De-Seine, diplômée de 2017, une partie des méthodes)

D'autres évoquent également une difficulté lorsque la patiente est à un âge où certaines contraceptions deviennent contre-indiquées en fonction des facteurs

de risques, notamment lorsqu'une patiente fume ou est en surpoids. Dans ces cas, les pilules œstroprogestatives sont contre-indiquée après 35 ans (22) :

*Ah oui et les autres difficultés oui ce sont les femmes en péri-ménopause... Qui sont à 50 ans encore sous oestro-progestatifs ... qui ne veulent pas arrêter leurs oestro-progestatifs parce que du coup elles n'ont pas de soucis tout va bien, elles n'ont pas de troubles du climatère⁴ et qu'il faudrait les arrêter du coup ... là on galère ! **Sage-femme 10** (Femme, Val de Marne, diplômée de 2011, une partie des méthodes)*

On comprend ici la difficulté d'expliquer aux femmes, habituées à leurs contraceptions, qu'elles doivent la changer, parce que les risques associés à la prise de cette méthode ont évolué.

Une sage-femme évoque une nouvelle difficulté lorsqu'un autre professionnel ne tiens pas le même discours qu'elle par rapport aux risques associés à l'âge des femmes :

*C'est ça parce que d'autres professionnels leur ont prescrit sans dire qu'il y avait un danger du coup le discours différent peut perturber la patiente oui. **Sage-femme 4** (Femme, Essonne, diplômée de 2016, toutes les méthodes)*

Cette discordance de discours avec d'autres professionnels entraîne des difficultés pour les sages-femmes lors de changements ou de renouvellements de contraception. Lors des entretiens, j'ai observé que cette différence de discours entre sages-femmes et les autres professionnels, les médecins gynécologues notamment, ne concerne pas seulement l'âge des patientes.

4. Les difficultés liées au mode d'exercice de la sage-femme

4.1. La différence de discours entre les professionnels

Quatre sages-femmes évoquent comme une difficulté la différence de discours avec les autres professionnels de santé, notamment avec les gynécologues :

⁴ Le climatère est l'ensemble des symptômes générés par la carence oestrogénique lors de la ménopause.

*Une des difficultés c'est quand on n'a pas le même discours que le gynéco[logue] que la patiente a déjà eu. **Sage-femme 6** (Femme, Hauts-De-Seine, diplômée de 2003, toutes les méthodes)*

*En plus elles [les patientes] ont des parcours où elles ont été habituées, elles ont déjà entendu des médecins qui leur disaient un truc puis ensuite un autre qui leur disait un avis contraire ... **Sage-femme 10** (Femme, Val de Marne, diplômée de 2011, une partie des méthodes)*

Pour ces sages-femmes, il est compliqué de tenir un discours différent et contredire des collègues médecins, notamment parce qu'elles se perçoivent parfois comme moins légitimes, ne bénéficiant pas de la même position sociale que ces derniers :

*Mais une différence de profession qui fait que en tant que sage-femme ... On a toujours l'impression qu'on n'a pas la même force de discours ! **Sage-femme 6** (Femme, Hauts-De-Seine, diplômée de 2003, toutes les méthodes)*

On comprend dans les paroles de cette sage-femme une certaine déception quant au fait que ses conseils soient discrédités face aux recommandations des médecins. Le statut social des médecins et leur monopole ancien sur la prescription de contraception, de 1967 jusqu'en 2009, influenceraient-ils les femmes à davantage faire confiance à ces derniers ? Où est-ce seulement une perception des sages-femmes elles-mêmes ? Les patientes font-elles réellement (et toutes) la distinction entre les différents statuts des professionnels de santé ? Une enquêtée explique d'ailleurs que le choix de certaines femmes de consulter une sage-femme pourrait venir du fait qu'elles n'ont pas ou plus confiance en leur médecin :

*Alors souvent moi je pense que si elles viennent me voir, c'est déjà qu'elles pensent que le gynéco[logue] a raconté n'importe quoi ou qu'elles ne sont pas d'accord avec sa façon de faire et du coup elles viennent pour avoir un autre avis. **Sage-femme 12** (Femme, Seine-Saint-Denis, diplômée de 2017, toutes les méthodes)*

Le manque de légitimité perçu par les sages-femmes questionne quant à leur place et la reconnaissance dont elles peuvent bénéficier via l'exercice de leur métier auprès des patientes, et plus largement au sein de la société. Cette question apparaît d'autant plus d'actualité dans un contexte où la baisse du nombre de gynécologues conduit de plus en plus de femmes à se tourner aujourd'hui vers les sages-femmes pour assurer leur suivi gynécologique. Il semble également que

certaines sages-femmes souhaitent se différencier de leurs collègues gynécologues en adoptant une autre approche de la consultation et du conseil médical :

*Mais il n'y a pas de freins c'est nous qui les mettons je pense. [...] Il y a certains praticiens qui disent : okay je vous pose un stérilet mais seulement si vous êtes sûr de ne pas vouloir d'enfants avant 3 ans... Puis moi je leur dis que non ! [...] Voilà donc je leur dis : si jamais vous êtes confronté à ça, vous dites oui oui non non puis si au bout d'un an vous changez d'avis et bien vous vous le faites retirer par quelqu'un d'autre ! Quand on leur présente les choses comme ça... Faut mettre les choses à leur hauteur, faut qu'on arrête de jouer les tous puissants et les autoritaires. **Sage-femme 13** (Femme, Essonne, diplômée de 1987, une partie des méthodes)*

Pour cette sage-femme, le fait que certains professionnels de santé imposent leurs convictions ou convenances personnelles, sans lien avec une recommandation médicale nécessite d'être remis en cause par les patientes elles-mêmes. Elle s'engage également vers un changement de statut des professionnels de santé devant conduire à des consultations davantage tournées vers le dialogue. Il est toutefois intéressant de noter que ce discours sur une évolution des pratiques médicales et du rapport entre professionnel de santé et femmes, ou dit autrement entre sachant et profanes soit porté par une sage-femme ne présentant pas toutes les méthodes de contraception à ses patientes.

4.2. L'influence des expériences personnelles et professionnelles

Trois sages-femmes parlent de l'influence de leurs expériences personnelles et professionnelles lors de la prescription d'une contraception :

*Mais bien-sûr que la prescription va dépendre de son expérience personnelle. Mais pour tout ! On essaye de ne pas l'être mais forcément vous êtes influencé. **Sage-femme 7** (Femme, Hauts-De-Seine, diplômée de 2008, toutes les méthodes)*

Elles ont également conscience que leur expérience des méthodes, ou plutôt leur manque d'expérience de certaines méthodes, intervient dans leurs manières de les présenter :

Et la cape/diaphragme j'en parle mais je ne sais pas je ne dois pas le vendre parce que je n'ai aucune patiente qui a été vers ça pour l'instant... du coup c'est un peu un cercle vicieux puisque comme je

n'ai jamais eu de patientes qui en a eu, je ne leur vends pas ... Je ne peux pas leur donner un retour. **Sage-femme 6** (Femme, Hauts-De-Seine, diplômée de 2003, toutes les méthodes)

Après je pense que soit même on n'est jamais hyper objectif... On essaye de l'être mais ce n'est pas toujours facile d'être objectif sur les différentes méthodes de contraception. Par exemple l'implant, j'ai quand même beaucoup d'effets secondaires et des femmes qui le retire assez vite, sur la première année quoi et du coup j'ai tendance parfois à insister sur les effets secondaires qui sont fréquents. **Sage-femme 8** (Femme, Hauts-De-Seine, diplômée de 2017, une partie des méthodes)

On voit ici que les sages-femmes prennent en compte les retours de leurs patientes pour construire leurs propres recommandations sur les différentes méthodes de contraception. Ainsi, les savoirs scientifiques des sages-femmes basés sur la lecture d'article et le suivi des recommandations se conjuguent à une expérience de terrain. Ces résultats font écho à ceux d'Alexandra Roux qui montrent que les recommandations des médecins gynécologues et généralistes en matière de contraception sont non seulement influencées par leurs formations professionnelles (formations universitaires, formation continue, auto-formation) mais également par les expériences intimes des méthodes. En effet, ces derniers ont une probabilité plus importante de recommander une méthode qu'ils ont eux-mêmes essayé (23). Or, les sages-femmes enquêtées le confessent volontiers, leur niveau de connaissances des différentes méthodes de contraception disponibles varient également selon le type de contraceptif.

4.3. Les connaissances des sages-femmes des différentes méthodes de contraception

4.3.1. Les méthodes naturelles

La quasi-totalité des sages-femmes interrogées ne parlent pas ou peu des méthodes naturelles (méthode des températures, méthode Billings, retrait...). Ces méthodes ne font d'ailleurs pas partie de la liste des contraceptifs présentés par les sages-femmes qui disent pourtant parler de toutes les méthodes. Pour beaucoup d'enquêtées, cet oubli s'explique par le fait que les méthodes dites naturelles ne sont pas assez efficaces.

Pour moi j'ai un doute sur l'efficacité effectivement. Il faut que ce soit tellement précis que je ne me lance pas là-dedans. Sage-femme 13 (Femme, Essonne, diplômée de 1987, une partie des méthodes)

Je n'en parle pas sauf si elles font la démarche, je leur redis quand même que : attention c'est naturel ce n'est pas aussi efficace qu'une contraception médicale. Sage-femme 12 (Femme, Seine-Saint-Denis, diplômée de 2017, toutes les méthodes)

Les méthodes naturelles j'en parle mais avec toutes les précautions. J'attire vraiment leur vigilance sur le taux d'échec. C'est une utilisation mais en connaissance de cause. [...] Je vais attirer son attention sur le risque qu'elle prend en lui disant : pas de soucis mais sachez-que... Sage-femme 1 (Femme, Essonne, diplômée de 1995, une partie des méthodes)

Ainsi, les sages-femmes ont tendance à discréditer les méthodes naturelles par peur de leur faible efficacité comparée aux méthodes médicales. En effet, l'indice de Pearl⁵, qui permet de rendre compte de l'efficacité des méthodes contraceptives, est de 0,05 pour l'implant et compris entre 0,4 et 5 pour les méthodes naturelles lorsque son utilisation est correcte et régulière (36).

Pour d'autres sages-femmes, parler des méthodes naturelles aux patientes représente une difficulté :

Oui clairement je ne suis pas à l'aise du tout pour expliquer parce que je risque de leur raconter n'importe quoi... Je leur dis honnêtement... Je peux chercher les informations si elles le souhaitent, et je le ferai mais je ne suis pas à même de le faire la comme ça. Sage-femme 9 (Femme, Hauts-De-Seine, diplômée de 2015, toutes les méthodes)

Pour une sage-femme, le fait de ne pas être suffisamment informée sur les méthodes naturelles représente une difficulté concrète lors de ses consultations pour contraception, ayant une patientèle largement composée de femmes catholiques pratiquantes qui, pour certaines d'entre-elles, refusent d'utiliser la contraception médicale :

Chez les patientes catholiques clairement ... Elles sont très orientées méthodes naturelles. D'ailleurs ce qui a été compliqué pour moi puisque j'ai passé un DU de gynéco en 2017 pour lequel on a bien

⁵ L'indice de Pearl est le nombre de grossesses observées pour 100 femmes utilisant la méthode contraceptive pendant 1 an (exprimé en pourcentage).

*insisté sur le fait que la meilleure contraception c'est celle que les femmes choisissent... et à la fois lorsqu'on regardait les indices de Pearl quand on balaye tous les modes de contraception... En gros quand on est passé à la ligne des méthodes naturelles on a dit « bon il y a ça mais bon on sait bien que ça ne marche pas » et ça a été balayé qu'un revers de la main donc moi ça a été une difficulté... [...] Voilà ça n'a pas été étudié en DU de gynéco ce que je regrette beaucoup parce que moi ma patientèle est très demandeuse de ça. Et de toute façon même si je leur dis que l'indice de Pearl n'est pas bon elles vont aller là-dessus ! Donc je trouve ça dommage en tant que sage-femme de ne pas avoir eu assez... Qu'on n'ait pas mis assez de crédit sur ces méthodes-là. Et parce que l'indice de Pearl c'est entre 4 et 15 et entre 4 et 15 il y a une grosse différence quand même. Voilà ça c'est une difficulté en contraception que j'ai. **Sage-femme 5** (Femme, Yvelines, diplômée de 2004, toutes les méthodes)*

De manière plus générale, les sages-femmes enquêtées expriment un manque de connaissance sur les méthodes naturelles :

*C'est un point de nos études qu'on a lâché et je trouve ça dommage en tant que sage-femme parce qu'on est censé faire de la physiologie ... [...] Et j'ai trouvé ça dommage que dans le DIU [Diplôme Inter-Universitaire] on nous ait dit que les méthodes naturelles ça ne marche pas, qu'en gros ça n'existe pas et c'est dommage ! C'est complètement en contradiction avec la phrase : c'est la femme qui choisit sa contraception ! **Sage-femme 5** (Femme, Yvelines, diplômée de 2004, toutes les méthodes)*

La faible formation des sages-femmes sur ces méthodes pendant leurs études, mais également par la suite dans le cadre de formation de spécialisation, semble les mettre en difficulté lorsqu'elles exercent. Elles avouent ne pas être se-reines quant aux explications qu'elles donnent à leurs patientes. Ces résultats rejoignent ceux développés par Céline Goutier Lavaste dans sa thèse portant sur l'intérêt et les connaissances des internes en médecine générale sur la planification familiale, et particulièrement les méthodes naturelles. Ainsi, 80% des internes interrogés déclaraient ne pas se trouver suffisamment bien formé sur les méthodes naturelles (37). Les sages-femmes interrogées semblent avoir le même ressenti, conduisant à penser que peu de professionnels de santé sont correctement formés à ces méthodes, pouvant laisser les femmes qui souhaiteraient les utiliser sans interlocuteurs en mesure de les informer correctement. Les méthodes naturelles demandent beaucoup de rigueur et une bonne compréhension du fonc-

tionnement de son corps. Des explications claires sont donc essentielles à la bonne mise en place de ces méthodes.

4.3.2. La stérilisation

La stérilisation, comme méthode de contraception, n'a été évoqué que par 3 des 13 sages-femmes interrogées seulement, ce qui tend à montrer que cette méthode est encore peu intégrée à l'arsenal contraceptif. Bien qu'encadré par la loi depuis 2001, la stérilisation reste très peu répandue en France, beaucoup de médecins ayant des réticences à la pratiquer (38). En plus de l'aspect juridique, certains praticiens « imposent leurs propres conditions » (âge minimal, avoir déjà des enfants...) pour exercer cette intervention (39). Tout comme les méthodes naturelles, la stérilisation, qu'elle soit féminine ou masculine, n'est pas abordée de façon systématique par les sages-femmes lors de la consultation pour contraception. Une sage-femme explique qu'elle ne la présente que sous certaines conditions :

Alors méthode définitive j'en parle que si cas particuliers et que je vois qu'il n'y a rien qui correspond, qu'elle a 45 ans, 3 enfants ect... Donc là je me dis pourquoi pas et encore si elles ne font pas la démarche je ne vais pas en parler. **Sage-femme 11** (Femme, Seine-Saint-Denis, diplômée en 2017, toutes les méthodes)

Une sage-femme précise que, à l'instar des méthodes naturelles, c'est par manque de connaissances et de formations qu'elle n'informe pas ses patientes sur la stérilisation :

Alors je n'en parle plus, enfin je l'évoque mais ... Pour moi la bonne stérilisation définitive c'était ESSURE mais vu que ça n'existe plus je ne sais même pas qui fait quoi [...] On est un peu perdu oui sur la contraception définitive, on ne sait pas trop comment orienter... **Sage-femme 12** (Femme, Seine-Saint-Denis, diplômée de 2017, toutes les méthodes)

Une autre en revanche parle de son manque de compétence :

Mais ça serait plutôt la contraception définitive où on aucun ... J'ai une patiente qui vient me voir, c'est son 5ème, elle a 30 ans et elle veut un mot pour commencer le délai et en fait je me rends compte que je ne peux pas du tout faire le délai quoi ! Je ne peux pas le dé-

buter. Sage-femme 11 (Femme, Seine-Saint-Denis, diplômée en 2017, toutes les méthodes)

En effet la sage-femme ne peut pas initier le délai de réflexion de 4 mois pour la stérilisation, la première consultation devant se faire par un médecin acceptant ou non l'intervention demandée (40), ce qui interroge sur les limites des compétences des sages-femmes en matière de contraception.

4.4. Les limites des compétences des sages-femmes

Pour 5 sages-femmes sur 13, le fait que leurs compétences en matière de consultation et de suivi gynécologique soit limité est perçue comme une difficulté. En effet, lorsque les sages-femmes sont confrontées à une patiente avec des pathologies, leur rôle est de la réorienter vers un médecin afin de ne pas dépasser leur champ de compétences :

Les difficultés c'est quand on est hors clous pour une sage-femme en fait. Sage-femme 6 (Femme, Hauts-De-Seine, diplômée de 2003, toutes les méthodes)

Oui alors la première chose ce sont les patientes qui ne sont pas toujours bien orientées vers des sages-femmes à savoir avec plein de pathologies donc rapidement ... On va faire une consultation complète mais je vais leur dire que je vais devoir passer la main. Donc ça peut être des difficultés parce qu'elles vont avoir des questions aussi auxquelles je ne sais pas répondre sur des pathologies que je ne maîtrise pas. Ça peut être aussi du dépistage de pathologies et je vais être en difficultés parce que du coup je ne vais plus forcément être dans mes compétences et je vais devoir passer la main. Sage-femme 9 (Femme, Hauts-De-Seine, diplômée de 2015, toutes les méthodes)

Le fait de ne pas pouvoir répondre aux questions et à la demande de la patiente ainsi que devoir passer la main à un autre professionnel est vécue comme compliqué pour les sages-femmes enquêtées. Par ailleurs, cette limite de compétences est perçue comme floue :

Quand je « dépasse » mes compétences, en tout cas quand ce n'est plus mon rôle de sage-femme et que je dois adresser la patiente. La difficulté c'est ça c'est trouver juste où notre compétence s'arrête. Sage-femme 2 (Femme, Hauts-De-Seine, diplômée de 2003, toutes les méthodes)

La difficulté évoquée ici par cette sage-femme est de recevoir une patiente, qui a été mal orientée, avec des pathologies qui ne sont pas dans le cadre de prescription des sages-femmes.

4.5. Les recommandations sur les contraceptifs

Lors des entretiens, j'ai interrogé les sages-femmes sur leurs capacités à suivre les recommandations médicales en matière de contraception prodiguées par les instances telles que la HAS. Toutes m'ont dit suivre ces recommandations. Par la suite j'ai spécifié ma demande en les interrogeant sur la manière dont elles géraient les injonctions paradoxales émises par ces instances. En effet, s'il est à chaque fois fait mention de respecter le choix des patientes en matière de contraception, certaines méthodes sont plus spécifiquement recommandées à certains publics. C'est notamment le cas de l'implant, présenté comme une méthode particulièrement aux femmes issues de milieux précaires. Les sages-femmes font alors état de leur difficulté à suivre les recommandations tout en faisant attention de respecter le souhait de la patiente :

J'essaye de suivre les recommandations mais c'est difficile de trouver un équilibre. Sage-femme 4 (Femme, Essonne, diplômée de 2016, toutes les méthodes)

J'essaye après on fait aussi en fonction... Parce qu'il y a les recommandations puis il y a aussi ce que les patientes souhaitent. Sage-femme 5 (Femme, Yvelines, diplômée de 2004, toutes les méthodes)

D'une manière générale les sages-femmes s'accordent pour dire qu'elles respectent le choix de la patiente tout en restant dans la limite des contre-indications médicales. Une enquêtée l'explique en utilisant la phrase de l'INPES lors de sa campagne de communication sur la contraception (25) :

La meilleure contraception c'est celle que l'on choisit ; sauf contre-indications médicales grave ! Sauf si elle est dangereuse pour soit évidemment. Sage-femme 6 (Femme, Hauts-De-Seine, diplômée de 2003, toutes les méthodes)

Toutes les sages-femmes interrogées semblent en effet avoir intégré l'idée selon laquelle c'est aux femmes de choisir la contraception qu'elles souhaitent utiliser, en précisant que la limite à cet adage réside dans les contre-indications à l'utilisation de certains contraceptifs.

Alors je vais essayer de plus me caler sur ce que veut la patiente mais après c'est dans la mesure du possible médicalement. Sage-

femme 9 (Femme, Hauts-De-Seine, diplômée de 2015, toutes les méthodes)

Mais moi je n'ai pas à décider à la place des autres, par contre si j'estime que de suivre leur demande pourrait les mettre en danger...Moi je ne vais pas mettre une patiente en danger ! Elle ira voir quelqu'un d'autre. **Sage-femme 13** (Femme, Essonne, diplômée de 1987, une partie des méthodes)

Une sage-femme mentionne toutefois des difficultés à retenir et suivre toutes les recommandations prodiguées par différentes instances arguant qu'elles seraient également imprécises :

Voilà malgré les recommandations c'est compliqué. Je les suis mais je ne les comprends pas toujours [...] C'est à dire qu'entre l'OMS, l'HAS, le collège américain... On n'est pas sur les mêmes recommandations. **Sage-femme 7** (Femme, Hauts-De-Seine, diplômée de 2008, toutes les méthodes)

Les sages-femmes enquêtées n'utilisent pas les mêmes supports pour s'informer des recommandations. Certaines se réfèrent aux recommandations de la HAS, du CNGOF, d'autres la fiche Formagyn (41) et d'autres encore des fiches personnelles. En effet tous ces organismes médicaux donnent des recommandations différentes ce qui entraîne une difficulté dans le choix de ces dernières. On se demande alors si une harmonisation de toutes les recommandations ne serait pas une aide pour les sages-femmes face à cette difficulté. On suppose aussi que cela permettra une harmonisation dans les discours sur la contraception entre les sages-femmes et les autres professionnels de santé.

4.6. Les contraintes du libéral

Lors des entretiens, il est rapidement apparu que certaines des difficultés rencontrées par les sages-femmes sont liées à leurs conditions d'exercice en libéral.

4.6.1. La contrainte du temps

Généralement, le fait d'exercer en libéral semble être perçu par les sages-femmes comme un moyen de choisir le temps que durent les consultations à la différence du travail hospitalier. Cependant certaines viennent contredire cette idée. En effet, l'exercice en libéral suppose de recevoir un nombre de patientes

suffisante pour s'assurer de couvrir ses dépenses de fonctionnement (loyer des locaux, dépenses en fournitures...) et un revenu suffisant, ce qui peut induire un temps de travail conséquent :

*Le temps ! C'est ça ! C'est des semaines de 6 jours, 5 jours et demi ... C'est des journées de 10h, ce n'est pas beaucoup de vacances. **Sage-femme 13** (Femme, Essonne, diplômée de 1987, une partie des méthodes)*

Deux sages-femmes expriment de manière plus précise un manque de temps lors des consultations pour présenter tous les contraceptifs et ainsi de ne pas pouvoir donner toutes les explications nécessaires aux femmes :

*Des difficultés alors le manque de temps déjà au niveau de la présentation de la contraception [...] Et puis on n'a pas forcément le temps ! C'est à dire que sur une consultation d'une demi-heure on ne peut pas former correctement une patiente aux méthodes naturelles. Je ne vois pas comment en une demi-heure on peut faire quelque chose de complet. Sinon on va vite et l'information n'est pas enregistrée. **Sage-femme 5** (Femme, Yvelines, diplômée de 2004, toutes les méthodes)*

*Voilà je ne peux pas présenter toutes les méthodes contraceptives avec tous les avantages et tous les inconvénients. [...] Il n'y a pas le temps c'est hyper chronophage de tout prendre et surtout j'ai du mal à savoir comment présenter les trucs. Vous ne pouvez pas être exhaustifs. Vous n'allez pas citer tous les trucs c'est impossible ! **Sage-femme 7** (Femme, Hauts-De-Seine, diplômée de 2008, toutes les méthodes)*

Il est intéressant de noter que ces citations sont issues d'entretiens de sages-femmes disant présenter toutes les méthodes de contraception. Le manque de temps pour une consultation gynécologique ne permettrait donc pas à ces sages-femmes de parler de tous les contraceptifs dans les détails (modalités de prise, avantages, inconvénients). Face à ce manque de temps, deux stratégies semblent apparaître. Certaines sages-femmes choisissent d'allonger leur temps de consultation lorsque cela est nécessaire :

*En général en gynéco[logie], 30 minutes on a le temps pour une consultation c'est pas mal. Puis s'il me faut plus de temps je déborde ce n'est pas grave. **Sage-femme 2** (Femme, Hauts-De-Seine, diplômée de 2003, toutes les méthodes)*

*Je pense que je suis un peu lente comme sage-femme, je prends 1h pour les premières fois. **Sage-femme 9** (Femme, Hauts-De-Seine, diplômée de 2015, toutes les méthodes)*

D'autres en revanche, avec l'expérience, pourraient gagner du temps en ne présentant qu'une partie des méthodes disponibles.

*Au début, au tout début je trouve on passait facile 45 minutes sur une consultation gynéco-contraception ! Maintenant ça va ! **Sage-femme 10** (Femme, Val de Marne, diplômée de 2011, une partie des méthodes)*

Outre le manque de temps, les sages-femmes, du fait d'exercer en libéral, se sentent parfois isolées.

4.6.2. La contrainte de l'isolement

Une autre difficulté évoquée par les sages-femmes du fait de leur conditions d'exercice en libéral « c'est d'être isolé » Sage-femme 10 (Femme, Val de Marne, diplômée de 2011, une partie des méthodes).

Contrairement à l'exercice en hospitalier, les sages-femmes libérales ne sont pas forcément entourées de confrères pour les aider lorsqu'elles rencontrent une difficulté professionnelle, lorsqu'elles ont besoin d'un avis médical. Une enquêtée associée même la contrainte d'isolement avec celle liée au temps pour répondre aux questions et attentes des patientes :

*En libéral on est un peu isolé. Tu vas chercher des documents, tu regardes la biblio donc il y a un peu de travail de recherche aussi qui est très intéressant mais voilà ça prend plus de temps. **Sage-femme 2** (Femme, Hauts-De-Seine, diplômée de 2003, toutes les méthodes)*

Une autre mentionne comme essentiel le fait de disposer d'un réseau de professionnels de santé pour répondre à cette problématique de l'isolement :

*Si ça c'est le truc qui est le plus dur en libéral, c'est que t'es un peu seul. Après ici comme il y a beaucoup de professionnels, en fait c'est assez facile de renvoyer vers un gynéco[logue]. **Sage-femme 8** (Femme, Hauts-De-Seine, diplômée de 2017, une partie des méthodes)*

Une autre solution face à l'isolement est de travailler dans un cabinet partagé, comme l'explique la Sage-femme 12, tout en mentionnant avoir recours à d'autres professionnels de santé :

Alors là l'avantage c'est qu'on est deux du coup on se confronte, on a la sage-femme de PMI avec qui on s'entend bien quand on a parfois une patiente un peu précaire, on est un peu perdu, on peut la contacter. Elle évoque également un réseau social : *Moi je suis inscrite sur un réseau sage-femme Île-de-France et si j'ai un cas particulier je pose la question.* **Sage-femme 12** (Femme, Seine-Saint-Denis, diplômée de 2017, toutes les méthodes)

On comprend ici que lors de l'exercice en libéral, le réseau de santé est primordial. Il semble être la solution à la sensation d'isolement que les sages-femmes peuvent avoir, mais également leur permettre de pouvoir facilement réorienter des patientes avec des pathologies qui iraient au-delà de leurs compétences.

4.6.3. La sage-femme « prestataire de service »

Une dernière difficulté liée à l'exercice de leur métier en libéral évoquée par les sages-femmes est le fait d'être des « prestataire de service ». « *Du coup on leur doit tout, un peu tout.* » Sage-femme 11 (Femme, Seine-Saint-Denis, diplômée en 2017, toutes les méthodes). Certaines patientes abuseraient de leur « gentillesse », en demandant de leur rendre des services non rémunérés : par exemple de rédiger des ordonnances (de renouvellement de contraception) sans rendez-vous, ou d'envoyer beaucoup de questions via sms. La sage-femme évoque également le fait que leur rémunération dépend de leur nombre de consultation, ce qui ne semble pas être toujours perçu comme telle par les patientes :

Et puis ce sont surtout des annulations, je pense qu'elles ne comprennent pas qu'en libéral c'est elles qui font notre salaire. **Sage-femme 11** (Femme, Seine-Saint-Denis, diplômée en 2017, toutes les méthodes)

La difficulté évoquée par cette sage-femme est la nécessité d'accepter les demandes dépassées des patientes afin de se construire sa patientèle et ainsi d'assurer son salaire.

Conclusion

Mon objectif dans cette étude était d'interroger les difficultés rencontrées par les sages-femmes exerçant en libéral lors de la mise en place d'une méthode contraceptive chez une femme, ainsi que d'observer la manière dont elles y remédient. L'intérêt de santé publique de cette étude est d'engager la discussion sur les éventuelles possibilités, mesures et pratiques à mettre en place pour permettre aux sages-femmes de réaliser des consultations de contraceptions dans les meilleures conditions possibles.

Les difficultés rencontrées par les sages-femmes interrogées lors des consultations pour contraception se structurent autour de deux axes. D'une part, les professionnelles interrogées font part de problèmes survenant lors de la consultation, et donc liées à difficultés d'interaction entre la patiente et la sage-femme. Elles pointent notamment les « idées reçues » des femmes concernant les méthodes de contraception ou le fonctionnement du corps. Par ailleurs, nous avons noté chez les enquêtées un certain imbroglio sur la manière dont les différentes confessions religieuses influencent les choix contraceptifs des femmes. D'autre part, les sages-femmes expriment des difficultés liées au mode d'exercice de leur métier en libéral. Elles font part de leur moindre de connaissances de certaines méthodes, et d'un certain manque de légitimité par rapport aux gynécologues notamment, ces derniers étant généralement perçus comme les seuls professionnels de la santé des femmes. Ces principaux résultats nous a conduit à formuler trois recommandations. Avant de les exposer, nous aimerions revenir sur les limites de cette étude.

Nos analyses portent sur des entretiens réalisés auprès de sages-femmes exerçant en libéral et ayant une activité de consultation pour contraception. Or, la part des femmes s'étant fait prescrire leur méthode de contraception par une sage-femme était de 4.9% en 2016 (15). Ainsi, il semblerait que la population des patientes des sages-femmes venues se faire prescrire une méthode de contraception soit doublement sélectionnées. D'abord elles savent qu'elles peuvent se faire prescrire leur méthode par ces professionnelles, ce qui est encore rare (4). Ensuite, ces patientes ont également fait la démarche de consulter une sage-femme pour leur contraception. Les résultats de mon étude sont ainsi limités à cette population de patientes doublement sélectionnée. Or, alors que la participation des sages-femmes au suivi gynécologique des femmes est amenée à augmenter dans les prochaines années, notamment pour pallier le manque de gynécologues dans

certaines territoires, il se pourrait que la population des patientes venant les consulter se diversifie. Il se pourrait alors que, prochainement, les sages-femmes soient amenées à rencontrer de nouvelles difficultés non explorées ici du fait de l'agrandissement de leur patientèle. Notons toutefois que cette étude à l'avantage de faire une première analyse des difficultés rencontrées par les sages-femmes en libéral lors de la prescription d'une méthode contraceptive chez une femme, et ce, plus de dix ans après l'acquisition de cette compétence par ces dernières.

1. Recommandations sur les « idées reçues »

La principale difficulté exprimée par les sages-femmes interrogées concerne ce qu'elles nomment les « idées reçues » des femmes sur les contraceptifs et le fonctionnement de leur corps. En effet les médias, internet ou encore l'entourage influencerait les patientes sur l'image qu'elles se font des méthodes de contraception et ainsi sur leurs choix. Si certaines sages-femmes ne semblent pas parvenir à surmonter cette difficulté, d'autres en revanche disent donner des arguments scientifiques afin d'informer correctement les patientes, et leur permettre de faire un choix éclairé de la méthode de contraception qu'elles souhaitent utiliser. Les sources d'informations sur la santé sont aujourd'hui de plus en plus diversifiées avec l'apparition d'internet. Qu'elles soient fausses ou avérées, il faut accepter que les patientes s'y renseignent dans le but de confronter le discours du professionnel de santé. Nous pouvons alors recommander aux sages-femmes de s'informer sur les sites internet vérifiés dédiées à la bonne information des femmes afin d'orienter leurs patientes vers ces derniers. Les sages-femmes ont en effet un devoir de relais d'informations sur les méthodes de contraception auprès des femmes. Elles doivent par ailleurs apprendre à démanteler les autres sources d'informations erronées tout en restant à l'écoute des patientes en répondant à leurs interrogations sans jugement.

2. Recommandations sur les connaissances des méthodes naturelles, de la stérilisation, et de l'influence des religions sur le recours aux méthodes de contraception

Comme je l'ai noté précédemment, cette étude fait particulièrement ressortir le manque de connaissances des sages-femmes à propos des méthodes de contraception naturelles et de la stérilisation, et qu'elles expriment volontiers. En effet

beaucoup d'entre elles font part de leur manque de formation concernant ces méthodes. L'amélioration des formations professionnelles concernant les méthodes naturelles et la stérilisation permettrait d'augmenter la qualité de la prise en charge des femmes dans leur projet contraceptif. Un besoin de formation initiale (pour les nouvelles diplômées) et complémentaire (pour les sages-femmes déjà présentes sur le terrain) se fait sentir à ce sujet. Par ailleurs, j'ai noté des interprétations différentes des interdits religieux concernant la contraception et les menstruations qu'il serait nécessaire de clarifier pour que les professionnelles soient en mesure d'apporter des réponses claires à leurs patientes selon leur confession. Une formation complémentaire permettrait d'harmoniser les croyances et les discours variés des sages-femmes sur l'influence des religions sur la contraception.

3. La place de la sage-femme lors d'une prescription de contraception

La profession de sage-femme évolue encore aujourd'hui. Ayant un statut et des formations différentes, elles offrent un service aux femmes autres que les médecins gynécologues. Cette approche différente est une force qui doit être valorisée sur le terrain afin de répondre aux problèmes de santé publique actuels. Encore peu de femmes aujourd'hui consultent les sages-femmes pour leur suivi gynécologique. La valorisation du métier de sage-femme semble importante afin de se faire une place dans la prescription de méthodes de contraceptions chez les femmes en bonne santé.

La crise de la pilule en France a bouleversé les souhaits des femmes en matière de contraception et a donc modifié les pratiques contraceptives. Les sages-femmes, nouvelles détentrices de compétences en gynécologie et contraception ont dû remédier à ce changement de comportement. Cependant cette étude nous montre que la crise de la pilule n'est pas la seule source de difficulté pour les sages-femmes libérales. Prochainement de plus en plus de femmes consulteront les sages-femmes pour une prescription de contraception. Une plus grande étude permettra alors de découvrir d'autres difficultés rencontrées par les sages-femmes libérales lors de la prescription d'une méthode contraceptive.

Bibliographie

(1) Code de la Santé publique. *Les compétences des sages-femmes : le suivi gynécologique de prévention et la contraception*. Article L4151-1 Modifié par LOI n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 38. (Consulté le 09/04/2020)

(2) Contact Sage-Femme. La lettre du Conseil de l'Ordre. *Dossier : le suivi gynécologique*. N°50 • A V R I L - M A I - J U I N • 2017. (Consulté le 10/04/2020)

(3) Collège National des Sages-Femmes de France. Suivi gynéco, prévention et dépistages. **[en ligne]** Disponible sur : <<https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2019/07/cnsf-suivi-gyn%C3%A9co-prevention-depistages.pdf>> (Consulté le 01/07/2020)

(4) Conseil National de l'Ordre des sages-femmes. Journée mondiale de la contraception : La contraception et le Française, une information suffisante ? **[en ligne]** Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2017/09/Dossier_contraception.pdf> (Consulté le 09/04/2020)

(5) BVA. RESENTI DES FEMMES A L'EGARD DU SUIVI GYNECOLOGIQUE Synthèse des résultats. (Diffusé le 6 novembre 2008). (Consulté le 11/04/2020)

(6) DRESS. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. N° 791 • mars 2012. (Consulté le 10/04/2020)

(7) Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Comptendu de l'Audition des Gynécologues médicaux du 2 février 2011. (Consulté le 13/04/2020)

(8) N. Bajos, Pascale Oustry, Henri Leridon, Jean Bouyer, Nadine Job-Spira, Danielle Hassoun et équipe Cocon. Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France. 2004/3 Vol. 59 | pages 479 à 502 **[en ligne]**. Disponible

sur : <<https://www.cairn.info/revue-population-2004-3-page-479.htm>> (Consulté le 02-05-19)

(9) Santé Publique France. Baromètre santé 2016 | Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. **[en ligne]**. Disponible sur : <<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1806.pdf>> (Consulté le 29/04/2019)

(10) Bajos N, FERRAND M. La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine. Sciences Sociales et Santé. Année 2004 pp. 177-142. **[en ligne]** Disponible sur : <https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2004_num_22_3_1630> (Consulté le 13/04/2020)

(11) Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C, Equipe Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population & Sociétés, n° 492, septembre 2012 : 4 p. **[en ligne]** Disponible sur : <https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19160/pes492.fr.pdf> (Consulté le 15/05/19)

(12) Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C, Equipe Fécond. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? Population et Sociétés, n° 511 , mai 2014 : 4 p. **[en ligne]** Disponible sur : <https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19893/population.societes.2014.511.crise.pilule.fr.pdf> (Consulté le 15/05/19)

(13) Coutelle C, Quéré C. Assemblée Nationale – Rapport d’informations. N°2592 (18 février 2015). (Consulté le 12/07/2020)

(14) Le Guen Mireille, Agius Roxane, Panjo Henri, Moreau Caroline, soumis, La « crise des pilules » en France : les femmes ont-elles d’avantage consulté un.e gynécologue pour avoir un meilleur accès au DIU ? Revue épidémiologique et de Santé Publique (Consulté le 15/07/2020)

(15) Inserm-Cesp U1018 La contraception autour de la crise des pilules Usages, prescriptions, connaissances (Consulté le 15/07/2020)

(16) Portner V. Évolution de la contraception : De la révolution de la pilule à son désamour actuel, quelle place pour les alternatives afin d'offrir un choix autodéterminé aux femmes ? Travail de diplôme. 2019 **[en ligne]** Disponible sur : <https://www.sante-sexuelle.ch/assets/docs/Portner_Travail-de-diplome.pdf> (Consulté le 12/07/2020)

(17) Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires. NOR: ETSH1127808A. Version consolidée au 28 mars 2018. **[en ligne]** Disponible sur : <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024686131&categorieLien=id>> (Consulté le 12/07/2020)

(18) Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme en post-partum. Fiche Mémo. Mise à jour juillet 2019. **[en ligne]**. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj-contraception-post-partum-060215.pdf> (Consulté le 02/02/20)

(19) Formagyn. *Situations particulières en contraception*. Atelier 2018 du CNGOF. **[en ligne]** Disponible sur : <<https://formagyn.fr/contraception/situations-particulieres-en-contraception/>> (Consulté le 10/05/20)

(20) Bardin, Laurence. *L'analyse de contenu*. Presses Universitaires de France, 2013. (Consulté le 02/02/2020)

(21) M. Jacot-Guillarmod D. Wirthner A. Jenny P. De Grandi. Rev Med Suisse 2002; volume -2. 22398. **[en ligne]** Disponible sur : <<https://www.revmed.ch/RMS/2002/RMS-2403/22398>> (Consulté le 15/07/2020)

(22) Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme adulte et l'adolescente en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG). Fiche Mémo. Mise à jour juillet 2019. **[en ligne]** Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraceptionadulte-procreer-060215.pdf> (Consulté le 15/07/2020)

(23) Roux A, Ventola C., Bajos N., 2017, Des experts aux logiques profanes : Les prescripteurs de contraception en France, Vol.35, 41-70. (Consulté le 27-04-19)

(24) Faucher P, Hassoun D, Linet T. « La contraception ». Paris, éditions Vuibert, octobre 2019, 238p. (Consulté le 10/01/20)

(25) Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. *La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit*. Dossier de presse 11 septembre 2007. **[en ligne]** Disponible sur : <https://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2009/08/la-meilleure-contraception-cest-celle-que-lon-choisit_dp-2007.pdf> (Consulté le 20/07/2020)

(26) Haute Autorité de Santé. *Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé*. Octobre 2017. **[en ligne]** Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_compences....pdf> (Consulté le 09/04/20)

(27) Cresson, Geneviève. « Les hommes et l'IVG, Expérience et confiance », *Sociétés contemporaines*, vol. n° 61, no. 1, 2006, pp. 65-89. (Consulté le 01-05-19)

(28) Association SPARADRAP - Santé publique France. La première consultation gynécologique. DT04-149-18B (Consulté le 20/07/2020)

(29) Haute Autorité de Santé. *Document de synthèse. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée.* [en ligne] : Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf> (Consulté le 01-05-19)

(30) Service-Public. Accueil Particulier. Social-Santé. Remboursement des soins pas la Sécurité Sociale. Quels sont les tarifs d'un médecin (conventionné ou non) ? [en ligne] Disponible sur : <<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F17042>> (Consulté le 02/07/20)

(31) Assurance Maladie, Assuré, Remboursements, Ce qui est remboursé, Contraception – IVG, Contraception : dispositifs et remboursements. [en ligne] Disponible sur : <<https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/contraception-ivg/contraception>> (Consulté le 20/06/2020)

(32) Oster ML. Influence de la précarité sur l'observance de la contraception. Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme, Université Paris Descartes, 5 Avril 2013, 82p. (Consulté le 27-04-19)

(33) Akouka C. Etude FECOND: le modèle contraceptif français doit évoluer. Contact Sagesfemmes, Octobre 2012, no 33. (Consulté le 27-04-19)

(34) M Guterman, P Mehta, M Gibbs. *Menstrual Taboos Among Major Religions.* The Internet Journal of World Health and Societal Politics. 2007 Volume 5 Number 2.

(35) Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Item 55 : Ménopause. 2010-2011. [en ligne] Disponible sur : <<http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item55/site/html/cours.pdf>> (Consulté le 20/07/2020)

(36) Haute Autorité de Santé – Efficacité des méthodes contraceptives. **[en ligne]** Disponible sur : <<https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/efficacite-methodes-contraceptives.pdf>> (Consulté le 20/07/2020)

(37) GAUTIER-LAVASTE Céline. *Planification Familiale Naturelle Enquête auprès d'internes en médecine générale : Connaissances, intérêts pour le sujet, enseignement à la faculté et place dans une consultation au cabinet*. Thèse pour le doctorat en médecine. Université René Descartes – Paris 5 : 2007, 193p. (Consulté le 20/07/2020)

(38) Emma Tillich, « « Pour mes trente ans je me fais stériliser. » Stérilisées et sans enfant : une utilisation déviante de la contraception ? », dans Ces femmes qui refusent d'enfanter, Maud Navarre et George Ubbiali [dir.], Territoires contemporains – nouvelle série **[en ligne]**, 17 décembre 2018, n°10, disponible sur : <http://tristan.u-bourgogne.fr/CGC/publications/Femmes_refus_enfanter/Emma_Tillich.html> (Consulté le 20/08/2020)

(39) THOMAS Marine. *Libération, Contraception, Stérilisation : la France peine à sauter le pas*. **[en ligne]** (Publié le 18 janvier 2018) Disponible sur : <https://www.liberation.fr/france/2018/01/18/sterilisation-la-france-peine-a-sauter-le-pas_1623540> (Consulté le 20/05/20)

(40) Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. *Stérilisation à visée contraceptive. Livret d'informations*. **[en ligne]** Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/livret_sterilisation_a_visee_contraceptive.pdf> (Consulté le 10/05/20)

(41) Formagyn. Recommandations OMS-CDC-HAS. 1/5. **[en ligne]** Disponible sur : <<https://www.yumpu.com/fr/document/read/56849962/formagyn-recommandations-oms-cdc-has-1-5>> (Consulté le 25/06/2020)

ANNEXES

Annexe I : Guide d'entretien

I- Première partie : informations sur le professionnel

- 1- Quel âge avez-vous ?
- 2- Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel (année d'obtention du diplôme, les différentes structures de travail et lieux d'exercices depuis ...)
- 3- Qu'elle est actuellement votre structure de travail et pourquoi l'avez-vous choisi ?

II- Deuxième partie : connaître les pratiques

- 1- Quel est le type de patientèle que vous recevez en consultation de contraception ? (Âge, milieu social...)
- 2- Comment se déroule une consultation de contraception ? Quelle sont les questions que vous posez à la patiente pour mettre en place une contraception ?
- 3- Qu'elles sont les difficultés que vous pouvez rencontrer fréquemment ou plus rarement lors de cette consultation ?

(Questions de relance : religion, barrière de la langue, relation professionnel/patient, choix de la contraception, différence de prescription/proposition en fonction des patientes, différences culturelles, orientation en fonction de critères d'appartenance, les idées reçues...)

III- Troisième partie : enjeux de santé publique

1- Que faites-vous lorsque vous rencontrez ce type de difficultés ?

2- Avez-vous trouvé ou mis en place des méthodes pour remédier à ces problèmes ?

Annexe II : Grille d'analyse

Grille d'analyse par thématique			
Catégories	Thèmes	Sous-Thèmes	Précisions
Difficultés liées aux patientes	idées reçues	<ul style="list-style-type: none"> _ qui les véhiculent _ lutter contre les idées reçues _ crise de la pilule _ mauvais pour la santé _ donner les explication scientifiques _ vécue des SF _ partie intégrante de la consultation 	<ul style="list-style-type: none"> _ presse, réseaux sociaux, entourage _ donner les bonnes explications _ les hormones diabolisées _ donner les bonnes informations _ discours discrédité, justification _ donner les argments
	âge	pré-ménopause	<ul style="list-style-type: none"> _ recommandations _ continuer/arrêter/changer la prise de contraceptif
	communication	<ul style="list-style-type: none"> _ difficulté de compréhension _ venir accompagné 	<ul style="list-style-type: none"> _ aller à l'essentiel _ prendre plus de temps pour expliquer _ conjoint pour traduire
	religion	<ul style="list-style-type: none"> _ paradoxal _ préjugés _ conseiller la femme _ contraceptions naturelles 	<ul style="list-style-type: none"> _ réfractaire à certaines méthodes _ contraire à une religion _ contraception la plus adapté à des besoins spécifiques _ s'adapter
	tierce personne	<ul style="list-style-type: none"> _ liberté de parler _ proches _ solutions _ pour traduire _ difficultés 	<ul style="list-style-type: none"> _ qui est la personne pour la patiente _ prendre la place dans la consultation _ sortir pour l'examen, rester dans la salle d'attente _ conjoint _ intimité, violences
	<ul style="list-style-type: none"> _ précarité _ contexte social 	<ul style="list-style-type: none"> _ frein _ conditions de vie _ patch anneau _ praticiens 	<ul style="list-style-type: none"> _ pas d'assurance maladie _ rigueur du suivi contraceptif _ aspect non remboursé _ exemple des gynécologues en secteur 2
Difficultés liées à la sage-femme	suivre les recommandations	<ul style="list-style-type: none"> _ trouver un équilibre _ recommandations différentes 	<ul style="list-style-type: none"> _ suivre les recommandations et le choix de la patiente _ OMS HAS _ la meilleure contraception c'est celle que l'on choisit
	hors des compétences	dépasser ses compétences	<ul style="list-style-type: none"> _ adresser la patiente _ pathologies hors compétences _ poser des diagnostics
	représentations des professionnels	<ul style="list-style-type: none"> _ expériences _ discours 	<ul style="list-style-type: none"> _ être objectif _ discours différent avec d'autres professionnels (gynécologue) _ place de la sage-femme
	manque de connaissances	<ul style="list-style-type: none"> _ méthodes naturelles _ stérilisation définitive 	<ul style="list-style-type: none"> _ pas toujours expliqué ni évoqué par les SF _ peu abordé pendant les études _ difficulté par manque de formations
	contraintes du libéral	<ul style="list-style-type: none"> _ manque de temps _ isolement _ patiente 	<ul style="list-style-type: none"> _ pas le temps de présenter tous les contraceptifs _ informations données trop rapidement _ travail de recherche _ réseau de santé _ prestataire de service

Annexe III : Equation personnelle

Voici mon équation personnelle afin de mettre de côté mes considérations personnelles de manière à être la plus objective dans mon travail :

Je suis née en Île-de-France de parents d'origine française et médecins généralistes. J'ai donc été sensibilisé aux questions relatives à la santé et aux pratiques médicales depuis mon plus jeune âge. J'ai reçu une éducation de mes parents et grands-parents basée sur le respect, l'intégrité et l'égalité des êtres humains. L'injustice, le racisme, les préjugés sont des choses qui depuis toute petite me touchent particulièrement. C'est par la transmission de ces valeurs que je me suis tout naturellement dirigée vers des études médicales et qui m'ont finalement fait choisir la filière maïeutique en PACES.

Une fois devenue étudiante sage-femme, ma mère m'a spontanément raconté les circonstances de ma naissance. Sa grossesse a été marquée par une hospitalisation et un accouchement mal vécu. Ma mère reprochait notamment à l'équipe médicale de ne pas l'avoir « laisser faire seule » et d'avoir été trop « interventionniste ». A la suite de cette conversation qui m'a beaucoup touché, j'ai porté un autre regard sur les pratiques obstétricales et gynécologiques, en intégrant d'avantage les sentiments des patientes.

J'ai effectué un de mes premiers stages à la maternité de ma naissance lors duquel j'ai notamment été en contact avec le médecin ayant procédé à l'accouchement de ma mère. Ce fut une expérience très étrange et difficilement descriptible. J'ai eu une attention particulière sur la manière dont il pratiquait la médecine. J'ai en effet noté ses pratiques « interventionnistes », qui n'était pas toujours justifiées d'un point de vue médical (comme des césariennes systématiques par exemple), et parfois sans prendre le temps d'en informer et de demander l'avis des patientes. Ma position d'étudiante sage-femme ne me permettant pas d'intervenir, j'ai eu une certaine difficulté à effectuer ce stage de manière sereine.

Lors de ce stage, j'ai travaillé au sein du service de suites de couches. Je parlais donc régulièrement de la contraception en post-partum avec mes

patientes. Comme on me l'a appris à l'école de sage-femme, je donnais toutes les informations concernant les contraceptifs et je laissais aux femmes le temps de la réflexion afin qu'elles choisissent le meilleur moyen de contraception pour elles. Cependant j'observais régulièrement une situation qui me mettait mal à l'aise. Je constatai une discordance entre la théorie et la pratique pour la mise en place d'une méthode contraceptive. Des sages-femmes ou médecins avaient tendance à mettre en place un implant contraceptif à certaines patientes sans leur demander leur avis. Il s'agissait des patientes en situations de précarité, avec peu d'aides extérieures ou encore qui ne parlaient pas un mot de français... Les professionnels de santé justifiaient leur geste en disant : « *Comme ça elle est tranquille pour 3 ans et on ne va pas la revoir dans quelques mois de nouveau enceinte alors qu'elle n'a pas de ressources* », « *De toute façon elle ne pourra pas prendre la pilule correctement* », « *On lui met l'implant avant la sortie de la maternité parce que sinon on va la perdre de vue niveau contraception et elle va retomber enceinte* » ...

Je n'appréciais pas cette manière de travailler. Parfois aucunes explications n'étaient données à la patiente et j'étais persuadée que certaines femmes partaient de la maternité sans savoir ce qu'on leur avait implanté dans le bras.

C'est après ce stage que j'ai commencé à m'interroger sur la mise en place des méthodes contraceptives par les professionnels de santé. Sans vouloir juger les prescriptions « abusives » je me suis demandé qu'elles pouvaient être les raisons pour lesquelles certains professionnels de santé ont de telles pratiques. C'est comme cela que m'est venue cette idée de mémoire.

Pour toutes ces raisons évidentes, j'ai démarré mes entretiens avec un a priori sur la mise en place d'une contraception chez les femmes en situations de précarité. Au début de mes entretiens j'abordais systématiquement ce sujet car je voulais éclaircir mes propres questions. Au fur et à mesure je me suis rendu compte que ce n'était pas une difficulté évidente pour toutes les sages-femmes et j'ai donc revu ma question de recherche en ce sens.

Mon devenir de sage-femme :

Ces expériences et ce mémoire m'ont permis de me rendre compte de la future sage-femme que je souhaite être. J'accorde beaucoup de place à la contraception dans le post-partum pour mes patientes. Je pense que je passe beaucoup plus de temps que les autres à leur expliquer comment les contraceptifs fonctionnent afin de les conseiller au maximum.

Il est clair pour moi que le rôle de sage-femme ne s'arrête pas à la rédaction d'une ordonnance de contraceptif. Notre rôle est d'informer les femmes, de les conseiller du mieux que nous pouvons pour qu'elles choisissent la méthode qu'elles pensent la plus adaptée.