



HAL
open science

Quand le pré partum rencontre le post partum

Louise Rondepierre

► **To cite this version:**

Louise Rondepierre. Quand le pré partum rencontre le post partum. Gynécologie et obstétrique. 2010. dumas-00565009

HAL Id: dumas-00565009

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00565009>

Submitted on 10 Feb 2011

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

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

AVERTISSEMENT

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

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

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

Liens

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4
Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES



Faculté de Médecine de Paris
ECOLE DE SAGES-FEMMES DE BAUDELOCQUE
Groupe Hospitalier Cochin – Saint-Vincent de Paul

Mémoire pour obtenir le **Diplôme d'Etat de Sage-Femme**

Présenté et soutenu publiquement
le : 15 avril 2010

par

Louise RONDEPIERRE

Née le 25 juin 1986

Quand le pré partum rencontre le post partum

DIRECTEUR DU MEMOIRE :
THIERRY Marie-Charlotte Sage-femme

GUIDE DU MEMOIRE:
RIVIERE Michèle Sage-femme enseignante

N° du mémoire : 2010 PA05MA20

REMERCIEMENTS

Je remercie :

l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école Baudelocque,

Marie-Charlotte Thierry pour avoir dirigé ce mémoire,

Michèle Rivière pour m'avoir guidée tout au long de mes études et du mémoire,

Michel Téboul, Sophie Gaudu et Marie-Laure Brival pour leurs conseils précieux

ainsi que les soignants et personnels des plannings familiaux des Lilas, de Bichat, de

Broussais et ceux des maternités de Port Royal, des Lilas et A. Bécère, pour leur

disponibilité.

Et tous ceux qui, de près ou de loin, ont participé à l'élaboration de ce travail.

SOMMAIRE

	Pages
Introduction	1
Première partie : entrée en matière	
La contraception du post partum	3
1. <u>Généralités</u>	3
• Historique.....	3
• Le point de vue des religions.....	5
2. <u>Quelques données en matière de contraception</u>	6
• L'efficacité des contraceptifs	7
• Les méthodes de contraception les plus prescrites.....	8
3. <u>La période du post partum</u>	9
• Les difficultés du post partum.....	9
• L'information à la contraception.....	10
4. <u>Les compétences des sages-femmes</u>	11
Particularités du post partum	13
1. <u>La sexualité du post partum</u>	13
• La reprise des rapports sexuels.....	13
• Les principaux changements.....	14
• Les difficultés rencontrées lors des rapports sexuels.....	14
• Rôle des sages-femmes.....	15
2. <u>Les grossesses rapprochées</u>	16
• Les facteurs de risque.....	16
• Les causes de ces grossesses	17
• Les risques de ces grossesses	17
Deuxième partie : étude	
Problématique	20
Méthodologie	21
Résultats	23
1. <u>Renseignements généraux</u>	23

2.	<u>Etat des lieux des connaissances des femmes</u>	24
3.	<u>Concernant leur grossesse précédente</u>	26
4.	<u>Entre leurs deux grossesses</u>	29
5.	<u>Concernant cette grossesse du post partum</u>	32
	Limites de l'étude	37
	Troisième partie : discussion	38
	Réponses aux hypothèses	39
1.	<u>Les grossesses rapprochées</u>	39
	• Caractéristiques de la population.....	39
	• L'issue de la grossesse.....	42
	• L'espace entre deux grossesses.....	42
	• Influence de la parité	42
	• La particularité du post partum.....	43
2.	<u>L'information à la contraception</u>	43
3.	<u>Le choix d'une contraception</u>	46
4.	<u>La mission des sages-femmes</u>	50
	Propositions	52
	Conclusion	53
	Bibliographie	54
	Annexe	

Quarante trois ans après la loi Neuwirth autorisant l'utilisation de méthodes contraceptives et trente cinq ans après la loi Veil, dépénalisant l'interruption volontaire de grossesse (IVG), le taux de grossesses non désirées n'est pas anodin.

D'après le dernier rapport de l'IGAS*, il y a 75% d'utilisatrices de contraception dont 45% de pilule et 20% de dispositif intra utérin (DIU). [1]

Même si le taux de grossesses non désirées décroît très lentement, il reste trop important.

Malgré le développement, l'accessibilité des méthodes de contraception et la simplicité de leur emploi, il y a toujours un problème de grossesses non désirées qui ne relève pas que de l'absence de contraception.

Certaines femmes se trouvent confrontées à une grossesse non désirée dans l'année suivant un accouchement, alors même qu'elles sortent d'un suivi médical.

Le post partum est une période de bouleversement physique, psychique et social. C'est un moment particulier dans l'histoire de la femme : elle doit adopter un nouveau rôle, celui de mère, tout en retrouvant sa vie sexuelle, sa fertilité et son état antérieur.

Elle est préoccupée par son enfant et devient, par conséquent, moins réceptive à certaines autres contraintes.

La contraception en fait partie. Pourtant, celle-ci, à condition d'être bien pensée, est indispensable si la nouvelle mère veut pouvoir s'épanouir complètement dans tous les aspects de sa nouvelle existence.

Le choix de cette contraception doit être également adapté au désir et au mode de vie de la femme et du couple.

Les sages-femmes ont un rôle essentiel dans la résolution de cette problématique de **santé publique** : réduire le taux de grossesses non désirées liés au post partum, et ce, en investissant davantage notre nouveau champ de compétences professionnelles sur le suivi des femmes.

Première Partie: entrée en matière

I. Généralités

- Historique

« Le contrôle de la fertilité humaine peut se faire selon quatre approches : la contraception conventionnelle, la contraception post coïtale (dite d'urgence), la stérilisation et l'avortement » [2]

Depuis plus de 5000 ans, des ébauches de moyens de contraception existent. Que ce soit des plantes médicinales, des ablutions ou l'ancêtre du stérilet (à base de miel ou de citron), tous ces moyens ont permis le contrôle des naissances pendant des siècles.

Malgré la volonté universelle des couples de contrôler leur fécondité, les moyens et l'information à la contraception sont réprimandés par les courants de pensée patriarcaux ou religieux qui n'autorisent le contrôle des naissances qu'à travers l'abstinence ou le mariage.

Pourtant, les hommes et les femmes ont continué l'utilisation de ces méthodes de contrôle des naissances dans un souci de santé et d'économie. [2]

Ainsi, le condom, dont l'utilisation a été discrète pendant des siècles, est très utilisé par les prostituées au 16^{ème} siècle, et dans les relations extra conjugales, où il trouve sa place en tant que protection contre les maladies sexuellement transmissibles telle que la syphilis.

Les femmes se sont toujours opposées à la fatalité de n'être « qu'un ventre ». Ce combat est, tout au long de son histoire, plus ou moins soutenu par une partie de la société mais il se heurte à certains courants conservateurs politiques, religieux et autres.

Au début du XX^{ème} siècle, malgré l'essor des mouvements sociaux et féministes, la loi condamne la publicité et la diffusion des moyens de contraception. En 1920, le gouvernement voit une France affaiblie par quatre années de guerre et se sent menacé par les esprits avant-gardistes.

Cette répression est renforcée en 1939, avec le code de la Famille. Sous le régime de Vichy, où la propagande nataliste promeut le rôle de femme au foyer.

En 1962, le conseil de l'ordre des médecins déclarera que « le médecin n'a aucun rôle à jouer et aucune responsabilité à assumer dans l'appréciation des moyens anticonceptionnels ».

En France, il faudra attendre 1967, après plusieurs années de combat acharné, notamment par le planning familial et ses militants, pour que la loi Neuwirth* soit votée. Elle interdit toute publicité mais autorise :

- la fabrication et la vente des produits contraceptifs par les pharmacies,
- la prescription médicale des contraceptifs,
- la création des centres de planification et d'éducation de la famille, lieux de diffusion de ces méthodes.

En 1968, la déclaration des droits de l'Homme des Nations Unies, à l'occasion de son vingtième anniversaire, déclarera que « les couples ont le droit fondamental de décider librement et en toute responsabilité du nombre d'enfants qu'ils veulent avoir et du moment de leur naissance ». [3]

Ce n'est qu'en 1974 que la loi Neuwirth est réellement appliquée, accordant par la même occasion, l'autorisation pour les mineures à bénéficier d'une contraception gratuite dans les centres de planning familial. Cette même année, **le remboursement des contraceptifs** est voté, permettant ainsi l'ouverture à un plus large public et reconnaissant que la régulation des naissances relève d'une affaire de santé publique.

Pendant ce temps, les méthodes naturelles (Ogino ...) se développent ainsi que les spermicides, les diaphragmes (et autres contraceptions barrières), les dispositifs intra utérin (DIU) au cuivre et les premiers contraceptifs hormonaux (pilule). [2]

*: homme politique français, ancien député et sénateur et actuel membre du Comité consultatif national d'éthique. 4

- **Le point de vue des religions**

Toutes les religions se veulent natalistes et encouragent à la procréation. Dans la Bible, il est écrit : « Croissez et multipliez ».

Avec plus ou moins d'extrémisme selon les religions et les périodes, le refus de la contraception est catégorique. Bien que des croyants soient de plus en plus réticents à cette rigidité, leurs représentants modifient peu voire pas leurs opinions.

L'islam selon lequel il est nécessaire de préserver l'équilibre social et familial n'interdit pas totalement la contraception. Les familles ont le droit de choisir le nombre d'enfants qu'elles souhaitent. La stérilisation est autorisée sous réserve d'un accord médical. L'islam considère tout de même que la fécondité est une bénédiction et que la procréation est recommandée. La contraception est à visée prophylactique.

Pour **le judaïsme**, concevoir est un devoir. La contraception est donc tolérée si les familles sont composées d'au moins deux enfants ou si la santé de la femme est en jeu. C'est l'homme qui a le devoir de procréer. La femme ne l'ayant pas, elle peut utiliser des contraceptifs. Cette autorisation n'est valable que si cela ne gêne pas le mari et après avis rabbinique. La contraception ne doit en aucun cas être un confort égoïste du couple. Les préservatifs sont tolérés en cas de maladie ou d'aide à la procréation avec collecte des spermatozoïdes.

Les protestants autorisent la contraception hormonale (1930), au sein du mariage, afin de limiter les grossesses non désirées. Depuis quelques années, voyant une dérive de cette pratique et considérant que la contraception hormonale est abortive, l'autorisation de ce type de contraception est remise en cause. Les autres moyens de contraceptions sont autorisés.

Le catholicisme prône les méthodes naturelles qui permettent de détecter les périodes fécondes afin de limiter les rapports sexuels, à condition que le couple ait déjà eu des enfants. Les recommandations du Vatican condamnent la contraception artificielle, qui rendrait infécond et briserait le lien divin entre « l'amour et la fécondité ».

Les religions orientales se positionnent différemment selon leur orientation (bouddhiste, hindouisme...) : les uns autorisant la contraception non abortive (c'est-à-dire tout sauf hormonale ou DIU), les autres autorisant la contraception non nocive pour les spermatozoïdes.

Nous rappelons qu'il est aujourd'hui démontré qu'aucune contraception n'est abortive.

De manière générale, la contraception (surtout artificielle) est associée à l'avortement de par son mécanisme et, parce qu'en cas d'échec, l'enfant n'étant pas désiré, les couples ont plus facilement recours à l'IVG. [1, 4, 6, 5, 9]

Tableau 1 : récapitulatif du point de vue des religions

Religion	Contraception naturelle	Contraception artificielle	IVG
Catholique	Oui	Non	Non
Protestante	Oui	Oui	Selon les églises ± de tolérance
Musulmane	Oui	Oui	Non
Juive	Oui	Oui (que les femmes)	Non
Bouddhiste, Hindouisme...	Oui	Non	Non (sauf celle des embryons féminins pour chez les hindouistes)

2. Quelques données en matière de contraception

75% des femmes utilisent une contraception. Parmi celles-ci, 60% utilisent la pilule, 24 % le DIU et 14% des méthodes locales [7, 10]. Ces chiffres correspondent à la trajectoire établie par le corps médical en matière de prescription.

En effet, lors de ses premiers rapports sexuels, la femme utilisera des préservatifs comme moyen de contraception mais aussi de prévention des infections sexuellement transmissibles (IST). Lorsque sa relation sera stable ou que ses rapports seront plus fréquents, alors la femme utilisera majoritairement la pilule (plus ou

moins associée au préservatif contre les IST). Ce n'est qu'après avoir eu un ou plusieurs enfants que les médecins lui proposeront le DIU. Rares sont ceux qui, comme le préconise la HAS*, le prescrivent à des nullipares. [8]

Pour une observance optimale, le médecin et la sage-femme doivent tenir compte de l'efficacité théorique et réelle du contraceptif mais aussi du mode de vie de la femme. Comme le dit Elisabeth Aubeny** « *la meilleure contraception n'est pas la plus efficace en théorie mais celle que la femme a vraiment choisie* ».

Le post partum est un moment critique pour le couple qui doit, tout en s'occupant de leur nouveau né, se retrouver et s'épanouir. Le corps de la femme change pour reprendre son état préconceptionnel. Elle va récupérer sa capacité à procréer sans pour autant désirer un enfant dans l'immédiat. Il est important pour le couple d'être conscient de la reprise potentiellement rapide de la fécondité et d'agir en conséquence. [10, 11]

- **L'efficacité des contraceptifs**

L'efficacité d'un moyen de contraception s'établit par l'indice de Pearl, c'est-à-dire le nombre de grossesse sur une année d'utilisation pour cent femmes. Cet indice donne aux soignants des éléments d'argumentation pour proposer un mode de contraception efficace et correspondant au désir de la femme.

Parmi les contraceptifs les plus efficaces, nous retrouvons l'implant, le DIU aux progestatifs, le DIU au cuivre et la pilule. [2]

Ce classement nous montre bien que la prescription d'un moyen de contraception n'est pas déterminée seulement par l'indice de Pearl.

De plus, aucune étude ne mesure cet indice dans la période du post partum qui est une période charnière en matière de contraception.

Nulle femme utilisant un moyen de contraception n'est à l'abri, pendant sa vie sexuelle, d'un oubli ou d'un défaut d'utilisation. Il est indispensable qu'elle sache comment récupérer la situation à temps ou comment avoir accès à un professionnel de santé.

* : Haute Autorité de Santé

** : directrice de l'Association Française de Contraception

- **Les méthodes de contraception les plus prescrites**

Que les femmes allaitent ou pas, elles se voient prescrire, dans le post partum, pour plus de 2/3 d'entre elles, une pilule (progestative pour les unes et oestro-progestative pour les autres). Cette habitude répond à la trajectoire élaborée par les prescripteurs. [12, 13]

En France, la pilule reste le moyen de contraception le plus prescrit tout au long de la vie génitale de la femme. **Ainsi, en 2000, nous recensons un peu moins de 50% d'utilisatrices de pilule, loin devant le DIU (18%).** [14]

Nous sommes face à un des paradoxes les plus flagrants de la contraception. La pilule est la plus prescrite mais aussi la plus demandée par les femmes alors qu'elle est aussi la plus contraignante au quotidien. [12, 15]

« Il est absolument essentiel de faire la différence entre les méthodes contraceptives les plus efficaces et celles qui sont les plus pratiques pour une femme à un moment donnée d'une relation » N. Bajos* [16]

Les femmes n'osent pas toujours demander un autre moyen de contraception et les soignants ne leur proposent pas d'alternatives. Pourtant, **le post partum est une période propice à la réflexion sur le meilleur moyen de contraception, étant donné le changement de mode de vie de la femme.**

La stigmatisation du préservatif porte préjudice dans le post partum car ce pourrait être une bonne alternative à la pilule progestative dans l'attente, pour certaines, d'un autre moyen de contraception (DIU par exemple). [11]

Comme nous le verrons plus tard, les premiers rapports sexuels après un accouchement sont imprévus et occasionnels les trois premiers mois. L'observance de la pilule peut paraître alors moins évidente que l'utilisation ponctuelle de préservatif.

Même si certaines méthodes contraceptives sont plus prescrites que d'autres, **il y a toujours un décalage entre ce que les femmes désirent et ce à quoi elles ont accès.** En effet, 47% des femmes sortent de la maternité sans prescription ou sans information. [15]

Cette situation montre la difficulté que les soignants ont, notamment à cette période, d'aborder avec les femmes et les couples un sujet sensible, encore un peu tabou.

3. La période du post partum

Le post-partum débute deux heures après la délivrance et va durer en moyenne six semaines, pour se terminer par le retour de couches*. Il peut donc durer plusieurs mois après l'accouchement**. C'est une phase de transition durant laquelle la femme doit apprendre son nouveau rôle de mère et retrouver son ancien rôle de femme au sein de la société et du couple. Pendant cet état intermédiaire, nous devons l'accompagner et l'informer pour qu'elle puisse s'épanouir au mieux. C'est un moment complexe et ambivalent car la femme attend beaucoup d'informations mais n'est pas forcément disponible pour les recevoir.

- **Les difficultés du Post Partum**

Le post partum est une période particulière pour le couple car, après plusieurs mois d'infertilité, il doit trouver un moyen de contraception efficace, s'il ne souhaite pas avoir un autre enfant, dans un temps rapproché. La femme, après les bouleversements entraînés par la grossesse et l'accouchement, doit se réapproprier son corps. [12, 18]

Il est important de refaire le point sur les moyens de contraception antérieurs afin de proposer une méthode appropriée aux modifications biologiques et aux choix de la femme. [17]

Les bouleversements de la vie sexuelle, à cette période, favorisent l'oubli de la pilule. **Plus de 50% des utilisatrices de la pilule l'oublient dans le post partum** et surtout près de **90% des femmes changent de moyen de contraception dans l'année suivant un accouchement**. C'est-à-dire qu'une grande majorité d'entre elles va se retrouver dans une situation à risque. [17]

L'adhésion de la femme et de l'homme à leur contraception est un point fort de la bonne observance. Aborder la question des méthodes naturelles qui, aux yeux de beaucoup de soignants, n'est pas fiable, nous paraît indispensable. Les femmes qui utilisent ces moyens de contraception continueront à le faire sans l'avis du médecin

* : retour des menstruations

** : Ici, nous considérerons que cette période s'étend tout au long de l'année suivant l'accouchement

mais aussi sans connaître les modifications que le post partum apporte à leur efficacité.

La MAMA (méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée) est une des méthodes naturelles la plus utilisée dans le monde et elle est, de loin, la méthode naturelle la plus efficace à cette période. La femme qui décide donc de la pratiquer doit être informée de ses règles strictes et de son taux d'efficacité. **Il faut savoir proposer une contraception complémentaire (spermicides, méthodes barrières, préservatif) pour les femmes qui ne souhaitent pas de méthodes hormonales.** [17]

L'étude menée par Corinne Lafont Delpit [14], montre qu'un petit nombre de femmes qui, a priori, ne désiraient pas d'enfant, n'avait pas de moyen de contraception. Il existe bien un défaut d'accès à la contraception.

- **L'information à la contraception**

- œ **Le point de vue des femmes**

Quand les femmes sont interrogées sur l'information donnée en matière de contraception, elles se disent plutôt satisfaites pour 50% d'entre elles. Plus de 70%, pensent avoir choisi leur moyen de contraception. [12, 19, 20]

Les femmes considèrent que le moment le plus approprié pour recevoir une information sur la contraception est le post partum.

Dans l'ensemble, les femmes désirent avoir ces éléments plusieurs fois. Ceci leur permet de mieux assimiler les points essentiels en matière de contraception du post partum et d'établir un réel choix. [12, 19, 20]

- œ **Le point de vue des sages-femmes**

Tous les intervenants en périnatalité s'accordent pour dire que les suites de couches ne sont pas le meilleur moment pour aborder le sujet délicat de la contraception du post partum. Plusieurs arguments sont rapportés :

- la faible réceptivité des femmes face une multitude d'informations.
- la représentation qu'a la femme de son corps, de son couple.
- les femmes sont plus réceptives en ce qui concerne l'enfant.
- l'absence de rapports sexuels.

Moins d'un quart des femmes reçoivent des conseils en anté natal malgré les recommandations de la HAS [8].

Les consultations pré natales sont courtes et chargées de renseignements. Les cours de préparation à la naissance sont tout aussi riches et une séance supplémentaire est difficile à programmer.

Souvent, les sages-femmes expliquent leur difficulté à trouver le moment le plus opportun, en suites de couches, pour donner une information simple, claire et suffisamment exhaustive. [12, 19]

Pourtant la contraception va devenir très vite, après la grossesse, un problème indispensable à régler si les femmes veulent pouvoir planifier leur prochaine grossesse.

Certaines maternités organisent un groupe de paroles en suites de couches pour permettre aux femmes d'échanger leurs connaissances et expériences en matière de contraception et de poser des questions. Ces séances sont encadrées par une sage-femme. Ce type de fonctionnement permet à la sage-femme, lorsqu'elle va prescrire la contraception, d'avoir une femme avertie des différentes méthodes et ayant un choix pré-établi. Ceci permet aussi un gain de temps non négligeable. [12]

Cet état des lieux montre toute la difficulté à organiser les services de façon à consacrer plus de temps à cette information à la contraception durant cette période.

4. Les compétences des sages-femmes

Depuis la loi du 9 août 2004, la sage-femme bénéficie du droit de prescription de la contraception dans le post partum et post abortum.

L'arrêté du 23 février 2004 et celui du 12 octobre 2005 précisent la liste des contraceptifs que la sage-femme a le droit de prescrire [21] :

- Spermicides
- Contraceptifs hormonaux oraux, transdermiques, injectables, l'anneau vaginal et l'implant (sauf ablation)
- Diaphragme et capes
- Contraception d'urgence

Dans ses recommandations en 2004, l'ANAES* précisait qu'en matière de contraception du post partum, une information précoce est nécessaire pour une meilleure observance. Elle préconise celle-ci pendant la grossesse, soit pendant les cours de préparation à la naissance, soit pendant les consultations individuelles. L'ANAES souligne le rôle de la sage-femme dans ce domaine. [8]

Ces nouvelles compétences des sages-femmes exigent qu'elles bénéficient de connaissances complètes et actualisées (formation initiale et continue).

Les sages-femmes doivent néanmoins trouver le temps d'élaborer avec la femme et le couple, une stratégie contraceptive efficace et adaptée à chacun.

Le 22 juillet 2009, avec l'adoption de la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires », les sages-femmes ont vu leurs champs de prescriptions s'élargir en matière de contraception et de suivi gynécologique.

Les nouvelles dispositions législatives du code de santé publique modifient l'article L 4151-1 et permettent ainsi aux sages-femmes de *réaliser des consultations de contraception et le suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique.* [22]

La modification de l'article L 5134-1 accroît la liste des droits de prescription des sages-femmes. Elles sont habilitées à prescrire et à poser les dispositifs intra utérin. [22]

Ces compétences ne sont pas aisées à mettre en pratique lorsque l'on connaît la charge de travail des sages-femmes.

Pour autant, ce pourrait être l'occasion de faire reconnaître et valoriser le nouveau rôle des sages-femmes dans la planification des naissances et d'en faire bénéficier un plus grand nombre de femmes.

*: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, devenue depuis août 2004 la HAS

1. La sexualité du post partum

Après une grossesse, la femme est, socialement, pleinement reconnue dans son identité. Pourtant, elle vient de subir des bouleversements physiques et psychiques qui interféreront dans sa vie, notamment sexuelle.

Parmi ces changements, nous retrouvons fréquemment une baisse de la libido à laquelle s'ajoutent souvent des séquelles de l'accouchement (cicatrice de césarienne, épisiotomie, sécheresse vaginale...) et une absence d'information sur les conditions de reprise des rapports sexuels. Tous ces éléments influencent la baisse du désir sexuel.

- **La reprise des rapports sexuels**

En moyenne, les couples ont leur premier rapport sexuel sept semaines après la naissance de leur enfant. [23]

Tableau 2 : Reprise des rapports sexuels après un accouchement

Semaines post partum	6 semaines	12 semaines	24 semaines
Reprise des rapports sexuels	57%	82%	90%

La reprise de ces rapports sexuels ne se fait pas sans difficulté. En effet, s'il n'y a aucune corrélation entre la date de reprise des rapports sexuels et le mode d'accouchement, la fin de la grossesse (hémorroïdes, prise de poids, varices...) conditionne cette reprise. Un mois après l'accouchement, environ 17 à 30% des femmes se plaignent de dyspareunies*. [23]

Cependant, nous remarquons une amélioration du plaisir des femmes comparé à celui ressenti avant la grossesse. [24]

* : douleur lors des rapports sexuels

- **Les principaux changements**

Les modifications sont psychologiques : la mère est préoccupée par sa relation avec son nouveau né. Elle se place comme une mère et non plus comme une femme. Il faut attendre que le remaniement psychique se fasse pour qu'elle s'adapte aux besoins de son enfant.

Compte tenu **des variations d'humeurs** du post partum, notamment avec le « baby blues », les femmes sont moins réceptives aux stimulations externes. Cette réaction concerne entre 30 à 80% des femmes [25]. Ce bouleversement est d'autant plus prévisible que les femmes sont de plus en plus seules à leur retour de la maternité.

Le rôle social de la femme change. Il est très angoissant et entraîne parfois des bouleversements jusque dans le couple.

Avant la rééducation périnéale, **la diminution de la tonicité du périnée** explique quelques insatisfactions. La rééducation a donc un effet bénéfique sur la reprise des rapports sexuels. Elle permet aussi à la femme de visualiser différemment son vagin et de parler de la reprise des rapports sexuels. [26]

- **Les difficultés rencontrées lors des rapports sexuels**

64% des femmes décrivent ainsi leurs problèmes de sexualité durant cette période :

- la diminution de la **libido** due à l'imprégnation hormonale, à l'allaitement maternel à la fatigue et l'anxiété
- **les dyspareunies**, dues notamment aux lésions périnéales. Par contre, les femmes n'ayant eu aucune lésion périnéale ont plus de plaisir lors de leurs rapports sexuels
- **la sécheresse vaginale** due à l'imprégnation hormonale
- **la représentation du corps de la femme** : les seins ne sont plus rapportés au plaisir conjugal mais au désir du bébé ; le vagin n'est plus une zone d'orgasme mais de douleur
- **la représentation de l'homme à l'égard de sa femme devenue mère.** C'est la même problématique lors de la relation de l'homme à sa femme en état de grossesse : certains hommes sont gênés par le statut maternel de leur femme et, par conséquent, le rapport à l'interdit de l'inceste.

Après un accouchement la baisse de la libido est physiologique.

Il est nécessaire d'informer les couples sur les changements engendrés par la naissance d'un enfant, de les rassurer sur la normalité de ceux-ci dans leurs relations conjugales et sexuelles. [23, 27, 28]

- **Rôle des sages-femmes**

En France, la sexualité est encore un sujet tabou. C'est pourtant une question indissociable et complémentaire de la contraception car sans relation sexuelle, pas besoin de contraception.

Cette question de la sexualité du post partum a suscité une réflexion sur le rôle de des sages-femmes et des personnels soignants. En effet, pendant longtemps et encore aujourd'hui, il y a une certaine résistance du corps médical à aborder cette question avec les femmes et les couples.

Nous remarquons d'ailleurs une pauvreté en matière d'études françaises sur le sujet. Lorsque celles-ci sont réalisées, les auteurs s'accordent à démontrer **qu'il existe une diminution de la libido mais surtout déplorent l'absence d'éducation sur la sexualité.**

Le rôle des sages-femmes prend alors tout son sens car ce sont des interlocuteurs privilégiés de par leur suivi complet des femmes, pendant et après leur grossesse.

Nous devons lutter contre l'idée selon laquelle les rapports sexuels ne peuvent reprendre qu'après « l'accord » du médecin lors de la visite post natale.

Le meilleur moment pour en parler, tout comme pour la contraception, est difficile à trouver et varie d'un couple à un autre. Nous pouvons nous accorder à dire **qu'aborder le sujet, à différents moments de la grossesse, reste une bonne alternative et permet aux femmes d'assimiler au mieux l'information.**

La vie sexuelle des femmes diminue à cause de la fatigue et de l'attention qu'elles portent à leur enfant. Ces changements peuvent être momentanés ou durables. C'est pourquoi, une information sur tous ces bouleversements est importante.

Celle-ci doit être accessible au conjoint qui, bien souvent, se retrouve seul avec ses angoisses de père et d'amant. D'ailleurs, quand ils sont interrogés, une majorité d'entre eux ont peur de prendre des initiatives et de s'interposer au sein du couple mère-enfant. [25, 30]

2. Les grossesses rapprochées

Les femmes désirent, en moyenne, espacer leur grossesse de deux à trois ans. Pourtant un certain nombre de femmes seront enceintes dans l'année qui suit un accouchement et très peu l'auront voulu. [14]

Après une pause d'environ neuf mois, le cycle menstruel réapparaît progressivement. La progestérone et les œstrogènes sont à nouveau sécrétés, à nouveau, et les premières règles, alors appelées retour de couches, surviennent.

La date du retour de couches varie selon les femmes et leur mode d'allaitement. Il arrive entre le 35^{ème} jour et jusqu'à plusieurs mois après l'accouchement pour les femmes allaitantes.

L'ovulation, comme pour tous les cycles, se produit en moyenne 14 jours avant les menstruations. Ce qui signifie que nous ne connaissons pas la date de la première ovulation, d'autant plus que les premiers cycles sont parfois anovulatoires.

Cette incertitude doit nous faire considérer toutes les femmes fertiles dans les premiers mois suivant l'accouchement. Nous devons donc leur prescrire une contraception efficace si elles le désirent.

- **Les facteurs de risques**

- **Les femmes ayant un niveau socio-économique défavorable** sont plus exposées au risque de grossesse rapprochée. Pourtant, plus de 90% des femmes (tous niveaux économiques confondus) ont pensé à une contraception. Le manque d'accessibilité aux différentes méthodes de contraception est-il un frein ?
- Il n'est pas rare de voir des femmes, dites « infertiles », enceintes juste **après une grossesse obtenue par procréation médicalement assistée**. Il faut oser aborder la question de la contraception avec ces femmes qui sont parfois persuadées de ne pas pouvoir avoir d'enfant sans aide. Certaines causes d'infertilité sont inexplicables et liées au psychisme.
- **Les femmes célibataires** sont plus à risque car le changement de partenaire et l'irrégularité des rapports sexuels créent quelques confusions dans le mode de contraception.

- Pour plusieurs auteurs, le **jeune âge** de la femme pourrait être un facteur de risque. Est-ce le fait que ces femmes soient plus fertiles ou qu'elles présentent des comportements à risque ? [31]
- **Les causes de ces grossesses**
 - **Une contraception non adaptée :**

Comme nous l'avons vu précédemment, l'oubli de la pilule est très fréquent. Les femmes, ayant oublié leur contraception, n'utilisent pas forcément un moyen d'urgence car elles minimisent souvent le risque de grossesse après un accouchement. [31]
 - **Un défaut d'information :**

Celui-ci porte notamment sur le mode d'emploi des méthodes contraceptives, leurs effets secondaires et les réflexes à avoir en cas d'échec ou d'oubli d'une méthode. Même si une information manquante ou défailante n'est pas le seul facteur responsable de la mauvaise observance en matière de contraception.
 - **Un défaut lors du relais de contraception :**

Entre deux contraceptions ou à l'occasion d'un renouvellement, les femmes peuvent se retrouver sans protection. Ces situations sont d'autant plus observables lors de changement de méthode de contraception.
 - **L'ambiguïté du désir de grossesse :**

C'est une des causes retrouvées chez les femmes ayant une observance médiocre en matière de contraception.
 - **La domination masculine :**

Elle explique aussi une des causes de ces grossesses en mettant la femme sous l'emprise de son compagnon qui n'envisage pas la maternité de la même manière.
- **Les risques de ces grossesses**
 - **La prématurité :** surtout si la grossesse arrive dans les six mois suivant un accouchement, avec 18.8% dans le groupe des femmes ayant une grossesse rapprochée vs 7.7% dans le groupe témoins. [31]

- **La mortalité périnatale**
- **Le retard de croissance intra utérin** dû à un plus haut risque de pré éclampsie et à des carences nutritionnelles : conséquence de la grossesse précédente et d'un éventuel allaitement. [31]
- **L'hypotrophie du nouveau-né** due probablement à la prématurité et à l'état nutritionnel de la femme.

Ces risques sont, principalement, expliqués par la fatigue maternelle, l'anémie, les béances cervico-isthmiques suite à un accouchement proche.

Deuxième Partie: *étude*

En 2009, en France, nous disposons d'une dizaine de méthodes de contraception, différentes dans leur composition, leur efficacité, leur durée d'action et leur mode d'administration.

Depuis quelques années, une politique de prévention visant à mieux informer les femmes de ces différents moyens est menée. Celle-ci doit permettre de sensibiliser la population sur l'importance de la régulation des naissances pour la santé de la femme et de l'enfant. Cette information est de plus en plus médiatisée. Certains centres de planification travaillent avec les groupes scolaires et les maisons de quartier pour faire de la prévention auprès des jeunes.

Mais, que ce soit pour des raisons sociales, culturelles ou médiatiques (défaut dans la chaîne de communication), nous remarquons que beaucoup de femmes sont encore insuffisamment informées.

Or, pendant la grossesse et notamment dans le post partum, les femmes devraient avoir, en suites de couches, à la visite post natale et lors de la rééducation du périnée, une information complète et personnalisée, comme le recommande la Haute Autorité de Santé depuis 2004. [8]

Malgré cette stratégie, le nombre de grossesses rapprochées et non désirées demeure non négligeable.

Voici pourquoi nous nous sommes posés ces deux questions :

- **Quelles sont les conditions de survenue de ces grossesses dans l'année suivant un accouchement ?**
- **Comment pourrions-nous diminuer leur nombre lorsque celles-ci ne sont pas désirées ?**

Pour comprendre les conditions de survenue d'une grossesse dans l'année suivant un accouchement, nous avons émis plusieurs hypothèses :

- le temps passé auprès des femmes et le moment choisi par les professionnels de santé ne permettent pas d'avoir une information éclairée en matière de contraception après une grossesse,
- les contraceptifs prescrits ne sont pas adaptés au mode de vie de la femme,
- la survenue d'une grossesse rapprochée et son issue dépendent du milieu socio-culturel des femmes,
- la multiparité est une contrainte supplémentaire pour la bonne observance de la contraception dans le post partum,
- les sages-femmes ont une place centrale en obstétrique, ce qui leur permet de diffuser une information à la contraception et de la prescrire.

Pour répondre à ces hypothèses, nous avons effectué une étude qualitative descriptive à partir d'entretiens semi-directifs.

Pour cela, nous avons mené une enquête auprès de femmes étant enceintes dans l'année suivant un accouchement.

Entre le 25 juin 2009 et le 25 septembre 2009, nous avons travaillé dans trois plannings familiaux : Les Lilas, Broussais et Bichat ainsi que dans trois maternités : Les Lilas, Port-Royal et Clamart.

Nous avons choisi ces différents lieux afin de limiter les biais de sélection et de recrutement. En effet, Les Lilas (93) et Bichat (18^{ème} arrondissement de Paris) ont en grande partie une population défavorisée alors que Port-Royal (14^{ème} arrondissement de Paris) et A. Bécclère (92) ont une population de femmes ayant des niveaux socio-économiques comparables.

Quels que soient l'issue de la grossesse, le moyen de contraception utilisé ou le désir initial de grossesse rapprochée, toutes les femmes se trouvant dans cette situation ont été incluses. Seules les femmes ne parlant pas le français ont été exclues de notre étude.

Afin de répondre à notre quatrième hypothèse selon laquelle la multiparité est une contrainte pour la bonne observance de la contraception dans le post partum, nous avons essayé d'interroger autant de femmes primipares que de multipares.

Nos entretiens ont tous été enregistrés et nous ont permis d'avoir le maximum de résultats exploitables. Ces rencontres ont duré en moyenne 27 minutes. Les femmes étaient libres, à plusieurs reprises, de poser des questions ou d'exprimer leur ressenti.

Pour certaines d'entre elles, il nous a fallu donner une information sur la contraception.

Nous avons interviewé les femmes poursuivant leur grossesse en anté natal afin que les questions concernant leurs connaissances ne soient pas modifiées par de nouvelles informations.

Pour les femmes désirant interrompre la grossesse, nous avons effectué les entretiens en post IVG. Ces dernières étaient plus aptes à parler de leur intervention après celle-ci. Les réponses sur l'information à la contraception étaient donc un peu différentes car elles avaient déjà reçu une nouvelle information en post abortum.

Nous avons ainsi pu interroger 15 femmes. Tous nos entretiens se sont révélés exploitables.

Hélas, nous n'avons pas pu interroger autant de femmes interrompant leur grossesse que de femmes la poursuivant car nous avons été confrontés aux difficultés de manque de personnel de certains centres de planification ainsi qu'à la fermeture d'un centre au moment de l'étude.

Par ailleurs, les femmes se trouvant dans la situation délicate de demande d'interruption volontaire de grossesse, ne souhaitent pas, toutes, s'exprimer à ce sujet.

Deux logiciels, Sphinx[©] et Excel[©], nous ont permis d'exploiter nos résultats.

1. Renseignements généraux

• Situation des femmes

Les femmes ont en moyenne **31 ans**, une seule femme a moins de 26 ans et quatre ont plus de 34 ans.

Les femmes que nous avons interviewées sont pour 80% de nationalité française. Deux femmes n'avaient pas de papier d'identité. Toutes avaient une protection sociale.

Neuf femmes sur quinze exerçaient une profession. Parmi elles, **70% travaillaient à plein temps** et 50% avaient un CDI*.

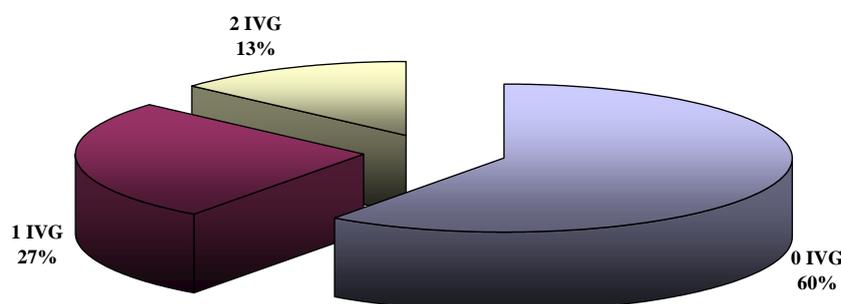
60% des femmes interrogées étaient **primipares**. Les multipares avaient, pour la grande majorité, deux enfants.

26.6% des femmes avaient eu un ou plusieurs antécédents de fausses couches précoces.

60% des femmes n'avaient **jamais eu recours à IVG**. Parmi celles ayant interrompue volontairement une grossesse, plus de 66% ont eu des suites simples ; 33% ont eu des difficultés physiques et 16% des difficultés psychiques.

Figure 1 : Antécédent d'IVG

N= 15

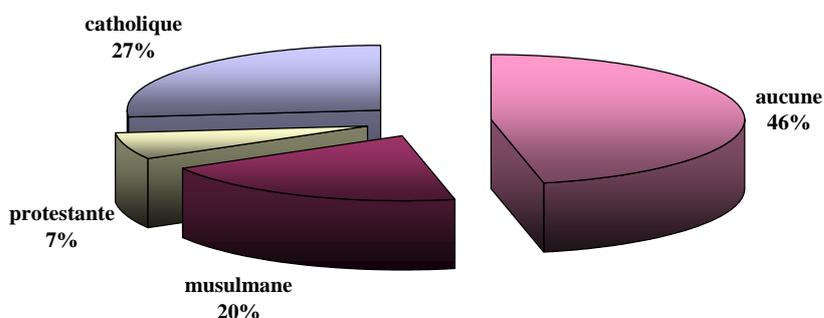


46% des femmes interrogées ne pratiquent aucune religion. 27% pratiquent la religion catholique et 20% la religion musulmane.

* : Contrat à Durée Indéterminée

Nous n'avons pas eu l'occasion d'interroger des femmes de confession juive ou orientale afin de comparer les pratiques.

Figure 2 : Religion pratiquée



- **Situation du couple**

Une femme est célibataire ; les autres sont en couple : mariées, pacsées ou en concubinage.

Les revenus des foyers vont de 550 euros par mois à plus de 3000 euros, avec plus de 50% se trouvant au-dessus de 1500 euros par mois.

Les femmes **ne se sentent pas isolées** pour plus de 66% d'entre elles. Pourtant, 20% n'ont bénéficié d'aucune aide domestique et 66% n'ont que leur conjoint.

2. Etat des lieux des connaissances des femmes

- **La contraception**

Afin de comprendre leur choix, nous avons évalué les connaissances des femmes en matière de contraception.

Nous notons ainsi que :

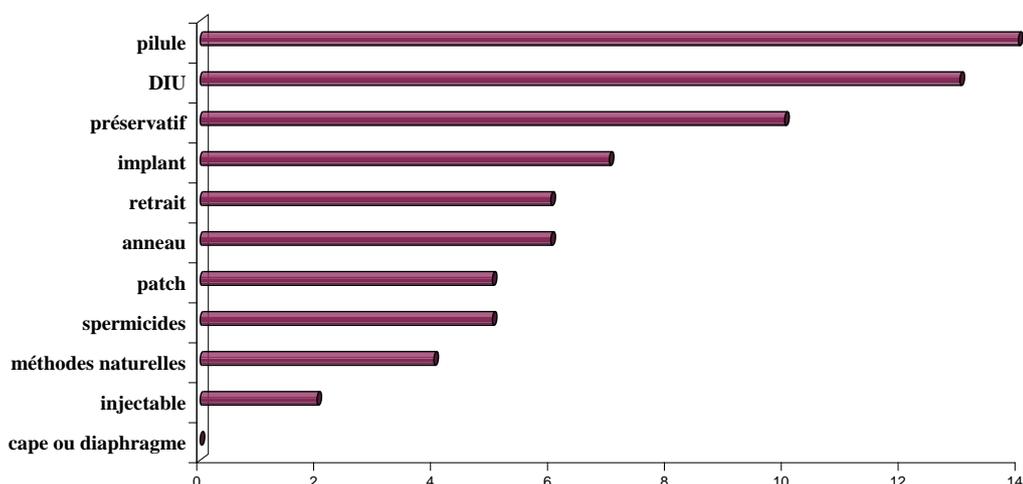
- **14 femmes sur 15 connaissent la pilule**
- 12 femmes sur 15 connaissent le DIU
- **10 femmes sur 15 connaissent le préservatif**
- 7 femmes sur 15 connaissent l'implant
- 6 femmes sur 15 connaissent l'anneau et 6 le retrait
- 5 femmes sur 15 connaissent le patch et 5 les spermicides
- 4 femmes sur 15 connaissent les méthodes naturelles

- 2 femmes sur 15 connaissent la contraception injectable

Aucune femme ne citera, lors de l'entretien, le diaphragme ou la cape.

Ces résultats sont repris dans la figure 3 ci-dessous.

Figure 3 : Connaissances en matière de contraception



- **La physiologie de la femme**

Concernant les savoirs généraux sur la physiologie du post partum, le retour de couches, le retour de l'ovulation ..., les femmes se sentent globalement « perdues ». Nous avons ressenti, lors de nos échanges, une grande confusion entre les différentes informations reçues par les femmes.

En effet, lorsque nous demandons aux femmes si une grossesse peut survenir avant le retour de couches, **33.3% ne savent pas** répondre à la question et 26.7% répondent NON. Par conséquent, 60% des femmes ne connaissent pas le fonctionnement du cycle menstruel.

- **La contraception d'urgence**

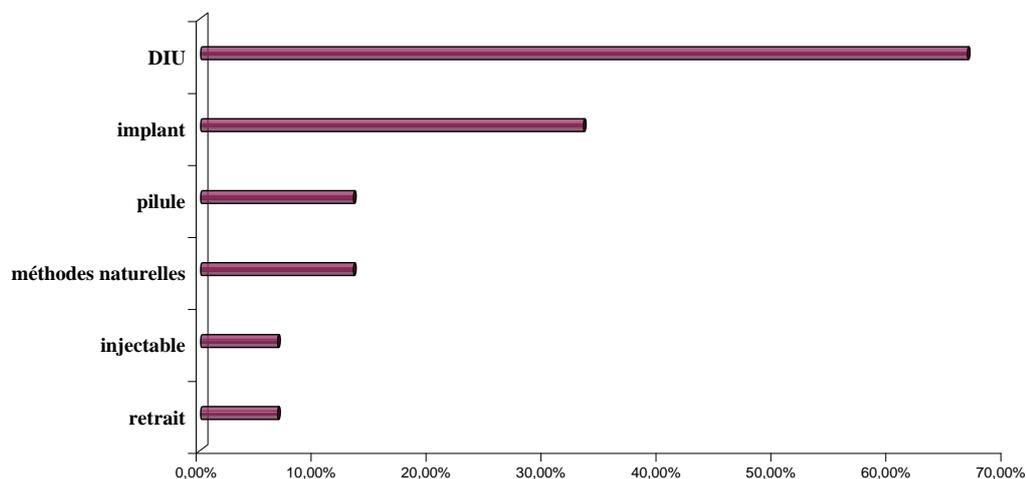
87% des femmes **connaissent l'existence de la contraception hormonale d'urgence**. Par contre, aucune ne sait que le dispositif intra utérin peut être aussi une méthode d'urgence.

- **La contraception adaptée**

Nous nous sommes interrogés sur la contraception que les femmes considéraient comme la plus adaptée.

Nous remarquons alors que plus de **66% des femmes citent le DIU**, 33% l'implant, **13% la pilule** et les méthodes naturelles. Aucune femme ne citera le patch ou l'anneau comme moyen adapté.

Figure 4 : Contraception considérée comme la plus adaptée



Les femmes associent la contraception la plus adaptée à **l'efficacité** pour 73% d'entre elles, à **l'absence d'oubli** pour 40% et à **l'absence d'effet secondaire** pour 20%.

Seule une femme citera le **coût** comme argument dans le choix d'une méthode contraceptive et 13.7% citeront le fait que la méthode doit être **non invasive**.

3. Concernant leur grossesse précédente

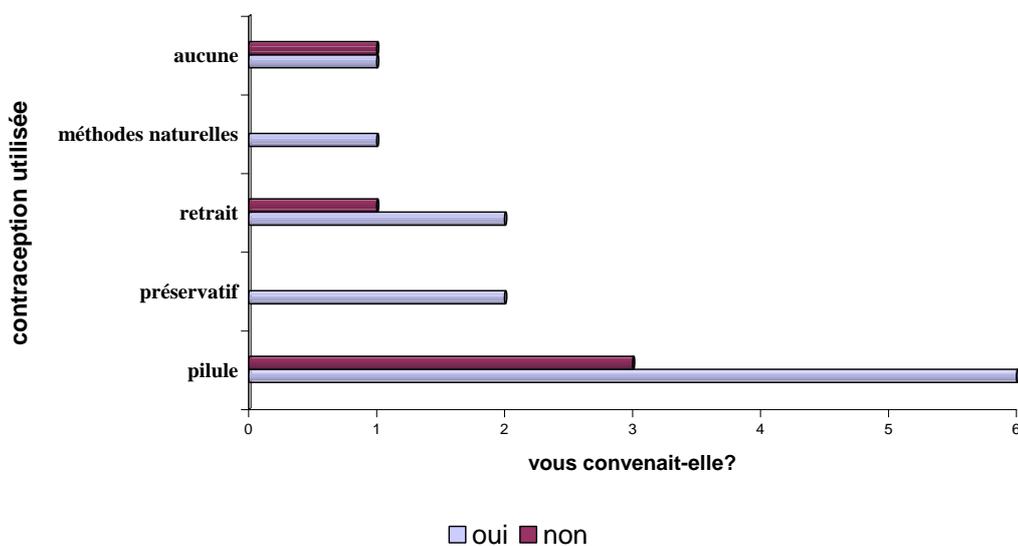
- Contraception antérieure

60% des femmes utilisaient la pilule avant la grossesse précédente et, pour plus de 65% d'entre elles, cette méthode leur convenait.

13.3% utilisaient des préservatifs comme moyen de contraception et 20% utilisaient la méthode du retrait, pouvant être associée à une méthode naturelle.

Deux femmes n'avaient jamais utilisé de méthode de contraception avant leur grossesse.

Figure 5 : Contraception antérieure et convenance



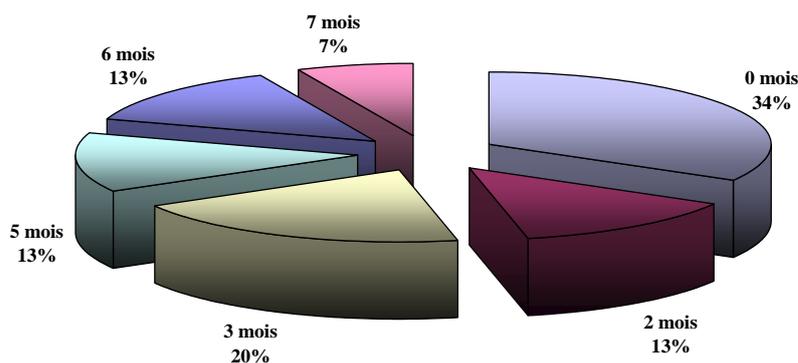
Une seule femme n'avait pas programmé sa grossesse précédente.

- **L'allaitement**

34% des femmes n'ont pas allaité leur enfant lors de leur grossesse précédente.

20% des femmes avaient allaité leur enfant jusqu'à six mois et au-delà lors de leur grossesse précédente.

Figure 6 : Durée de l'allaitement



- **Contraception dans le post partum**

Plus de 53% des femmes ont utilisé une **pilule micro progestative** comme moyen de contraception en sortant de la maternité.

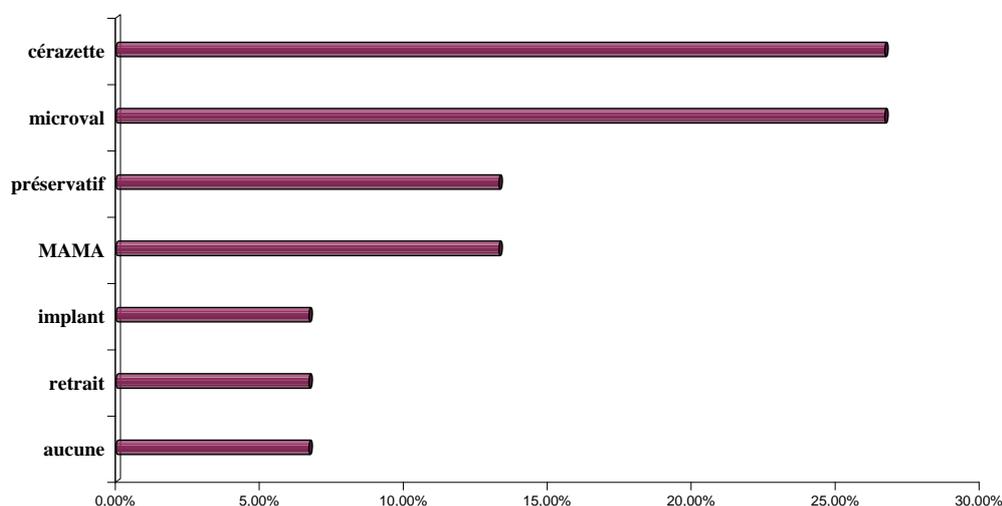
13.3% des femmes ont recours à la méthode MAMA et 13.3% à des préservatifs.

Seule une femme a bénéficié d'un implant après l'accouchement.

Aucune femme n'a eu de prescription de DIU.

Une femme n'a utilisé **aucun moyen** de contraception **par choix**.

Figure 7 : Contraception utilisée dans le post partum



40% des prescriptions ont été faites par **une sage-femme** et **33.3%** par un **médecin**.

Dans les autres cas, il n'y a pas eu de nécessité de prescription médicale.

29% des femmes ont commencé leur contraception **dans les trois semaines** suivant l'accouchement et 21% ont attendu trois à cinq semaines. **Plus de 42%** l'ont **débutée après la visite post natale**.

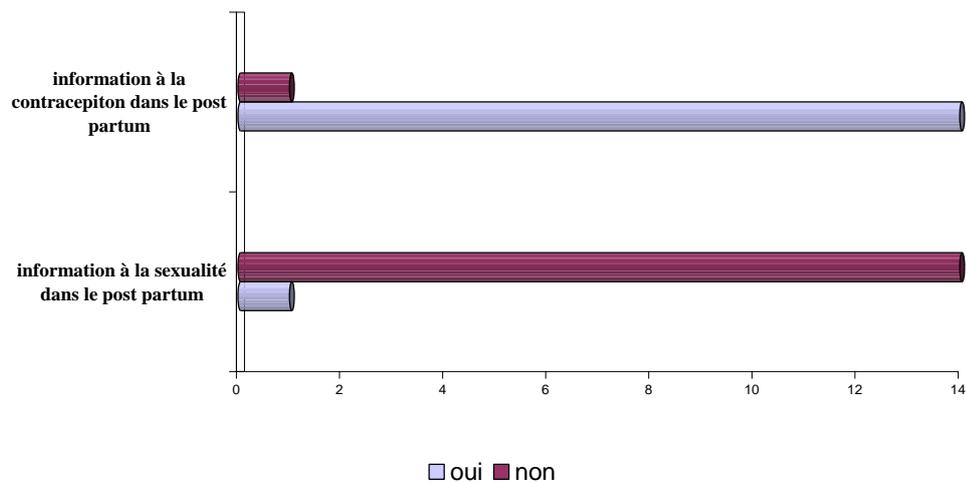
- **L'information reçue**

Plus de 93% des femmes ont eu une **information concernant la contraception**. Cette dernière a été donnée, pour la totalité des femmes, en suites de couches et, pour 33.3% d'entre elles, l'information a été reformulée, à posteriori, en consultation post natale ou par la sage-femme à domicile.

Lorsque nous demandons aux femmes d'évaluer l'information donnée, **33%** sont **insatisfaites** et 33% pensent que l'information fournie était partielle mais suffisante.

6.7% des femmes ont eu une information sur la **sexualité**.

Figure 8 : Information dans le post partum



4. Entre leurs deux grossesses

Lorsque nous demandons aux patientes si elles se sentaient fatiguées entre les deux grossesses, les femmes répondent OUI pour 60% d'entre elles, soit par la reprise du travail, soit par le rythme imposé par l(es) enfant(s).

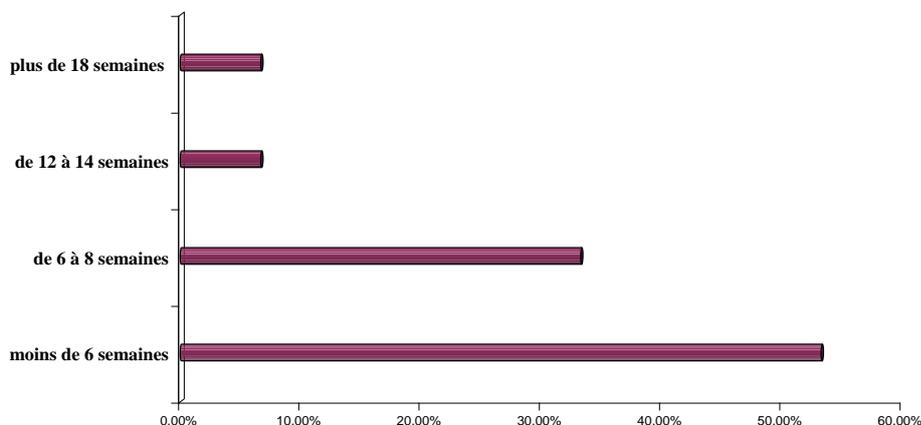
Plus de 66% des femmes ont été aidées à la maison par leur conjoint lorsqu'il rentrait du travail. 20% n'ont reçu aucune aide et 20% ont obtenu une aide extérieure (famille ou aide ménagère).

- **La sexualité du post partum**

Plus de 53% des femmes ont eu leur premier rapport sexuel avant un délai de six semaines après l'accouchement. 33.3% ont repris leur activité sexuelle au moment de la visite post natale, soit entre six et huit semaines post accouchement.

Les autres femmes ont attendu trois mois et plus pour reprendre les rapports sexuels.

Figure 9 : Date du premier rapport sexuel après l'accouchement



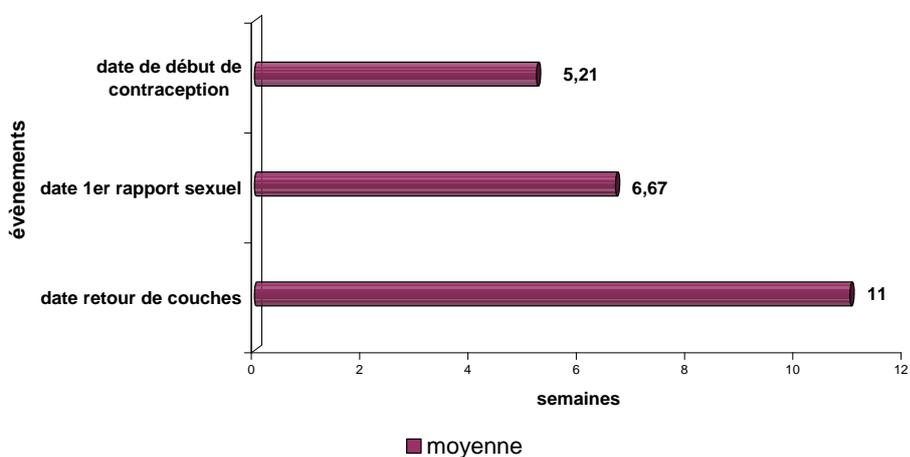
Au moment de cette grossesse, la moitié des femmes avait des rapports sexuels aussi fréquents qu'avant la grossesse précédente. L'autre moitié des femmes avait encore des rapports sexuels irréguliers et moins fréquents.

Plus de **53% des femmes n'ont eu aucune difficulté** lors de la reprise des rapports sexuels. Celles qui ont rencontré des difficultés évoquaient surtout la diminution de la libido et des dyspareunies.

Les femmes débutaient leur **contraception dans le post partum en moyenne à cinq semaines et deux jours** puis avaient leur premier **rapport sexuel environ six semaines et quatre jours** après l'accouchement.

Elles avaient leur **retour de couches en moyenne 11 semaines** après l'accouchement.

Figure 10: Chronologie

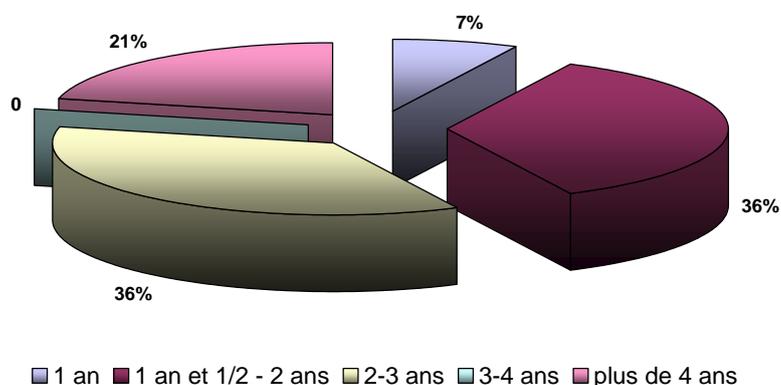


Toutes les femmes, sauf une, souhaitaient avoir d'autres enfants.

Au moment de l'entretien, 43% des femmes désiraient avoir trois enfants. Et plus de 35% désiraient avoir deux enfants.

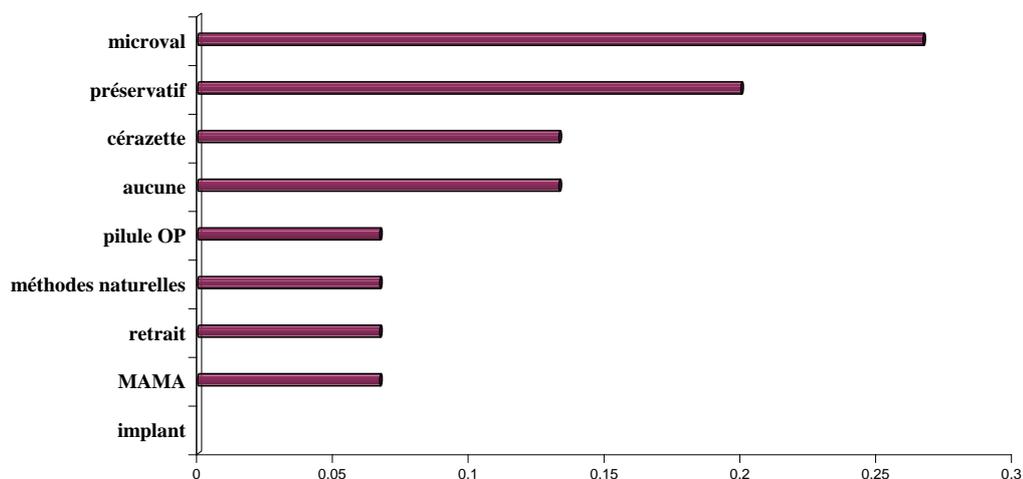
Lorsque nous avons interrogé les femmes, un tiers d'entre elles aurait souhaité **espacer la grossesse précédente de l'actuelle d'un an et demi à deux ans** ; un tiers aurait souhaité les espacer de deux à trois ans ; 21% aurait préféré un délai de plus de quatre ans et seulement une femme aurait souhaité espacer ses grossesses de moins d'un an.

Figure 11 : Espacement des grossesses



Au moment de la grossesse, près de **40% des femmes utilisaient une pilule micro progestative** comme moyen de contraception, 20% des femmes des préservatifs et 13% aucune méthode de contraception. La femme qui avait un implant à la sortie de la maternité faisait partie des femmes sans méthode de contraception au moment de la survenue de cette grossesse car elle l'avait fait retirer à cause d'effets secondaires.

Figure 12 : Contraception utilisée au moment de cette grossesse



Nous nous sommes intéressés au rôle du conjoint dans la bonne observance de la contraception. Nous avons ainsi constaté que **93% des conjoints connaissaient la méthode utilisée** par leur compagne mais seulement **13% s'impliquaient** dans la contraception de leur couple.

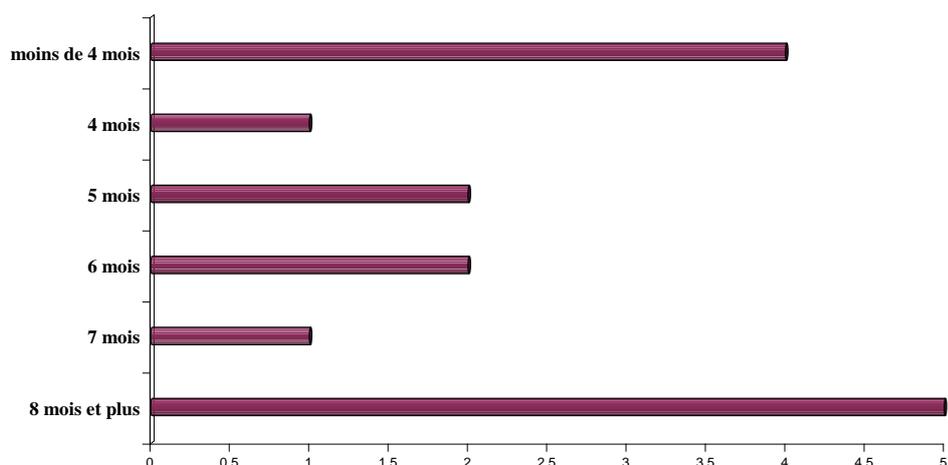
5. Concernant cette grossesse du post partum

• Espacement des grossesses

L'espace entre les deux grossesses varie dans l'année :

- **cinq ont été enceintes quatre mois et moins de quatre mois après leur accouchement.**
- **cinq ont été enceintes huit mois et plus après leur accouchement.**
- quatre ont été enceintes entre cinq et six mois après l'accouchement.
- Et une a été enceinte sept mois après son accouchement.

Figure 13 : Espace entre les deux grossesses



Deux de ces grossesses avaient été programmées. Les autres sont des **grossesses inopinées**.

Pour toutes ces grossesses, sauf une, le géniteur est le même.

- **Difficultés en matière de contraception**

Lorsque nous demandons aux femmes si elles ont rencontré des difficultés en matière de contraception, plus de **73% répondent OUI**.

Parmi les difficultés rencontrées nous avons :

- Plus de **87% des utilisatrices de pilule qui l'ont oubliée**. Et 71% d'entre elles considèrent que ce n'est pas un moyen de contraception adapté dans le post partum.
- La seule femme qui avait encore recours à la MAMA connaissait mal les règles de cette méthode.
- 50% des femmes qui n'utilisaient aucune méthode ou le retrait considéraient que ce n'était pas adapté.

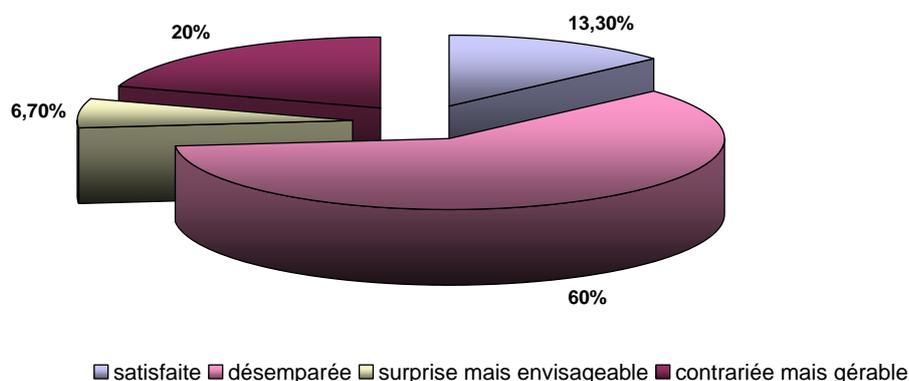
86% des femmes ont découvert leur grossesse avant 14 SA, terme légal pour interrompre une grossesse en France. Les autres femmes ayant découvert tardivement leur grossesse auraient souhaité l'interrompre.

- **Réaction à l'annonce de la grossesse**

Les femmes, à l'annonce de cette grossesse, étaient pour **60% d'entre elles, désemparées** et, pour 13.3% satisfaites. Les autres étaient soit surprises mais

acceptaient facilement la situation, soit elles étaient assez contrariées mais pouvaient s'organiser pour poursuivre cette grossesse.

Figure 14 : Réactions face à la grossesse



La contraception d'urgence hormonale n'a jamais été employée.

Plus de 50% n'y ont pas pensé ou n'ont pas mesuré le risque de grossesse. 13% ne se sont pas rendues compte de la prise de risque et 13% sont contre l'utilisation de cette méthode.

- **Issue de la grossesse**

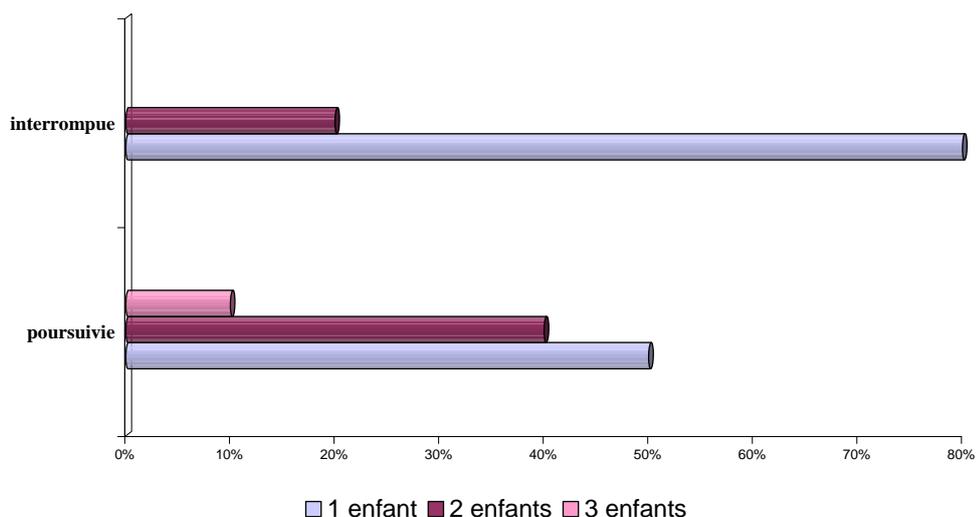
Nous avons interrogé dix femmes poursuivant leur grossesse et cinq l'interrompant. Parmi les femmes poursuivant cette grossesse, deux auraient souhaité l'interrompre. Et parmi les femmes interrompant cette grossesse, une avait fortement envisagé de poursuivre cette grossesse qui n'était pas possible matériellement.

Nous intéressant à la parité en matière de contraception, nous nous sommes demandés si la parité influençait l'issue de la grossesse.

Nous avons alors constaté que **50% des femmes** qui choisissaient de **poursuivre la grossesse étaient des multipares**. 80% d'entre elles avaient deux enfants et 20% trois.

80% des femmes qui s'orientaient vers l'interruption de grossesse étaient des primipares.

Figure 15 : Issue de la grossesse et parité



- **Les attentes des femmes**

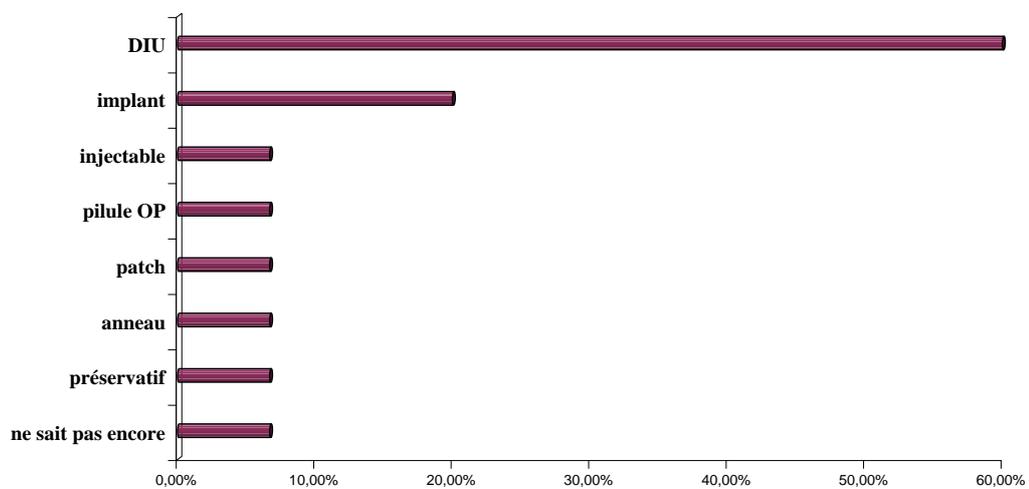
Lors de nos entretiens, **60%** des femmes, étaient **demandeuses d’une information sur la contraception**. 20% souhaitaient qu’on leur en parlât après l’accouchement ou lors de la visite post abortum. Seulement 20% de femmes ne souhaitaient pas d’information complémentaire.

Lorsque nous demandons aux femmes si elles ont pensé à un moyen de contraception pour la suite, plus de **93% répondent OUI**.

Le **DIU est largement cité avec 60%** des femmes l’évoquant comme le prochain moyen de contraception.

20% des femmes évoquent l’implant. La pilule, les progestatifs injectables, le patch ou l’anneau, les préservatifs sont cités par 6.7% des femmes pour chacune de ces méthodes.

Figure 16: Contraception désirée après cette grossesse



Points faibles :

- En raison du faible échantillon des personnes interrogées, nous ne pouvons pas appliquer nos résultats à l'ensemble de la population féminine.
- De plus, nous n'avons interrogé que des femmes de la région parisienne qui ont globalement plus accès à l'information et aux soins que dans les milieux ruraux parce qu'il y a davantage de centres de planning familial et de maternités en Ile-de-France.
- Par ailleurs, nous regrettons de ne pas avoir pu équilibrer nos groupes de femmes. En effet, nous avons questionné plus de primipares que de multipares, davantage de femmes qui poursuivaient leur grossesse que de femmes qui l'interrompaient et les religions n'étaient pas toutes représentées (juive et orientale).

Points forts :

- Cette étude nous permet d'identifier certaines difficultés rencontrées par les femmes, qu'elles soient issues de milieu social défavorisé ou non, qu'elles soient primipares ou multipares.
- Ce travail a permis d'évaluer les pratiques professionnelles en matière de contraception du post partum.
- Nous avons posé de nombreuses questions qui n'ont pas de lien direct avec les hypothèses de notre étude mais qui ont permis de considérer la femme dans sa globalité et de créer un climat de confiance durant les entretiens. C'est cette diversité d'approche des femmes interrogées qui nous a aidés à mieux exploiter tous nos résultats.

Troisième Partie: discussion

I. Les grossesses rapprochées

- **Caractéristiques de la population**

La moyenne d'âge des femmes interrogées est de 31 ans et ce sont pour 60% d'entre elles des primipares.

Ce sont des femmes qui ont été informées sur la contraception et qui l'ont utilisée.

Les femmes sont d'origine diverse. La régulation des naissances est bien un problème universel.

Quels que soient les revenus du foyer, l'entourage n'est pas plus présent pour soutenir les femmes après leur accouchement. Elles sont, pour la plupart, seules avec leur conjoint qui travaille. Nous aurions pu penser que les femmes issues de milieu défavorisé seraient plus isolées que les autres.

L'isolement des femmes n'a pas d'incidence directe sur l'issue de la grossesse. Cependant, il **participe certainement au mode d'observance des femmes en matière de contraception.**

En effet, dans les foyers où il existe un équilibre des tâches ménagères, les femmes sont plus disponibles pour penser à elles et à leur contraception.

Les limites de notre étude ne nous ont pas permis de comparer les profils des deux groupes de femmes. Cependant, nous ne percevons pas d'influence de l'environnement socio-culturel de ces femmes sur l'issue de leur grossesse.

Un milieu socio-culturel défavorable est un facteur de risque de grossesses rapprochées. Nous ne pouvons pas conclure sur l'influence du milieu sur l'issue de la grossesse. Ceci répond à notre troisième hypothèse, selon laquelle, *la survenue d'une grossesse rapprochée et son issue dépendent du milieu socio-culturel des femmes.*

Sur les quinze femmes interrogées, huit pratiquaient leur religion (figure 2 p 24).

Leur culte est intervenu dans le choix des méthodes de contraception avant la grossesse.

Nous voyons sur le graphique 1 que les principales utilisatrices de pilule sont les non-pratiquantes. Les autres femmes choisissent plus facilement des méthodes non hormonales. Seules les musulmanes utilisent davantage une méthode hormonale.

Par contre, les préceptes religieux deviennent moins influents, lors de la contraception du post partum, puisque, en majorité, la méthode retenue est indifféremment hormonale ou non.

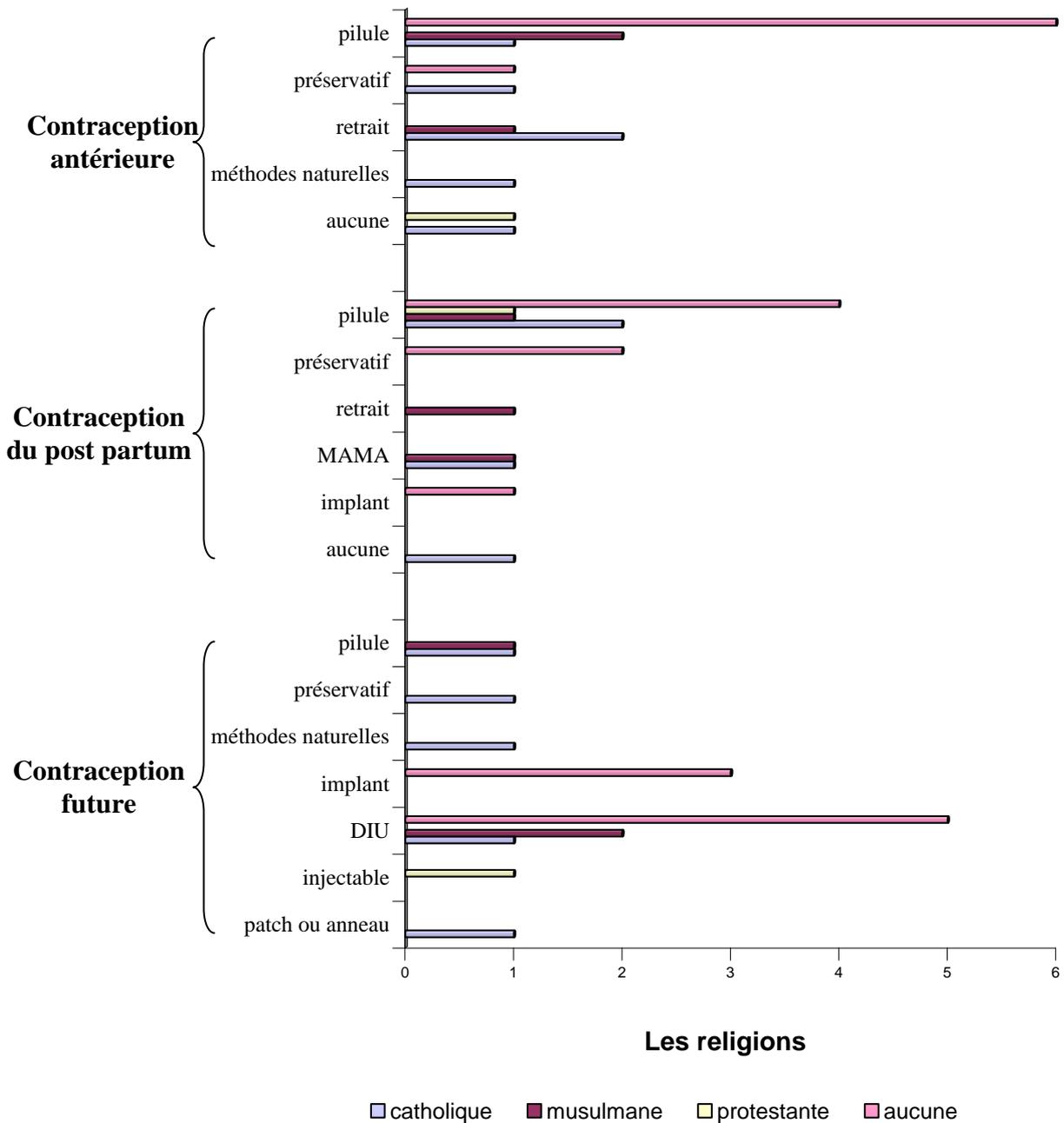
Ainsi, nous remarquons que les catholiques s'orientent plus facilement vers une contraception efficace, en dépit de leurs convictions religieuses.

En matière de contraception d'urgence, les femmes pratiquantes ne l'utilisent pas par conviction religieuse. Alors que celles qui ne sont pas pratiquantes n'y ont pas pensé mais l'aurait bien utilisée. Ceci semble refléter une idée reçue selon laquelle la contraception d'urgence serait abortive alors qu'elle ne fait que retarder l'ovulation.

Concernant le choix de l'issue de la grossesse, nous remarquons que, même si la religion est très présente chez certaines femmes, cela ne les empêche pas, dans une situation de «détresse», de s'approprier leur corps et de choisir, malgré les interdits religieux, d'interrompre leur grossesse.

Cette tendance apparaissait déjà dans leurs antécédents. Effectivement, si les pratiquantes avaient moins d'antécédents d'IVG que les non pratiquantes, certaines d'entre elles y avaient déjà eu recours. Ce qui nous montre bien que les règles religieuses sont parfois en décalage avec la vie des femmes.

Graphique 1 : Evolution de la contraception et les religions



- **L'issue de la grossesse**

Parmi les 40% des femmes qui ont déjà eu recours à l'IVG, 60% choisissent d'interrompre la grossesse. Ceci correspond aux données de la littérature (annexe I) où nous remarquons la baisse des grossesses non désirées mais la stagnation du nombre d'IVG. Les femmes ont donc plus facilement accès à l'IVG en cas de grossesse non désirée.

Néanmoins, ce que nous pouvons observer aujourd'hui ne le sera peut être plus demain car des centres de planification et d'orthogénie ferment alors que la demande ne diminue pas. Nous avons remarqué que le manque de personnel de santé, la fermeture plus ou moins temporaire des centres de planification mettaient les femmes dans des situations très compliquées voire irréversibles, lorsque le délai d'attente pour une IVG dépassait les 14 SA réglementaires.

L'Interruption Volontaire de Grossesse est pourtant un droit fondamental des femmes. C'est un acquis pour les femmes qui, depuis 35 ans, a fait ses preuves en particulier en terme de mortalité et morbidité.

- **L'espace entre deux grossesses**

La durée de l'espace entre deux grossesses n'influence pas l'issue de la grossesse.

Entre le groupe de femmes ayant poursuivi la grossesse et celui de femmes l'ayant interrompu, nous ne notons aucune différence significative de temps entre les deux gestations.

- **L'influence de la parité**

Nous n'avons retrouvé aucune corrélation entre le nombre d'enfants et la fatigue ressentie dans le post partum.

Quelle que soit la parité, il n'y pas de différence manifeste dans le choix des méthodes de contraception. Le défaut de contraception est plutôt dû à la période même du post partum qu'au nombre d'enfants. **Ce qui vient infirmer notre quatrième hypothèse**, selon laquelle, *la multiparité est une contrainte pour la bonne observance de la contraception dans le post partum.*

Les multipares ne choisissent pas plus d'interrompre la grossesse que les primipares. Nous aurions pu supposer cette éventualité par rapport au projet familial.

En effet, une femme qui a déjà deux voire trois enfants pourrait être davantage encline à remettre en question l'issue de la grossesse.

Ces résultats nous montrent donc que le choix d'interrompre une grossesse ou de la poursuivre ne dépend pas uniquement du contexte familial mais aussi de l'histoire et des convictions personnelles. Ces résultats sont en concordance avec ceux trouvés par C. Lafon-Delpit. [14]

- **La particularité du post partum**

Les bouleversements de cette période sont suffisamment importants pour mettre les femmes dans des situations délicates.

Nous le remarquons lorsque nous comparons les difficultés rencontrées en terme de contraception avant la grossesse précédente, et durant le post partum de cette même grossesse.

Ainsi, nous notons que 40% des femmes n'ayant rencontré aucune difficulté de contraception avant la grossesse précédente, ont connu un ou plusieurs oublis de leur pilule durant le post partum.

40% de ces mêmes femmes considèrent que la contraception prescrite en post partum n'est pas adaptée à leur mode de vie.

Il faut donc tenir compte de ces difficultés et de ces changements, lors de la prescription de contraception et lors de l'information donnée. Il doit y avoir une adéquation de la contraception aux conditions de vie des femmes et non l'inverse.

2. L'information à la contraception

Dans notre étude, les femmes commencent à prendre leur contraception environ 8 jours avant d'avoir leur premier rapport sexuel et environ 6 semaines avant leur retour de couches. Ceci nous montre que l'ensemble des femmes qui utilisent une contraception la débutent au « bon moment » ; c'est-à-dire lors de la semaine dite de « sécurité ». Les femmes n'attendent pas d'avoir leur retour de couches pour initier cette démarche. Ce à quoi nous pourrions nous attendre quand nous analysons leur niveau de connaissances sur la physiologie des cycles. Le souci n'est donc pas la date de délivrance de la contraception mais l'observance de celle-ci.

En effet, nous avons, constaté que les connaissances en matière de contraception des femmes étaient très succinctes. **Ainsi, si plus de 93% des femmes citent la pilule, seulement 40% mentionneront l’anneau.** Même le préservatif, pourtant bien identifié pour son rôle contre les IST, ne sera cité que par 66% des femmes pour son rôle contraceptif.

Cela signifie que, malgré l’information qui leur a été donnée tout au long de leur vie, **50% des femmes n’ont aucune maîtrise ou une maîtrise partielle de toutes les possibilités dont elles disposent en matière de contraception.**

Ce constat rejoint l’état des lieux des connaissances en contraception qu’a réalisé l’Institut national de prévention et d’éducation pour la santé (INPES), en 2007. Celui-ci notait le manque d’information sur les nouvelles méthodes contraceptives (patch, anneau, implant) et, par conséquent, leur faible usage. [7]

Les soignants continuent dans le post partum à suivre une trajectoire contraceptive traditionnelle mais très discutable aujourd’hui.

Les femmes qui considèrent l’information à la contraception partielle, incomplète ou inadaptée ont connu majoritairement des difficultés d’observance, de l’ordre de l’oubli ou autre. **Les utilisatrices de préservatifs ne connaissent pas de difficulté majeure, si ce n’est une mauvaise utilisation.** Phénomène identique pour celles qui privilégient la MAMA. Ce qui montre bien l’importance de l’information voire de l’éducation pour favoriser un choix éclairé. C’est cette stratégie qui permet aux personnels soignants d’aider les femmes à maîtriser leur contraception.

Nous ne pouvons pallier tous les manques en matière de contraception mais nous pouvons nous assurer que les femmes bénéficient de la méthode correspondante à leur attente.

Tableau 3 : Difficultés rencontrées en matière de contraception au moment de la survenue de cette grossesse.

	oubli	non adaptée	effets secondaires	coût	mauvaise utilisation	aucune
aucune		50%				50%
MAMA					100%	
retrait		50%				50%
méthode naturelle						100%
préservatif					33,30%	66,60%
pilule OP et P	85,70%	71%	14%	14%		14%

Le défaut de recours à la contraception d'urgence vient du fait que les femmes perçoivent peu le risque de grossesse et connaissent mal le « mode d'emploi » de cette contraception. Ceci s'explique, en partie, par le fait que les campagnes d'information ciblent surtout les femmes de moins de 25 ans ; ce qui ne correspond pas à la population que nous avons interrogée et à la celle du post partum en général. [32]

De plus, nous venons de constater que l'information dans le post partum est très limitée ; ce qui ne laisse pas de place à une information sur la contraception d'urgence. De surcroit, celle-ci n'est que très rarement prescrite.

Au moment de l'entretien, les femmes étaient assez demandeuses d'informations, même celles qui venaient d'avoir leur consultation post IVG.

La redite n'est pas inutile. Selon le moment choisi pour en parler, les femmes n'auront pas la même écoute et donc pas les mêmes attentes.

Après une information complète, les femmes se déterminent souvent pour une contraception qu'elles n'auraient pas soupçonné pouvoir utiliser.

Pour repère, lors de nos entretiens, nous avons passé en moyenne 10 à 15 minutes, en plus des questions, pour vraiment échanger avec les femmes. Ce temps était assez court mais nous avons orienté nos informations en fonction de leurs attentes. Parfois, il n'est pas nécessaire d'évoquer tout un catalogue de contraceptifs mais il est indispensable d'adapter notre information à leurs connaissances et à leurs expériences.

Cette observation vient renforcer notre première et deuxième hypothèse.

L'information à la sexualité a aussi une grande importance à cette période puisque les femmes reprennent leur vie sexuelle dans les mois qui suivent l'accouchement. Si, en suites de couches, leur parler de sexualité peut paraître inopportun, c'est pourtant pertinent. La contraception va de pair avec la sexualité.

3. Le choix d'une contraception

Aux anciennes utilisatrices de la pilule, il a été majoritairement prescrit une pilule au moment du post partum.

Celles qui n'avaient pas de contraception avant la précédente grossesse se retrouvaient dans une situation délicate puisqu'elles se voyaient prescrire une micro-progestative de 2^{ème} génération, qui est sans doute la pilule la plus contraignante. Elles couraient donc un double risque de mauvaise utilisation.

Les femmes qui utilisaient des méthodes naturelles auparavant optaient, durant le post partum, soit pour la MAMA, soit pour le retrait, ou le préservatif, c'est-à-dire une méthode non invasive. Ce choix est souvent culturel.

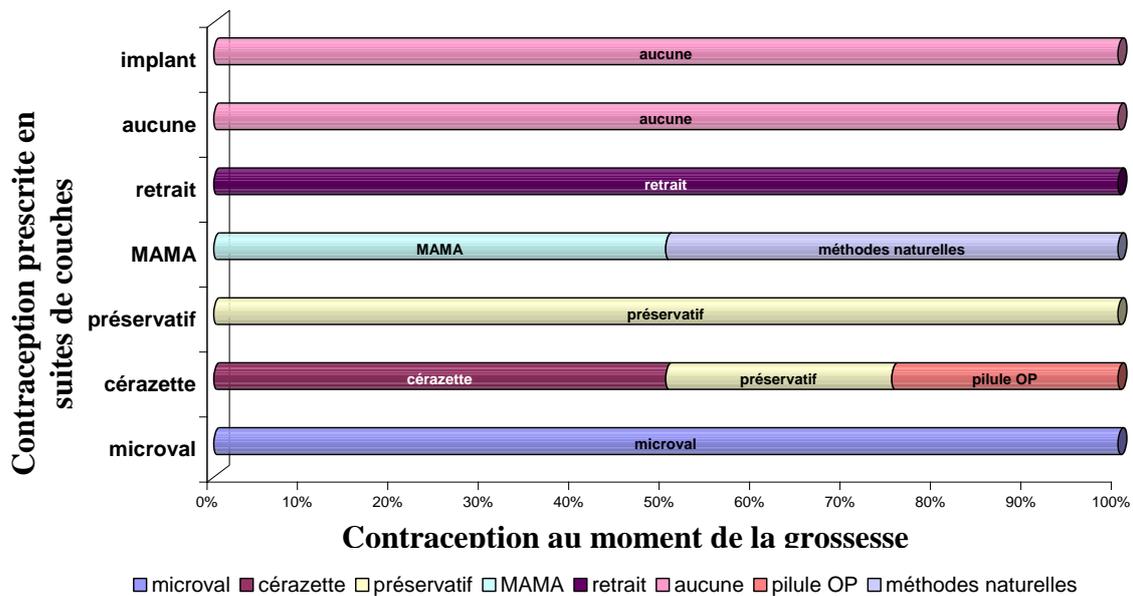
Quatre femmes sur quinze ont changé de contraception entre le post partum immédiat et le début de cette grossesse. Malheureusement, certaines femmes n'ont pas eu de prescription de contraception en relais.

Le renouvellement de contraception du post partum n'est pas optimal. En effet, certaines femmes se sont vues reconduire leur pilule, d'autres n'ont pas eu de relais. Comme le montre le graphique 2, certaines femmes qui avaient un moyen de contraception très efficace se sont retrouvées sans contraception ou avec une autre méthode qui ne correspondait pas à leur mode de vie.

Ce relais est tout aussi important et délicat. En effet, il correspond aux quatre premiers mois de l'enfant : période à laquelle la femme commence à avoir un autre rythme de vie (professionnel et intime) différent de celui précédant la grossesse et de celui du post partum immédiat. La contraception est donc à revoir à chaque étape.

La rééducation périnéale a son importance. Lors de ces séances, la femme reprend conscience de son périnée, de son vagin, de son corps. C'est un moment privilégié pour aborder, avec l'aide de la sage-femme, les questions de sexualité et de contraception. C'est d'ailleurs, souvent, le seul moment où les femmes ont un espace de paroles, confidentiel et personnalisé, sur la sexualité.

Graphique 2 : Contraception entre les deux grossesses



Les problèmes d'observance arrivent surtout aux périodes de transition comme lors du changement de contraception, du post partum, du changement de partenaire, de problèmes familiaux... [7]

Le préservatif pourrait correspondre à ces périodes de transition où les rapports sexuels ne sont pas réguliers. C'est une méthode contraceptive à laquelle il ne faut penser qu'au moment du rapport. Elle limite donc les oublis.

Lorsque nous regardons l'échantillonnage des méthodes de contraception utilisées par les femmes de notre étude, cela n'est pas représentatif des différents moyens de contraception disponibles en France. Par exemple, nous constatons que, dans le cas de l'allaitement, la très grande majorité des femmes se voit prescrire une pilule micro progestative aux femmes.

Pourtant, les recommandations de l'ANAES (2004) indiquent que l'on peut prescrire un oestro-progestatif aux femmes ne désirant pas allaiter et à celles ne désirant pas de progestatifs purs, qu'elles allaitent ou pas. Et ce, au-delà des trois premières semaines où le risque thromboembolique est majeur. [8, 33]

Il n'y a aucune étude qui prouve l'influence des œstrogènes sur la production de prolactine dès lors que la lactation est en place. De même, les études montrent un très faible passage des œstrogènes dans le lait maternel.

Cette alternative permettrait aux femmes d'avoir davantage de choix mais surtout d'éviter les risques d'oubli, lors de changement de méthode contraceptive.

Par ailleurs, les oestro-progestatifs de 1^{ère} et 2^{ème} générations* sont remboursés par la sécurité sociale. Le prix du contraceptif a une importance certaine dans l'accès à la contraception et à son observance. [8, 33]

Les femmes considèrent que le DIU et l'implant sont les moyens de contraception les plus adaptés à leur mode de vie. Elles soulignent leur efficacité mais aussi leur simplicité d'utilisation. Ces moyens paraissent donc correspondre aux femmes ayant une vie de famille. Celles qui n'ont pas encore eu d'enfant s'orienteraient vers une contraception dite moins invasive, sans doute par culture. En effet, pendant longtemps, le DIU était réservé aux multipares, à tort. Cette attitude persiste encore aujourd'hui. [2, 34]

Avec la campagne d'information sur la contraception, lancée en 2007, qui vise à essayer d'assouplir la trajectoire contraceptive, nous pouvons espérer, dans les prochaines années, obtenir une amélioration dans la diversité des choix de contraception proposée aux femmes. [34]

La contraception est un moyen que l'humanité a trouvé, au fil du temps, pour permettre aux femmes et aux hommes de planifier les naissances, de façon plus ou moins efficace.

C'est un outil qui évolue sociologiquement et scientifiquement. Malgré l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) et les études prouvant une efficacité et une innocuité d'une nouvelle pratique contraceptive, les prescripteurs restent réservés. Pourtant, dans l'ensemble, la composition des méthodes ne varie pas. Seule leur administration change (implant, anneau, patch) alors pourquoi les prescripteurs restent-ils réservés ? Aujourd'hui, des moyens aussi efficaces voire plus que la pilule, existent, sont disponibles mais sont moins utilisés.

Le défaut de contraception est également, un problème récurrent que plusieurs auteurs soulignent régulièrement. [7,12, 14, 19, 32, 34]

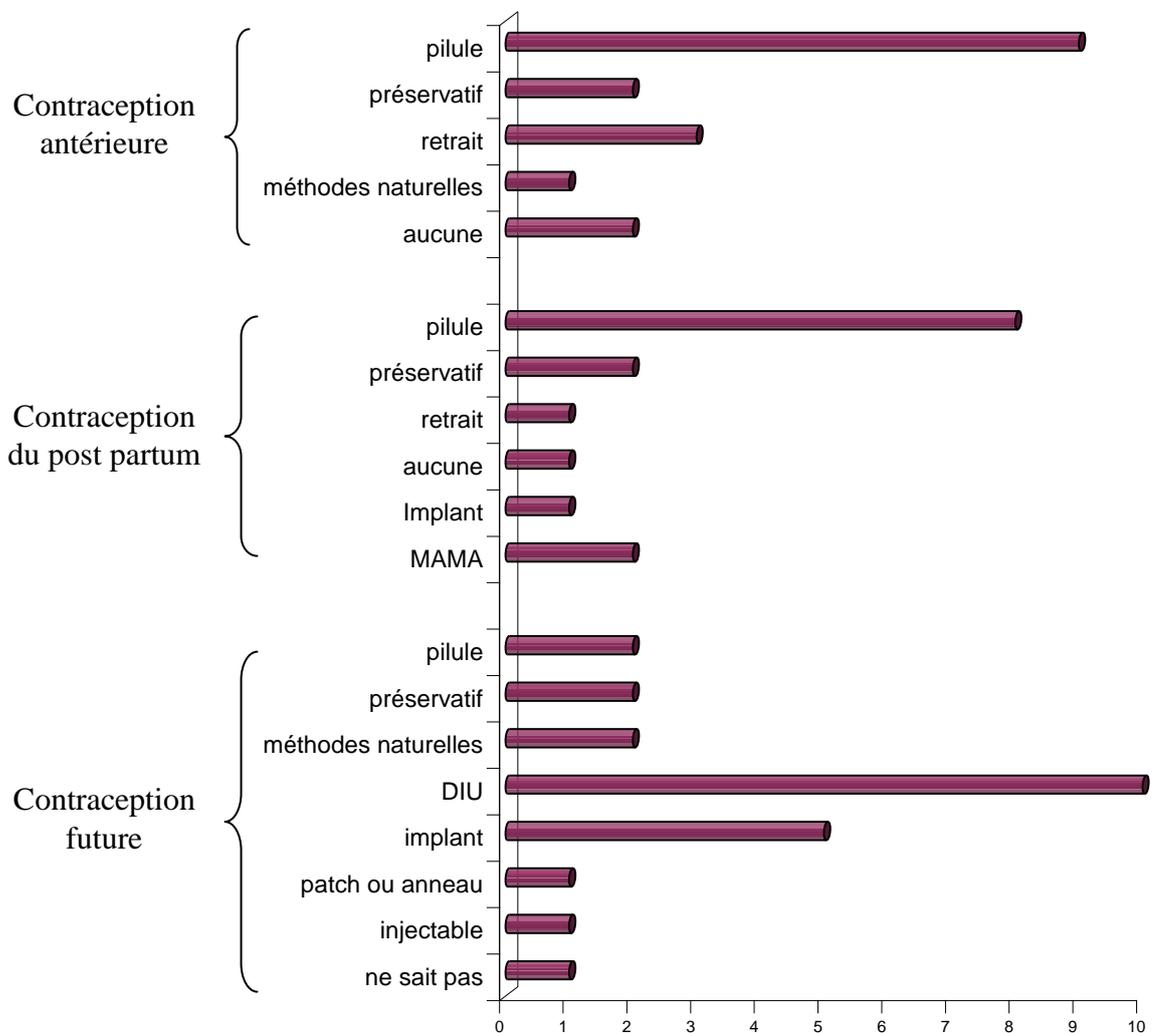
En effet, malgré un taux de recours à la contraception, le nombre de grossesses non désirées reste élevé. Une explication peut être apportée à cette contradiction par les difficultés de gestion quotidienne de la contraception et dans l'inadaptation des méthodes.

* : depuis début février 2010, il existe une pilule oestro-progestative de 3^{ème} génération qui est remboursée par la sécurité sociale : Désobel Gé 20®

Plus de neuf femmes sur dix interviewées ont déjà une idée de la contraception qu'elles souhaitent utiliser après cette grossesse. Ceci nous montre bien qu'elles accordent de l'attention à cette question. Et ces femmes, une fois l'information donnée et maîtrisée, **préfèrent alors s'orienter vers des méthodes à long terme, très efficaces et moins contraignantes au quotidien tel que le DIU et l'implant.**

Ce choix affirme notre deuxième hypothèse selon laquelle les contraceptifs prescrits ne sont pas adaptés au mode vie de la femme.

Graphique 3 : Evolution de la contraception utilisée



4. La mission des sages-femmes

En général, l'information à la contraception a été donnée à toutes les femmes de notre étude.

Malheureusement, quel que soit leur interlocuteur, l'information à la contraception donnée n'a pas été jugée satisfaisante selon les femmes.

Seule une femme aura eu une information à la sexualité du post partum. Cela souligne le problème de la disponibilité et de la formation des médecins et des sages-femmes en matière de sexualité. Pourtant, les femmes sont demandeuses lorsque le sujet est abordé durant les entretiens.

Cet état des lieux vient conforter, de façon contradictoire, notre cinquième hypothèse. En effet, la place de la sage-femme est « idéale » pour l'information à la contraception mais il ne suffit pas de l'affirmer ; faut-il encore en créer les conditions.

Comme il a été rappelé précédemment, la sage-femme est compétente en matière de contraception.

La formation initiale des sages-femmes comprend la formation à la contraception et une initiation à la sexologie. Les sages-femmes ont une formation théorique plus importante que les médecins. [35]

Cette formation doit leur permettre de mener au mieux leur rôle de prévention et d'éducation.

Le nouveau programme du cursus LMD* vient renforcer cette mission avec une unité d'enseignement intitulée : « santé génésique des femmes ».

L'apprentissage initial prévoit désormais de former « au dialogue autour de la santé, et d'offrir un counseling de qualité » en matière de contraception.

Il appartiendra alors aux sages-femmes de s'investir dans le domaine de la santé génésique, d'autant plus que le législateur vient d'étendre leurs possibilités de suivi, pendant toute la période de reproduction des femmes.

Les sages-femmes ne doivent pas accepter une nouvelle compétence aussi importante pour les femmes et la santé publique sans se soucier de la manière dont elles vont pouvoir l'exercer au mieux.

Pour pouvoir maintenir et actualiser leurs connaissances, les sages-femmes doivent utiliser la formation continue. Pour cela, elles disposent de diplômes universitaires, d'abonnements aux revues professionnelles et de la participation aux congrès et journées interprofessionnels.

Ce nouveau champ de compétences va permettre aux sages-femmes de suivre la femme dans sa globalité en matière de contraception.

Il y a quelques mois encore, jusqu'en juillet 2009, les sages-femmes se trouvaient dans une situation délicate lorsqu'elles voulaient proposer le DIU. En effet, elles pouvaient en informer les femmes mais devaient les orienter vers un médecin pour qu'il leur fasse la prescription du dispositif.

Cet aller et retour, avec le médecin pour l'ordonnance et le rendez-vous pour la pose, engendrait des pertes de temps pouvant présenter un risque de survenue de grossesse non désirée.

PROPOSITIONS

Au vu des résultats de notre recherche, nous avons souhaité suggérer les propositions suivantes qui, selon nous, contribueraient à l'améliorer l'information en matière de contraception et à diminuer le taux de grossesses non désirées dans l'année suivant un accouchement.

- Aborder les questions de contraception et de sexualité lors des différentes rencontres avec la femme : la consultation anténatale, les cours de préparation à la naissance, les suites de couches, la consultation post natale ou lors de la rééducation périnéale.
- Proposer en suites de couches, un groupe de paroles pour qu'elles puissent échanger avec la sage-femme et les autres femmes. De plus, cela permettrait de diffuser une information en groupe, mesure qui serait plus efficiente.
- Proposer aux femmes un panel exhaustif des différentes méthodes contraceptives, leur établir une ordonnance, consacrée uniquement à la contraception sur laquelle plusieurs contraceptifs* seraient annotés préservant ainsi un choix réfléchi.
- Prescrire la contraception hormonale d'urgence et expliquer son utilisation.
- Essayer au mieux d'harmoniser les discours des professionnels de santé. Une formation de tous les intervenants dans ce but pourrait être utile.
- Distribuer des préservatifs et des lubrifiants en anté partum ou au moment du départ de la maternité, par exemple. En effet, le premier rapport sexuel est rare avant la consultation du post partum mais cette situation existe et souvent, n'est pas prévue. Or, beaucoup de couples ne disposent pas de préservatifs. La facilité d'accès permettrait son utilisation.
- Etendre notre étude à un plus large échantillon de femmes pour que les résultats de la nouvelle enquête soit plus pertinents pour une meilleure qualité de suivie et d'écoute des femmes en matière de contraception.

* : proposition de Martin Winckler dans son livre : contraceptions mode d'emploi

CONCLUSION

Nous voyons encore beaucoup trop de femmes enceintes dans l'année suivant un accouchement, alors qu'elles ne l'avaient pas souhaité. Ces femmes, quels que soient leur milieu, leur parité évoquent, souvent, un défaut d'usage de leur contraception ou un défaut d'information sur la reprise de leur fécondité.

Les sages-femmes sont interpellées par ce phénomène car ce sont les prescripteurs les plus fréquents. Ce sont elles qui effectuent le suivi des femmes avant, pendant et après leur grossesse.

C'est pourquoi, les sages-femmes ne doivent pas seulement se limiter à une prescription systématique. Elles doivent éduquer les femmes à la sexualité, les informer et adapter la contraception à leur mode de vie.

Les lois actuelles reconnaissent les possibilités de prescription et de conseils des sages-femmes.

Par conséquent, elles doivent davantage investir ces nouvelles responsabilités.

Ce qui aiderait à résoudre un problème de santé publique, par la diminution des taux de grossesses non désirées, et faire découvrir l'étendue des missions des sages-femmes auprès des femmes.

BIBLIOGRAPHIE

1. C. Aubin et D. Jourdain Menninger. *Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesses suite à la loi du 4 juillet 2001* ; rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), oct 2009
2. D.SERFATY. *Contraception*, coll Abrégés, 3^{ème} édition, Ed MASSON : Paris, 2007
3. www.ancic.asso.fr: historique et repères chronologiques, consulté le 20 mai 2009.
4. A. Goldmann. *Les combats des femmes au XXème siècle*, 2^{ème} éd, Ed Casterman : Paris, 1998
5. N.Bajos et al. *De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues*. Paris INSERM 348p, 2002.
6. B. Hédon, P. Madelenat, J. Milliez, A. Proust. Colloque sur « *La Femme, le Gynécologue, les Religions* », Paris, 1995
7. *Contraception : ce que savent les français ? connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux*, INPES, 2007, 10p.
8. *Recommandation pour la pratique clinique, stratégie des méthodes contraceptive chez la femme, argumentaire*. ANAES, Déc 2004
9. *La trêve de Dieu*, association qui dénonce l'eugénisme appelé « orthogénie » : www.trdd.org consulté le 20 juin 2009.
10. A. Bureau. *Contraception prescrite par les sages-femmes*. Les dossiers de l'Obstétrique, mai 2008, n° 371.

11. F. Mulet. Présentation lors des 30^{èmes} journées du Collège national des gynécologues obstétriciens français, 30 nov 2006 ; consultable sur le site www.cngof.asso.fr.
12. M.C. Thierry: *La contraception du post partum : les attentes de femmes, rôle de la sage-femme*, mémoire de DU sur la régulation des naissances, Faculté de médecine Paris Descartes, 2008
13. T. Tourmen. *Accessibilité à la contraception, bonne pratique, normes, formation des professionnels*. Les dossiers de l'Obstétrique, mai 2008, n°371.
14. C. Lafon-Delpit. *Les interruptions volontaires de grossesses dans l'année suivant un accouchement*, étude prospective et descriptive au centre d'orthogénie de Tours, mémoire de fin d'étude de sages-femmes, Faculté de médecine de Tours, 2007.
15. *Post partum : optimiser la méthode contraceptive en tenant compte des besoins réels de la femme*, Abstract gynécologie, n° 322, février 2008
16. N. Bajos, H. Lecidon, H. Goulard, P. Oustry, N. Job-Spina. *Contraception: from accessibility to efficiency*. Hum Reproduction, 2003 ; 18 (5) : 994-999, 2003
17. S.Fanello, V. Parat-Pateu, C. Dagorne, H. Hitoto, J. Collet, T. Routiot, C. Baron, A. Fournié. *La contraception du post partum : les recommandations médicales, le point de vue des femmes*. J. Gynecol Obstet Biol Reprod, 2007 ; 36 : 369-374.
18. N. Bajos. *Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?* 30^{èmes} journées du Collège national des gynécologues obstétriciens français, 30 nov 2006 ; consultable sur le site www.cngof.asso.fr.

19. B. Hani. *Evaluation de l'information délivrée par les sages-femmes sur la contraception et choix éclairé des femmes en suites de couches précoces*, mémoire de fin d'études, Ecole de sages-femmes Baudelocque, Faculté de médecine Paris Descartes, 2008.
20. F.Bougis. *9 mois... et après ? questions autour de l'information contraceptive du post partum*, mémoire de fin d'études, Ecole de sages-femmes Baudelocque, Faculté de médecine Paris Descartes, 2005.
21. Journal officiel de la République Française, éd 0260, texte n° 17 ; 8 nov 2005, Arrêté du 12 oct 2005 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes.
22. Journal officiel de la République Française, éd 0167, du 22 juillet 2009 portant réforme à l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
23. D. Médico. *Sexualité, grossesse et post partum*, Genève, 28 janv 2006, certificat de formation continue en sexologie clinique.
24. A-M. Connolly, J. Thorp, L. Pahel. *Effets of pregnancy and childbirth on post partum sexual function: a longitudinal prospective study*, international urogynécologie journal, 2005; 16 (4): 263-267.
25. C. Fabre-Clergue, H. Duverger-Charpentier. *Sexualité du post partum*, Revue Sage-femme, 2008 ; 7(6) : 301-304.
26. X.Fritel. *Pour ou contre la rééducation périnéale du post partum ?* Revue de gyn obst & fert, 2008 ; 36 : 824-825.
27. R-N. Pauls, J-A. Occhino, V-L. Dryfhout. *Effets of pregnancy on female sexual function and body image: a prospective study*, the journal of sexual médecine, 2008; 5 (8): 1915-1922.

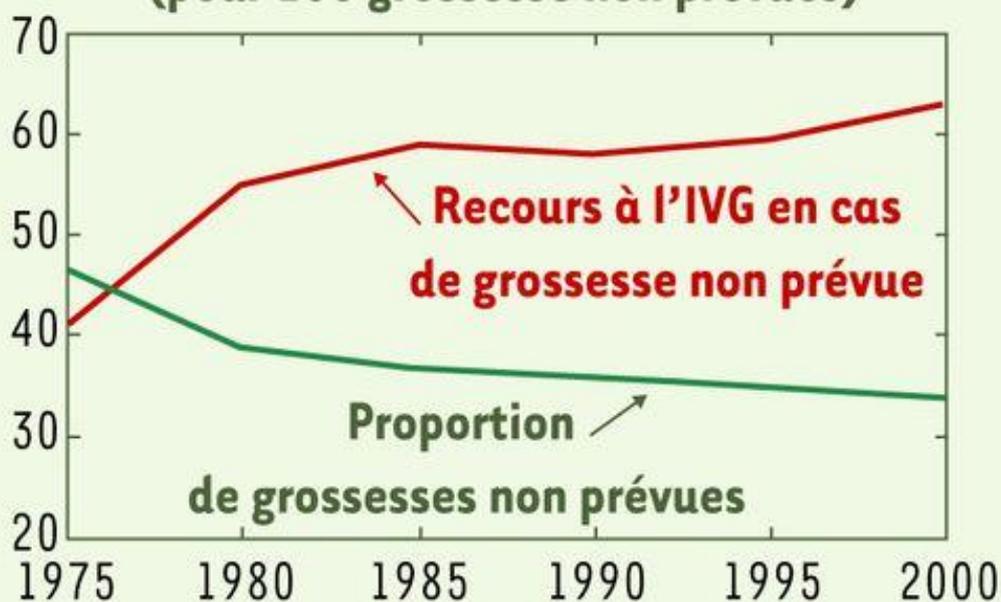
28. A. Olsson, M. Lundqvist, E. Faxelid, E. Nissen. *Women's thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth*, Scandinavian Journal of Caring Science, 2005 ; 19 (4): 381-387.
29. J-E. Byrd, J-S. Hyde, J-D. Delamater, EA. Plant. *Sexuality during pregnancy and the year post partum*, Journal of family Practice, 1998; 47 (4): 305-308.
30. C. Crouzet. *Reflexion concernant la place de la sage-femme dans la sexualité du couple*. Les dossiers de l'Obstétrique, mars 2006, n°347.
31. F. Dedecher, D. Baudelot, O. Graesslin, P-F. Ceccaldi, F. Montilla, E. Derniaux, R. Gabriel. *Grossesses rapprochées : facteurs de risque et conséquences périnéales*. J. Gynecol Obstet Biol Reprod, 2006 ; 35 (1) : 28-34.
32. Le collège National des sages-femmes. *Dossier 2010 : la contraception : la connaître et la comprendre pour mieux la conseiller*, 2009.
33. G.Robin, P.Massart, F.Graizeau, B.Guérin du Masgenet. *La contraception du post partum : état des connaissances* ; Journal gyn obst & fert, 2008 ; 36 : 603-615.
34. N.Bajos. *Sexualité, contraception, prévention et rapports de genre*. DRESS, juin 2009.
35. M. Gelly. *Avortement et contraception dans les études médicales, une formation inadaptée*, thèse de médecine, 2006. Ed Harmattan.
36. L'association française pour la contraception : www.contraception.org site consulté le 20 juin 2009.

Annexes

Nombre annuel d'IVG pour 1 000 femmes de 15-49 ans



Proportion de grossesses non prévues (pour 100 grossesses) et fréquence du recours à l'IVG (pour 100 grossesse non prévues)



Source : Ined, Inserm, Drees

ANNEXE 2

Entretien de femmes ayant eu une grossesse dans l'année suivant un accouchement et désirant poursuivre cette grossesse.

Date :

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

1. Age :

2. Nationalité :

- Française
- Autre :

3. Origine :

- Française
- Europe
- Afrique du nord
- Afrique noire
- Autre :

4. Situation familiale :

- Marié
- Vit en couple
- Célibataire

5. Niveau d'études :

- Non scolarisée
- Primaire
- collègue
- BEP ou CAP (*filière professionnelle*)
- Lycée
- Etude supérieure (*nbre d'années*) :

6. Profession :

- Agricultrice (*secteur I*)
- Artisane, commerçante (*profession libérale*)
- Chef d'entreprise
- Cadre ou profession supérieure
- Employée
- Ouvrière
- Profession intermédiaire (*enseignement, santé, fonction publique*)
- aucune

7. Exercez-vous votre profession actuellement ?

- Oui
- Non, pourquoi :

8. Combien d'heure travaillez-vous par semaine ?

- 25-35h (*temps partiel*)
- ≥ 35 h (*temps plein*)

9. Type de contrat :

- CDD
- CDI
- Indépendant
- Fonctionnaire
- Autre

10. Considérez-vous votre travail fatiguant ?

- Non
- Oui, pourquoi :
 - Temps de transports
 - Le travail
 - Autre :

11. Profession du conjoint :

12. Vos revenus mensuels sont :

- inférieurs à 500 euros :
- entre 500 et 1000 euros
- entre 1000 et 1500 euros
- entre 1500 et 3000 euros
- Plus de 3000 euros :

13. Type de protection sociale :

- Sécurité sociale + mutuelle
- Sécurité sociale sans mutuelle
- CMU
- AME
- aucune

14. Entourage familial :

- Présent
- Absent

15. Avez-vous une aide à domicile ?

- mari, conjoint
- enfant
- famille
- aide ménagère
- aucune
- autre :

16. Etes-vous croyante ?

- oui
- non

17. Si oui, pratiquez-vous votre religion :

- Oui, laquelle
- non

18. Combien d'enfant(s) avez-vous à la maison ?

19. Si vous avez des enfants, quel est le mode de garde ?

20. Combien avez-vous eu d'accouchements :

- Nombre :
- Lieux :

- Années :
- Terme :
- Mode d'accouchement :
 - Césarienne
 - Voie basse

21. Avez-vous eu des fausses couches :

- Nombre :
- Année :
- Terme :
- Mode :
 - spontanée
 - aspirée, curetage
 - médicamenteuse
- si chirurgicale, type d'anesthésie :
 - AG
 - AL

22. Avez-vous eu recours à l'Interruption Volontaire de Grossesse :

- Nombre :
- Année :
- Mode
 - médicamenteuse
 - aspiration, curetage
- si chirurgicale, type d'anesthésie :
 - AG
 - AL

- Terme
- Vécu :
 - simple
 - Difficile physiquement
 - Difficile psychiquement
 - Autre :

23. Avez-vous été aidée par une psychologue ?

- Oui
- Non

ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES

1. Quels moyens de contraception connaissez-vous ?

- Pilule OP ou P :
- Implant
- Patch
- Anneau
- DIU
- injectable
- Retrait
- Méthode naturelle :
- Préservatif M ou F
- Spermicide
- Diaphragme/cape
- Autre :

2. Pour vous, quel moyen de contraception vous semble le plus adapté ?

- Pilule OP ou P :
- Implant
- Patch
- Anneau
- DIU
- injectable
- Retrait
- Méthode naturelle :
- Préservatif M ou F
- Spermicide
- Diaphragme/cape
- Autre :

3. Pourquoi ?

- Coût
- Efficacité
- Utilisation (*simple*)
- Non invasif
- Absence d'effets secondaires
- Réversible (*retour à la fécondité*)

- Pas d'oubli
- Autre :

4. Pensez vous que l'on puisse être enceinte avant le retour de couches ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

5. Selon vous le retour de couches arrive :

- Avant l'ovulation
- Après l'ovulation
- En même temps que l'ovulation
- Ne sais pas
- Autre :

6. Selon vous, après un accouchement, l'ovulation est possible :

- Tout de suite après
- Au bout de 1 mois
- Avant le retour de couches
- Après le retour de couches
- Après l'allaitement
- Ne sais pas
- Autre :

CONCERNANT LA PRECEDENTE GROSSESSE :

1. Quel moyen contraceptif aviez-vous avant la grossesse ?

- Pilule :
- Implant
- Patch
- Anneau
- DIU
- injectable
- Retrait
- Méthode naturelle :
- Préservatif M ou F
- Spermicide
- Diaphragme/ cape
- Aucun/ raison :

2. Vous convenait-elle ?

- Oui
- Non

3. Conception :

- Spontanée, programmée
- Spontanée, inopinée
- PMA

4. Allaitement :

- Non
- Oui, temps, exclusif ?

5. A quel moment vous a t-on parlé de la contraception du post partum :

- consultation anté natale
- à l'accouchement
- en suites de couches
- à la consultation du post partum
- pendant la rééducation du périnée
- aux visites post natales par la sage-femme à domicile
- autre

6. Auriez-vous préféré qu'on vous en parle à un autre moment ?

- consultation anté natale
- à l'accouchement
- en suites de couches
- à la consultation post partum
- autre

7. Contraception utilisée dans le post partum :

- Pilule :
- MAMA
- Implant
- Patch
- Anneau
- DIU
- injectable
- Retrait
- Méthode naturelle :
- Préservatif M ou F
- Spermicide
- Diaphragme/cape
- Aucune/ raison :

8. Combien de temps après l'accouchement avez-vous débuté votre contraception :

- Sortie de la maternité
- A l'arrêt de la Bromocriptine
- 6 semaines après
- Après la consultation du Post Partum
- Autre :

9. Qui vous l'a prescrite :

- Sage femme
- Médecin
- autre

10. Comment évaluez-vous l'information que l'on vous a donnée sur la contraception ?

- complète
- incomplète
- partielle mais suffisante
- autre :

11. Avez-vous eu une information concernant la sexualité du post partum ?

- Non
- Oui, par :
 - Infirmière
 - Sage-femme
 - Médecin
 - Autre :

ENTRE LES DEUX GROSSESSES

1. Vous sentiez vous fatiguée ?

- Non
- Oui, pourquoi :

2. Avez-vous eu une aide à la maison après l'accouchement ?

- mari, conjoint
- enfant
- famille
- ami (e)
- aide ménagère
- aucune
- autre :

3. Combien de temps après l'accouchement avez-vous eu votre 1^{er} rapport sexuel :

4. Avez-vous rencontré des difficultés à la reprise des rapports sexuels ?

- oui
- non

5. Si oui, lesquels ?

- douleur
- peur
- diminution de la libido
- refus du partenaire
- manque d'isolement
- retour de la fécondité
- autre :

- 6. Vos rapports sexuels depuis l'accouchement étaient-ils?**
- aussi fréquents qu'avant la grossesse
 - plus fréquents qu'avant la grossesse
 - moins fréquents qu'avant la grossesse
 - autre :
- 7. Désiriez-vous un autre enfant ?**
- oui
 - non
- 8. Si oui, de combien de temps souhaitez-vous espacer vos grossesses ?**
- 1 an
 - 18 -24 mois
 - 2 -3 ans
 - 3 -4 ans
 - ≥4 ans
- 9. Combien voulez-vous d'enfant ?**
- 1
 - 2
 - 3
 - ≥ 4
- 10. Votre partenaire connaît-il votre mode de contraception :**
- oui
 - non
 - ne sait pas
- 11. Y adhère-t-il ? vous soutient-il ?**

POUR CETTE GROSSESSE :

- 1. Date de début de grossesse (espace entre les 2 grossesses) :**
- 2. Est-ce le même géniteur que pour la grossesse précédente ?**
- 3. Avez-vous eu votre retour de couches ?**
- Oui, date (*combien de temps après l'accouchement*)
 - non
- 4. Avez-vous rencontré des difficultés en matière de contraception ?**
- oui
 - non
- 5. Quelle a été la difficulté rencontrée en matière de contraception :**
- coût
 - Oubli
 - Mauvaise prise
 - Non adaptée au mode de vie en général

- Non adaptée au moment du post partum
- Pas commencée
- Aucune
- Autre :

6. Ces difficultés sont-elles les mêmes qu'avant l'accouchement ?

- Oui
- Non,
 - Trop chère
 - Oubliée
 - Mauvaise prise
 - Non adaptée
 - Aucune
 - Autre :

7. Comment avez-vous supposé votre état de grossesse :

- Retard de règle
- Signes de grossesse
- Prise de sang
- Autre

8. A quel terme avez-vous découvert cette grossesse

- Avant 4 SA
- Entre 4 SA et 7 SA (IVG médicamenteuse possible)
- Entre 7 SA et 9 SA (médicamenteuse ou aspiration)
- Entre 9 SA et 14 SA (aspiration)
- Après 14 SA

9. Quelles ont été vos réactions ?

10. Avez-vous été consultée un médecin suite à cette découverte ?

- Oui
- Non
- Pourquoi :

11. Connaissez-vous la contraception d'urgence hormonale:

- Oui
- Non

12. Vous l'a-t-on déjà prescrite ?

- Non
- Oui, quand :

13. L'avez-vous utilisée ?

- Oui
- Non,
 - Pas pensé

- Ne connaissait pas
- Contre
- Autre

14. Saviez vous que le DIU était aussi une contraception d'urgence ?

- Oui
- Non

15. Avez-vous envisagé d'interrompre cette grossesse ?

- Oui
- Non
- Pourquoi :

16. Avez-vous réfléchi à une contraception après l'accouchement :

- Oui
- Non

17. Souhaitez-vous avoir une information sur la contraception ?

- Non
- Oui,
 - Maintenant
 - Pendant ma grossesse
 - Après l'accouchement
 - A la visite post natale (6-8 semaine après accouchement)
 - Autre :

18. Avec qui souhaiteriez-vous en parler ?

- Infirmière
- Sage-femme
- Médecin
- Autre :

19. Vous pensez prendre :

- Pilule OP ou P :
- Implant
- Patch
- Anneau
- DIU
- injectable
- Retrait
- Méthode naturelle :
- Préservatif M ou F
- Spermicide
- Diaphragme/cape
- Aucune/ raison :

Autres commentaires :

RESUME

Les dernières années, il a été noté une très légère diminution du nombre de grossesses non désirées et une stagnation du taux d'IVG dans la population générale. Une stagnation cache une autre réalité : un nombre encore important de grossesses non désirées de femmes sortant tout juste de parcours médical à la maternité.

Elles se retrouvent alors face à un dilemme : poursuivre la grossesse avec les conséquences que l'on connaît ou l'interrompre.

Peu d'études se sont intéressées à cette situation particulière.

C'est pourquoi, nous avons réalisé une étude descriptive auprès de femmes ayant une grossesse dans l'année suivant un accouchement et analyser l'environnement de ces grossesses du post partum.

Nous avons ainsi constaté que cette situation touchait toutes les femmes, quel que soit leur milieu socio-culturel.

Malgré les limites de notre étude, celle-ci laisse percevoir des défauts d'éducation et d'adaptation en matière de contraception.

En dépit de l'ancienneté des lois en France sur la contraception et sur l'IVG, nous remarquons que l'accès à la contraception et la fréquentation des plannings familiaux restent difficiles pour les femmes.

Dans ce domaine, avec l'extension de leurs champs de compétences professionnelles, les sages-femmes ont un rôle primordial auprès des femmes.

Mots clés :

- Grossesses non désirées
- Sexualité
- Post partum
- Contraception
- Sage-femme