

Mémoire de Maîtrise en médecine No 5613

# **Introduction d'une consultation anténatale en santé sexuelle et planning familial au DFME du CHUV en 2018 : étude de faisabilité**

## **Etudiante**

Salomé Kolly

## **Tutrice**

Dre Saira-Christine Renteria

Maître d'enseignement et de recherche clinicienne  
Département femme-mère-enfant (DFME), CHUV

## **Co-tutrices**

Fabienne Coquillat, Christiane Dufey-Liengme,  
Wilhelmine Hulsbergen

Conseillères en santé sexuelle-planning familial,  
Centre de santé sexuelle-planning familial, Unité psycho-sociale, DFME,  
CHUV

## **Experte**

Dre Brenda Spencer

Maître d'enseignement et de recherche et Privat-docent  
Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP)

Lausanne, Décembre 2018

# Abstract

## Introduction

Dans un contexte de santé publique où l'accès aux soins et à la prévention sont au centre de l'attention, l'importance de la santé sexuelle, du droit à l'information et à l'éducation en matière de santé sexuelle est mise en avant. Des besoins non comblés (unmet needs) en matière de contraception, plus particulièrement après la grossesse, ont été mis en lumière de manière indirecte par les travaux de l'IUMSP de Lausanne sur l'interruption de grossesse. Sur le plan international, des recherches et recommandations visant à renforcer le conseil contraceptif par des interventions en période néonatale ont été publiées. Comme l'arrivée d'un enfant est une période de grand changement, il est important de sensibiliser la future mère et le couple à la reprise de la fertilité et par conséquent au besoin de contraception en cas de désir d'espacer les naissances ou de projet de procréation accomplie. En effet, la reprise du cycle et les enjeux contraceptifs après la grossesse ont des spécificités qui sont insuffisamment connues et qu'il est utile d'aborder de manière ciblée avec les femmes et les couples. Dans le but de pallier ces lacunes, il a été décidé d'introduire une nouvelle consultation anténatale en santé sexuelle au DFME du CHUV à Lausanne.

## Objectifs

Ce travail de Master vise à étudier la mise en place de cette consultation anténatale au DFME dans le contexte des suivis de grossesse à la Policlinique de la Maternité. Les objectifs principaux sont de déterminer la faisabilité et l'acceptabilité de l'implantation d'une consultation anténatale de santé sexuelle-planning familial et l'objectif secondaire de cette étude est de mesurer l'intérêt de l'implantation de cette nouvelle consultation et d'en esquisser les premiers résultats.

## Méthode

Il s'agit d'une étude prospective, exploratoire et mixte, les données récoltées sont quantitatives et qualitatives. Les données quantitatives sont recueillies à l'aide d'une feuille de consultation remplie par la conseillère en santé sexuelle-PF lors de la consultation. Les formulaires de consultation de 27 patientes ont été inclus dans cette étude et collectés sur une durée de trois mois en 2018. Les données qualitatives sont récoltées par l'exploration du fonctionnement et des avis des différent·e·s intervenant·e·s impliqué·e·s dans l'organisation de cette consultation (CSS-PF, sages-femmes consultantes, secrétaires, médecins). Ces informations ont été obtenues sur la base des PV des colloques de la Policlinique et de l'Unité psycho-sociale, des démarches documentées par les CSS-PF ainsi que par des entretiens oraux.

## Résultats

L'étude montre que cette nouvelle consultation est faisable d'un point de vue organisationnel et permet de mettre en évidence le long processus qui mène à l'introduction de cette offre supplémentaire. Les principaux obstacles à son implantation sont relevés, ce qui permet de mieux les appréhender et de proposer des solutions adaptées. 92 % des participantes jugent la période anténatale comme celle de meilleure réceptivité pour cet entretien. L'acceptabilité de cette consultation est très bonne, en effet 88.5 % des femmes interrogées qualifient la possibilité d'avoir cet entretien de très appréciable et le conseil en santé sexuelle est fait par les soignantes qui semblent, selon les représentations des patientes, les plus adéquates pour remplir ce mandat. Ce travail permet également de mesurer l'intérêt de cette consultation en identifiant les besoins des participantes et montre qu'elle est utile en vue du choix contraceptif dans le post-partum.

## Discussion et conclusion

Ce travail est une étude de faisabilité et d'acceptabilité concernant l'implantation d'une consultation anténatale pour promouvoir la contraception du post-partum au DFME. Malgré la présence de biais, cette consultation reste un concept novateur qui est appuyé par des études internationales et qui répond à une demande de santé publique locale.

## Mots-clés

Anténatal, contraception du post-partum, santé sexuelle.

## Table des matières

Remerciements .....	3
Liste des abréviations .....	3
1. Introduction .....	3
A. Spécificités de la fertilité et de la contraception après l'accouchement.....	4
B. Promotion de la santé de la femme et développement de la santé sexuelle dans le monde.....	5
C. Développement et mise en place de consultations dans le but de promouvoir la contraception après l'accouchement au DFME .....	6
2. Objectifs.....	7
A. Les objectifs primaires .....	7
1. La faisabilité.....	8
2. L'acceptabilité .....	8
B. L'objectif secondaire .....	8
C. Les hypothèses.....	8
3. Méthode.....	9
A. Le type d'étude.....	9
B. Le déroulement de l'étude.....	9
C. L'analyse des données .....	11
D. Les participantes .....	12
4. Résultats .....	12
A. Description de la population étudiée .....	12
B. La faisabilité .....	13
Les résultats quantitatifs. ....	13
Les résultats qualitatifs .....	13
C. L'acceptabilité .....	16
Les résultats quantitatifs. ....	16
Les résultats qualitatifs .....	17
D. Intérêts de cette consultation. ....	18
Les résultats quantitatifs. ....	18
5. Discussion.....	20
6. Conclusion .....	24
7. Références.....	25
Annexes.....	28

## Remerciements

Par ces quelques lignes, je tiens à dire un grand merci aux personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail et en particulier :

- Dre Saira-Christine Renteria, ma tutrice, qui m'a proposé ce sujet et pour ses conseils avisés
- Les conseillères en santé sexuelle-planning familial (CSS-PF) qui ont récoltés les données de cette étude et m'ont donné de précieux conseils et particulièrement mes co-tutrices Madame Christiane Dufey-Liengme, Madame Fabienne Coquillat et Madame Wilhelmine Hulsbergen pour leur soutien durant ces 2 ans
- Dre Brenda Spencer, experte de ce travail
- Dr Mohamed Faouzi, pour ses conseils et les résultats statistiques
- Mes parents et mes amis pour leur aide et leur soutien durant mes études de médecine

## Liste des abréviations

CHUV :	Centre hospitalier universitaire vaudois
CSS-PF :	Conseillère en santé sexuelle – planning familial
DFME :	Département femme-mère-enfant
DIU :	Dispositif intra-utérin
IG :	Interruption de grossesse
IUMSP :	Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne
LISI :	Lieu d'informations et de soins relatifs à l'interruption de grossesse
N.B. :	Nota bene
OFS :	Office fédéral de la statistique
ONU :	Organisation des Nations Unies
ORH :	Ordonnance relative à la recherche sur l'être humain
PF :	Planning familial
PMU :	Policlinique médicale universitaire
PV :	Procès-verbal
SA :	Semaines d'aménorrhée
SF :	Sage-femme
VD :	Canton de Vaud

## 1. Introduction

Ce travail de Master est principalement une étude de faisabilité concernant le projet d'instauration d'une nouvelle consultation anténatale au Département femme-mère-enfant (DFME) du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) afin de promouvoir la contraception dans la période spécifique du post-partum. Cette nouvelle consultation complète l'offre actuelle qui prévoit des consultations individuelles ou en

groupe pendant l'hospitalisation en période néonatale à l'Unité du post-partum et en ambulatoire durant la période du post-partum, environ deux mois après l'accouchement. Ce travail vise à étudier la mise en place de cette consultation anténatale au DFME et sa faisabilité dans le contexte des suivis de grossesse à la Policlinique de la Maternité.

Dans un premier temps, les spécificités de la fertilité et de la contraception après l'accouchement vont être abordées. Ensuite, nous montrerons comment ce sujet s'intègre dans une promotion de la santé féminine et de la santé sexuelle au niveau mondial. Pour terminer, cette introduction illustrera le développement et la mise en place des consultations en Santé sexuelle au DFME afin de répondre à un besoin de santé publique.

### A. Spécificités de la fertilité et de la contraception après l'accouchement

La période suivant l'accouchement est un moment de changement pour le couple. La femme et l'homme vivent une période de transition où chacun cherche sa place en tant que parent et partenaire. Pour la femme, bien souvent, l'attention est focalisée en grande partie sur le nouveau-né et le rôle de mère passe en première ligne. Une étude américaine, montre cependant qu'un mois après la naissance, une femme sur cinq a repris une activité sexuelle (1). Pour la majorité des couples français (66 à 94 %), la reprise des rapports sexuels a lieu deux mois après la naissance (2). Il est donc important d'informer de façon optimale les femmes qui ne souhaitent pas concevoir immédiatement et de leur permettre de recevoir à temps des conseils de santé reproductive adaptés à la période du post-partum. La planification familiale fait d'ailleurs partie de la stratégie mondiale de l'OMS pour la santé maternelle (3). Pour les renseigner au mieux, l'information doit idéalement être transmise à différents moments et si possible commencer lors de la période prénatale, cela dans le but d'éviter des grossesses ultérieures non planifiées (4,5). A noter qu'une grossesse non planifiée ne veut pas forcément dire une grossesse non désirée.

La période anténatale a été définie comme le moment le plus propice de la grossesse pour aborder pour la première fois la question de la contraception du post-partum dans de nombreuses études internationales (5–9) et ainsi évoquer les éléments clés comme la sexualité, la reprise des rapports sexuels et d'éventuelles douleurs, le projet familial du couple, les méthodes contraceptives mais aussi d'éventuels problèmes personnels ou relationnels tels que par exemple des troubles de l'adaptation ou des violences. L'allaitement est également un sujet central lors de cette période, il influence la fertilité et le choix contraceptif.

Le chapitre suivant montre comment ce thème s'intègre dans la promotion de la santé féminine et sexuelle au niveau mondial.

## B. Promotion de la santé de la femme et développement de la santé sexuelle dans le monde

Dès la création de l'Organisation des Nations Unies (ONU) en 1945, la volonté d'une coopération internationale afin de promouvoir le respect des droits de l'homme et de ses libertés, sans distinction de race, de sexe, de religion ni de langue a rapidement été définie comme un des quatre buts de cette organisation (10).

Cette intention a marqué le premier pas vers l'égalité entre les femmes et les hommes. Après avoir permis de modifier les droits juridiques et civils des personnes de sexe féminin, l'ONU a créé des conférences mondiales afin de développer des plans d'action concrets pour promouvoir les droits de la femme et la considérer comme égale à l'homme.

A la suite de ces quatre conférences qui ont eu lieu au Mexique(1975), à Copenhague (1980), à Nairobi (1985) et à Beijing (1995), la condition de la femme s'est largement améliorée même si de nombreuses disparités sont observées entre les pays et que des inégalités perdurent entre les deux sexes. L'application de ces recommandations est laissée au bon vouloir de chaque pays et en fonction des lois en vigueur dans ceux-ci, de nombreuses différences sont encore constatées. Une déclaration a été approuvée à la suite de la 4ème conférence à Beijing, elle comprenait les 12 principaux obstacles à la promotion de la femme comme égale à l'homme. Le sujet « femmes et santé » y figure notamment et nous concerne aujourd'hui (11). Dans ce chapitre se trouve une sous-partie concernant la santé reproductive qui est une partie intégrante de la santé globale. Il y est décrit que les hommes et les femmes doivent avoir la liberté de décider quand et à quelle fréquence ils veulent se reproduire, cela signifie qu'ils doivent être informés et avoir accès à des méthodes de planifications familiales sûres, efficaces, abordables et adaptées à leur choix (12).

En 1994, parallèlement à la déclaration de Beijing, la Conférence internationale sur la population et le développement a eu lieu au Caire. Les sujets tels que l'émancipation des femmes et l'accessibilité de la planification familiale font partie de la nouvelle stratégie visant à répondre aux problèmes de la population une fois encore (13). En 2006, dans le même état d'esprit, la Fédération internationale pour le planning familial (IPPF) publie une déclaration sur les droits sexuels qui s'appuie sur la charte des droits en matière de sexualité et de reproduction (14).

Des progrès en matière de contraception ont été faits au siècle passé comme par exemple au niveau scientifique avec le développement de moyens de contraception comme la première pilule contraceptive demandée par la féministe Margaret Sanger au médecin américain Gregory Pincus (15). Elle sera commercialisée pour la première fois en juin 1960 aux Etats-Unis (15,16). De plus, l'accessibilité et la législation des moyens contraceptifs sont des éléments primordiaux pour favoriser la santé de la femme. Par exemple avec la promulgation de la loi de Neuwirth en 1967 en France qui autorise l'usage de moyens contraceptifs (17) ainsi que l'entrée en vigueur en octobre 2002 de la légalisation concernant l'interruption de grossesse (IG) en Suisse (18). Ces lois permettent de protéger les femmes des IG clandestines délétères.

Cependant, aujourd'hui encore, la nouvelle stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) révèle des lacunes. En effet, ce rapport parle de la présence de 225 millions de femmes ayant un besoin non-satisfait de planification familiale dans le monde (3). Le concept de besoins non satisfaits en matière de planification familiale (= unmet needs) regroupe les femmes sexuellement actives qui souhaitent éviter, espacer ou limiter les grossesses mais qui n'utilisent pas de moyen de contraception moderne (19). Cette définition est tirée d'une campagne européenne pour l'accès universel à la santé reproductive.

Dans le but de pallier ces lacunes, différentes stratégies ont été adoptées au DFME. Le chapitre suivant expliquera le développement des consultations en Santé sexuelle instaurées spécifiquement afin de répondre à un besoin de santé publique.

### C. Développement et mise en place de consultations dans le but de promouvoir l'accès à la contraception après l'accouchement au DFME

Comme dit dans le point 1.A., l'arrivée d'un enfant représente une période de grand changement dans la vie d'un couple, c'est pour cela qu'il est du devoir du personnel médical et soignant voire psycho-social de les entourer au mieux durant cette période. Cet accompagnement comprend notamment un conseil contraceptif afin de respecter le droit au choix éclairé de « planification familiale » du couple. La constatation de certaines lacunes est venue appuyer l'importance de ce sujet.

L'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) met en évidence depuis quelques années, un nombre élevé d'IG durant les deux ans suivant un accouchement. Selon les derniers chiffres de 2015, 47.1 % des femmes faisant une demande d'IG ont déjà des enfants. Parmi celles-ci, 23.4 % des IG ont lieu dans les deux ans suivant un accouchement. Il est important de préciser que le nombre d'IG est un marqueur indirect de l'information contraceptive et de l'accès à la contraception. C'est pour cela que cette constatation a fait suspecter un manque d'information des femmes concernant la fertilité et les moyens de contraception dans la période du post-partum. L'IUMSP a donc recommandé de renforcer le conseil contraceptif durant la période néonatale (période allant de la naissance à quatre semaines de vie) (20).

À la suite de ces observations, l'équipe du Centre de santé sexuelle-PF du CHUV a mis en place, dans un premier temps et cela depuis de nombreuses années, des consultations individuelles ou en groupe durant les jours qui suivent l'accouchement. Face à la réduction de la durée du séjour dans le post-partum immédiat, à l'augmentation importante du nombre d'accouchement dans le service (21) et au temps limité que la nouvelle maman a à disposition, ce type de consultation immédiatement après la naissance est de plus en plus difficile à organiser. Le risque est que les mères quittent le service sans les informations légitimes.

En réponse au nouveau paradigme ou comme alternative, les conseillères en santé sexuelle-planning familial (CSS-PF) ont proposé et initié en 2007 des consultations

ambulatoires couplées au suivi médical du post-partum qui ont lieu entre six et dix semaines après l'accouchement pour les patientes du CHUV (21). En relevant un besoin non comblé (= *unmet need*)<sup>1</sup> chez 45 % des femmes, cette consultation du post-partum ayant fait l'objet d'une évaluation après son introduction, a confirmé des lacunes dans l'information et la difficulté d'accès immédiat en matière de contraception après l'accouchement (22). Sachant que le retour de la fertilité s'opère pour la moitié des situations dans les six semaines après l'accouchement toutes situations confondues, allaitement ou pas (4), c l'entretien du post-partum se situe donc trop tardivement pour pouvoir prévenir des grossesses nondésirées dans l'année après l'accouchement.

À la suite de ces nombreuses constatations et afin de pallier ces lacunes, dont les conséquences ont parfois été douloureuses pour les couples concernés, il a été décidé de proposer une consultation en Santé sexuelle durant la grossesse. Elle a pour but de donner de meilleures chances à une information optimale en santé reproductive et un choix anticipé éclairé. En effet, comme rapporté au point 1.A., cette période a été évaluée comme la plus propice afin d'aborder pour la première fois la contraception pendant la période du post-partum dans de nombreuses études internationales (6–9).

Dans des conditions idéales (ressources et coordination), cette consultation pourrait concerner environ 450 des plus de 3'000 patientes accouchant au CHUV chaque année (23).

Par l'instauration de cette nouvelle consultation anténatale et à travers ce travail de recherche, nous espérons obtenir des éléments d'information concrets concernant la faisabilité, l'acceptabilité ainsi que l'intérêt de ce projet novateur afin que cela permette d'ancrer cette consultation au DFME. Ce travail a pour but, à plus long terme, de contribuer à optimiser l'information donnée aux femmes à propos de la contraception dans la période du post-partum et de leur permettre d'aborder librement les thèmes liés à la santé sexuelle globale afin de répondre à une demande de santé publique.

Par des travaux ultérieurs, il serait intéressant de démontrer l'impact favorable que la consultation anténatale pourrait avoir sur l'acquisition de ressources et de compétences complémentaires ainsi que sur le choix contraceptif au post-partum.

## 2. Objectifs

### A. Les objectifs primaires

Ce travail de Master est une étude de faisabilité. Les objectifs principaux sont de déterminer la faisabilité et l'acceptabilité de l'implantation de cette consultation anténatale de Santé sexuelle au DFME.

Afin d'atteindre ces objectifs, l'utilisation des *end points* suivants a été réalisée :

---

<sup>1</sup> Besoin non comblé = *unmet need* : les femmes sexuellement actives qui souhaitent éviter, espacer ou limiter les grossesses mais qui n'utilisent pas de moyen de contraception moderne (19).



## 1. La faisabilité

- Concernant l'organisation du rendez-vous :
  - Nombre de rendez-vous couplés ou non au suivi de grossesse ;
  - Identification de la période de meilleure réceptivité des patientes pour cet entretien ;
  - % de femmes participant à la consultation anténatale par rapport au nombre de femmes suivies pour l'entier de leur grossesse à la Policlinique du DFME (statistiques du service, indépendant du formulaire de consultation).
- Concernant la mise en place de cette nouvelle prestation, le processus et l'évaluation des obstacles à la mise en place de cette consultation et les propositions d'améliorations telles que rapportées par les professionnel·le·s (étude qualitative).

## 2. L'acceptabilité :

- L'appréciation de la femme concernant la possibilité d'avoir cet entretien avec une CSS-PF sera évaluée sur une échelle graduée de 1 à 4 ;
- L'identification du professionnel·le le·la plus approprié·e afin de parler de contraception ;
- L'identification du genre de la personne effectuant la consultation avec laquelle les femmes sont le plus à l'aise afin de parler de santé sexuelle (contraception et sexualité) ;
- L'avis des différent·e·s intervenant·e·s impliqué·e·s dans l'organisation de cette consultation (étude qualitative).

## B. L'objectif secondaire

L'objectif secondaire est de mesurer l'intérêt de l'implantation de cette nouvelle consultation.

- Documenter les besoins objectifs de cette consultation ;
- Identifier le nombre de situations dans lesquelles on relèvera une progression vers une contraception disposant d'une efficacité pratique plus élevée ainsi que l'analyse des facteurs influençant ;
- Identifier le nombre de situations dans lesquelles la femme prévoit l'utilisation d'un moyen contraceptif après le counseling et le définit.

## C. Les questions de recherche

- L'instauration de cette nouvelle consultation anténatale est-elle faisable d'un point de vue organisationnel ? Nous souhaitons observer comment elle se met en place, identifier les obstacles limitant son implantation et déterminer les améliorations éventuellement apportées ;

- Cette nouvelle prestation est-elle appréciée? Selon les représentations des patientes, est-elle effectuée par les professionnel·le·s considéré·e·s les plus approprié·e·s pour remplir ce mandat? Quel en est l'avis des différent·e·s intervenant·e·s?
- Cette nouvelle consultation a-t-elle un intérêt pour les femmes concernées?

### 3. Méthode

#### A. Le type d'étude

Cette étude est un travail de Master effectué par une étudiante en Médecine à l'Université de Lausanne. Elle est prospective, exploratoire et mixte, les données récoltées sont quantitatives et qualitatives. C'est une recherche monocentrique et nationale. Il s'agit d'une étude de faisabilité qui analysera un groupe unique de sujets.

#### B. Le déroulement de l'étude

L'histoire de la mise en place de cette consultation est expliquée dans l'introduction au point 1.C. et développée dans les résultats au point 4.A. Ce point explique les différentes étapes effectuées durant ce travail de Master. Dans un premier temps, un formulaire de documentation papier spécifique à cette consultation anténatale a été créé. Il a été élaboré à partir d'une revue de littérature et en étroite collaboration avec les CSS-PF ainsi qu'en se basant sur le document préexistant de la consultation du post-partum. Ce formulaire de documentation reflète la trame de base de l'entretien qui évolue ensuite selon les besoins individuels. Il est disponible dans les annexes de ce document. Ce formulaire est séparé en divers chapitres destinés à la documentation des thématiques clés abordées de manière structurée pendant l'entretien et permet ainsi de répondre à une partie de nos objectifs de recherche.

Les données qualitatives sont récoltées par l'exploration du fonctionnement et des avis des différent·e·s intervenant·e·s impliqué·e·s dans l'organisation de cette consultation (CSS-PF, SF, secrétaires, médecins).

Pour cela, l'étudiante menant cette étude rencontre en juin 2018 les CSS-PF afin d'explorer la mise en place cette nouvelle prestation et plus particulièrement les obstacles et les améliorations qui ont déjà été effectués. Trois questions leur sont présentées :

1. Quels obstacles avez-vous pu identifier dans la mise en place de cette consultation?
2. Avez-vous des propositions d'amélioration?
3. Avez-vous d'autres remarques concernant l'implantation de cette consultation?

Les CSS-PF y ont ensuite répondu sous forme de rédaction libre par mail.

Également dans le but de documenter la mise en place de cette consultation, les PV des colloques de la Polyclinique et de l'Unité psycho-sociale sont analysés. De plus, les données qualitatives ont également été récoltées à la suite d'échanges semi-structurés entre des informatrices clés et l'étudiante responsable de ce travail de Master. Ci-dessous figure un tableau récapitulatif de ces rencontres.

Tableau 1 : Résumé des différents échanges effectués

Intervenant-e-s		Sujets abordés
CSS-PF : C. Dufey-Liengme et F. Coquillat	Rencontre d'environ 30 minutes et mails entre juin et septembre 2017	Création du formulaire de la consultation anténatale
CSS-PF : C. Dufey-Liengme	Rencontre (enregistrée) d'une heure en juin 2017 Rencontre (enregistrée) d'une heure et mails en juin 2018	Introduction, délimitations du travail Différentes étapes dans la mise en place de la consultation anténatale
Dre Renteria	Rencontres et mails entre juillet et août 2017 Rencontres et mails entre septembre 2017 et avril 2018	Création du formulaire de la consultation anténatale Création du protocole éthique
CSS-PF : W. Hulsbergen et C. Dufey-Liengme	Rencontres de 30 minutes et mails en mai 2018	Début de la collecte des données
ICUS Policlinique : M.-C. Gros-Gasparutto	Échange de mails en juin 2018	Echec de l'organisation d'une rencontre en raison d'une incohérence d'agenda

Un protocole d'étude de recherche sur des personnes au sens de l'**Ordonnance relative à la recherche sur l'être humain** (ORH) a été établi dans le but d'obtenir l'autorisation éthique de réaliser cette recherche. La rédaction de ce protocole de recherche de 15 pages a été une étape compliquée. Comme il s'agit d'une étude prospective, il a été nécessaire de créer un protocole de recherche très détaillé ainsi qu'une feuille d'information et de déclaration de consentement à faire signer par chaque patiente. Dans le cas où une patiente refuse de signer le consentement, la consultation se déroule de manière classique mais sans que le formulaire de consultation ne fasse l'objet d'une analyse. La commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain (CER-VD) a refusé une première fois notre demande le 07.03.2018 notamment en raison du souhait de donner l'information et de récolter le consentement pour cette étude oralement. Notre demande avait pour but d'éviter que le temps consacré à cette tâche n'empiète trop sur la durée de l'ensemble de la consultation. Après avoir apporté les modifications demandées, la CER-VD a autorisé ce projet en date du 16 avril 2018 par une procédure présidentielle.

Le début de la collecte des données a par conséquent dû être reporté. Elle a finalement été effectuée sur une période de trois mois, du 16 avril au 16 juillet 2018. Cette durée a été déterminée par le temps à disposition pour ce travail de Master.

Concernant le recrutement et le consentement de nouvelles patientes, les CSS-PF vérifient les critères d'inclusion et d'exclusion pour l'étude en début de consultation. Si la patiente est éligible, elle reçoit l'information écrite et orale concernant cette étude et donne, si elle est d'accord, son consentement par signature.

L'entretien en santé sexuelle en période anténatale poursuit l'objectif de conseiller au mieux la femme sur la contraception la plus appropriée pour elle dans le post-partum en abordant la santé sexuelle dans un contexte global, y compris la transition contraceptive lors du passage du sevrage pour les femmes qui ont choisi d'allaiter. La structure et le contenu de l'entretien sont élaborés dans cette optique et ont d'abord pour but de favoriser, de manière respectueuse et non intrusive, la réflexion personnelle sur les sujets souvent très intimes tels que le projet familial, la fertilité, le contexte culturel et spirituel, la contraception, la vie sexuelle et amoureuse et la violence. Ces divers domaines sont directement ou indirectement liés à la reproduction et la procréation. Grâce à l'éclosion de demandes d'information il devient possible de consolider les connaissances existantes ou de développer de nouvelles compétences dans ces domaines. Une bonne perception et identification des besoins individuels dans le domaine de la contraception et de la protection est nécessaire à l'adoption et la mise en place d'une méthode contraceptive effective. La prise de conscience favorisée par l'entretien et le temps alloué à la réflexion contribuent souvent à l'émergence de besoins d'aide dans d'autres domaines que la contraception et peut amener la femme ou le couple à trouver ses propres solutions. L'entretien peut, par exemple, amener la patiente à aborder les aspects relationnels et sexuels du couple en période de changement et ainsi l'aider à s'y préparer.

En cas de besoin, les intervenantes ont recours à des interprètes communautaires formés, pour autant que la patiente ait donné son accord. Les interprètes sont soumis au secret de fonction.

Les différents sujets abordés au cours de ces entretiens constituent les données qui ont été récoltées par le biais du formulaire. Ces données ont ensuite été codées à l'aide d'un numéro par les CSS-PF avant la récolte de données. La liste d'identification est conservée sous clé au secrétariat de l'Unité psycho-sociale. Seules l'investigatrice principale et les co-investigatrices peuvent demander l'accès à la liste d'identification.

### C. L'analyse des données

Pour terminer, les données ont été analysées. Les variables catégorielles ont été résumées sous forme de nombres et de pourcentages alors que les variables continues sont résumées par la moyenne et la déviation standard et par la médiane et l'écart-interquartile lorsque la variable n'est pas distribuée normalement. L'identification des facteurs associés aux résultats relatifs à la faisabilité tel que le [rdv] (date prévue vs déplacé) ou [couplé] (oui vs non) est effectuée par un test exact de Fisher ou un test de Wilcoxon selon que le facteur testé est catégoriel ou continu. Les analyses sont effectuées avec le logiciel STATA 15 (*StataCorp. 2017. Stata Statistical Software: Release 15. College Station, TX: StataCorp LLC*).

Concernant les données qualitatives, l'analyse a débuté par la retranscription des différents types d'éléments (textes, notes, enregistrements). Ces données ont ensuite été classées et transformées afin de répondre aux objectifs de cette étude. Le traitement des différents éléments a été fait de façon empirique.

## D. Les participantes

Les femmes participant à cette étude étaient des femmes adultes pour la plupart suivies pour leur grossesse au DFME. Ces femmes parlent français ou ont bénéficié de la présence d'une interprète communautaire.

Les critères d'éligibilité étaient : toute femme enceinte, majeure, nullipare ou multipare, vue pour une consultation anténatale et ayant accepté de participer à cette étude.

Le critère d'exclusion était d'avoir moins de 18 ans en raison de la vulnérabilité spécifique et des impératifs légaux pouvant influencer le vécu relationnel et psychosocial de la grossesse. A noter que le fait d'être enceinte constitue déjà un facteur de vulnérabilité selon le manuel de la recherche sur les êtres humains (24).

Le nombre de participantes optimal visé est de 28 femmes. Ce chiffre correspond aux plages de consultation actuellement alloués à ce projet dans sa période d'analyse de faisabilité (3 mois).

La consultation anténatale est proposée aux femmes enceintes par les sages-femmes consultantes, secrétaires et médecins de la Polyclinique de gynécologie-obstétrique du DFME en fonction de l'agenda des suivis de grossesse.

Le recrutement pour l'étude se fait ensuite par la CSS-PF au début de cette consultation comme décrit au point 3.B.

## 4. Résultats

### A. Description de la population étudiée

En préambule, il est important de décrire le collectif étudié. Les femmes effectuant leur suivi de grossesse à la Polyclinique du DFME font partie d'une population particulière, différente de la population générale. Ce sont des femmes en âge de procréer, majoritairement de nationalité étrangère. Ce constat est lié au fait que la Polyclinique de la Maternité inscrit son activité, à l'instar de la Polyclinique médicale universitaire (PMU), dans le dispositif de santé communautaire.

Il s'agit ainsi dans notre étude de femmes avec une moyenne d'âge de 29.4 ans, huit d'entre elles sont de nationalité suisse et dix-neuf sont étrangères. Les étrangères sont en Suisse depuis en moyenne 4.9 ans, cinq d'entre elles viennent d'Europe, cinq d'Afrique, trois d'Amérique du Sud, trois d'Asie et une de Turquie. 26 % des femmes étudiées ne parlent pas français et étaient accompagnées d'un interprète communautaire durant la consultation. Concernant leurs formations, 3.5 % n'ont pas terminé l'école obligatoire, 52 % se sont arrêtées à l'école obligatoire, 22 % ont fait un apprentissage, 7.5 % le collège ou le gymnase et 15 % l'université ou une formation professionnelle supérieure. Au moment de l'entretien, 22 % des femmes ont un emploi rémunéré, 37 % sont femmes au foyer, 30 % en formation et pour 11 % d'entre elles cette information est autre ou inconnue. 74 % des femmes vivent en couple et 26 % viennent accompagnées lors de l'entretien. 54 % des femmes étudiées ont des

problèmes socio-économiques. Concernant leur religion, 61.5% sont chrétiennes, 27 % musulmanes, 7.5 % sont d'une autre religion et 4 % sont athées.

Toutes les femmes étaient enceintes avec un âge gestationnel moyen de 32.4 semaines d'aménorrhées (SA). 52 % de ces grossesses n'étaient pas prévues. La parité<sup>2</sup> moyenne de ces femmes était de 1.4, avec huit femmes qui n'ont pas encore d'enfants et dix-neuf qui sont déjà mamans. Ces patientes ont une gestité<sup>3</sup> moyenne de 3.0. 92.5 % des patientes prévoient d'allaiter. 54 % des femmes n'ont pas prévu de faire une préparation à la parentalité. 52 % des femmes ne souhaitent plus d'autres enfants après leur grossesse, 33 % en veulent encore et 15 % ne savent pas. 70 % des patientes ont déjà expérimenté une méthode contraceptive avant de tomber enceinte. Une seule femme a subi des violences verbales avant et pendant sa grossesse, aucune d'entre elles n'a subi de violences physiques. A noter qu'il est difficile d'interroger les femmes qui étaient accompagnées par leur partenaire.

## B. La faisabilité

### Les résultats quantitatifs

D'un point de vue organisationnel, l'étude montre que 85 % des entretiens anténataux sont couplés avec un autre rendez-vous au sein de la Maternité. La période identifiée comme celle de meilleure réceptivité pour cette consultation par les patientes est très largement la période anténatale (92 % = anténatale, 4 % = contrôle du post-partum à 6-8 semaines, 4 % = ne sait pas) (figure 1). Durant l'étude, le pourcentage de femmes participant à la consultation anténatale parmi celles suivies pour l'entier de leur grossesse au DFME est de 10.8 %.

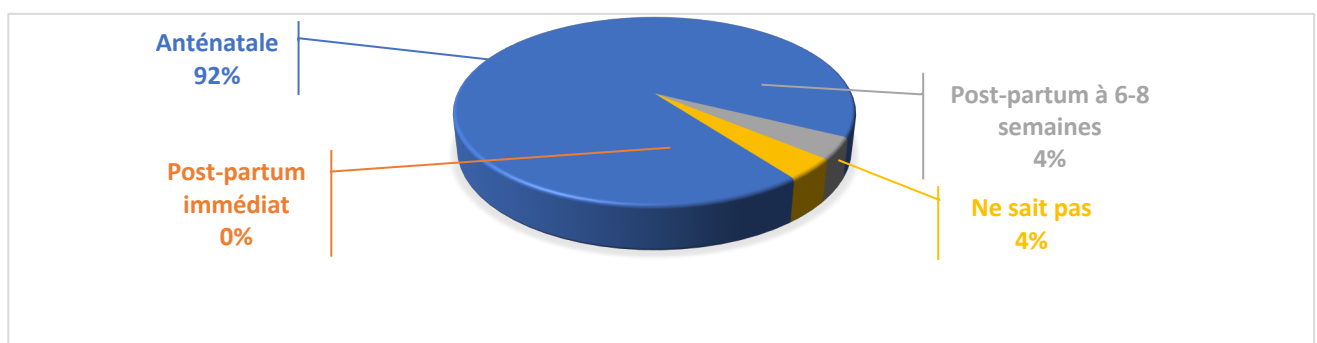


Figure 1 : Période de meilleure réceptivité selon les patientes pour ce nouvel entretien

### Les résultats qualitatifs

L'autre aspect important concernant la faisabilité de l'introduction de cette consultation est d'aborder le processus et les difficultés pratiques rencontrées lors la mise en place

<sup>2</sup> Parité: En obstétrique, nombre d'enfants dont une femme a accouché. (25)

<sup>3</sup> Gestité : Nombre de fois où une femme a été enceinte, que la grossesse ait ou non été menée à terme. (25)

de cette nouvelle prestation. Le déroulement de la création de cette consultation anténatale est décrit en détail au point 1.C. de ce travail. Pour rappel, l'idée de cette consultation est née à la suite de la mise en évidence par l'IUMSP d'un nombre élevé de demandes d'IG par des femmes ayant accouché il y a moins de deux ans (20). Dans les suites de ce constat, le Centre de santé sexuelle-PF du CHUV objective la présence d'un besoin non comblé (= *unmet needs*)<sup>4</sup> en matière de contraception durant le post-partum chez 45 % des patientes (22). Face à la présence de difficultés pour maintenir la consultation pendant la période du post-partum immédiat et à la suite de publications internationales conseillant d'aborder la contraception durant la grossesse déjà (6–8), l'idée d'instaurer une consultation anténatale voit le jour. En juillet 2016, une première réunion a lieu entre les sages-femmes de la Policlinique et les CSS-PF, cette réunion pluridisciplinaire a pour but d'évaluer la faisabilité, les résistances à anticiper et les propositions pour la mise en place de cette consultation. Il est en effet important de réfléchir en groupe puisque chaque service aura un rôle spécifique à jouer. Le point important ressortant de cette rencontre est que ce projet est acceptable s'il ne génère pas de travail supplémentaire.

La mise en place de ce projet est passée par différentes étapes importantes, notamment celle de définir la voie de recrutement des femmes participant à cette consultation. Pour cela, le Centre de santé sexuelle-PF du CHUV s'est inspiré de consultations déjà existantes comme celles concernant les stérilisations tubaires du post-partum ou les suivis du post-partum. En effet, il est décidé que le recrutement pour la consultation anténatale sera fait par les sages-femmes ou médecins-assistants de la Policlinique qui effectuent le suivi de grossesse et qui décèlent chez les patientes la présence de besoins non-comblés en matière de contraception pour la période suivant l'accouchement. Afin de favoriser l'adhésion de nouvelles patientes, le Centre de santé sexuelle-PF a créé un flyer pour cette consultation, il est disponible en salle d'attente et est distribué par les sages-femmes lors du suivi de grossesse. De plus, cet entretien anténatal a été intégré au feuillet préimprimé servant à demander aux secrétaires d'agender les rendez-vous durant la grossesse selon les besoins des femmes. De cette façon les consultations sont le plus possible couplées les unes aux autres afin de favoriser la compliance des patientes. Concrètement, les rendez-vous sont en majorité organisés par le secrétariat de la Policlinique de la Maternité. Dans certains cas, les patientes peuvent elles-mêmes prendre rendez-vous en appelant le Centre de santé sexuelle-PF.

L'étape suivante a été d'aménager progressivement le planning horaire des CSS-PF. Pour commencer, trois plages horaires de 30 minutes par semaine ont été agendées. Les premières consultations ont débuté en août 2017.

Durant la fin de cette même année et au début de l'année 2018, une phase de promotion avec de nombreuses participations planifiées dans différents colloques au sein de la Maternité (tableau 1) ont eu lieu. Le colloque général de la Policlinique et de l'Unité psycho-sociale constitue le meeting le plus visité de façon formelle par les CSS-PF, il a en principe lieu une fois par mois et regroupe l'équipe médicale, soignante et administrative de ces deux services. Il permet d'aborder les différentes problématiques organisationnelles rencontrées. De plus, les CSS-PF vont régulièrement au colloque « à la tisanerie » de manière informelle, afin de parler de leurs prestations. Cela a permis de mettre en évidence qu'il y a une méconnaissance des différentes offres de

---

<sup>4</sup> Besoin non comblé = *unmet need* : les femmes sexuellement actives qui souhaitent éviter, espacer ou limiter les grossesses mais qui n'utilisent pas de moyen de contraception moderne (19).



consultations possibles entre les différents services de la Maternité et que ces rencontres permettent de remédier à cela. Parallèlement, les interprètes qui sont souvent mandatés lors de cet entretien ont également été mis au courant de manière individuelle (intervenantes externes ne participant pas aux divers colloques) dans le but de favoriser leur adhésion à ce projet. En effet, c'est seulement à partir du mois d'avril 2018 que les plages de l'agenda électronique réservées aux entretiens anténataux ont commencé à bien se remplir, cela coïncide avec le début de la collecte des données de cette étude. Les efforts récurrents faits par les CSS-PF pour promouvoir ce projet et avec les ajustements pratiques effectués dont l'augmentation de la durée de l'entretien passant de 30 minutes à 1 heure ainsi que l'augmentation du nombre de plages horaires consacrées à cette consultation. Concernant les adaptations faites, on peut aussi citer l'élargissement des voies de recrutement qui ne se limitent plus qu'aux consultations de suivi de grossesse à la Policlinique. Actuellement les femmes accèdent à cette consultation également après une demande d'IG avec ambivalence évoluant sur une décision de continuer la grossesse, en étant adressées par leur gynécologue externe ou suite au cours de préparation à la naissance. De plus, une adaptation technique est en cours afin que chaque service de la Maternité puisse visualiser les rendez-vous prévus des femmes avec les CSS-PF et qu'il puisse plus facilement les coupler avec d'autres RDV.

En septembre 2018, les CSS-PF ont présenté une étude du type contrôle de qualité sur la consultation anténatale lors du congrès annuel de la Fédération Internationale des Associés Professionnels de l'Avortement et de la Contraception (FIAPAC) qui a eu lieu à Nantes. Les retours positifs reçus des différent·e·s professionnel·le·s présent·e·s les ont confortées dans l'utilité de cette prestation anténatale.

Tableau 2 : Liste des colloques dans lesquels la consultation anténatale a fait partie de l'ordre du jour.

Date	Type de colloque	Description de l'intervention
07.16		1 <sup>ère</sup> discussion interdisciplinaire avec les SF de la Policlinique et les CSS-PF
08.11.16	Colloque général	Rappel de l'importance de la collaboration de la Policlinique avec le Centre de santé sexuelle-PF
09.05.17	Colloque général	Présentation de la consultation anténatale aux nouveaux médecins-assistants et rappel de l'importance de la collaboration des différents services de la Maternité
16.05.17	Colloque du secrétariat	Présentation de la consultation anténatale et création d'un protocole pour coupler le suivi de grossesse à la consultation anténatale
06.02.18	Colloque général	Présentation de la consultation anténatale
06.11.18	Colloque général	Présentation de la consultation anténatale aux nouveaux médecins-assistants et rappel de l'importance de la collaboration des différents services de la Maternité

Concernant les obstacles identifiés dans la mise en place de cette consultation, les CSS-PF citent :



- Le manque de temps : insérer cette consultation au suivi de grossesse implique d'agencer un nouveau rendez-vous qui jusque-là ne se faisait pas à cette période. Cela induit un changement dans l'organisation établie pour les sages-femmes de la Polyclinique et, comme tout changement, cela induit une charge de travail supplémentaire qui représente le premier obstacle ;
- Le manque d'utilité : certains membres du personnel soignant ne sont pas convaincus que la période anténatale soit le bon moment pour parler de contraception. Ces soignants résistent au fait de proposer cette consultation à leurs patientes. Par exemple par la non-distribution aux patientes du flyer de la nouvelle consultation par les SF lors du suivi de grossesse ;
- La difficulté d'informer de la possibilité de cette nouvelle consultation. Malgré la création d'un flyer afin de promouvoir cette consultation, le changement fréquent des médecins-assistants et la charge de travail du personnel soignant tendent à faire passer en second plan cette consultation ;

Toutefois les remarques concernant l'implantation de cette nouvelle consultation sont positives, les professionnel·le·s ayant répondu sont convaincu·e·s que la période anténatale est le moment le plus adéquat pour aborder la question de la contraception dans le post-partum et sont satisfaits de cette consultation au vu du retour positif reçu de la part des patientes et des couples.

## C. L'acceptabilité

### Les résultats quantitatifs

Nous mettons en évidence que 88.5 % des femmes participantes à l'étude ont qualifié la possibilité d'avoir cet entretien de très appréciable, 7.7 % de celles-ci l'ont qualifié d'appréciable, 3.8 % de peu appréciable et aucune de pas du tout appréciable (figure 2. A). Au vu de la faible variabilité concernant cette question, nous ne pouvons pas identifier de facteurs influençant. Concernant les corps professionnels identifiés comme permettant de parler de santé sexuelle avec le plus d'aisance, nous observons à travers une question à choix multiples que 63 % des femmes nomment les CSS-PF, 59.3 % les gynécologues-obstétriciens, 11.1 % les sages-femmes, 7.4 % les médecins généralistes, 7.4 % les pédiatres, 7.4 % les infirmières et 7.4 % ne savent pas (figure 2.C.). Nous les questionnons également afin de savoir avec un professionnel de quel genre elles parlent le plus aisément de ce sujet, 41.7 % d'entre elles répondent le genre féminin et 58.3 % ne savent pas (figure 2.B.)

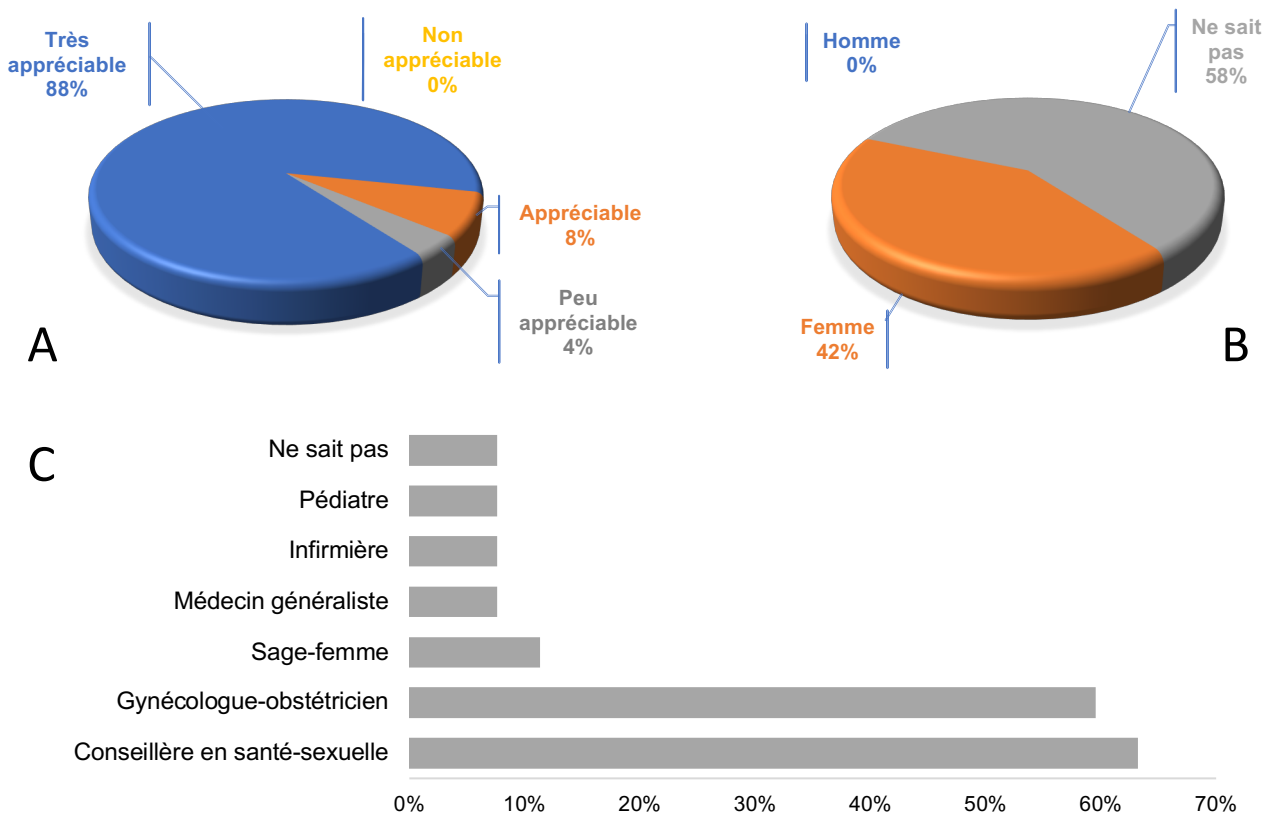


Figure 2 : Acceptabilité de la consultation anténatale auprès des patientes. En (A), un diagramme en secteurs montrant l'appréciation de la possibilité d'un entretien anténatal avec une CSS-PF. Le diagramme en (B) indique le sexe du professionnel avec lequel les patientes interrogées parlent le plus aisément de santé sexuelle. En (C), les corps professionnels considérés comme adéquats par les patientes interrogées pour un entretien en santé sexuelle.

### Les résultats qualitatifs

Les CSS-PF mettent en évidence différents points de vue quant à l'acceptabilité de cette consultation. Pour elles, le retour reçu en fin de consultation par les femmes ou les couples est positif. L'exemple de la contraception par stérilisation est notamment cité. Le fait d'en parler avant l'accouchement est un avantage et permet par exemple d'effectuer le geste à la suite d'une césarienne ou durant le même séjour hospitalier. Parallèlement, les SF de la Polyclinique ne semblent pas toutes convaincues de l'utilité de cette nouveauté contrairement à l'équipe médicale. Ces résistances sont en partie dues à la charge de travail supplémentaire que représente sa mise en place. Malheureusement, il n'a pas été possible d'interroger directement les SF de la Polyclinique en raison d'une incompatibilité d'agenda. La difficulté à organiser cette rencontre constitue un élément qui fait craindre la présence d'un manque d'intérêt pour cette consultation. Toutefois du soutien s'est ajouté du côté de la responsable des secrétariats. Son soutien a été facilitateur pour la gestion des rendez-vous dans l'agenda informatique. Les CSS-PF sont, de leur côté, convaincues que la période anténatale représente le meilleur moment pour aborder ce sujet, car elles remarquent que les patientes semblent plus disponibles que durant la période du post-partum.

Elles sont satisfaites de pouvoir proposer cette nouvelle offre et motivées à l'implanter encore plus efficacement au vu des retours positifs.

#### D. Intérêts de cette consultation

##### Les résultats quantitatifs

Lors de l'entretien, les CSS-PF décèlent les besoins subjectifs et objectifs de la femme et elles la conseillent et l'orientent en fonction. Ces besoins objectifs sont résumés dans le tableau 1. Le sujet de la contraception est identifié dans 100% des cas comme un besoin objectif. Le thème de la contraception a été investigué plus précisément et de façon non exclusive, il en ressort que dans 44.4 % des cas cela concerne une aide au choix contraceptif, dans 29.6 % des cas une instruction à l'utilisation d'un moyen contraceptif, dans 22.2 % des cas une information et dans 14.4 % un entretien motivationnel en matière de contraception. Nous observons que 33.3 % des femmes ont un besoin d'information sur la sexualité en lien avec la période de la grossesse, 3.7 % d'entre elles sont orientées dans le réseau et 3.7 % ont des besoins autres.

Tableau 3 : Besoins objectifs décelés par la CSS-PF durant la consultation

Contraception			100 %	27
Instruction à l'utilisation	29.6 %	8		
Aide au choix	44.4 %	12		
Informations	22.2 %	6		
Entretien de motivation	14.8 %	4		
N.B.: Cette précision en matière de contraception n'est pas exclusive.				
Informations sur la sexualité pendant et après la grossesse			33.3 %	9
Orientation dans le réseau			3.7 %	1
Autres			3.7 %	1

A la suite de la consultation, une volonté d'accéder à une méthode de contraception plus efficace a été observée chez treize patientes parmi les seize patientes où une possibilité d'amélioration avait été identifiée. Concernant les onze autres patientes, aucune amélioration en terme d'efficacité n'était possible en raison d'un choix contraceptif déjà fiable selon la définition avant l'entretien. Pour cette étude, nous avons classé l'efficacité contraceptive en méthode de bonne sécurité, pour les méthodes hormonales, les dispositifs intra-utérin (DIU) et la stérilisation, en méthode de sécurité moyenne pour le préservatif, le diaphragme et la méthode sympto-thermique et finalement en méthode de sécurité faible pour les autres méthodes naturelles, les spermicides et le coït interrompu. Cette classification s'inspire de celle publiée par l'OMS en 2007 (26).

Parmi les treize patientes chez lesquelles une volonté d'amélioration contraceptive a été formulée en fin d'entretien, on observe que pour cinq d'entre elles la méthode de

contraception du post-partum déjà envisagée avant l'entretien anténatal restait à définir, six d'entre elles ne l'avaient pas prévue et deux d'entre elles avaient choisi une méthode mais qui n'était pas optimale en terme de sécurité.

On note une non-influence sur le choix contraceptif suite à la consultation anténatale, lorsqu'une contraception déjà fiable était choisie. Nous observons que les trois patientes pour lesquelles une amélioration était possible, mais qui sont restées indécises, ont en commun le fait d'être nullipares, chrétiennes et d'avoir participé à une préparation à la parentalité.

Après la consultation, vingt patientes sur vingt-sept (74 %) ont un moyen de contraception prévu et défini. Parmi les patientes ayant défini un moyen de contraception, on observe que 30 % d'entre elles sont accompagnées. Alors que parmi les femmes ne définissant pas de moyen contraceptif, seules 14 % sont accompagnées. Le test exact de Fisher obtenu est  $p = 0.633$ . Cette observation n'est donc statistiquement pas significative.

On observe aussi une différence concernant la parité avec 80 % des patientes ayant vécu un premier accouchement dans le groupe avec une contraception définie en fin de consultation contre seulement 43 % dans l'autre groupe. Si on observe plus en détails, on note chez les femmes n'ayant pas d'enfant qu'il y a 57 % d'entre elles après la consultation qui doivent encore définir quel moyen contraceptif elles utiliseront après la naissance. Tandis que chez les femmes qui ont un ou deux enfants, seulement 43% d'entre elles doivent encore définir le moyen de contraception après la consultation. On observe également que chez les femmes ayant plus de deux enfants, aucune d'entre elles ne reste indécise en matière de contraception du post-partum. Toutefois le test exact de Fisher qui analyse l'utilisation prévue d'un contraceptif après la consultation en fonction du nombre d'enfants de la patiente (trois groupes) montre un  $p = 0.158$ , ce résultat n'est statistiquement pas significatif.

Concernant l'âge des patientes, nous observons une médiane avec un écart de 3 ans entre les femmes qui ont défini un moyen contraceptif après la consultation (30 ans) et les femmes pour lesquelles il est encore à définir (27 ans). A noter que l'âge moyen lui est semblable avec respectivement 29.4 ans et 29.3 ans.

La figure 3 illustre le moyen contraceptif prévu avant et après le counseling. On observe qu'avant l'entretien six femmes n'ont prévu aucun moyen de contraception après leur grossesse. Après l'entretien, toutes les femmes en prévoient un mais sept femmes doivent encore le définir. Nous remarquons également qu'avant la consultation dix femmes ont prévu une contraception de bonne sécurité et que ce chiffre passe à dix-sept après.

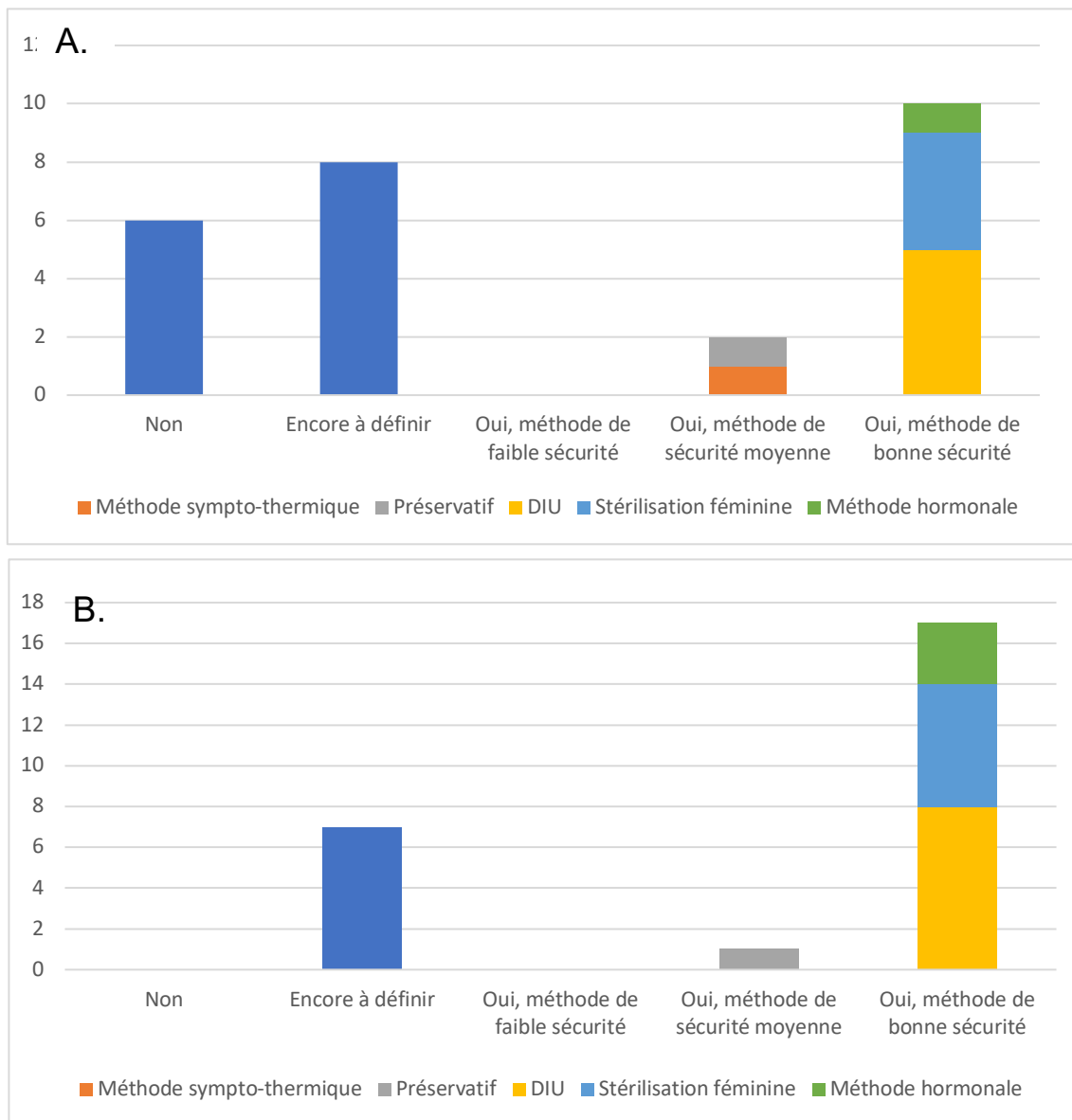


Figure 3 :

A. Utilisation prévue d'un moyen contraceptif après la naissance AVANT le counseling ?

B. Utilisation prévue d'un moyen contraceptif après la naissance APRES le counseling ?

## 5. Discussion

Ce travail est avant tout une étude de faisabilité et d'acceptabilité qui concerne l'implantation nouvelle d'une consultation en santé sexuelle durant la période anténatale au DFME sur une période de trois mois en 2018. De ce fait, cette étude concerne une population spécifique et comprend un échantillon de petite taille. En conséquence, elle n'a pas pour but d'obtenir des résultats statistiquement significatifs mais plutôt d'accompagner et d'analyser localement la procédure d'implantation de cette consultation et d'identifier les difficultés et résistances afin de fournir des pistes à la levée des obstacles. L'objectif global de cette consultation anténatale est d'améliorer le conseil contraceptif durant la période néonatale ce qui constitue une recommandation émise par le canton de Vaud en matière de santé publique.

Concernant la population étudiée à travers ce travail, certains chiffres montrent des résultats peu attendus. Il s'agit notamment du nombre de grossesses non prévues qui atteint 52 % dans la population étudiée. En comparaison à la population mondiale, l'OMS parle d'environ 20 % de grossesses non prévues qui sont finalement conservées dans le monde (27). Cet écart s'explique probablement en partie par le fait que les femmes interrogées sont des personnes chez lesquelles la présence de besoins non comblés en matière de contraception pour la période suivant l'accouchement a été décelée.

Cette étude montre que d'un point de vue organisationnel, cette consultation est faisable. Dans la grande majorité des cas, elle peut être couplée à un autre rendez-vous, ce qui permet une meilleure compliance de la part des femmes. Nous remarquons que la période identifiée comme celle de meilleure réceptivité pour cette consultation par les patientes est très largement la période anténatale (92 %), cette constatation va dans le sens de nombreuses études (5–9) comme déjà précisé au point 1.A de ce travail. Cet argument supplémentaire devrait permettre de convaincre certains soignants, qui étaient jusque-là réticents à ce changement et ainsi les aider à proposer plus facilement cette consultation à leurs patientes.

Concernant le processus global de mise en place de cette consultation, on observe que le choix pertinent et l'ajout de prestations dans un système de soin préexistant est une étape compliquée. Jusqu'à l'instauration de cette consultation prénatale se sont ainsi écoulés près de 10 ans. En effet, depuis la mise en évidence de lacunes concernant l'établissement de la contraception au post-partum plusieurs modèles d'adaptations des prestations ont été étudiés et expérimentés. Ces différentes adaptations ont cependant toutes eu une faille commune, le retard relatif du début de l'utilisation de la contraception comparé à la reprise de la fertilité et de l'activité sexuelle. De ce fait, ces modèles n'ont pas répondu de manière entièrement satisfaisante aux objectifs.

L'adaptation d'un système existant qui est établi et connu du personnel reste difficile à modifier, il est impératif d'expliquer le pourquoi du changement afin de convaincre les soignants concernés de l'utilité de celui-ci, ce travail s'intègre dans cette approche. Cette transformation est d'autant plus délicate lorsque l'emploi du temps des soignants est déjà chargé et que cela implique une potentielle charge de travail supplémentaire dans une population à risque d'épuisement professionnel (28). Cependant, l'énergie positive et le temps consacré par les soignants déjà convaincus ont permis d'impliquer de plus en plus de professionnel·le·s dans la réalisation de ce projet. En effet, actuellement cette nouvelle consultation fonctionne bien et a été favorisée au dépend des anciennes prestations, en particulier celle proposée pendant le séjour au post-partum. Malheureusement, les CSS-PF ont dû diminuer le nombre de consultations du post-partum afin de libérer du temps pour la nouvelle offre avant de savoir si cette consultation allait pouvoir s'installer dans la durée. Les consultations après l'accouchement sont désormais ciblées pour les femmes auprès desquelles un doute persiste après le conseil anténatal.

Un des aspects également importants lors d'une étude de faisabilité est de déterminer le rapport coût/bénéfice d'une prestation. Comme ce point ne faisait pas partie des objectifs de ce travail de master, il n'a pas été développé. L'activité des CSS-PF est couverte par une enveloppe budgétaire de santé publique que le DFME s'efforce de gérer de manière pertinente en ciblant son action sur les prestations les plus importantes.

Les résultats montrent également que l'acceptabilité de cette prestation est très bonne et que la forme de la consultation actuelle semble adéquate. En effet, 88% des femmes qualifient cet entretien anténatal de très appréciable et plus de la moitié des participantes (63 %) désignent les CSS-PF comme le corps professionnel le plus adéquat pour le mener à bien. Concernant le genre du professionnel, homme ou femme, qui permet de parler le plus aisément de ce sujet, la réponse est moins tranchée puisque 58 % des femmes ne savent pas contre 42 % qui choisissent le sexe féminin. Actuellement, l'équipe des CSS-PF ne compte pas de conseiller contrairement à des périodes antérieures. De plus, on remarque que les soignants informés, ayant lu la littérature concernant les avantages du conseil durant la période anténatale et les patients bénéficiant de cette prestation ont tous une opinion positive et sont convaincus de son utilité. Il est important de préciser que les éléments analysés dans l'acceptabilité de cette consultation sont influencés par un biais méthodologique de recueil des données. En effet, le formulaire de consultation est rempli par la CSS-PF elle-même, cela implique certainement que la femme interrogée donne une réponse allant dans le sens de la consultation telle qu'elle est actuellement établie plutôt que dans un sens contraire. Différentes possibilités existaient pour éviter ce biais mais cette option a été choisie afin de rester dans le cadre temporel de ce travail de master.

Concernant les intérêts de cette consultation, nous observons qu'à l'issue de l'entretien, seules trois femmes sur les vingt-sept participantes restent indécises quant au choix prévu d'un contraceptif pour la période du post-partum. Cependant, comme ces femmes ont les caractéristiques communes d'être nullipares et d'avoir participé à une préparation à la naissance, nous pouvons interpréter que ce sont des femmes impliquées dans ce projet de naissance et qu'elles considèrent toutes les possibilités en matière de contraception avant de pouvoir se décider et que ce choix requiert plus de temps que celui de la consultation. Analysé de cette façon, la consultation permet d'aider ces femmes et de les informer sur un choix futur de contraception. De même chez les onze patientes pour lesquelles aucune amélioration en terme d'efficacité n'était envisageable en raison du fait que le choix opéré avant l'entretien s'était déjà porté sur une méthode contraceptive considérée comme fiable selon les critères de l'OMS, il faut souligner que même si le choix de la méthode contraceptive est arrêté et qu'il offre une bonne efficacité pratique, l'entretien permet d'expliquer et d'amener des informations supplémentaires afin de déboucher sur une réflexion complète et d'aider à sa bonne mise en pratique le moment venu. Bien que cette étude ne développe pas le contenu du conseil contraceptif, décrit pour le lecteur intéressé dans le référentiel professionnel de SANTE SEXUELLE Suisse, il est important de rappeler que le

meilleur choix contraceptif pour une femme est celui qu'elle choisit d'elle-même. En effet, la compliance est un élément central afin de garantir une bonne sécurité contraceptive.

Nous mettons également en évidence que les femmes avec enfants, qui ont déjà vécu l'expérience du post-partum, définissent plus facilement un moyen contraceptif en fin de consultation. On observe que la prévision d'un moyen contraceptif pour le post-partum semble être proportionnelle au nombre d'enfants de la femme. Cela mène à la réflexion que les femmes profitant le plus de cette consultation sont les patientes nullipares<sup>5</sup>. En effet les patientes multipares<sup>6</sup> ont déjà, avant même d'avoir l'entretien, leur propre expérience de contraception dans la période du post-partum qui les aide dans ce choix.

On observe également que les femmes qui définissent un moyen contraceptif précis à l'issue de l'entretien sont le double à être venues accompagnées alors que les femmes ne le définissant pas précisément sont pour la moitié moins venues en couple à la consultation. Cela montre bien que le choix contraceptif est facilité s'il est partagé avec le conjoint comme le suggère un dossier de presse français en 2004 (29) ainsi que le rapport d'activité 2014 du Centre de santé sexuelle-PF du CHUV (30). A relever que lorsque le partenaire est présent lors de l'entretien, la question des violences psychiques et physiques, ancrée dans le mandat de détection de la violence que s'est donné la Maternité depuis de nombreuses années, n'est que très peu abordée par les CSS-PF. De plus, lorsque la question est mentionnée, la réponse est probablement biaisée du fait de la présence du conjoint. Il semble donc justifié de parler seul avec la patiente, pendant un laps de temps durant l'entretien, afin de favoriser le dépistage des violences.

Le nombre de participante à cette étude représente également une des limites de ce travail, tout en sachant que ce chiffre a été estimé lors de la création du protocole d'étude et qu'il a été respecté. Il n'est donc pas étonnant que les données quantitatives ne permettent pas d'obtenir des résultats statistiquement significatifs.

Concernant le point fort de ce travail, il faut soulever que l'implantation d'une consultation anténatale pour promouvoir la contraception du post-partum est un concept novateur international qui grâce à cette étude permet de faire avancer les choses localement au DFME et qui répond à un besoin de santé publique.

Il serait maintenant intéressant de continuer dans le sens de ce travail avec une autre recherche qui aurait pour objectif d'étudier l'impact pratique de cette nouvelle prestation. Les femmes seraient, par exemple, interrogées après la période du post-partum, dès 8 semaines après l'accouchement, dans le but de savoir si elles utilisent réellement un moyen contraceptif et si oui, lequel. Toutefois, il est important de noter que les échecs contraceptifs sont multifactoriels et très intimement liées à la situation relationnelle du moment (31). A moyen terme une autre recherche pourrait s'intéresser

---

<sup>5</sup> Nullipare : Se dit d'une femme qui n'a jamais accouché. (25)

<sup>6</sup> Multipare : Se dit d'une femme qui a déjà accouché plusieurs fois. (25)



aux femmes déjà mères qui consultent dans le cadre de la filière de soins LISI (Lieu d'informations et de soins relatifs à l'interruption de grossesse) du DFME. Toutefois, les nombreux biais et le nombre de participantes nécessaires rendent un tel projet difficilement réalisable et l'obtention de résultats statistiquement significatives semble utopique. Une approche qualitative pourrait par contre fournir des informations intéressantes pour l'évolution du conseil en santé sexuelle.

Enfin, il est important de rappeler que l'objectif de ce travail est de réduire le nombre d'IG survenant dans les deux ans après un accouchement. De ce fait, il est grandement souhaitable que le Service de santé publique continue à analyser de manière différencié les relevés statistiques annuelles relatives aux interruptions de grossesse dans le canton de Vaud et permette ainsi l'observation de l'évolution de ce paramètre.

## **6. Conclusion**

En conclusion, ce travail de Master démontre que l'implantation au DFME d'une consultation anténatale assurée par les conseillères en Santé sexuelle-PF et qui a pour but premier d'informer les femmes enceintes sur la reprise de la fertilité et les méthodes de contraception disponibles au post-partum est faisable. Cependant son introduction implique une diminution du nombre de consultations du post-partum en raison d'un manque de ressources. Cette étude montre une bonne acceptabilité de la part des patientes, malgré la persistance de résistances exprimées par certain·e·s soignant·e·s. Les médecins assurant à la fois les suivis de grossesse, les consultations du post-partum et le cas échéant les prestations liées aux grossesses non désirées ont réservé un accueil d'emblée plus favorable à cette nouvelle consultation. La présentation des résultats de ce travail de master a réveillé un intérêt croissant pour cette thématique au DFME.

Les données qualitatives ont en partie permis de mettre en lumière le long processus de mise en place de cette consultation qui est parsemé d'obstacles, mais rendu possible grâce à la positivité et la volonté de certains soignants particulièrement impliqués. La consultation anténatale est un concept novateur qui est appuyé par des études internationales et qui répond à une demande de santé publique locale. Concernant l'intérêt de cette consultation, en raison de la petite taille de l'échantillon actuel et des résultats obtenus basés sur les dires des patientes à un moment donné, il serait intéressant de poursuivre cette étude afin améliorer sa puissance statistique mais surtout afin de fournir des informations complémentaires et intéressantes pour l'évolution du conseil en santé sexuelle.

## 7. Références

1. Byrd JE, Hyde JS, DeLamater JD, Plant EA. Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *J Fam Pract.* oct 1998;47(4):305-8.
2. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. Fiche action n°17 : Couple, sexualité et contraception. 2010; Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3q.pdf>
3. Chaque femme, chaque enfant. La stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) [Internet]. Nations Unies; 2015 [cité 29 août 2017] p. 108. Disponible sur: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/strategie-mondiale-femme-enfant-ado-2016-2030.pdf?ua=1](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/strategie-mondiale-femme-enfant-ado-2016-2030.pdf?ua=1)
4. Robin G, Massart P, Graizeau F, Guérin du Masgenet B. [Postpartum birth control: state-of-the-art]. *Gynecol Obstet Fertil.* 23 juin 2008;36(6):603-15.
5. Yee LM, Farner KC, King E, Simon MA. What do Women Want? Experiences of Low-Income Women with Postpartum Contraception and Contraceptive Counseling. *J Pregnancy Child Health.* oct 2015;2(5).
6. Hernandez LE, Sappenfield WM, Goodman D, Pooler J. Is effective contraceptive use conceived prenatally in Florida? The association between prenatal contraceptive counseling and postpartum contraceptive use. *Matern Child Health J.* févr 2012;16(2):423-9.
7. Agarwal N, Gupta M, Sharma A, Arora R. Antenatal counselling as a tool to increase acceptability of postpartum intrauterine contraceptive device insertion in a tertiary care hospital. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 9 févr 2017;4(4):1137-41.
8. Zapata LB, Murtaza S, Whiteman MK, Jamieson DJ, Robbins CL, Marchbanks PA, et al. Contraceptive counseling and postpartum contraceptive use. *Am J Obstet Gynecol.* févr 2015;212(2):171.e1-8.
9. Lopez LM, Grey TW, Chen M, Hiller JE. Strategies for improving postpartum contraceptive use: evidence from non-randomized studies. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2014 [cité 19 déc 2018];(9). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011298/abstract>
10. ONU. Charte des Nations Unies [Internet]. 1945 [cité 19 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.un.org/fr/sections/un-charter/chapter-i/index.html>

11. ONU Femmes. Conférences mondiales sur les femmes [Internet]. ONU Femmes. [cité 4 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.unwomen.org/fr/how-we-work/intergovernmental-support/world-conferences-on-women>
12. United Nations. Déclaration et programme d'action de Beijing / Déclaration politique et textes issus de Beijing+5 [Internet]. Beijing: UN Women; 1995 [cité 25 avr 2018] p. 319. Report No.: 978-1-936291-95-3. Disponible sur: [http://beijing20.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/bpa\\_f\\_final\\_web.pdf#page=69](http://beijing20.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/bpa_f_final_web.pdf#page=69)
13. Nations Unies. Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement [Internet]. Le Caire: Nations Unies; 1994 sept [cité 4 sept 2017] p. 200. Report No.: 2-1-251103-1. Disponible sur: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd\\_fre.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_fre.pdf)
14. IPPF (Fédération internationale pour le planning familial). Déclaration des droits sexuels de l'IPPF [Internet]. 2008 [cité 1 déc 2018]. Disponible sur: [https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2013/04/pdf\\_ippf\\_sexual\\_rights\\_declaration\\_french.pdf](https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2013/04/pdf_ippf_sexual_rights_declaration_french.pdf)
15. Durand-Vallot A. Margaret Sanger et la croisade pour le contrôle des naissances. ENS Éditions. Lyon; 2012. 199p. (Les fondamentaux du féminisme anglo-saxon).
16. Bodet A. Histoire de la contraception : de la grossesse subie à la grossesse désirée [Internet]. Université d'Angers, diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie; 2014 [cité 17 oct 2018]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20080073/2014PPHA3265/fichier/3265F.pdf>
17. Walch A. Promulgation de la loi Neuwirth [Internet]. FranceArchives. [cité 24 nov 2018]. Disponible sur: <https://francearchives.fr/fr/commemo/recueil-2017/26288188>
18. Interruption de grossesse [Internet]. Code pénal Suisse oct 1, 2002. Disponible sur: <https://www.admin.ch/opc/fr/federal-gazette/2001/1257.pdf>
19. Countdown 2015 Europe. Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale : Outils de plaidoyer Mieux défendre l'importance de satisfaire les besoins. 2012.
20. Balthasar H, Spencer B. Interruptions de grossesse dans le canton de Vaud en 2006. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Raisons de santé,138); 2007 p. 39.
21. Centre de santé sexuelle - planning familial (CSS-PF). Rapport d'activité 2015. Lausanne: CHUV; 2015.
22. Coquillat F, Dufey-Liengme C, Hohlfeld P, Renteria S.-C. Les besoins non comblés en contraception dans le post-partum. 2010.
23. Statistiques internes de la Policlinique DFME du CHUV. 2011.

24. Research with human subjects : A manual for practitioners [Internet]. Swiss Academy of Medical Sciences (SAMS); 2015. Disponible sur: [http://swissethics.ch/doc/swissethics/manual\\_research\\_nov2015\\_e.pdf](http://swissethics.ch/doc/swissethics/manual_research_nov2015_e.pdf)
25. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine [Internet]. 2018 [cité 26 nov 2018]. Disponible sur: <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=parit%C3%A9>
26. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs INFO Project. Family Planning, A GLOBAL HANDBOOK FOR PROVIDERS, Evidence-based guidance developed through worldwide collaboration. 2007.
27. Organisation mondiale pour la Santé. Rapport sur la santé dans le monde, 2005 - donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Chapitre 3: Les grossesses ne sont pas toutes désirées [Internet]. WHO. 2005 [cité 19 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.who.int/whr/2005/chapter3/fr/index3.html>
28. Robbe-Kernen, Kehtari M Reza. Les professionnels de la santé face au burnout. Facteurs de risque et mesures préventives [Internet]. Revue Médicale Suisse. 2014 [cité 31 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2014/RMS-N-443/Les-professionnels-de-la-sante-face-au-burnout.-Facteurs-de-risque-et-mesures-preventives>
29. AFSSAPS, ANAES, INPES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme - Recommandations pour la pratique clinique. déc 2004;15.
30. Centre de santé sexuelle - planning familial (CSS-PF). Rapport d'activité 2014. Lausanne: CHUV; 2014.
31. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Contraception, IVG et grossesses non désirées. 2010.