



HAL
open science

Contraception en suites de couches. Les entretiens menés en suites de couches correspondent-ils aux besoins des patientes ?

Flore Alardo

► **To cite this version:**

Flore Alardo. Contraception en suites de couches. Les entretiens menés en suites de couches correspondent-ils aux besoins des patientes ?. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00714136

HAL Id: dumas-00714136

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00714136>

Submitted on 3 Jul 2012

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

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

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

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 Paris Descartes

ECOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELOCQUE

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

Présenté et soutenu publiquement
le 13 avril 2012

par

Flore ALARDO

Née le 21 mai 1989

**CONTRACEPTION EN SUITES DE
COUCHES**

*Les entretiens menés en suites de couches correspondent-ils aux
besoins des patientes ?*

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Mme MAREST Cécile

Sage-femme, Maternité Port-Royal

JURY DU MEMOIRE :

Mr le Pr CABROL Directeur technique et d'enseignement

Mme DRAN Représentante de la directrice de l'école

Mme GOUSSOT-SOUCHET Sage-femme

Mme LAMALI Sage-femme

Mme VEROT Co-directrice, sage-femme enseignante

N° du mémoire : 2012PA05MA01

Remerciements

Mes remerciements les plus sincères s'adressent à Mme Marest et Mme Vérot pour avoir respectivement dirigé et guidé ce mémoire. Leur disponibilité, leurs conseils et leur soutien furent indispensables à l'aboutissement de ce travail.

Un grand merci à l'équipe des consultations de la maternité Port-Royal ainsi qu'aux étudiantes sages-femmes qui ont permis la distribution des questionnaires.

Je tiens aussi à saluer les patientes ayant donné de leur temps pour répondre à l'enquête.

Je remercie également Mme Dran pour sa disponibilité tout au long de ces quatre années d'école.

Un immense et sincère « merci » va à mes amis de médecine, Camille, Antoine, Romain et Christelle qui m'ont encouragée et soutenue tout au long de ma formation. Je remercie également toute la promotion 2008-2012 de l'école, et plus particulièrement Claire, Sarah, Marie, Laëtitia et Myriam pour les inoubliables moments de travail et détente passés ensemble.

Enfin, merci à mes parents, ma sœur Marie et mes grands-parents pour m'avoir toujours encouragé dans tous les projets que j'ai souhaité accomplir.

Et bien évidemment à Thomas, pour être à mes côtés au quotidien.

Table des matières

Liste des tableaux	a
Liste des figures	b
Liste des annexes	c
Lexique.....	d
Introduction	1
Première partie : Entrée en matière	2
L'entretien de contraception.....	2
1.1 <i>L'entretien médical</i>	2
1.2 <i>Recommandations sur l'entretien de contraception</i>	2
1.2.1 Le counseling.	3
1.2.2 La démarche éducative.....	4
1.3 <i>La contraception du post-partum</i>	4
1.3.1 Facteurs influençant la prescription	4
1.3.2 Options disponibles	6
Le service des suites de couches	11
2.1 <i>Le principe du service</i>	11
2.2 <i>La sage-femme</i>	11
2.2.1 Rôles	11
2.2.2 Journée type.....	12
2.2.3 La sage-femme et la contraception.....	13
2.3 <i>L'entretien de sortie</i>	14
2.3.1 Date et but.....	14
2.3.2 Examen clinique	15
2.3.3 Aspects pratiques de l'entretien de contraception	15
2.3.4 Obstacles à l'entretien	16
Besoins de la patiente en matière de contraception	17
3.1 <i>La sexualité dans le post-partum</i>	17
3.1.1 Physiologie des rapports sexuels.....	17
3.1.2 Psychologie du rapport sexuel dans le post-partum	20
3.1.3 Facteurs influençant la reprise des rapports sexuels.....	21
3.1.4 Influence des cultures et religions.....	22
3.2 <i>La fertilité du post-partum</i>	24
3.2.1 Cycle menstruel normal.....	24
3.2.2 En cas d'allaitement maternel	24
3.2.3 En cas d'allaitement artificiel	24

Deuxième partie : Etude	26
Problématique.....	26
Les objectifs.....	26
Les hypothèses.....	27
La méthodologie	27
4.1 <i>Type d'étude et population incluse</i>	27
4.2 <i>Construction du questionnaire</i>	27
4.2.1 Méthode	27
4.2.2 Questionnaire test et version finale.....	28
4.3 <i>Distribution et récupération des questionnaires</i>	28
4.4 <i>Fin d'étude et analyse des questionnaires</i>	29
Présentation des résultats	29
5.1 <i>Aspects quantitatifs</i>	29
5.2 <i>Description des résultats</i>	30
5.2.1 Renseignements généraux	30
5.2.2 Le suivi gynécologique.....	33
5.2.3 La dernière grossesse.....	34
5.2.4 L'entretien de sortie en suites de couches.....	35
5.2.5 De la sortie à la visite post-natale	38
5.3 <i>Croisement de données</i>	41
5.3.1 Reprise précoce des rapports sexuels.....	41
5.3.2 Facteurs favorisant un mauvais usage de la contraception.....	42
5.3.3 Utilité de l'entretien de contraception selon les patientes	42
Troisième partie : Discussion	44
Analyse des résultats.....	44
1.1 <i>Remplissage du questionnaire</i>	44
1.1.1 Taux de réponse	44
1.1.2 Qualité des réponses	44
1.2 <i>Comparabilité à la population générale</i>	45
1.3 <i>Conclusion</i>	47
Réponse aux hypothèses	47
2.1 <i>L'organisation du service de suites de couches n'est pas favorable pour mener un</i> <i>entretien de contraception de qualité</i>	47
2.1.1 Temps consacré à la patiente	47
2.1.2 Conditions de l'entretien.....	47
2.1.3 Qualité des informations données.....	48
2.1.4 Compréhension de la patiente face à cette information.....	49
2.1.5 Conclusion.....	50

2.2 <i>La prescription de contraception en suites de couches n'est pas toujours adaptée aux besoins de la patiente</i>	51
2.2.1 Reprise des rapports sexuels.....	51
2.2.2 Utilisation de la contraception	51
2.2.3 Les grossesses rapprochées	52
2.2.4 Conclusion.....	52
2.3 <i>Il existe un « profil type » de patientes susceptibles de reprendre de façon plus précoce des rapports sexuels après l'accouchement</i>	53
2.3.1 Caractéristiques de la patiente.....	53
2.3.2 Caractéristiques de la grossesse	54
2.3.3 Caractéristiques de l'accouchement	54
2.3.4 Mode d'allaitement	56
2.3.5 Conclusion.....	56
Critique de l'étude	57
3.1 <i>L'effectif</i>	57
3.2 <i>Les réponses au questionnaire</i>	57
3.3 <i>Travail d'analyse et de recherche</i>	58
Propositions	58
4.1 <i>Ouvrir le champ des possibles</i>	58
4.2 <i>Favoriser l'information de la patiente</i>	59
4.3 <i>Donner du poids à l'étude</i>	60
Conclusion	61
Bibliographie	62
Annexes	67

Liste des tableaux

Tableau 1 : Indice de Pearl de la MAMA vs œstro-progestatifs (ANAES ⁽¹⁷⁾).....	6
Tableau 2 : Indice de Pearl des différentes méthodes barrières (OMS 2006).....	10
Tableau 3 : Reprise des rapports selon la délivrance d'ordonnance ou de conseils .	40
Tableau 4 : Influence du mode d'allaitement sur la reprise des rapports sexuels	41
Tableau 5 : Influence de l'état périnéal sur la reprise des rapports sexuels	41
Tableau 6 : Influence de la voie d'accouchement sur la reprise des rapports sexuels	41
Tableau 7 : Influence de la durée de l'entretien sur la mauvaise observance de la contraception.....	42
Tableau 8 : Influence de la durée d'entretien sur l'utilité ressentie par la patiente	42
Tableau 9 : Influence de la disponibilité du soignant sur l'utilité ressentie par la patiente	43
Tableau 10 : Influence de la disponibilité du patient sur l'utilité ressentie par la patiente	43
Tableau 11 : Influence de la possibilité de poser des questions sur l'utilité ressentie par la patiente	43
Tableau 12 : Influence de la qualité des réponses obtenues sur l'utilité ressentie par la patiente.....	43

Liste des figures

Figure 1 : Répartition des patientes selon leur âge	30
Figure 2 : Origine géographique des patientes.....	31
Figure 3 : Parité.....	31
Figure 4 : Antécédents obstétricaux (Fausses Couches Spontanées)	32
Figure 5 : Antécédents obstétricaux (Interruptions Volontaires de Grossesse).....	32
Figure 6 : Niveau d'étude de la patiente et de son conjoint.....	32
Figure 7 : Pathologies des patientes nécessitant un suivi médical particulier	33
Figure 8 : Fréquence du suivi gynécologique	33
Figure 9 : Lieu du suivi gynécologique	34
Figure 10 : Satisfaction des patientes face à leur contraception	34
Figure 11 : Etat périnéal suite à un accouchement voie basse	35
Figure 12 : Interlocuteur ayant réalisé l'entretien de contraception	35
Figure 13 : Durée de l'entretien de contraception en suites de couches	36
Figure 14: Conditions d'entretien de contraception en suites de couches.....	36
Figure 15 : Disponibilité de la patiente et du soignant pour l'entretien de contraception.....	36
Figure 16 : Prescription de contraception à l'issue de l'entretien de contraception ...	37
Figure 17 : Possibilité de poser des questions	37
Figure 18 : Qualité des réponses obtenues.....	37
Figure 19 : Utilité de l'entretien de contraception	38
Figure 20 : Allaitement au moment de la visite post-partum.....	38
Figure 21 : Raison de non reprise des rapports sexuels	38
Figure 22 : Nombre de rapports sexuels survenant dans le post-partum	39
Figure 23 : Date de reprise des rapports sexuels.....	39
Figure 24 : Utilisation de la prescription	39
Figure 25 : Respect des conditions d'utilisation.....	40
Figure 26 : Délai entre l'accouchement et la visite post-natale.....	40

Liste des annexes

Annexe I : Recommandations de l'ANAES concernant la contraception du post-partum (2004).....	68
Annexe II : Questionnaire distribué aux patientes	69
Annexe III : Comparaison de notre population à la population générale (métropole)	74
Annexe IV : Comparaison de notre population à la population générale (métropole) <i>[SUITE]</i>	75

Lexique

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CASSF: Collectif des Associations et Syndicats de Sages-femmes

CMU : Couverture Médicale Universelle

CNOSF: Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes

DIU : Dispositif Intra-Utérin

FCS : Fausse Couche Spontanée

FSH : FollicularHormonStimulating

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

INED : Institut National des Etudes Démographiques

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

GnRH: Gonadotropin Releasing Hormon

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG: Interruption Volontaire de Grossesse

JO: Journal Officiel

LAM : Lactational Amenorrhea Method

LH : Luteal Hormon

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

OMS : Organisation Mondiale de la Santé(*voir WHO en anglais*)

OP : Oestro-progestatifs

PMI: Protection Maternelle et Infantile

RS : Rapports Sexuels

SIU : Système Intra-Utérin

WHO : World Health Organization(*voir OMS en français*)

Introduction

Depuis 2004, les sages-femmes françaises peuvent informer et prescrire la contraception du post-partum. Ces compétences sont complétées par la loi de juillet 2009, permettant la prescription et la surveillance de la contraception, en l'absence de pathologie, tout au long de la vie des femmes. Ceci permet, entre autres, d'effacer la rupture entre la contraception du post-partum prescrite par la sage-femme, et celle à long terme prescrite par le médecin. Cela confirme la place prépondérante de la sage-femme dans la vie contraceptive des femmes.

Durant le post-partum, la patiente s'inscrit dans un parcours de soins où deux entretiens de contraception sont menés : le premier en service de suites de couches, le second lors de la visite post-natale, environ deux mois après l'accouchement.

Malgré cela, en 2006, la prévalence des interruptions volontaires de grossesses (IVG) est de 5%⁽¹⁾ dans les six mois du post-partum, soit, sur une base de 300 000 IVG par an, 11 500 durant cette période. Dans la mesure où les couples peuvent décider de l'arrivée d'un enfant, ces grossesses sont interrompues car elles arrivent trop tôt. En effet, les mères souhaitent espacer leurs maternités de deux à trois ans⁽²⁾

Une étude⁽³⁾ montre que les grossesses rapprochées surviennent souvent chez les patientes avec un niveau socio-économique défavorable, après un parcours d'aide médicale à la procréation, et chez les femmes célibataires et jeunes. Les facteurs identifiés sont, notamment, une contraception non adaptée, un défaut d'information, et un mauvais relais entre la contraception du post-partum et celle à long terme.

Au regard de ce problème de santé publique, nous avons effectué un travail de recherche sur l'adéquation entre l'entretien de contraception en suites de couches et les besoins des accouchées pour connaître les clés d'une prise en charge adaptée.

La première partie de ce travail aborde le principe de l'entretien médical de contraception, en présentant les principales options contraceptives à proposer. La pertinence et les difficultés de la prescription des contraceptifs seront détaillées.

Afin de répondre à cette problématique, nous avons mené une enquête dont la méthodologie et les résultats sont présentés dans la seconde partie de ce mémoire.

Dans une troisième partie, l'analyse de l'enquête répond aux hypothèses posées, dans la limite des biais inhérents à l'étude. La discussion aboutit à l'exposé de plusieurs suggestions, ayant pour objectif une meilleure prise en charge des femmes.

Première partie :

Entrée en matière

L'entretien de contraception

1.1 L'entretien médical

Un entretien est « une situation d'échange conversationnel où un interlocuteur, enquêteur ou clinicien extrait une information d'un enquêté ou d'un patient »⁽⁴⁾.

Il permet d'obtenir des informations objectives (nom, niveau d'expression verbale) et subjectives (histoire, préoccupations, croyances). Comme le dialogue, il est un échange de paroles, où chacun reçoit des renseignements. Chaque protagoniste doit être en mesure de recevoir et d'écouter, tout en gardant la distance nécessaire. Si elle n'est pas respectée, un sentiment d'infraction peut renforcer les réticences.

Le cadre de l'entretien est essentiel. Il doit avoir lieu dans un espace calme, en tête à tête, sans interruption par un élément perturbateur.

L'article R. 4127-35 du code de Santé Publique précise que le praticien doit délivrer une information loyale, claire et appropriée, au patient, en veillant à sa bonne compréhension.

La loi du 4 mars 2002⁽⁵⁾ pose l'information comme un droit reconnu au patient (article L. 1111-2). Son consentement au traitement devra se faire de manière libre et éclairée et pourra être retiré à tout moment (article L. 1111-4).

1.2 Recommandations sur l'entretien de contraception⁽⁵⁾⁽⁶⁾

Informatif, il prévient la patiente d'une possible ovulation avant le retour de couches et de l'importance d'une contraception, si elle ne veut pas être à nouveau enceinte.

Il est aussi personnalisé et prend en compte la patiente dans sa globalité :

- contraceptions antérieures (tolérance, oublis, échecs)
- circonstances de survenue de la grossesse (souhaitée, inopinée)
- pathologies de la grossesse, mode d'accouchement et d'allaitement
- mode de vie (parité, conditions socio-économiques, travail)

L'HAS⁽⁷⁾ définit la meilleure contraception comme étant celle que la femme ou le couple choisit de façon libre et éclairée. La littérature a effectivement montré que le choix de la méthode contraceptive est lié à une meilleure satisfaction et à un meilleur respect des conditions d'utilisation de la méthode. Le choix de la patiente doit donc se faire en réponse à des propositions expliquées par le praticien, celles-ci étant déjà adaptées aux spécificités médicales de la patiente.

Selon les recommandations de l'ANAES⁽⁸⁾, l'entretien doit être mené avec des outils comme le counseling et la démarche éducative.

1.2.1 Le counseling⁽⁹⁾

Il s'agit d'une méthode d'accompagnement à la démarche personnelle, afin que la patiente choisisse de façon éclairée et exprime sa décision librement. Il repose sur l'empathie et le respect (sexualité, religion, besoins). Le soignant garde une neutralité maximale face aux informations échangées avec la patiente.

L'OMS préconise de diviser l'entretien en six étapes, selon l'acronyme « BER CER » :

- **Bienvenue** : durant cet accueil, le praticien se présente, rappelle la confidentialité de l'entretien, explique le but et le déroulement de la consultation.
- **Entretien** : le consultant pose des questions ouvertes et simples, pour que la patiente exprime ses envies, besoins et questions. Il obtient ainsi des informations permettant de trier les méthodes contraceptives à proposer. Il évalue aussi le niveau de langage et pourra adapter son discours.
- **Renseignement** : le praticien explique, dans les grandes lignes, chaque méthode (emploi, efficacité, effets secondaires, avantages et inconvénients, coût).
- **Choix** : le consultant rappelle à la patiente que le choix lui appartient, mais qu'il est disponible pour la guider dans sa décision. Son expérience l'aide à adapter les options au mode de vie, préférences, bénéfices et risques de la méthode choisie.
- **Explication** : le praticien délivre une information plus large sur la méthode contraceptive retenue, avec, si possible une démonstration. Il doit aussi expliquer la ou les conduites à tenir en cas d'échec de cette contraception.
- **Retour** : les consultations de suivi évalueront la méthode et son utilisation.

1.2.2 La démarche éducative ⁽⁹⁾

Le but est de rendre la patiente autonome. Pour cela, le soignant lui livre les clés d'une prise en charge sécurisée et adaptée. Au cours de l'entretien, le praticien prend en compte ce que la patiente EST (facteurs de risques, antécédents, maladies), ce qu'elle SAIT en matière de contraception, ce qu'elle FAIT (situation familiale et socioprofessionnelle, niveau de ressources et couverture sociale), ce qu'elle CROIT (religion, culture), ce qu'elle REDOUTE et ce qu'elle ESPERE.

Au cours de cet entretien de contraception, le soignant expliquera les méthodes contraceptives que la patiente peut choisir.

1.3 La contraception du post-partum

Il s'agit de l'ensemble des moyens utilisés pour provoquer une infécondité temporaire. Hormonale, mécanique ou chimique, il en existe un large panel.

1.3.1 Facteurs influençant la prescription

1.3.1.1 Facteurs physiologiques ⁽¹⁾⁽⁸⁾⁽¹⁰⁾

✓Le risque cardio-vasculaire :

Les modifications physiologiques de la grossesse (augmentation du volume sanguin, diminution des facteurs de coagulation, possible hypertension artérielle) multiplient le risque de survenue d'un incident cardiovasculaire par 80. Ces facteurs ne retrouvent leur état basal qu'après environ trois semaines.

Ce risque est renforcé par un allègement prolongé et une intervention chirurgicale.

✓L'allaitement :

A 8 jours de vie, 54,8% des nouveau-nés sont allaités exclusivement au sein⁽¹¹⁾. La contraception doit donc maintenir la lactation, avoir un faible passage dans le lait et ne pas avoir d'effet néfaste sur le nouveau né.

1.3.1.2 Facteurs personnels⁽¹²⁾

Tout au long de sa vie contraceptive, la femme doit adhérer au moyen de contraception prescrit, ce dernier devant faire l'objet d'un réel dialogue entre la

femme et le prescripteur. De nombreux facteurs personnels entrent en jeu dans la mise en place d'une contraception du post-partum.

✓La facilité d'utilisation :

La vie du couple est entièrement remaniée par l'arrivée de l'enfant. Si les conditions d'utilisation de la contraception sont trop contraignantes, il y a un risque de mauvaise observance. Le quotidien d'un couple accueillant un nouveau-né se rythme bien souvent par le cycle d'éveil et de nutrition de l'enfant.

Il ne faut pas oublier que la patiente n'a pas utilisé de contraception pendant la grossesse, voire même, souvent, durant les mois précédant le début de la gestation.

✓Le désir d'un autre enfant⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾ :

L'écart moyen d'âge entre les enfants d'une même fratrie est de deux ans entre les trois premiers rangs de naissance.

Il est nécessaire de discuter avec la patiente pour savoir si une contraception à long terme lui serait utile (DIU, SIU, implant) ou si elle a un désir de grossesse dans l'année à venir, auquel cas une contraception à plus court terme serait envisagée.

Il est important d'aborder les difficultés liées aux grossesses rapprochées (santégénésique, difficulté d'élever deux enfants en bas âge, fragilité de la cicatrice en cas de césarienne). Il n'y a pas de délai préconisé avant d'entamer une grossesse après une hystérotomie. Une attente de plusieurs mois est souvent conseillée pour que l'utérus cicatrise (risques de placenta prævia et/ou accreta et rupture utérine réduits).

Quelle que soit la voie d'accouchement, on peut aussi souligner qu'il est préférable d'attendre que le premier enfant marche afin d'éviter le port d'une charge trop lourde.

✓Les antécédents contraceptifs :

Le praticien médical doit se renseigner sur les méthodes contraceptives antérieures, afin de connaître leur tolérance et leur degré de satisfaction. Nombre de patientes acceptent une méthode contraception, alors qu'elles savent qu'elles ne l'utiliseront pas car elle ne leur convient pas (prise de poids, échec, croyance).

✓Les indications médicales :

Elles ne sont pas spécifiques à la période du post-partum. Des antécédents familiaux ou personnels peuvent contre-indiquer l'utilisation de certaines méthodes (diabète, phlébite, HTA, hypersensibilité,...). De même, il faut se renseigner sur les interactions médicamenteuses (épilepsie) et la consommation de toxiques (tabac).

1.3.2 Options disponibles^{(1)(8)(10)(15)(16)(17)(Annexe I)}

1.3.2.1 Méthodes naturelles

✓MAMA

Cette contraception est la plus utilisée dans le monde. Elle repose sur deux conditions (allaitement exclusif jour et nuit, persistance de l'aménorrhée) et est applicable pendant les six premiers mois du post-partum.

Certaines études⁽¹⁸⁾ ont apporté des précisions pour en potentialiser l'efficacité :

- Tétées de plus de quatre minutes
- Fréquence élevée (plus de six tétées longues ou plus de dix courtes par 24h)
- Mise au sein jour et nuit
- Durée entre les tétées inférieure à six heures
- Compléments exceptionnels

Ainsi, à six mois, on observe moins de 1% de grossesses dans les conditions du consensus, 3% de grossesses si l'aménorrhée persiste alors que des suppléments ont été introduits et 7% de grossesses si le retour de couches a eu lieu⁽¹⁷⁾. Cependant, l'efficacité pratique varie selon les études.

Certains facteurs ont été éclaircis :⁽¹⁵⁾⁽¹⁹⁾

- **Activité professionnelle** : reprise avant six mois, le taux d'échec est de 5,2%
- **Aléas de la physiologie** : 15% de retours de couches ont lieu avant 6 mois
- **Contraintes de l'allaitement maternel** : 18% d'abandon avant 6 mois.

Seule, la MAMA est fréquemment considérée comme un moyen d'espacer les naissances. Afin de parer à une grossesse non désirée, la plupart des praticiens conseillent de l'associer à un autre outil contraceptif (préservatif, spermicide,...).

	Utilisation optimale	Pratique courante
MAMA	0,5	2
œstro-progestatifs	0,1	8

Tableau 1 : Indice de Pearl de la MAMA vs œstro-progestatifs (ANAES⁽¹⁷⁾)

✓ Les autres méthodes naturelles

Elles reposent sur des estimations des périodes fertiles et infertiles :

- Ogino : la survenue des règles permet d'établir un calendrier de fertilité
- Bilings : l'aspect variable de la glaire cervicale prédit les variations hormonales
- Méthode des températures : élévation de 0,5°C lors de l'ovulation
- Auto-observation : combinaison des méthodes naturelles décrites

Basées sur l'observation du corps féminin au cours des cycles, elles ne sont pas adaptées à la période du post-partum. En effet, le cycle ne reprend qu'après plusieurs semaines, alors qu'une ovulation peut avoir lieu avant le retour des règles.

✓ Le retrait

Praticable en tout temps, cette méthode est trop peu efficace pour être présentée aux patientes comme une méthode contraceptive. Son indice de Pearl varie de 4 à 27% selon l'observance du couple (en dehors de la période du post-partum).

1.3.2.2 Méthodes hormonales

✓ Contraception orale

- Œstro-progestatifs (OP): les OP normo-dosés sont contre-indiqués en raison du risque thromboembolique vu précédemment. Cependant, il existe des OP mini-dosés (30µg d'éthinyl-œstradiol contre 50µg), minimisant le risque. A ce jour, peu d'études ont été menées sur leur efficacité et leurs risques dans le post-partum.

L'ANAES précise que :

En cas d'allaitement artificiel : qu'un inhibiteur de la lactation (Bromocriptine : Bromokin®, Parlodel®) soit utilisé ou non, la contraception orale peut débuter après le dernier comprimé, soit J21. A ce jour, le sur-risque thromboembolique n'est plus.

En cas d'allaitement maternel (exclusif ou non) : les OP sont contre-indiqués en raison de la diminution de la lactation qu'ils impliquent par inhibition de la sécrétion hypophysaire de prolactine et du passage dans le lait maternel (passage minime en cas d'OP minidosé : < 0,05%).

Bien qu'il n'y ait presque pas d'effet tant sur la mère que sur l'enfant, les OP ne sont commencés que 6 semaines après l'accouchement chez la femme qui n'allait pas.

- *Progestatifs* : bien tolérés, ils sont utilisés en cas de contre-indications aux OP ou durant la période du post-partum. Par voie orale, il en existe deux types :

- Micro-progestatif sans action anovulatoire (Microval®) : il agit par atrophie de la muqueuse et épaissement de la glaire cervicale. Ses effets secondaires sont des spotting, de l'acné, une aménorrhée. Il accepte un retard de prise de 3h. Seul Microval® est remboursé par la sécurité sociale.

- Micro-progestatif avec action anovulatoire (Cérazette®) : il joue sur le pic de LH et a donc une action contraceptive périphérique. Ses efficacités théorique et pratique sont meilleures que celles de Microval® car il tolère 12h de décalage dans la prise. Les effets secondaires sont identiques.

La méthode microprogestative fait valeur de référence car elle ne modifie pas la quantité de lait maternel et n'a pas d'effet sur la croissance de l'enfant (à 1an de suivi), avec un effet minime sur les paramètres de l'hémostase maternels. Elle est débutée au 15^{ème} jour du post-partum (voire 10^{ème}, recommandé par le CNGOF). Son efficacité est acceptable, mais le taux d'abandon est important (50% à 6mois).

✓ Contraception locale hormonale :

- *Oestroprogestatifs* : le patch (Evra®) et l'anneau vaginal (Nuvaring®) sont des méthodes œstro-progestatives et ne sont, de fait, pas prescrites dans le post-partum. Il n'y a pas d'études sur le passage dans le lait maternel ni sur le risque thrombo-embolique. Concernant l'anneau, le vagin retrouve son tonus initial à J21, et il serait donc envisageable de le prescrire, même si les lochies perdurent. Aucune de ces deux méthodes n'est prise en charge par la sécurité sociale.

- *Progestatifs* :

- l'implant (Nexplanon®) : il a la même action que Cerazette®, sans l'inconvénient de prise à heure fixe ni possibilité d'oubli. Etant un progestatif, il peut être prescrit en post-partum immédiat. Il doit être remplacé tous les 2 à 3 ans, selon l'indice de masse corporel. Les effets secondaires sont ceux des micro-progestatifs. Il est pris en charge à 65% par la Sécurité Sociale.

- progestatif macrodosé : son passage dans le lait maternel et son risque thrombo-embolique le contre-indiquent dans le post-partum.

- SIU (Mirena®) : son action contraceptive périphérique est très bien tolérée cliniquement. En théorie, il peut être posé pendant les 48h suivant l'accouchement ou à partir de quatre semaines. Aucune étude n'a montré d'effet néfaste sur la lactation ou la croissance du nouveau né. La pose précoce n'est pas pratiquée en France.

1.3.2.3 Barrière chimique

Les spermicides sont introduits dans le vagin avant les rapports, afin de lyser les spermatozoïdes. Leur phénomène tensio-actif diminue la tension des gamètes mâles et crée des désordres osmotiques. Ce sont des méthodes transitoires, conseillées pour des durées courtes ou des périodes hypofertiles.

Leur indice de Pearl est mauvais (18) mais peut être amélioré par l'association à d'autres méthodes contraceptives (MAMA, cape, diaphragme, préservatif).

Différentes molécules sont utilisées (chlorure de benzalkonium, chlorure de miristalkonium, nonoxynol-9 et bromure de benzododécinium), mais seuls les chlorures sont envisageables en cas d'allaitement maternel. Ce sont des produits onéreux, non pris en charge par la Sécurité Sociale.

1.3.2.4 Barrière physique

✓DIU au cuivre :

Cette méthode contraceptive, très efficace, a une longue durée d'action (trois à dix ans selon les modèles). Elle ne présente que peu de contre-indications (malformations, infection utéro-cervicale récente, pathologie endo-cavitaire, hypersensibilité). Ses risques cardio-vasculaire et carcinogène sont faibles et elle est sans effet sur la lactation et la santé du nouveau né. Le DIU peut être inséré jusqu'à 48H après la délivrance avec un risque d'expulsion augmenté mais sans majoration du risque d'infection, ni de perforation⁽²⁰⁾. Cette méthode est généralement utilisée dans les pays en voie de développement. En France, le DIU est posé plusieurs semaines après l'accouchement, dans un délai variant selon les équipes.

✓Le préservatif :

Depuis les années 80, le préservatif masculin a retrouvé un rôle important pour la prévention des infections sexuellement transmissibles, en restant une contraception

utile. Le taux d'échec, en dehors du post-partum, varie selon les publications de 0,8 à 22%. Ces résultats dépendent du bon usage de la méthode, d'où l'importance de l'apprentissage. L'efficacité dépend de la qualité des préservatifs et peut être améliorée s'il est associé à un spermicide. Il a l'avantage d'être peu coûteux, disponible facilement et d'être lubrifié, ce qui rend les rapports plus confortables.

Le préservatif féminin peut être évoqué, même s'il n'est que peu utilisé. Son emploi est délicat car il nécessite une manipulation intra-vaginale, souvent difficile.

✓La cape et le diaphragme :

Ces deux dispositifs agissent en empêchant le contact entre les spermatozoïdes et l'entrée du col. Ils sont contre-indiqués dans le post-partum car le col ne reprend pas sa forme habituelle avant plusieurs semaines.

	Utilisation courante	Utilisation optimale
Préservatif masculin	14	3
Préservatif féminin	21	5
Diaphragme + spermicide	20	6
Spermicide	29	18
Cape	16	9

Tableau 2 : Indice de Pearl des différentes méthodes barrières (OMS 2006)

1.3.2.5 Contraception d'urgence⁽⁸⁾⁽¹⁰⁾⁽²¹⁾

✓Hormonale :

- *Lévonorgestrel (Norlevo®)* : souvent appelée « pilule du lendemain », elle retarde l'ovulation, tout en modifiant la glaire cervicale, ce qui perturbe la migration des spermatozoïdes. Son efficacité diminue avec le temps mais peut être prise jusqu'à 72h après le rapport sexuel. Elle ne présente que peu de contre-indications (thrombose veineuse évolutive) et peu d'effets secondaires (nausées, vertiges, asthénie). Facile d'accès, elle est disponible en pharmacie sans ordonnance et remboursée par la Sécurité Sociale. En ce qui concerne l'allaitement, il y a un passage dans le lait, il est donc conseillé de le suspendre pendant 6h.

- *Acétate d'ulipristal (EllaOne®)* : Efficace jusqu'à cinq jours après le rapport sexuel, elle bloque l'ovulation, même imminente. Les précautions d'emploi et

les effets secondaires sont plus larges que ceux du Norlévo®. Cette molécule étant un modulateur spécifique des récepteurs de la progestérone, l'efficacité des progestatifs en est altérée. Disponible sur ordonnance, elle est remboursée par la Sécurité Sociale. Le passage dans le lait requiert un arrêt de l'allaitement de 36h.

✓ Mécanique :

L'insertion d'un DIU dans les 5 jours suivant le rapport sexuel permet d'éviter la survenue d'une grossesse non désirée. Cette méthode n'est pas applicable dans les premières semaines car le DIU n'est pas être inséré avant quatre semaines.

Toutes ces méthodes contraceptives sont expliquées aux patientes, lors de l'entretien de contraception, durant leur hospitalisation en suites de couches.

Le service des suites de couches

2.1 Le principe du service

Après l'accouchement, les patientes sont hospitalisées en suites de couches, pour une durée moyenne d'hospitalisation de 4,4 jours⁽²²⁾. Classiquement, la surveillance dure trois jours pour un accouchement par voie basse et cinq cas de césarienne.

Si le couple mère/enfant remplit des critères médicaux et sociaux précis, essentiellement l'absence de complications et l'organisation préalable d'un suivi à domicile, une sortie précoce peut être organisée.

En l'absence de complications, la sage-femme est le seul professionnel médical à intervenir en suites de couches. Elle est responsable des prescriptions et selon le personnel paramédical présent, elle aura la charge de la dispensation des soins.

Les soins réalisés ont pour objectif de prévenir et de dépister les complications médicales (hémorragies, infections, thromboses) et psycho-sociales (dépression, troubles psychiques) spécifiques du post partum.

2.2 La sage-femme

2.2.1 Rôles

Selon le référentiel métier, les rôles propres à la sage-femme dans le service sont⁽²³⁾:

Réalisation d'un diagnostic maternel et pédiatrique grâce à l'accueil du couple mère-enfant, la réalisation de l'anamnèse, et d'un examen clinique complet.

Décision d'une indication et d'une stratégie de prise en charge avec la prescription des examens complémentaires, la recherche de troubles périnéaux ou sphinctériens et la prescription, selon les vœux de la patiente, d'une contraception.

Assurance d'une continuité des soins par l'accompagnement du lien mère-enfant et en réalisant des transmissions (carnet de santé, dossier médical).

2.2.2 Journée type

D'après notre expérience de stage en région parisienne, le matin, la sage-femme prend son service suffisamment tôt pour recevoir les transmissions de l'équipe de nuit, ce qui dure environ une demi-heure. Elle assiste ensuite au staff médical pendant environ une heure, avec la présentation des accouchées des dernières 24h.

De retour dans le service, elle consulte les nouveaux dossiers et définit son planning du jour. Elle s'occupera de chaque couple mère/enfant, en moyenne une vingtaine.

Selon son organisation personnelle, elle s'arrange pour faire :

- La visite quotidienne (interrogatoire et examen clinique d'environ dix minutes).
- La prescription des soins, réalisation et / ou vérification de leur réalisation.
- Le suivi pédiatrique (courbe de poids, ictère, élimination), avec réalisation et coordination des soins.
- La sortie des patientes arrivant au terme de leur hospitalisation.
- La visite de sortie de certaines patientes (environ 40 minutes).

L'après-midi est généralement consacré au travail administratif (prise de rendez-vous, préparation des ordonnances, récupération des bilans, établissement des certificats médicaux et du carnet de santé, ...).

Tout au long de sa journée, la sage-femme est sollicitée pour l'accueil de nouvelles accouchées, la gestion de problèmes urgents (difficultés d'allaitement, d'établissement du lien mère-enfant, de domicile, ...). Elle récupère les résultats des bilans biologiques et adapte la prise en charge. Elle organise le suivi global en faisant le lien avec divers professionnels (pédiatre, assistant social, psychologue, ...).

De façon plus ponctuelle, diverses réunions peuvent avoir lieu, telles que le staff médico-psycho-social ou le staff pédiatrique.

Compte tenu des besoins des femmes et du rôle de la sage-femme au sein de ce service, le législateur permet la prescription de la contraception par la sage-femme.

2.2.3 La sage-femme et la contraception

✓Cadre législatif

La loi modifiée n°67-1176 du 28 décembre 1967 du code de santé publique stipule que « *Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les diaphragmes, les capes ainsi que les contraceptifs locaux.* »

Selon l'article L.5134, les sages-femmes peuvent « prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen post-natal [...]»

La loi HPST étend les compétences des sages-femmes : « L'exercice de la profession comporte [...] la surveillance et la pratique [...] des soins post-nataux en ce qui concerne la mère et l'enfant [...], la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention [...]. ».

Le référentiel métier⁽²³⁾ précise que la sage-femme peut « décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge en recueillant les souhaits de la femme en matière de contraception et en la prescrivant ».

Afin de donner des conseils et une contraception de qualité adaptée à chacune, les étudiants sages-femmes reçoivent un enseignement théorique et pratique.

✓Formation initiale

Les ministères de la Santé et de l'Enseignement encadrent la formation en gynécologie des sages-femmes en établissant un programme d'enseignement.

L'ancien programme, avant l'uniformisation au système Licence-Master-Doctorat, n'expose pas clairement les notions à enseigner. Il y a donc des disparités entre les écoles. L'école de Baudelocque, par exemple, enseigne la régulation des naissances grâce à dix heures d'enseignement magistral, associé à des cas cliniques de deux heures. Des laboratoires les entraînent à la pose de contraception mécanique. A cela s'ajoute la réalisation d'un portfolio de contraception et une évaluation pratique.

La réforme nationale de 2011 impose que la contraception soit enseignée sous divers thèmes : bases pharmacologiques, planification familiale, stérilisation féminine et masculine. Un enseignement pratique sera délivré sur la pose des DIU / implants.

✓Formation continue

Divers diplômes universitaires de contraception existent au sein des universités (Paris Diderot, Descartes, Lyon, Marseille, ...) et sont accessibles aux professionnels de santé (médecins, internes, sages-femmes) voire au personnel intervenant auprès des femmes (infirmiers, PMI). Ce sont des formations théoriques, souvent accompagnées d'une partie pratique. Leur durée varie de quelques mois à un an.

En dehors de cette possibilité, il existe des formations plus ponctuelles, sous formes de séminaires, durant une à trois journées :

- Les samedis de la contraception qui se déroulent dans toute la France
- Les assises de gynécologie et d'obstétrique
- Les journées du collège national des sages-femmes

Les professionnels en activité sollicitent les écoles de sages-femmes pour dispenser des formations continues. Suite à l'extension des compétences en gynécologie, de nombreuses séances ont été animées, sur la pose des DIU, par exemple.

2.3 L'entretien de sortie

2.3.1 Date et but

L'entretien comporte un examen clinique et une discussion entre la sage-femme et la patiente. D'après mon expérience de stage, il a souvent lieu au troisième jour d'hospitalisation après un accouchement par voie basse, ou au cinquième jour après une césarienne. Cette date a été retenue pour plusieurs raisons :

- La mère est plus reposée qu'au premier jour après la naissance.
- Le couple mère enfant commence à se mettre en place, tout comme la « montée de lait ».
- Veille de la sortie, cela laisse une journée à la femme pour intégrer les informations et poser des questions.

En plus de la contraception, la sage-femme doit aborder le retour à la maison :

- suivi pédiatrique et gynécologique
- retour de couches
- précautions à prendre pour la femme et l'enfant (alimentation, hygiène)
- finalisation des papiers administratifs (certificats, carnet de santé, ordonnances, rendez-vous, ...)

2.3.2 Examen clinique

L'examen clinique sera le plus complet possible, afin d'établir une conduite à tenir des prochains jours voire des prochains mois. Il se compose d'un examen général (constantes, état général) et d'un examen obstétrical (seins, utérus, périnée, lochies).

2.3.3 Aspects pratiques de l'entretien de contraception

L'application des recommandations de l'HAS nécessite du temps. Pour que 96% des patientes soit satisfaites, l'entretien de contraception doit durer 15 à 20minutes⁽²⁴⁾.

✓Exercice mathématique⁽²⁵⁾

Dans un service de suites de couches, une sage-femme gère en moyenne 18 patientes. La durée moyenne d'hospitalisation étant de 4,4 jours⁽²²⁾, cela correspond à 4,09 examens de sortie par jour. Pour respecter la durée conseillée de 20 minutes par entretien, la sage-femme consacre 1h30 aux entretiens de contraception.

Celui-ci n'étant qu'une partie de la visite de sortie, une durée équivalente est consacrée au reste de l'entretien.

Sur une journée de sept heures, la sage-femme doit consacrer près de trois heures, soit plus d'un tiers de son temps, à quatre de ses patientes.

✓Evaluation de la communication entre professionnels et patients

L'HAS⁽⁸⁾ reprend la revue de la littérature faite par le guide de ressources de « Santé Canada » en 2001. Cette revue met en avant le fait qu'il existe des problèmes de communication majeurs entre les patients et les professionnels de santé :

- 54% des plaintes des patients restent inexplicables.
- En moyenne, le patient est interrompu après 18 secondes de parole. Il est alors peu probable qu'il aborde des préoccupations supplémentaires.
- La plainte principale des patients concerne le manque d'information (83% du personnel pense cependant que les patients doivent être bien renseignés).

La façon de fournir l'information détermine le taux d'intégration des recommandations. Un entretien centré sur la patiente a une très forte influence sur le taux de satisfaction. Le médecin ou la sage-femme doit appliquer diverses

techniques de communication (éducation, counseling, négociation, ...) pour augmenter l'efficacité de son discours.

2.3.4 Obstacles à l'entretien

L'entretien de contraception en suites de couches rencontre d'autres difficultés que le manque de temps disponible. En effet, les conditions de réussite de l'entretien peuvent se résumer à :

- Confiance : La majorité des patientes ont confiance en la sage-femme, non pas en tant que personne mais en tant que soignant. Elle est sensée agir pour son bien-être. Malgré tout, cette confiance peut être altérée par le manque de contact existant entre la sage-femme et la patiente. En effet, lors d'une hospitalisation classique, chaque patiente sera en contact avec une à trois sages-femmes, pendant dix minutes par jour environ. Il n'est donc pas facile de créer un climat de confiance suffisant pour que sexualité, envies, doutes et craintes soient abordés librement.

- Disponibilité :

Sage-femme : comme il a été vu, elle est très sollicitée.

Patiente : en plus de sa journée bien remplie (soins, tétées, visites), elle a des préoccupations plus prégnantes que la contraception (retour à la maison, attente de visites, formalités administratives, gestion d'un aîné, ...).

- Compréhension : près de 8%⁽²⁴⁾ des patientes accouchant en France métropolitaine ne parlent pas la langue française. Avoir recours à un interprète est difficile, d'autant que cela altère la confidentialité de l'entretien. A cela s'ajoute la différence de niveau de langage, bien que le professionnel de santé soit tenu d'adapter son discours au degré de compréhension de sa patiente.

- Intimité : selon les maternités, les chambres d'hospitalisation sont simples ou doubles. Dans la maternité du Kremlin Bicêtre, seules quatre chambres sont doubles, alors que 32 sont simples. Pour celle de Port Royal, huit chambres étaient simples contre 16 doubles (*jusqu'en février 2012*). A cela s'ajoute potentiellement :

- L'enfant pleure et accapare l'attention de la mère.
- Le téléphone sonne.
- Quelqu'un entre (infirmière, auxiliaire, pédiatre, ...) : repas, ménage et prise de constantes se répètent trois fois par jour.
- La sage-femme est demandée pour une autre patiente.

- La présence ou l'arrivée de visites.

La difficulté est que, bien souvent, les préoccupations de la patiente ne sont pas en adéquation avec les messages que la sage-femme souhaite faire passer.

Besoins de la patiente en matière de contraception

La contraception du post-partum est une préoccupation fréquente qui se justifie par la crainte d'être trop rapidement enceinte. Il faut alors répondre à deux questions :

Dans quel délai les accouchées reprennent-elles une activité sexuelle ?

Quand surviennent les premières ovulations après l'accouchement ?

Il s'agit d'un réel problème de santé publique car 5% des IVG surviennent dans les six premiers mois du post-partum.

3.1 La sexualité dans le post-partum

3.1.1 Physiologie des rapports sexuels⁽¹⁵⁾⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾

Les rapports sexuels sont des actes normaux s'inscrivant dans la vie d'un couple.

L'envie d'avoir des rapports avec son ou sa partenaire a plusieurs dimensions :

- Affective : envie de partager quelque chose d'intime avec cette personne.
- Hormonale : le désir de coït fait partie des instincts animaux.
- Reproductive : fonction peu présente dans le post-partum.
- Sociale : il est normal d'entretenir une sexualité au sein d'un couple.

3.1.1.1 Rôle des hormones

Les œstrogènes permettent l'élasticité, l'humidité et la lubrification vaginale. Après l'accouchement, leur taux chute lors de la première semaine, ce qui crée une sécheresse et une rigidité vaginale. Il se crée aussi une atrophie passagère de l'épithélium. La FSH permet la ré-augmentation du taux vers J30 du post-partum.

La progestérone influe sur la libido, sensibilisant certaines parties du corps (poitrine, vagin). Après la naissance, son taux diminue jusqu'au dixième jour, ce qui baisse la libido. Sa production ne reprendra qu'à la première ovulation, après le 40^{ème} jour.

La prolactine a des effets mammatropes et lactogéniques ainsi qu'un rôle libidinal. Pour une libido inchangée, il faut un équilibre parfait du taux : hyper- et hypo-

prolactinémie contribuent à diminuer la libido. Une hyperprolactinémie inhibe la sécrétion des gonadotrophines sexuelles hypophysaires, entraînant une pseudoménopause (désir diminué, atrophie vulvo-vaginale, absence de lubrification). Son taux augmente à l'accouchement, et diminue vers le quinzième jour du post-partum, quel que soit l'allaitement. Il se crée alors deux profils :

- Allaitement maternel : la succion du bébé sur le sein de sa mère entraîne un pic de prolactine jusqu'à ce que l'allaitement soit indépendant de la sécrétion de cette hormone. Ceci survient après plusieurs semaines.
- Allaitement artificiel : le retour à la normale nécessite quelques semaines.

Durant la période du post-partum, il y a donc des influences hormonales qui diminuent le désir sexuel maternel (hypoprogéstéronémie, hyperprolactinémie) et qui rendent la pénétration moins agréable (hypo-œstrogénie).

Cependant, l'étude d'Avery⁽³⁰⁾ en 2000 montre qu'il n'y a pas de différence nette entre le désir d'une femme allaitante et celui d'une femme non allaitante.

3.1.1.2 La libido ⁽²⁷⁾

Elle se définit⁽³¹⁾ par « l'instinct, le désir sexuel ». Ses deux composantes sont :

- Le désir :

Il s'agit des fondations de toute sexualité. Le désir pour soi doit préexister avant d'en ressentir pour l'autre. Il apparaît dans une situation où l'érotisme est possible.

D'un point de vue social, le désir prend deux dimensions :

Psychologique : la personne doit se sentir libre d'exprimer son désir sexuel et de s'abandonner au plaisir érotique. Cela sous-entend que la femme perçoive son corps comme objet de désir et de plaisir pour son partenaire. Elle doit avoir confiance en elle et en la personne érotique qu'elle représente.

Durant le post-partum, le désir sexuel pour soi est difficile : le corps de la femme est transformé et porte les marques de la grossesse et de l'accouchement. Elle conçoit ses seins comme des objets nutritifs et son vagin comme une « voie de passage » pour l'enfant. Son intimité a été examinée régulièrement pendant la grossesse et le post-partum et a été exposée lors de l'accouchement. En salle de naissances et en service de suites de couches, l'intimité des femmes est parfois peu respectée : nudité, examinateurs et examens multiples, soignant entrants sans frapper, ...

Relationnel : le désir sexuel dépend de la vie du couple au moment où l'acte sexuel peut se réaliser. La vulnérabilité de la fonction sexuelle fait que la moindre altercation dans un couple peut se répercuter sur leur sexualité.

Durant le post-partum, la vie de couple est elle aussi transformée, car la famille passe de « couple » à « trio » ou de « trio » à « quatuor ». La femme doit se sentir femme et mère, et doit percevoir son partenaire comme amant et père. L'équilibre existant se trouve perturbé.

- Le plaisir :

D'après C. Cabanis, le plaisir sexuel est la « capacité à ressentir des états de jouissances érotiques lors de l'excitation sexuelle et de l'orgasme ». La psychologie joue un rôle majeur dans la réussite d'atteinte du plaisir sexuel. Elle nécessite :

Sérénité définie comme absence de stress

Isolation : une intimité est nécessaire pour réaliser l'acte sexuel

Respect de sa vie privée par les autres

Concernant la période du post-partum, ces trois critères sont difficiles à concilier :

Sérénité : peut-on réellement dire qu'une jeune mère soit sereine ?

Isolation : les parents partagent parfois la chambre de l'enfant. Avoir un lieu pour accomplir l'acte sexuel n'est pas forcément possible.

Respect de la vie privée : l'enfant nouveau-né est un « intrus » dans la vie de couple. Bien souvent, les jeunes parents ne peuvent plus sortir le soir, ni passer de moment en tête à tête sans être interrompus par des pleurs ou l'heure de la tétée.

3.1.1.3 Modifications anatomiques ⁽³¹⁾

Au cours de la grossesse, la future mère prend du poids, en moyenne 12 kilos, ce qui peut marquer le corps par l'apparition de vergetures souvent localisées sur l'abdomen, les cuisses et les seins.

La peau est soumise à d'autres modifications (hyperpigmentation sur la vulve, les seins, le visage et augmentation du réseau veineux superficiel de la poitrine).

L'accouchement laisse aussi des traces sur le corps de la femme :

Utérus : son involution sera totale à 2 mois.

Vagin :hyperlaxe, distendu et élargi suite au passage du fœtus, il connaît une atrophie et une absence de lubrification à cause des hormones. D'un point de vue histologique, la vascularisation diminue, suite à des micro-déchirures qui ont pu se produire, contribuant à l'atrophie vaginale.

Périnée : il connaît une perte de tonicité plus ou moins importante, avec modification de la sensibilité périnéo-vaginale.

Lochies :d'aspect et d'abondance variant avec le temps, elles cessent entre deux et trois semaines dans le post-partum. Le retour de couches dépend, entre autres, du mode d'allaitement.

A ces modifications physiologiques s'ajoutent les traumatismes obstétricaux : épisiotomies, déchirures (du col, vaginales, périnéales, vulvaires, clitoridiennes), cicatrice de césarienne, modification de la position du coccyx peuvent perturber la sexualité des mères.

Tout ceci peut être des entraves psychologiques (acceptation du changement, regard du partenaire sur le corps, ...) ou physiques (douleurs, gêne, modification des sensations, ...) à une reprise des rapports sexuels et à une sexualité épanouie.

3.1.2 Psychologie du rapport sexuel dans le post-partum⁽³²⁾

3.1.2.1 La mère

La femme se voit dotée d'une nouvelle identité : en plus d'être fille de sa mère, elle devient mère de son enfant. Elle doit trouver un équilibre entre ses rôles de fille, mère et femme. Il se produit souvent un rapprochement entre la mère et sa fille, nouvellement mère. Cette situation inconnue place la patiente dans une position « d'infériorité », où elle attend les conseils que sa mère peut lui prodiguer.

D'un point de vue psychique, elle connaît un conflit interne entre sa féminité et sa maternité, ce qui rapporte au conflit entre sexualité et maternité.

✓Dualité des couples⁽³³⁾

La jeunemère a connu la fusion pendant la grossesse, puis une séparation pendant l'accouchement, ce qui entraîne à la fois douleur et plaisir. Elle a connu progressivement un état de plénitude pendant la grossesse, jusqu'au jour de l'accouchement où le vide se fait brutalement.

La mère tente de fusionner de nouveau avec son enfant, mais l'intrusion du père dans le duo mère – enfant rend cela difficile, difficulté renforcée par le fait qu'elle veuille être disponible pour son conjoint. Selon Gabriel Marquez, « quelques miettes de l'amour qu'elle prodiguait à son enfant aurait suffi à n'importe quel homme ».

Selon M. Lachowsky, « le couple d'amants devenu parents doit se retrouver ».

✓ Rôle sociétal

Sur le plan social, la femme change de place : elle passe de femme à mère, perdant son statut de femme enceinte, protégée et au centre des attentions. L'attention des autres se porte alors sur l'enfant et non plus sur elle. Elle même centrera ses préoccupations sur son bébé, et non plus sur sa personne.

3.1.2.2 Le père

Du côté du conjoint, il est difficile de savoir si la sexualité semble incongrue à cause de l'éloignement entre lui et cette femme-mère ou si elle l'est à cause de l'excès de respect qu'il a pour la maternité et le fait qu'il n'ose s'interposer.

Les sentiments du père sont souvent négligés. Il est généralement témoin de la naissance. Qu'elle soit instrumentale ou non, les images, comme les odeurs ou les bruits peuvent choquer le jeune père. Celui-ci peut éprouver une culpabilité face à la douleur que ressent sa femme. Il ne sera pas forcément facile de revenir à une image tendre, érotique, propice à l'échange amoureux. S'il n'assiste pas à l'accouchement, celui-ci reste imaginaire, ce qui peut être pire que s'il été vécu.

Lors du post-partum, l'objet érotique qu'est sa femme a changé, son corps porte les stigmates de la grossesse et de l'accouchement (poids, ventre, vergetures, ...).

3.1.3 Facteurs influençant la reprise des rapports sexuels⁽³⁴⁾⁽³⁵⁾

Le mémoire de Aline Floquet ⁽³⁶⁾, montrait que :

- la présence du père à la naissance n'influe pas sur la date de reprise des rapports sexuels.
- le désir masculin est augmenté en cas d'allaitement maternel par rapport à un allaitement artificiel.
- un mauvais état périnéal diminue le désir et le plaisir.
- le désir augmente avec la parité.

- une sexualité « de transition » pendant la grossesse favorise une reprise précoce des rapports sexuels.

3.1.4 Troubles sexuels rencontrés⁽³²⁾

La sexualité après l'accouchement a été étudiée dans deux enquêtes britanniques⁽³⁷⁾⁽³⁸⁾. Elles montrent que les premières semaines du post-partum ne permettent pas une sexualité épanouie, et ce pour multiples raisons :

Présence de l'enfant dans le couple

Modifications vaginales et périnéales

Les troubles sexuels évoluent avec le temps :

A deux mois : 51% des femmes ressentent des douleurs périnéales et 81% des femmes allaitant sont peu intéressées par la sexualité.

A trois mois : les femmes interrogées décrivent une absence de désir sexuel (53%), des douleurs à la pénétration (55%), des rapports douloureux (45%), une étroitesse vaginale (33%), et une atonie périnéale (20%).

De façon plus générale, les études rapportent :

Diminution de l'activité sexuelle (fatigue, douleur, pertes, crainte, sécheresse).

Diminution des rêves érotiques.

Dyspareunies : syndrome de Masters et Allen, suite à une épisiotomie, une déchirure ou encore un accouchement traumatique.

Anorgasmie : liée aux difficultés d'établissement des rôles dans le couple.

Vaginisme : lié au trouble du schéma corporel.

Frigidité : liée à une baisse (voire l'absence) de la libido.

Galactorrhées : ces pertes de lait incontrôlées après l'orgasme ou lors de l'hyperstimulation des seins en cas d'allaitement peut gêner la sexualité.

Le père est aussi sujet à des troubles sexuels tels que l'éjaculation précoce, l'absence de désir ou encore une impuissance passagère. Sa présence à l'accouchement doit être discutée au sein du couple, et ne doit jamais être imposée.

3.1.4 Influence des cultures et religions

✓ Population générale

Jusqu'à 50% des couples qualifient leur vie sexuelle de « pauvre » et de « pas très bonne » pendant les huit premiers mois du post-partum⁽³⁰⁾⁽³⁷⁾.

Les résultats diffèrent selon les études réalisées sur la reprise des rapports sexuels :

- D'après l'OMS⁽¹⁸⁾, reprise entre six et huit semaines.
- Selon les enquêtes britanniques⁽³⁷⁾⁽³⁹⁾, reprise à un mois pour 1/3 des femmes.
- Selon A. Floquet⁽³⁶⁾, 2% de reprise à 14 jours, 17% à un mois, 69% à trois mois.
- Selon une autre étude⁽¹⁷⁾, reprise de l'activité sexuelle à un mois pour 32% des femmes, 62% à deux mois, 81% à trois mois, 89% à six mois.

✓ Influence des cultures et religions⁽⁴⁰⁾⁽⁴¹⁾ :

Le Coran (Sourate 2.222), la Torah et la Bible (Lévitique 12) présentent le sang des lochies comme impur. Aucune pénétration n'aura lieu pendant les lochies.

Dans l'Islam, les pertes après l'accouchement durent 40 jours, ce qui correspond aux dates des variations hormonales.

Dans les religions chrétienne et judaïque, la date de reprise dépend du sexe :

- *Naissance d'un garçon* : la mère sera impure pendant sept jours. L'enfant est circoncit au septième jour, sa mère sera 33 jours dans le sang de sa purification.
- *Naissance d'une fille* : sa mère sera impure pendant deux semaines et elle restera 66 jours dans le sang de sa purification.

Des anthropologues ont étudié la date de reprise des rapports sexuels des femmes d'Afrique Centrale⁽⁴²⁾. Les traditions locales imposent que les rapports sexuels ne reprennent pas tant que la femme allaite car le sperme contamine le lait. La femme décide du sevrage de l'enfant mais l'homme prend l'initiative de la reprise des rapports. Elle peut alors négocier, prétextant la santé de l'enfant : l'allaitement dure environ dix mois et les rapports sexuels reprennent à environ 14 mois. Cette abstinence concerne la mère, certains pères ayant des relations extraconjugales.

Dans certains couples, la religion ou les traditions sont extrêmement ancrées. Aucun rapport sexuel n'aura lieu avant la fin de l'abstinence recommandée. Discuter avec la patiente permettrait de repérer ces couples et d'adapter l'ordonnance en fonction.

Pour concevoir un enfant, il faut une reprise des rapports sexuels, mais aussi un retour à la fertilité. Celui-ci dépend de l'allaitement et de chaque femme.

3.2 La fertilité du post-partum⁽⁸⁾⁽¹⁰⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁷⁾

3.2.1 Cycle menstruel normal

La sécrétion pulsatile de GnRH par l'hypothalamus permet la libération des hormones gonadotropes hypophysaires, FSH et LH. FSH permet le recrutement d'une cohorte de follicules antraux et, après un processus de sélection, un ou deux d'entre eux arrivent à maturation. Le passage de la phase folliculaire à la phase lutéale implique une libération importante de LH, dont le pic provoque l'ovulation et la transformation des structures folliculaires en corps jaune, sécrétant la progestérone. Un quart des cycles est alors fécondant.

3.2.2 En cas d'allaitement maternel

La prolactine s'élève suite à la délivrance, puis baisse en 10 à 15 jours avec une sécrétion pulsatile jusqu'à trois mois, au rythme des tétées. L'hyperprolactinémie désynchronise la sécrétion pulsatile de GnRH. Il en résulte des anomalies de la sécrétion de FSH, et donc une altération de la croissance folliculaire. La sécrétion de LH est aussi affectée. Le rétrocontrôle positif de l'œstradiol sur le pic de LH n'a pas lieu, ce qui entraîne anovulation et aménorrhée. L'inhibition de l'axe gonadotrope est partielle et certains auteurs démontrent des débuts de croissance folliculaire, responsables de grossesses chez des mères allaitant, même sans retour de couches. Si l'allaitement est exclusif, les premières menstruations peuvent ne revenir qu'aux alentours de six mois, avec des cycles anovulatoires ou dysovulatoires.

3.2.3 En cas d'allaitement artificiel

- absence d'inhibition de la lactation : la première ovulation ne survient pas avant le 25^{ème} jour. Le retour de couches vient au plus tôt au 30^{ème} jour. A 6 semaines, 15% des femmes ont ovulé et 40% sont réglées.

- inhibition de la lactation par un antagoniste de la prolactine (bromocriptine) : le retour de couches est précoce, dans 75 % des cas entre 21 et 32 jours; rarement précédé d'une ovulation (moins de 6% des cas). Les mères n'allaitant pas doivent tout de même utiliser la contraception au plus tard un mois après la naissance.

Les premiers cycles sont souvent anovulatoires. Le taux de prolactine se normalise 8 jours après la délivrance et la chute œstrogénique libère la FSH vers le 10^{ème} – 14^{ème} jour, entraînant une reprise de la folliculogénèse. Le pic de LH ne survient qu'au 25^{ème} jour, il n'y a pas d'ovulation avant cette date.

Deuxième partie :

Etude

Problématique

5% des IVG sont réalisées dans les six mois du post-partum. Ce chiffre, élevé, est interpellant car durant cette période, les mères reçoivent deux entretiens de contraception. Comment expliquer alors un taux d'IVG aussi élevé alors que la patiente est suivie sur le plan contraceptif par plusieurs professionnels de santé ?

La sage-femme, interlocutrice principale des patientes dans le suivi de la grossesse et de l'accouchement physiologique, joue un rôle essentiel dans la prescription de la contraception. C'est en effet elle qui est en charge du service de suites de couches et c'est aussi généralement elle que les patientes consultent dans le post-partum.

Comment, dans un contexte où la durée d'hospitalisation après un accouchement est de plus en plus courte, les sages-femmes parviennent-elles à délivrer une information claire et efficace aux mères en matière de contraception ? Sur quels critères physiologiques, sociologiques et culturels peuvent-elles s'appuyer pour adapter au mieux leurs conseils et leur prescription ? De plus, les recommandations de l'HAS concernant la contraception du post-partum ont évolué et pourtant, les maternités ne les appliquent pas encore en pratique. Ne pourrait-on pas envisager d'autres moyens contraceptifs plus adaptés que ceux généralement conseillés ?

L'entretien de contraception mené dans le service des suites de couches est-il adapté aux besoins de la patiente ?

Les objectifs

Par ce travail, nous voulons évaluer la qualité de l'entretien de contraception mené en suites de couches, c'est pourquoi nous avons étudié la façon dont il s'inscrit dans le service, ainsi que la satisfaction des patientes et le temps consacré à cet entretien.

Le but de notre étude était de trouver des pistes afin d'adapter la prescription de la contraception, à la fois aux impératifs hospitaliers et aux besoins de la patiente, afin d'obtenir une observance maximale et une meilleure efficacité des conseils.

Afin de s'assurer de délivrer une information adaptée aux attentes et aux besoins des patientes, nous avons tenté de dresser le profil des femmes susceptibles de reprendre des rapports sexuels de façon précoce.

Les hypothèses

Pour répondre à ces objectifs, nous avons posé les hypothèses suivantes :

- L'organisation du service des suites de couches n'est pas favorable pour mener un entretien de contraception de qualité.
- La prescription de contraception en suite de couches n'est pas toujours adaptée aux besoins de la patiente.
- Il existe un « profil type » de patientes susceptibles de reprendre de façon plus précoce des rapports sexuels après l'accouchement.

La méthodologie

4.1 Type d'étude et population incluse

Pour la rédaction de ce mémoire de fin d'études, il a été décidé de mener une enquête rétrospective qualitative par questionnaire.

La population interrogée correspondait aux femmes venant consulter à la maternité Port Royal pour leur visite post-natale. Seules les patientes ayant eu une fausse couche tardive et celles ne maîtrisant pas la langue française n'ont pas été sollicitées car leurs réponses n'auraient pas été interprétables. Aucune exclusion n'a été faite sur l'âge, la parité, le milieu socio-économique, ni les pathologies de la grossesse.

4.2 Construction du questionnaire (*Annexe II*)

4.2.1 Méthode

Nous avons rédigé une version d'essai du questionnaire comportant 51 questions réparties en quatre parties : une première concernant l'accouchement, une deuxième pour avoir des renseignements généraux sur la patiente, une troisième portait sur les suites de couches immédiates et une dernière au sujet des suites de couches à long

terme, c'est à dire de la sortie de l'hôpital au jour de visite post-natale. Une introduction précisait notre identité, le but de l'étude et son caractère anonyme. Les 20 premiers questionnaires spécifiaient qu'ils étaient une version d'essai.

Parmi les 51 questions, six étaient des questions libres ouvertes, 16 des questions libres fermées, quatre comportaient une échelle d'évaluation et les 24 restantes étaient des questions fermées à choix unique (21) ou multiple (4). L'échelle d'évaluation se présentait comme une règle non graduée comportant, de gauche à droite, les mots « pas du tout », « pas très », « plutôt », « totalement ».

Nous avons ensuite gradué cette règle et coté les items comme indiqué ci-dessous :

Pas du tout		Pas très		Plutôt		Beaucoup
0	1	2	3	4	5	6

4.2.2 Questionnaire test et version finale

A la fin du questionnaire test, une page vierge, entièrement libre aux commentaires, était à la disposition de l'interrogée. Elle pouvait commenter la facilité de compréhension des questions, la durée de remplissage, ou encore suggérer des modifications à apporter.

La distribution de cette version initiale fut approuvée par Monsieur le Pr Cabrol, chef de service de la maternité, ainsi que par Mme Hillion, sage-femme cadre supérieure. Parmi les 20 questionnaires test distribués, 14 ont été récupérés remplis. Les patientes ont, dans l'ensemble, répondu correctement aux questions et ont jugé correcte la durée de remplissage. Le questionnaire a donc été légèrement remanié, de façon à ce que certaines questions soient plus explicites. Les modifications apportées n'étant pas majeures, les questionnaires tests ont été intégrés à l'étude.

4.3 Distribution et récupération des questionnaires

Le questionnaire a été distribué aux patientes de Port Royal, lors de leur consultation post natale avec une sage-femme ou un obstétricien.

Cette maternité parisienne de type III, située dans le 14^{ème} arrondissement, réalise environ 3000 accouchements par an. Elle a été choisie car il s'agit d'une des plus importantes maternités de France en termes de nombre d'accouchements.

Le but de l'enquête étant d'évaluer l'information et l'ordonnance de contraception délivrées en service de suites de couches, le questionnaire était remis aux mères en salle d'attente, avant leur rendez-vous. Ainsi, le biais d'information est réduit, car les réponses données ne sont pas influencées par le nouvel entretien de contraception.

Afin de distribuer les questionnaires, nous nous sommes pliés aux habitudes du service. Deux jours à l'avance, une pile de dossier est préparée pour chaque journée de consultation. Nous venons donc quotidiennement, déposer le nombre de questionnaires correspondant au nombre de patientes ayant rendez-vous pour leur visite post-natale. Avec l'aide des infirmières, aides-soignantes et secrétaires des consultations, le questionnaire a été distribué aux patientes, à partir du 5 juillet 2011.

4.4 Fin d'étude et analyse des questionnaires

Le 17 décembre 2011, le recrutement des patientes a cessé. Il a duré trois mois et demi car il y a eu deux pauses de un mois en septembre et octobre. 228 questionnaires ont été récupérés remplis. Un seul ne fut pas exploité car la patiente consultait plus de six mois après l'accouchement. Elle n'avait, de fait, pas complété le questionnaire dans sa totalité car elle ne se souvenait plus de son séjour en suites de couches.

Le logiciel Excel® a été utilisé pour réaliser les calculs et les graphiques nécessaires à la présentation des résultats.

Le test du Khi-deux a permis de comparer des effectifs de patientes appartenant à deux groupes différents. La correction de Yates a été appliquée si les effectifs théoriques étaient inférieurs à cinq. Les différences ont été considérées comme statistiquement significatives lorsque la valeur de p (*probabilité que la différence de résultat soit liée au hasard*) était inférieure à 0,1.

Présentation des résultats

5.1 Aspects quantitatifs

Près de 3 000 patientes accouchent chaque année à Port Royal. Parmi elles, environ 75% viennent consulter à Port Royal pour leur visite post-natale. Ce qui représente 2 400 visites post – natales par an, soit en moyenne 6,16 consultations par jour.

La durée de distribution du questionnaire a été d'environ 100 jours. En théorie, 616 patientes sont venues consulter lors de cette période.

Au cours de ces 100 jours d'enquête, 560 questionnaires ont été déposés, ce qui correspond à plus de 90% des patientes théoriques. La période sur laquelle l'enquête a été menée est donc comparable aux autres périodes de l'année.

Les responsables de l'accueil m'ont précisé qu'elles ont distribué environ 2/3 des questionnaires, soit 373 exemplaires. Le tiers restant correspond aux femmes ne parlant pas français, ne souhaitant pas ou n'ayant pas le temps de répondre à l'enquête, ou celles arrivant quand le personnel d'accueil n'était pas disponible pour leur délivrer l'information. Il existe un biais de recrutement car le volontariat implique que seules les patientes se sentant concernées par le sujet participent à l'étude.

Au total, 228 questionnaires, dont un non exploitable, ont été récupérés remplis, ce qui représente 61,1% des questionnaires distribués.

5.2 Description des résultats

5.2.1 Renseignements généraux

✓ Age :

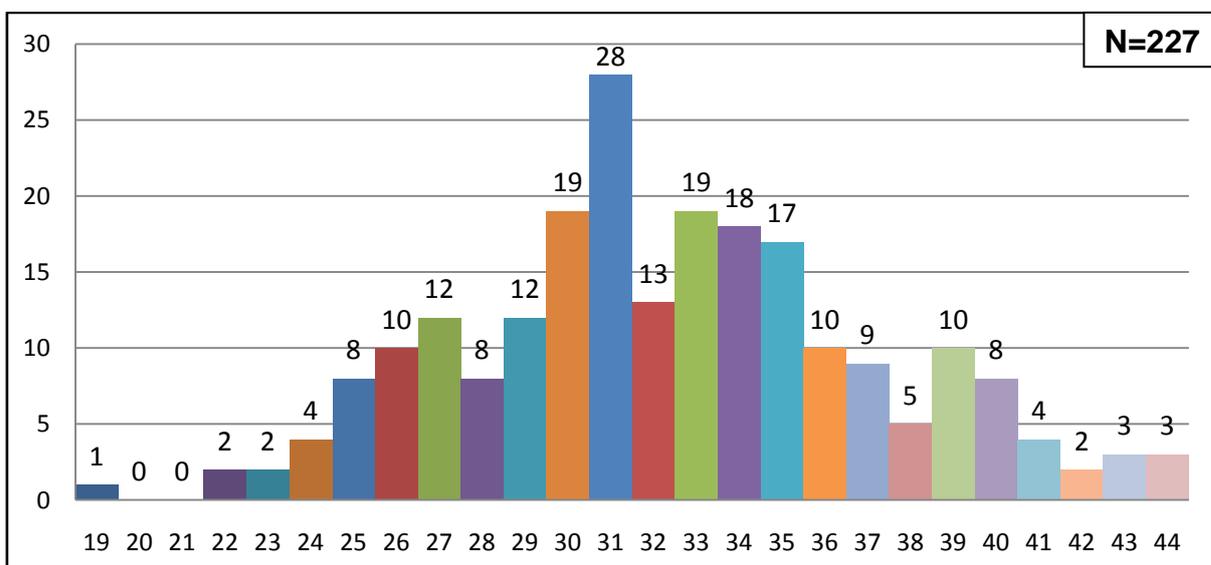


Figure 1 : Répartition des patientes selon leur âge

Parmi la population d'étude, les patientes ont en moyenne 32 ans, la plus jeune ayant 19 ans et les plus âgées 44 ans (n=3). La médiane est de 32 ans. A Port Royal, pour l'année 2010, l'âge moyen était de 33 ans, et de 30 ans pour la France.

✓ Origine géographique :

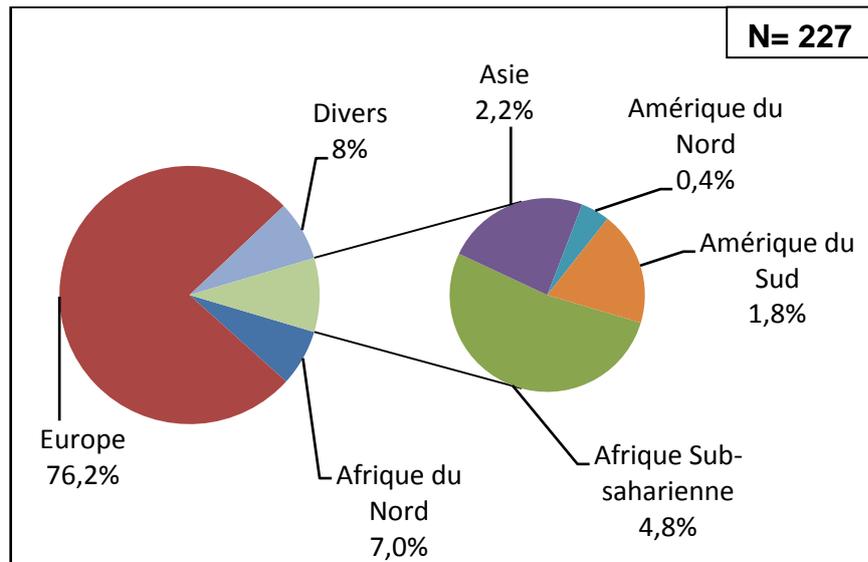


Figure 2 : Origine géographique des patientes

Parmi notre population d'étude, 76% (n=173) des patientes sont européennes.

✓ Protection sociale :

Seules deux patientes interrogées n'ont pas de couverture sociale et huit bénéficient de la CMU. 85% des femmes ont une couverture sociale avec une mutuelle (n=195).

✓ Antécédents gynéco-obstétricaux :

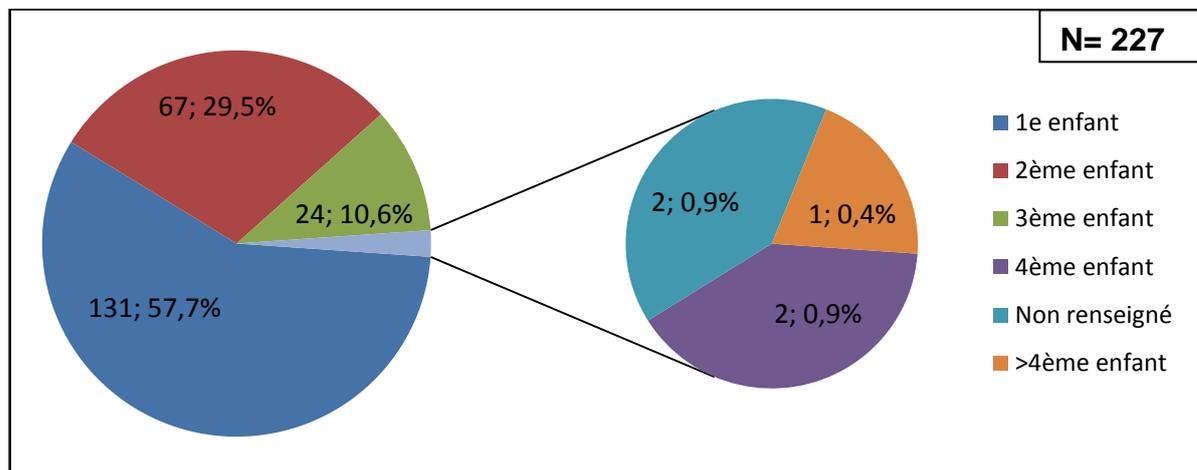


Figure 3 : Parité

Plus de la moitié des patientes (57%, n=131) ayant répondu étaient des primipares. Un tiers des patientes étaient des deuxièmes pères (n=67).

Seules trois patientes (2%) multipares ont un aîné de moins de un an. La majorité a un aîné âgé de plus de trois ans (71% ; n=92).

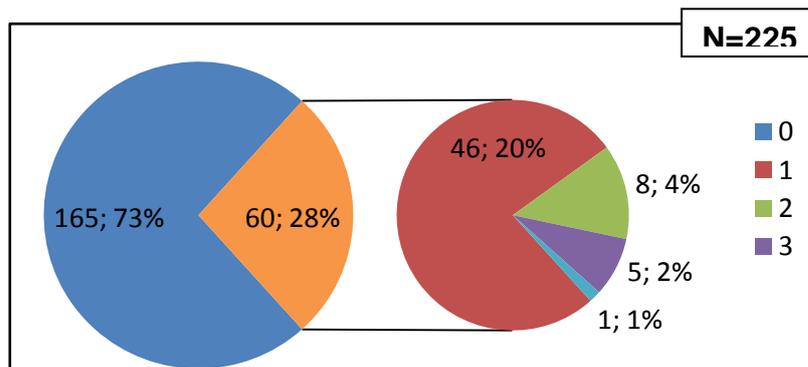


Figure 4 : Antécédents obstétricaux (Fausses Couches Spontanées)

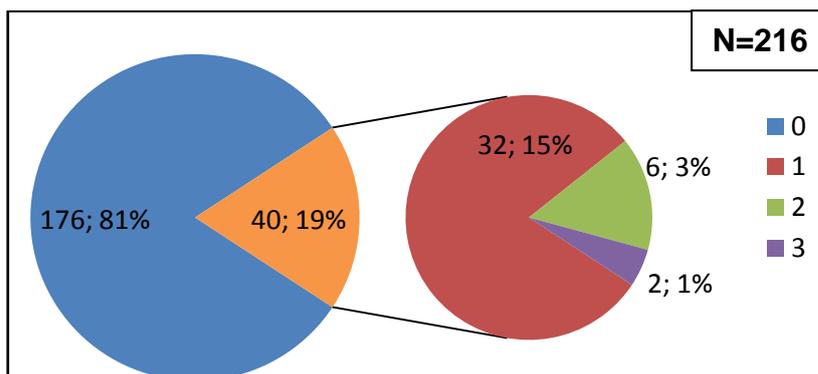


Figure 5 : Antécédents obstétricaux (Interruptions Volontaires de Grossesse)

En ce qui concerne la gestité, la majorité des patientes sont des primigestes. Seules deux patientes ont eu recours à trois IVG au cours de leur vie.

✓ Situation du couple :

90% des patientes sont en couple (n=206) et 89% vivent avec leur conjoint (n=196), versus 9% célibataires (n=19) et vivent seules (n=21) ou avec leurs parents (n=3).

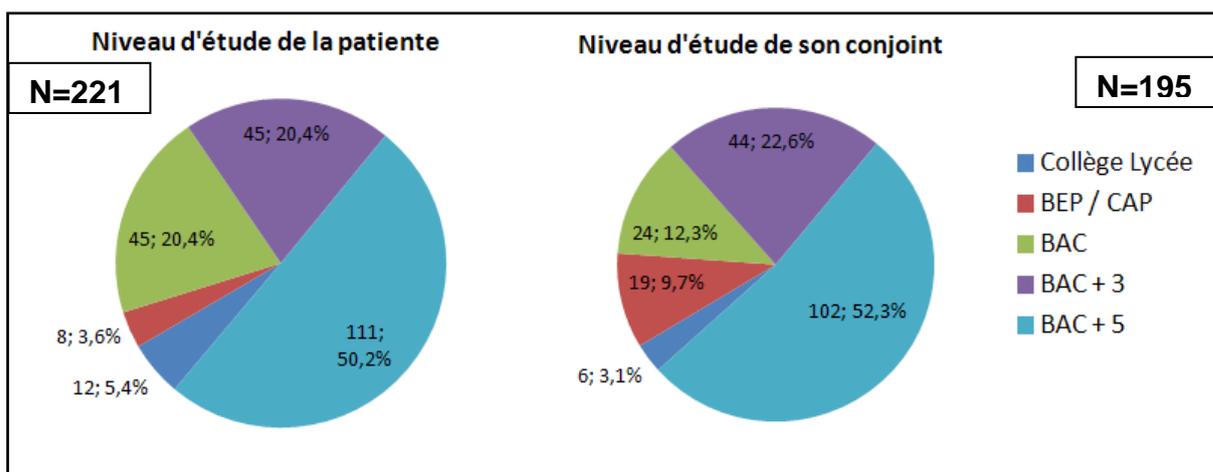


Figure 6 : Niveau d'étude de la patiente et de son conjoint

Les niveaux d'études entre la patiente et du conjoint sont comparables : la majorité fait des études supérieures au baccalauréat (n=201).

✓Pathologies des patientes :

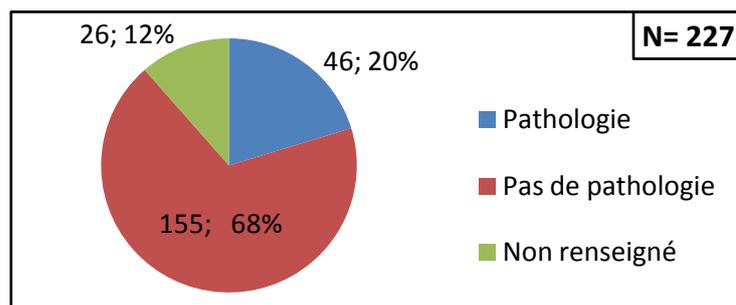


Figure 7 : Pathologies des patientes nécessitant un suivi médical particulier

2/3 des patientes ne présentent aucune pathologie, sachant que 12% (n=26) des patientes n'ont pas répondu à cette question.

Parmi les 46 pathologies décrites par les patientes, on retrouve principalement :

- L'hypertension artérielle : cinq patientes.
- L'endométriose : quatre patientes.
- L'épilepsie : trois patientes.
- Des antécédents de phlébite : trois patientes.
- Des antécédents de pré-éclampsie : trois patientes.
- Une hypothyroïdie : trois patientes.

Certaines pathologies impliquent une contraception adaptée (épilepsie, diabète, ...).

5.2.2Le suivi gynécologique

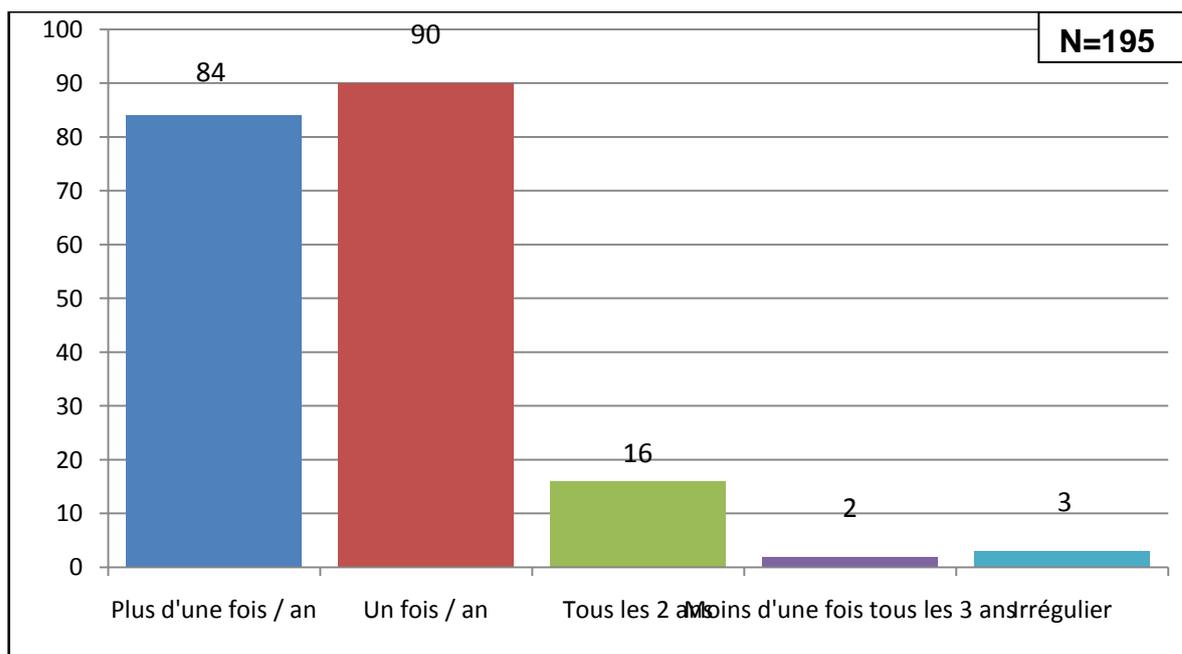


Figure 8 : Fréquence du suivi gynécologique

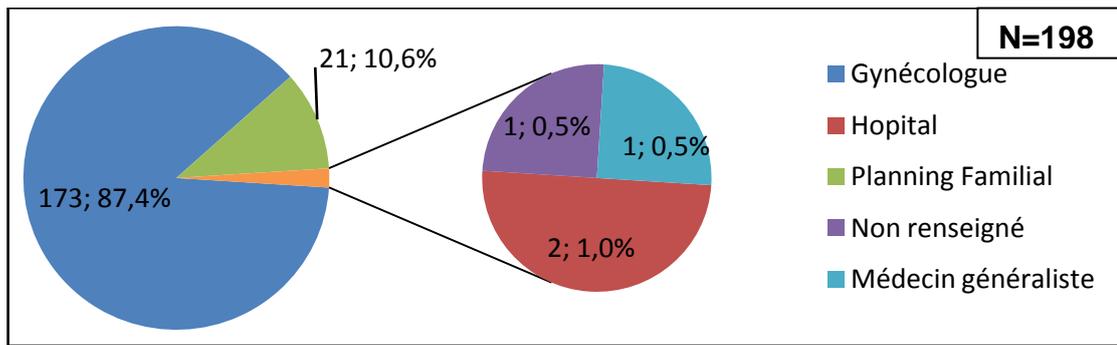


Figure 9 : Lieu du suivi gynécologique

Près de 87% (n=195) des patientes déclarent avoir un suivi gynécologique, dont la fréquence et le lieu se caractérisent par un suivi rapproché (37% (n=84) consultent plus d'une fois par an et 39% (n=90) tous les ans). La majorité des patientes consulte généralement un gynécologue (87,4% ; n=173).

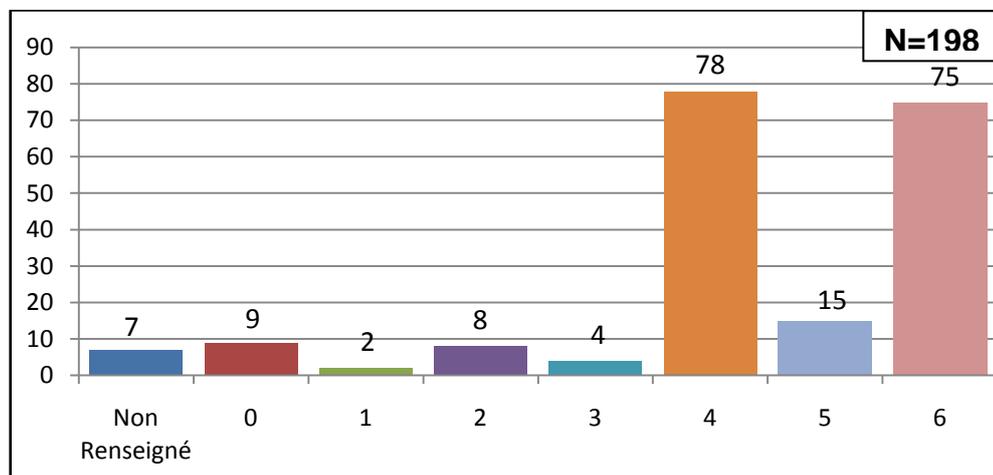


Figure 10 : Satisfaction des patientes face à leur contraception

Avant le désir de grossesse, 76% des patientes prenaient une contraception (53% de contraception orale, 13% de contraception locale et 5% de DIU).

La satisfaction de cette contraception était évaluée par une échelle graduée de 0 à 6. 39% des femmes (n=78) avaient une satisfaction à 4 sur l'échelle, et 37% (n=75) se déclaraient totalement satisfaites (score égal à 6 sur l'échelle). Moins de 10% (n=19) ne sont pas satisfaites par leur contraception (score inférieur à 3 sur l'échelle).

5.2.3 La dernière grossesse

✓ Survenue de la grossesse :

Parmi les patientes interrogées, 89% (n=198) des grossesses étaient spontanées et 85% étaient désirées. Il s'agissait de grossesses simples dans 96% des cas.

✓L'accouchement :

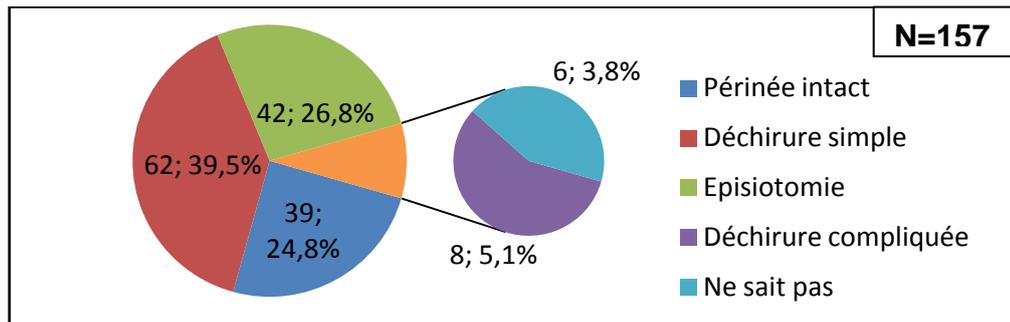


Figure 11 : Etat périnéal suite à un accouchement voie basse

L'accouchement a eu lieu à terme pour 85% (n=181) des patientes, avec 2/3 de voies basses (n=157). Les déchirures simples concernent 39% des périnées (n=62), il y a 26% d'épisiotomies (n=42) et 24% des périnées sont intacts (n=39).

5.2.4L'entretien de sortie en suites de couches

✓Conditions de l'entretien :

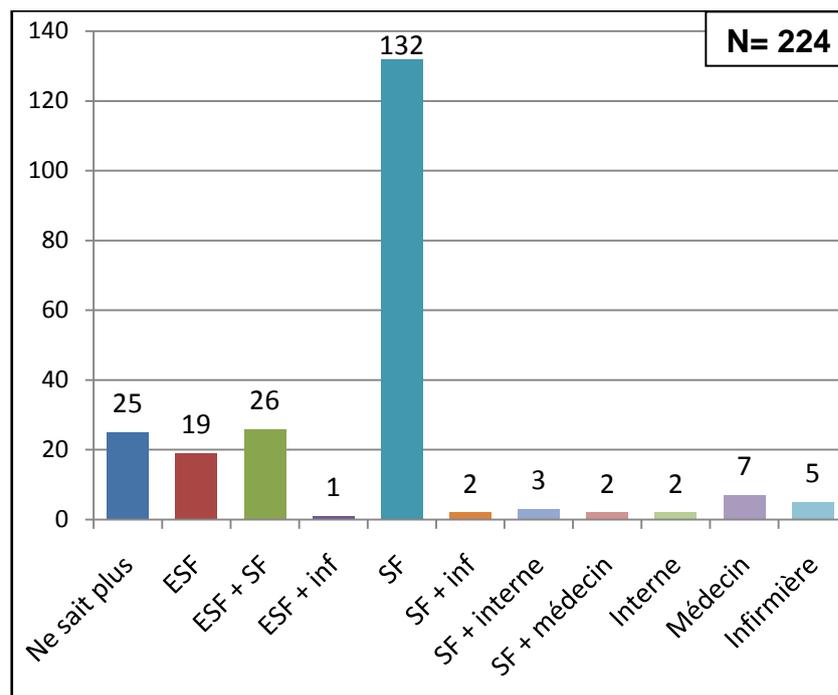


Figure 12 : Interlocuteur ayant réalisé l'entretien de contraception

Plus de 11%(n=24) des mères ne se souviennent pas de l'entretien de contraception. Divers personnels hospitaliers ont été, selon les patientes, amenés à réaliser cet entretien. La majorité (73%, n=165) a été menée par des sages-femmes, accompagnées (11%, n=26) ou non (58%, n=132) d'étudiants sages-femmes. Ces étudiants ont pu être amenés à en réaliser seuls (8%, n=19). Près de 11% des patientes, soit 25 femmes, ne sait plus qui a mené l'entretien.

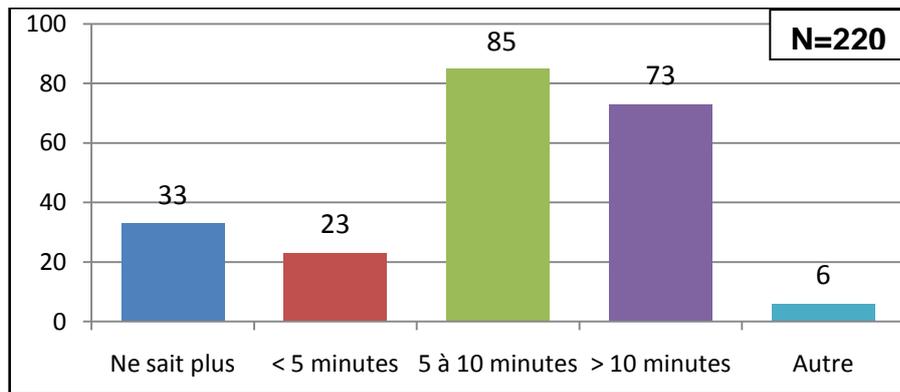


Figure 13 : Durée de l'entretien de contraception en suites de couches

La durée d'entretien varie peu : 70% (n=164) des entretiens durent plus de 5 min.

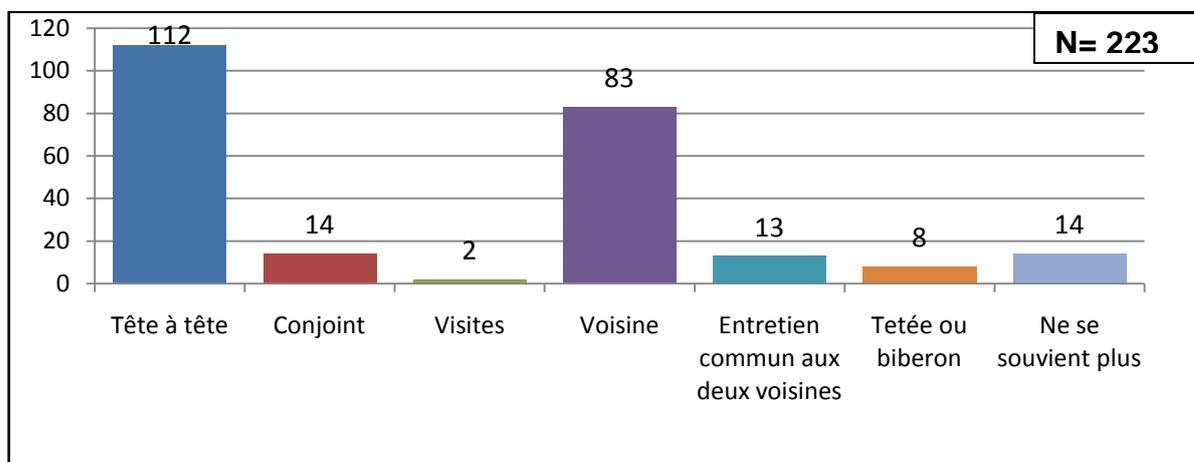


Figure 14: Conditions d'entretien de contraception en suites de couches

Les conditions d'entretien sont-elles, très variables, avec différents moments choisis pour mener l'entrevue. La moitié (49% ; n=112) est réalisée en tête à tête mais en présence de la voisine de chambre (36% ; n=83).

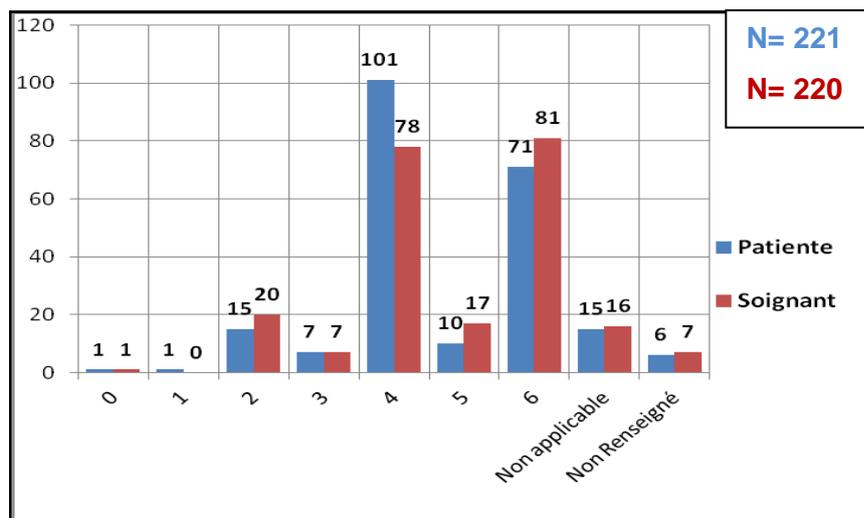


Figure 15 : Disponibilité de la patiente et du soignant pour l'entretien de contraception

Les patientes ont noté leur disponibilité et celle du soignant sur une échelle de 0 à 6. La majorité (77%, n=176) des patientes interrogées estiment que la disponibilité du soignant est bonne (supérieure à 3) et que la leur l'est aussi (80%, n=182).

✓ Issue de l'entretien : la prescription d'une contraception

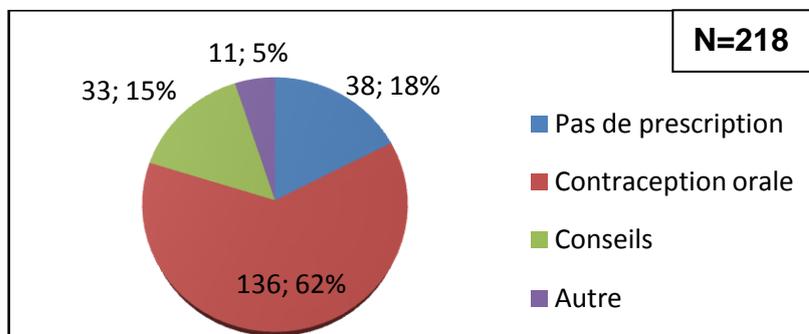


Figure 16 : Prescription de contraception à l'issue de l'entretien de contraception

A la fin de l'entretien, près des 2/3 (n=136) des patientes ont reçu une ordonnance de contraception orale. 17% (n=38) n'ont eu ni ordonnance ni conseils.

✓ Satisfaction des échanges :

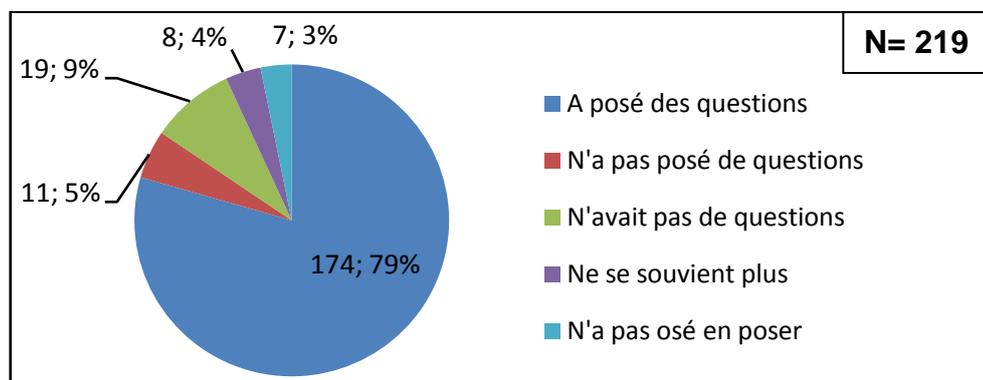


Figure 17 : Possibilité de poser des questions

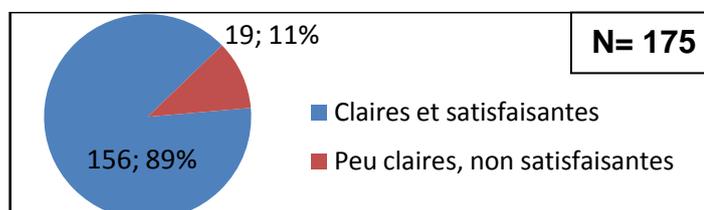


Figure 18 : Qualité des réponses obtenues

Plus de 3/4 (n=174) des patientes ont posé des questions lors de l'entretien de contraception. Seules 3% (n=7) n'ont pas osé en poser. 10% (n=19) des réponses ont été qualifiées de « peu claires et non satisfaisantes ». Les patientes n'ayant pas osé poser de questions le justifient par la rapidité de l'entretien (4 patientes) ou la présence de la voisine (une patiente).

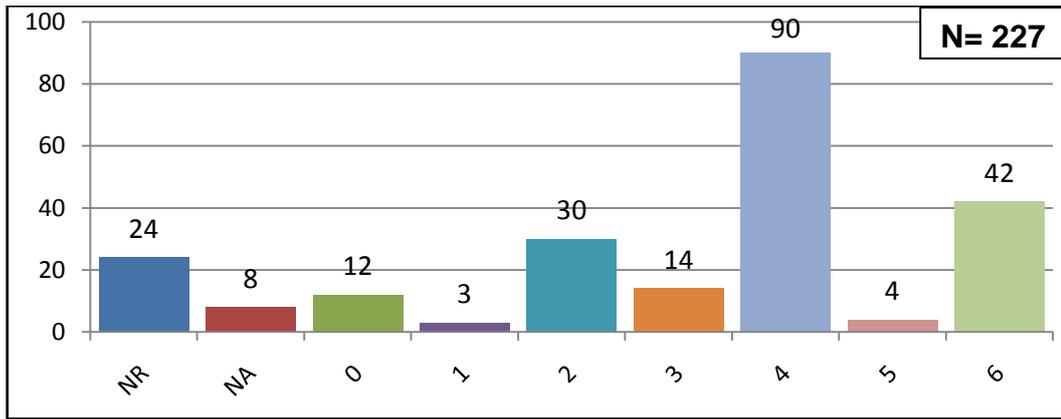


Figure 19 : Utilité de l'entretien de contraception

Les patientes placent, sur une échelle de 0 à 6, pour la plupart d'entre elles (46%, n=90), l'utilité de l'entretien à une note de 4.

5.2.5 De la sortie à la visite post-natale

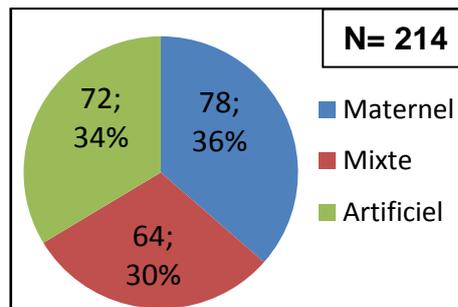


Figure 20 : Allaitement au moment de la visite post-partum

A la sortie de la maternité, près de 75% (n=169) des patientes pratiquaient un allaitement maternel. Au moment de la visite post-partum, plus de la moitié (53%) des allaitements maternels sont encore en cours. A cette date, les différents types d'allaitement (maternel exclusif, mixte, artificiel) concerne chacun 1/3 des patientes.

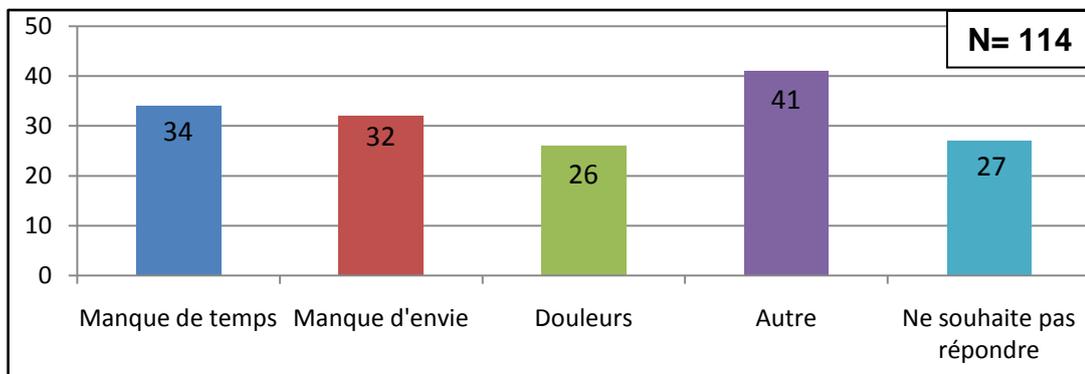


Figure 21 : Raison de non reprise des rapports sexuels

Lors de la visite post-natale, la moitié (n=114) des mères n'ont pas repris de rapports sexuels. Les principales raisons évoquées sont le manque de temps (n=34) ou

d'envie (n=32) et la persistance de douleurs (n=26). Les autres facteurs en jeu sont l'attente de la visite post-natale et de l'accord du praticien (n=5), l'absence de/du conjoint (n=6), la fatigue (n=2) et la présence de saignements (n=1).

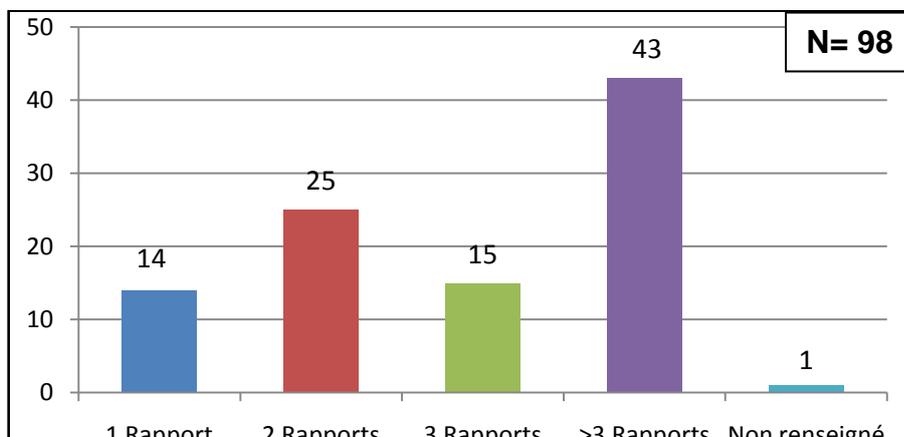


Figure 22 : Nombre de rapports sexuels survenant dans le post-partum

Le nombre de rapports ayant eu lieu au sein du couple est souvent supérieur à trois (44%, n=43). Cependant, 71,1% (n=69) des femmes estiment qu'ils sont moins fréquents qu'avant l'accouchement, et 23,7% (n=23) qu'ils le sont autant.

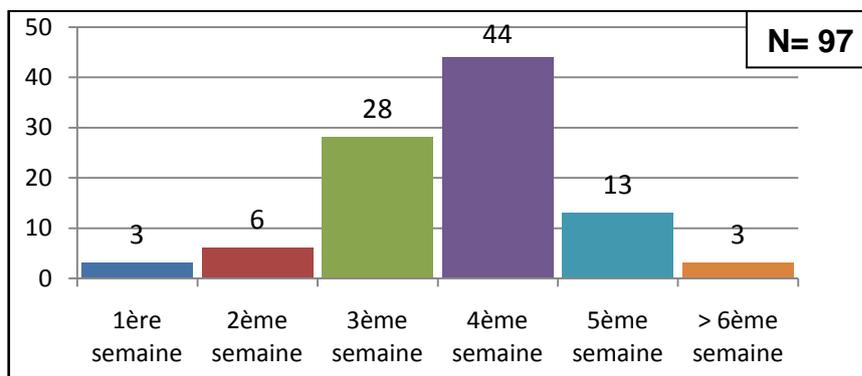


Figure 23 : Date de reprise des rapports sexuels

Près de 85% (n=81) des patientes reprenant des rapports sexuels avant la visite post-natale le font avant la fin de la 4ème semaine.

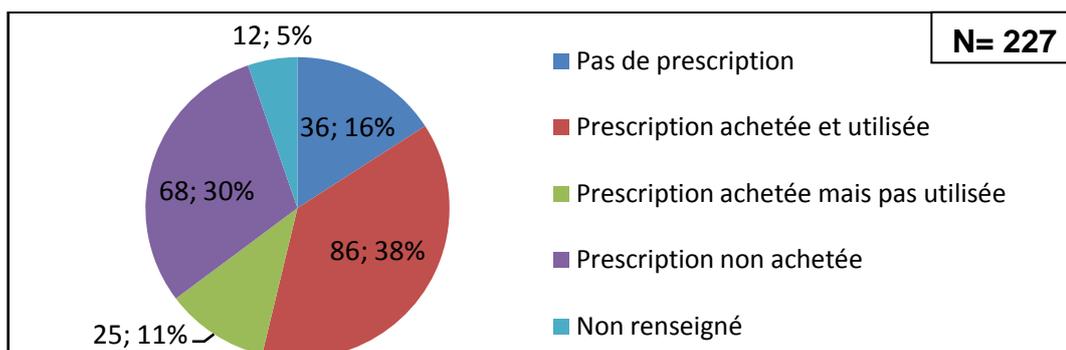


Figure 24 : Utilisation de la prescription

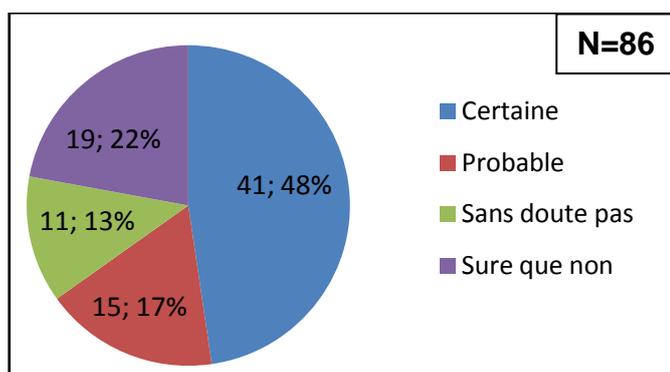


Figure 25 : Respect des conditions d'utilisation

En ce qui concerne la contraception, seulement 38% (n=86) des patientes ont une ordonnance, achètent et utilisent la contraception. Parmi elles, seules 48% (n=41) sont certaines de l'utiliser correctement. Au final, 18% (n=41) des patientes semblent avoir une couverture contraceptive efficace. Les deux raisons principales de non respect des règles d'utilisation sont les oublis (n=19) et les retards (n=12).

	Contraception prescrite, conseils reçus	Pas de contraception ni de conseils
Reprise des RS	78 (46%)	18 (50%)
Pas de reprise des RS	92 (54%)	18 (50%)

Tableau 3 : Reprise des rapports selon la délivrance d'ordonnance ou de conseils

Le fait de ne pas avoir reçu d'ordonnance ni de conseils en matière de contraception n'est pas un frein à une reprise des rapports sexuels.

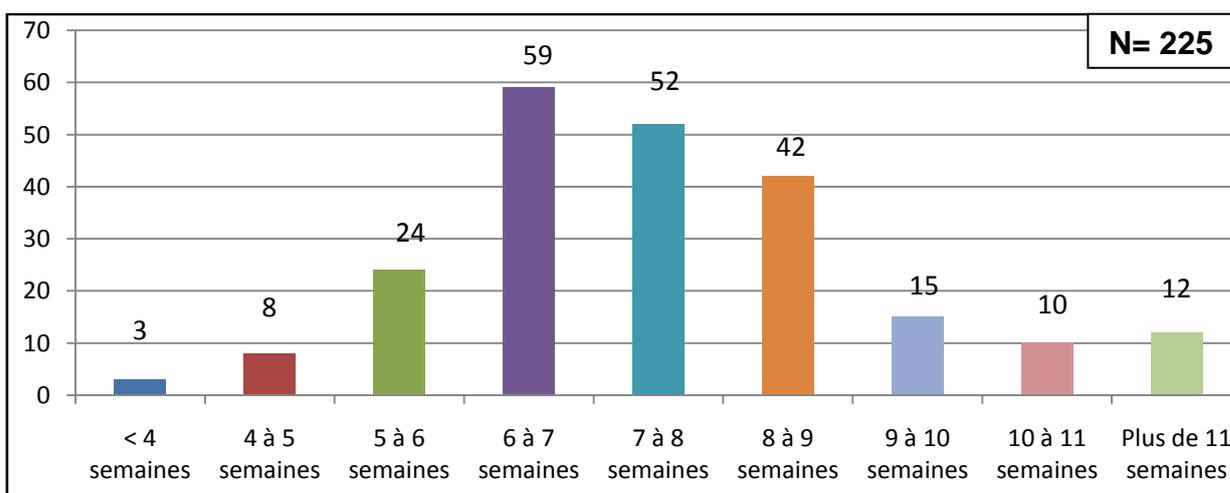


Figure 26 : Délai entre l'accouchement et la visite post-natale

Moins de la moitié (49% ; n=111) des mères respectent le délai recommandé de six à huit semaines pour la consultation post-natale. Un tiers (n=79) dépasse 8 semaines.

5.3 Croisement de données

5.3.1 Reprise précoce des rapports sexuels

Différents facteurs ont été étudiés pour savoir dans quelle mesure ils influençaient la date de reprise des rapports sexuels. Ces paramètres concernaient la patiente (âge, parité), la grossesse (simple ou gémellaire), l'accouchement (âge gestationnel, voie d'accouchement, état périnéal) et l'allaitement. Une différence significative existe en ce qui concerne la voie d'accouchement, l'état périnéal et le mode d'allaitement.

Mode d'allaitement (n= 208)			
	Allaitement maternel	Allaitement artificiel	p
Reprise (n=97)	58	39	0,09 (< 0,1)
Non reprise (n=111)	79	32	
Total	137	71	

Tableau 4 : Influence du mode d'allaitement sur la reprise des rapports sexuels

Les patientes pratiquant un allaitement maternel (exclusif ou non) tendent à reprendre des rapports sexuels avec leur conjoint de façon plus tardive que celles pratiquant un allaitement artificiel.

Etat périnéal (n=143)			
	Intact	Périnée non intact	p
Reprise (n=61)	21	40	0,04 (<0,05)
Non reprise (n=82)	16	66	
Total	37	106	

Tableau 5 : Influence de l'état périnéal sur la reprise des rapports sexuels

De même, les patientes dont le périnée est resté intact suite à l'accouchement reprennent des rapports sexuels plus tôt que celles ayant eut des lésions périnéales.

Voie d'accouchement (n=212)			
	Voie basse	Césarienne	p
Reprise (n=98)	63	35	0,1
Non reprise (n=114)	85	29	
Total	148	64	

Tableau 6 : Influence de la voie d'accouchement sur la reprise des rapports sexuels

Enfin, les patientes ayant accouché par césarienne ont une date de reprise des rapports plus précoce que celles ayant accouché par les voies naturelles.

5.3.2 Facteurs favorisant un mauvais usage de la contraception

Près de 30 patientes ont signalé ne pas avoir utilisé la contraception qui leur a été prescrite correctement. Diverses caractéristiques ont été étudiées, telles que :

- L'âge de la patiente et la parité
- Les antécédents de suivi gynécologique et de contraception
- Le niveau d'étude de la mère
- La durée de l'entretien de contraception
- La date de reprise des rapports sexuels

Durée de l'entretien (n= 58)			
	< 10 min	> 10 min	p
Mauvaise observance (n=23)	15	8	< 0,02
Pas de mésusage (n=35)	12	23	
Total	27	31	

Tableau 7 : Influence de la durée de l'entretien sur la mauvaise observance de la contraception

L'analyse de l'étude montre une différence significative sur une mauvaise utilisation de la contraception en fonction de la durée de l'entretien de contraception. Lorsque l'entretien de contraception dure plus de dix minutes, les patientes ont tendance à mieux utiliser la contraception qui leur est prescrite.

5.3.3 Utilité de l'entretien de contraception selon les patientes

L'utilité de l'entretien de contraception a été évaluée sur une échelle de 0 à 6. En regard de ces résultats, nous avons recherché les caractéristiques de l'entretien de contraception qui influencent cet avis.

Durée de l'entretien (n=171)			
	< 10 min	> 10 min	p
0 à 3 (n=53)	37	16	0,08
4 à 6 (n=118)	66	52	
Total	103	68	

Tableau 8 : Influence de la durée d'entretien sur l'utilité ressentie par la patiente

De façon significative, les femmes ayant eu un entretien de contraception de plus de dix minutes le trouvent plus utile que les autres.

Disponibilité du soignant (n=190)			
	< 3	> 3	p
0 à 2 (n=44)	12	32	< 0,002
3 et 4 (n=102)	13	89	
5 et 6 (n=44)	1	43	
Total	26	164	

Tableau 9 : Influence de la disponibilité du soignant sur l'utilité ressentie par la patiente

De même, les patientes ayant attribué une note supérieure à 3 à la disponibilité du soignant jugent l'entretien plus utile que celles ayant attribué une note inférieure à 3.

Disponibilité du patient (n=180)			
	< 3	> 3	p
0 à 2 (n=46)	10	36	0,08
3 et 4 (n=102)	11	91	
5 et 6 (n=32)	2	30	
Total	23	157	

Tableau 10 : Influence de la disponibilité du patient sur l'utilité ressentie par la patiente

Le même résultat est applicable à la disponibilité de la patiente : celles étant plus disponibles à recevoir l'information ont jugé l'entretien de contraception plus utile.

Possibilité de poser des questions (n=186)			
	Oui	Non	p
0 à 2 (n=41)	35	6	0,08
3 et 4 (n=100)	96	4	
5 et 6 (n=45)	41	4	
Total	172	14	

Tableau 11 : Influence de la possibilité de poser des questions sur l'utilité ressentie par la patiente

De même, les patientes ayant eu la possibilité de poser des questions ont jugé l'entretien plus utile que celles n'en ayant pas eu l'opportunité ou n'ayant pas osé.

Qualité des réponses obtenues (n=159)			
	Claires, satisfaisantes	Peu claires, non satisfaisantes	p
0 à 3 (n=43)	35	8	0,11
4 à 6 (n=116)	105	11	
Total	140	19	

Tableau 12 : Influence de la qualité des réponses obtenues sur l'utilité ressentie par la patiente

En revanche, la clarté des réponses obtenues semble ne pas influencer de façon significative sur l'utilité que les patientes confèrent à l'entretien de contraception.

Troisième partie : Discussion

Analyse des résultats

1.1 Remplissage du questionnaire

1.1.1 Taux de réponse

De façon générale, les patientes ont répondu à toutes les questions. En moyenne, il y a un taux de non-réponse aux questions de 6,52 patientes (soit 2,8%) par question, avec un minimum de zéro patientes et un maximum de 27.

Les questions ayant obtenu le plus fort taux de non-réponse sont :

- Durée du séjour en France(n°8) : 26 patientes n'ont pas répondu (11,4%). Cette question est directement liée à celle portant sur l'origine géographique. Il est probable que les femmes ayant une origine étrangère mais ayant toujours vécu en France ne se soient pas senties concernées par la question.
- Utilité de l'entretien de contraception(n°36) : 24 patientes (10,5%) n'ont pas répondu. On peut imputer un taux de non réponse aussi important à :
 - o L'échelle de réponse, qui n'est pas un moyen facile à intégrer.
 - o La difficulté de compréhension de la question.
- Raison de non reprise des rapports sexuels(n°42) : 27 patientes (11,9%) n'ont pas répondu à cette question. D'une part, cette question est très intime et toutes les patientes ne souhaitent pas s'exprimer sur le sujet. Il s'agit souvent des mêmes patientes (11 patientes) que celles n'ayant pas répondu à la question portant sur la reprise des rapports sexuels. D'autre part, il n'y a pas forcément d'explication à la non reprise des rapports, mettre des mots n'est donc pas toujours aisé.

1.1.2 Qualité des réponses

Seules 17 réponses étaient non interprétables. Quatre d'entre elles concernaient l'âge gestationnel de naissance de l'enfant. Les 13 autres sont réparties entre le reste des questions posées. Ces réponses non interprétables n'ont pas entravé l'analyse des résultats.

1.2 Comparabilité à la population générale

L'enquête périnatale de 2010⁽⁴³⁾ permet d'avoir une vision globale de la population française en maternité. Les tableaux comparatifs entre les deux populations sont présentés en *Annexe III* et *Annexe IV*. Nous avons tenté d'apporter des explications quand des différences étaient observées.

Les caractéristiques des femmes ont été comparées :

- Age :
 - Notre étude montre une augmentation significative du nombre de patientes ayant un âge supérieur à 35ans notre population.
 - L'enquête périnatale révèle que les maternités parisiennes accueillent plus de patientes âgées de 35 ans et plus.
- Origine géographique :
 - Notre étude montre une augmentation significative du nombre de patientes d'origine étrangère, notamment en ce qui concerne l'Afrique du Nord.
 - Cette tendance est retrouvée dans les maternités parisiennes.
- Protection sociale :
 - Notre étude n'est pas en accord avec l'augmentation de la précarité (augmentation du taux de RSA, RMI, allocation chômage) au sein des maternités parisiennes mise en évidence par l'enquête périnatale. Ceci s'explique par la localisation de la maternité, un quartier aisé de Paris.
- Parité et gestité :
 - Les résultats de notre enquête sont comparables à ceux de l'enquête périnatale. Il n'y a aucune différence entre Paris et la province.
- Situation du couple :
 - Nos résultats sont comparables à ceux de l'enquête périnatale. Il n'y a pas de différence entre Paris et la province.
- Niveau d'étude :
 - Notre étude montre un taux important du nombre de patientes ayant fait des études supérieures.
 - L'enquête périnatale met en évidence une augmentation significative du niveau scolaire dans les maternités parisiennes.
- Utilisation d'une contraception avant la grossesse :
 - La population étudiée utilisait moins de moyens de contraception que la population française. Nous ne pouvons pas expliquer cette différence.

De la même façon, nous avons comparé la grossesse et les suites de couches :

- Nombre de PMA :
 - Il y a une différence importante (pourcentage doublé) entre notre population d'étude et la population générale. Ceci peut s'expliquer par :
 - la maternité de référence : il s'agit d'une maternité de type III, rattachée à un centre de PMA. Ce sont des grossesses « à risque » (patientes âgées, lourd passé médical) devant se dérouler en type III.
 - L'élévation de l'âge maternel.
- Grossesse programmée ou non :
 - En pourcentage, il y a deux fois plus de grossesses non programmées dans notre population d'étude.
 - Cette différence est sans doute une conséquence du taux d'utilisation de contraception. Elle peut aussi s'expliquer par la présence d'un centre d'orthogénie à proximité, qui fait que les femmes dépassant le délai légal de réalisation de l'IVG ou changeant d'avis sont orientées vers Port Royal.
- Grossesse simple ou multiple :
 - L'augmentation du taux de grossesses multiples est liée :
 - Au type de la maternité (grossesses à risques de complications)
 - A l'augmentation des PMA, liée à celle de l'âge maternel.
- Age gestationnel :
 - Notre population recense deux fois plus d'accouchements prématurés. La différence s'explique par le type de la maternité d'étude.
- Voie d'accouchement :
 - Le taux de césarienne dans notre étude est plus élevé (31% vs 21%). Ceci est lié au type de la maternité, les patientes et fœtus pris en charge ont de lourdes pathologies nécessitant une césarienne.
- Allaitement :
 - Notre enquête montre un taux d'allaitement maternel important.
 - L'enquête périnatale confirme une élévation du taux d'allaitement maternel à Paris par rapport à la province.

Les patientes répondant au questionnaire étaient volontaires et comprenaient la langue française. Nous pouvons supposer que la précarité diminue, ce qui entraîne une élévation du niveau scolaire. L'âge maternel est alors susceptible d'augmenter, ce qui majore le nombre de PMA.

1.3 Conclusion

Les résultats obtenus dans notre étude sont interprétables car :

- Le taux de non réponse et de réponse non cohérente sont négligeables
- La population étudiée présente des caractéristiques proches de celles de la population des maternités parisiennes, avec malgré tout, certaines différences dues au fait que Port-Royal soit une maternité de type III.

Réponse aux hypothèses

2.1 L'organisation du service de suites de couches n'est pas favorable pour mener un entretien de contraception de qualité

2.1.1 Temps consacré à la patiente

Seules 32% des patientes (n=73) ont reçu un entretien de contraception d'une durée supérieure à dix minutes. Rares sont donc les patientes qui ont eu un entretien de contraception d'une durée de 20minutes, comme il est recommandé.

Plus de 10% (n=24) des patientes ne se souviennent pas avoir eu d'entretien de contraception. Il se pose alors trois possibilités :

- Elles n'en ont pas eu.
- L'entretien a été tellement rapide qu'elles ne s'en souviennent pas.
- Elles n'étaient pas en condition pour recevoir l'information délivrée.

Quelle que soit la réalité, chacune des patientes concernées semble ne pas avoir reçu d'informations sur sa contraception et est donc à risque d'être à nouveau enceinte.

2.1.2 Conditions de l'entretien

D'après les réponses obtenues, 100 entretiens ont été menés en tête à tête, ce qui correspond uniquement à 44% des entrevues. La prescription d'une contraception correspond à la délivrance d'un produit médical nécessitant des informations qui relèvent de l'intimité. Elle confronte en effet les antécédents familiaux et personnels

de la femme et sa vie intime de couple. Si la présence de la voisine, de visite ou un entretien commun aux deux voisines sont des aberrations du point de vue du secret médical, la présence du conjoint doit, en outre, être envisagée.

On obtient de tels résultats car les chambres d'hospitalisation sont souvent doubles, avec pour seule barrière un rideau à tirer entre les deux lits. Il semble effectivement difficile de faire sortir la voisine de chambre le temps de l'entretien de contraception. Ce souci d'intimité tend à disparaître car de plus en plus de chambres en maternité sont individuelles, comme dans les nouveaux locaux de Port Royal (*février 2012*).

2.1.3 Qualité des informations données

Trente-huit patientes interrogées n'ont reçu ni conseil ni ordonnance de contraception. Il y a donc 18% des patientes sans contraception ni notion de « que faire pour éviter une grossesse ». Parmi elles, 50% (n=18) reprendront des rapports sexuels et sont donc à risque d'être à nouveau enceintes.

Onze patientes, soit 5% des femmes interrogées, ont reçu une prescription autre que la contraception orale : cinq ont eu une ordonnance de DIU, deux d'implant et quatre n'ont pas précisé quelle est la nature du contraceptif prescrit.

Parmi elle, il y a donc, au minimum, sept patientes sans couverture contraceptive car elles sont sorties de la maternité sans qu'on leur ait posé leur DIU ou leur implant. On peut alors se demander si elles le feront poser et dans quel délai.

Ainsi, sur les 227 patientes, il y en a 49, soit 21,5% qui n'ont pas de contraception en place lors de leur sortie d'hospitalisation.

Parmi les 38 patientes sans contraception, on peut se demander pourquoi elles n'ont pas eu d'ordonnance. Peut-être qu'aucune contraception ne convenait à leurs attentes ? Si la réponse à cette question est positive, ceci confirme qu'il faut que les professionnels réalisant l'entretien de contraception proposent aux patientes, dans la limite des contre-indications, toutes les options possibles. Généralement, seule la pilule micro-progestative est abordée. Les recommandations de l'HAS stipulent pourtant que les contraceptifs œstro-progestatifs sont envisageables.

Quand les patientes sont interrogées sur l'opportunité de poser des questions, 18 (soit 8%) n'ont pas pu en poser. Est-ce un manque de temps ? Un manque de disponibilité du soignant qui n'a pas donné envie à la patiente de se renseigner ? On

peut se demander si la patiente si la patiente était disponible, et si elle n'avait pas envie que l'entretien se termine ?

De même, les réponses apportées aux 174 patientes ayant pu poser des questions n'ont pas été claires dans 11% des cas. Pourquoi alors les 19 patientes n'ont pas demandé une reformulation des informations ?

D'après ces chiffres, 37 patientes (soit 16,3%) n'ont pas eu un entretien de contraception complet car elles n'ont pas eu l'occasion de poser des questions ni obtenu des réponses claires.

L'étude de L. Rondepierre⁽⁴⁴⁾ montre un défaut d'information : parmi les 15 patientes interrogées, 14 connaissent la contraception orale, mais seulement 10 le préservatif. 87% des femmes connaissent la contraception d'urgence, mais aucune ne savait que le DIU pouvait être une méthode d'urgence. Ces patientes étant enceintes moins d'un an après une grossesse, elles sortent tout juste du « parcours de soins » où elles reçoivent deux entretiens de contraception rapprochés. Un tiers des patientes jugent l'information reçue insuffisante, et un tiers la juge « partielle mais suffisante ».

2.1.4 Compréhension de la patiente face à cette information

Au cours de l'étude, nous n'avons pas directement interrogé les femmes sur la compréhension de l'information donnée. Cette valeur est, de fait, difficile à chiffrer.

En revanche, 19 patientes ont estimé l'information délivrée non claire et non satisfaisante. Ces patientes n'ont donc pas compris tout ce qui leur a été expliqué.

La dernière question de l'enquête était ouverte aux commentaires. Une patiente a répondu qu'elle aurait « dû demander plus de renseignements car ce n'était pas clair ». De même, cinq femmes n'ont pas repris de rapports car elles attendaient un « feu vert » de la sage-femme ou du médecin. La mère peut reprendre des rapports sexuels quand bon lui semble, selon son confort et son désir. Cette information a-t-elle été délivrée à la mère ou n'a-t-elle pas été en mesure de l'entendre ?

De plus, E.Creus, dans le cadre d'un mémoire de fin d'études⁽⁴⁵⁾ a réalisé une étude sur l'IVG dans l'année suivant l'accouchement, auprès de 79 femmes. Elle montre :

- 63% des IVG surviennent avant six mois (dont 25% avant trois mois)
- 38% des patientes n'utilisaient aucune contraception, 25% utilisaient une pilule œstro-progestative et 24% une pilule micro-progestative. Celles n'utilisant pas

de contraception ne pensaient pas pouvoir être enceintes, « faisaient attention » ou étaient en attente d'une pose de DIU.

Parmi les patientes utilisant une contraception orale :

- 66% d'entre elles l'ont oubliée.
- 47% de celles ayant une pilule micro-progestative ne l'ont pas prise en continu.
- 92% des patientes n'ont pas utilisé la pilule du lendemain.
- 77% estiment avoir eu une information sur la contraception du post-partum, dont 90% en services des suites de couches.

Cette étude a pu définir un profil de patiente susceptible d'effectuer une IVG dans l'année qui suit l'accouchement : ce sont des patientes jeunes (27ans), célibataires (17%), sans emploi (51%), sans contraception lors de la conception (40%), même si 80% avaient reçu une prescription de contraception en suites de couches.

Des résultats similaires ont été obtenus dans l'étude de C. Lafon-Delpit ⁽²⁾ à Tours.

2.1.5 Conclusion

Notre première hypothèse est **validée** : l'organisation du service de suites de couches n'est pas favorable pour mener un entretien de qualité.

La réponse à cette première hypothèse soulève de nombreuses questions. Chacune d'elles impute la « faute » d'une mauvaise information à la sage-femme ou à la patiente. L'étude menée ne nous permet pas de savoir si l'information a mal été dispensée ou si elle a mal été intégrée. La responsabilité est sans doute partagée.

Cependant, le dénominateur commun à ses propositions est l'organisation du service des suites de couches : le manque de temps et d'intimité sont les obstacles majeurs à la dispensation d'une information de qualité et à l'assimilation de celle-ci.

L'étude de Glasier⁽⁴⁶⁾ a montré que pour délivrer une information efficace sur la contraception il fallait que celle-ci soit répétée. Effectivement, les patientes ayant reçu une information à une seule occasion en avaient des souvenirs moins complets que celles ayant eu plusieurs sources d'informations.

Les mêmes conclusions ont été rédigées au cours d'une étude multicentrique⁽⁴⁷⁾, montrant tout de même une meilleure efficacité des conseils donnés uniquement en anténatal en comparaison des autres périodes.

L'étude Canadienne reprise par l'HAS⁽⁸⁾ montrait qu'une seule minute de temps était nécessaire aux praticiens qui se montraient sensibles aux besoins de leurs patients. Lorsque les professionnels reçoivent une formation pour augmenter leurs compétences en communication, les entrevues ne durent pas plus longtemps.

Cette conclusion survient dans un contexte où tous les intervenants en périnatalité s'accordent à dire que la période des suites de couches n'est pas le meilleur moment pour aborder la contraception du post-partum⁽⁴⁴⁾.

2.2 La prescription de contraception en suites de couches n'est pas toujours adaptée aux besoins de la patiente

2.2.1 Reprise des rapports sexuels

La moitié des patientes interrogées (n=114) n'ont pas repris de rapports sexuels lors de leur visite post-natale. Parmi celles ayant eut des rapports sexuels, 71% estiment que leurs rapports sont moins fréquents qu'avant l'accouchement. En outre, 58% des patientes ont eu au moins trois rapports sexuels.

Les patientes, une fois à la maison, vont reprendre ou non une activité sexuelle. Celle-ci, bien qu'inférieure à celle que le couple connaissait avant l'accouchement, n'est pas négligeable. Prescrire une contraception d'urgence sans mettre en place une contraception courante n'est pas envisageable car il n'est pas recommandé d'utiliser une contraception d'urgence comme contraception régulière. Il s'agit de cibler les besoins de la femme tout en l'informant, pour qu'elle soit libre de prendre une contraception d'urgence une fois ou d'initier une contraception classique.

2.2.2 Utilisation de la contraception

Parmi les 227 patientes interrogées, un peu plus d'un tiers seulement a reçu une ordonnance de contraception et l'a achetée.

Un autre tiers (n=68) ne l'a pas achetée, sans préciser la raison. 11% l'ont achetée, sans l'utiliser. Il s'agit donc de 93 femmes, soit 41% de notre population, qui a eu une ordonnance de contraception, sans avoir de couverture contraceptive. Au vu de l'hôpital, il n'y a pas de « faute » au sens où la patiente est sortie d'hospitalisation avec une ordonnance. Quel est alors l'intérêt d'une contraception non utilisée ?

Nous pourrions suggérer une prescription supplémentaire de contraception d'urgence en complément de la contraception régulière sur l'ordonnance de sortie.

2.2.3 Les grossesses rapprochées

Notre étude n'évalue pas les échecs de la contraception, qui se traduit par une grossesse rapprochée, interrompue ou non.

Le mémoire de L.Rondepierre⁽⁴⁴⁾ mené sur les grossesses rapprochées, met en avant le fait que 90% des patientes changent de contraception dans l'année qui suit un accouchement. La majorité se retrouvera alors en situation d'instabilité car il y a souvent un échec dans le relai de la contraception. Seule une patiente sur les 15 interrogées était contente d'avoir un laps de temps aussi faible entre ses deux grossesses. 73% des patientes ont déclaré avoir eu des difficultés dans la prise de contraceptif du post-partum : 87% des femmes ayant une contraception ont oublié au moins un comprimé, 71% estiment que ce moyen de contraception n'est pas adapté.

2.2.4 Conclusion

Notre deuxième hypothèse est **validée** : la prescription de la contraception n'est pas toujours adaptée aux besoins de la patiente.

La question qui se pose alors est de savoir comment connaître, à l'avance, les besoins de la patiente en matière de contraception ? Existe-t-il un profil de patientes susceptibles de reprendre des rapports sexuels plus précocement que d'autres ?

Il ne faut cependant pas tomber dans une médecine paternaliste où seul le soignant détient les clés d'une contraception efficace. Au contraire, il est essentiel de donner les outils nécessaires à la mère, de façon à ce qu'elle puisse s'approprier le mode de contraception choisi.

Par exemple, si la femme retrouve une intimité progressive avec son partenaire, elle doit commencer sa contraception classique. Au contraire, si l'activité sexuelle reprend de façon inopinée, elle doit être capable d'utiliser la contraception d'urgence.

2.3 Il existe un « profil type » de patientes susceptibles de reprendre de façon plus précoce des rapports sexuels après l'accouchement

Il existe peu d'études sur le délai entre l'accouchement et la reprise des rapports sexuels. Les données de la littérature traitent de la sexualité du post-partum en termes de qualité et non de quantité. Les auteurs ont tenté d'identifier les caractéristiques des patientes et des accouchements qui favorisaient un épanouissement sexuel.

2.3.1 Caractéristiques de la patiente

Le délai de reprise des rapports sexuels n'est ni influencé par l'**âge** de la patiente ni par la **parité**. On pourrait penser que :

- Les patientes primipares, plus jeunes, sont moins à l'aise avec leur nouvelle maternité et ont donc plus de mal à retrouver leur rôle d'épouse.
- Les patientes multipares, plus âgées, ont moins de lésions périnéales et sont donc moins sujettes à des douleurs, ce qui entrainerait une reprise plus précoce des rapports sexuels.

Des arguments contraires peuvent être objectés :

- Les patientes primipares ont généralement plus d'intimité avec leur conjoint car un seul enfant vient « troubler » la vie du couple, ce qui serait en lien avec une reprise plus précoce des rapports sexuels. Il y a aussi moins de fatigue maternelle associée au fait de ne s'occuper que d'un seul enfant par rapport à plusieurs.
- De même, les patientes multipares ont la charge d'autres enfants et ont donc moins de temps libre, plus de préoccupations et plus de fatigue.

Les données de la littérature ne comparent pas la date de reprise des rapports en fonction de l'âge et de la parité de la patiente.

2.3.2 Caractéristiques de la grossesse

Les résultats de notre étude ne nous permettent pas de conclure sur l'impact d'une **grossesse gémellaire** sur la date de reprise des rapports sexuels du couple de parents. Notre étude recense que trois grossesses gémellaires.

On peut penser que le fait de s'occuper de deux nouveaux nés majore un cumul des facteurs favorisant un retour différé à des relations sexuelles. Ce serait, entre autres, la fatigue, le manque d'intimité, le temps libre.

Nous n'avons retrouvé aucune donnée dans la littérature.

De même, nos résultats ne montrent pas de lien entre **l'âge gestationnel** et la date de reprise des rapports sexuels. La question posée aux patientes portait sur l'âge gestationnel et aurait dû porter sur l'hospitalisation éventuelle de l'enfant.

Cette question a été posée car plusieurs arguments peuvent être avancés et créer un lien entre ces deux notions :

- L'hospitalisation de l'enfant prématuré permet au couple de se retrouver avant que le nouveau-né ne rentre à la maison. Elle évite ainsi le cumul des difficultés (fatigue maternelle, interférence du nouveau-né avec la vie de couple). Elle permet une « introduction » progressive de l'enfant dans le quotidien.
- En outre, le fait d'avoir un enfant hospitalisé est un stress pour les parents, qui ne sont alors pas dans des conditions idéales pour se livrer à des rapports sexuels. Malgré tout, ce stress peut entraîner un besoin de réconfort, d'intimité et mener à la reprise des rapports sexuels.

2.3.3 Caractéristiques de l'accouchement

L'article de C. Fabre-Clerc ⁽⁴⁸⁾ ne montre pas d'influence de la **voie d'accouchement** sur la date de reprise des rapports sexuels.

En revanche, une revue de la littérature ⁽⁴⁹⁾ menée en 2010 montre qu'il y a effectivement peu d'études sur le sujet et que les rares études menées diffèrent trop pour être comparées : homogénéité des groupes, méthodes. De même, il y a peu d'études comparant la sexualité avant, pendant la grossesse et après l'accouchement. La revue de la littérature recense malgré tout une étude, menée par Baksu en 2006, qui montre une différence significative dans la sexualité des patientes à trois mois du post-partum avec une augmentation de la qualité de la vie sexuelle des patientes césarisées. Cette différence ne se retrouve pas à 6 mois.

Notre étude montre une différence significative entre les deux groupes de patientes, celles ayant accouché par césarienne reprennent des rapports sexuels plus tôt que celles ayant connu un accouchement par les voies naturelles.

On a plusieurs arguments en faveur d'une reprise plus précoce pour les patientes ayant accouché par césarienne :

- Absence de traumatismes obstétricaux liés aux extractions instrumentales.
- Absence de lésions périnéales.

Notre étude a montré que la présence de **lésions périnéales** retardait la reprise des rapports sexuels ($p=0,04$).

L'étude de Chang en 2011⁽⁵⁰⁾ n'évalue pas la date de reprise des rapports sexuels mais évalue leur qualité. Les femmes interrogées attribuaient, selon certains critères, un score à leur sexualité. Aucune différence significative n'a été montrée entre les patientes ayant eu une épisiotomie ou non. Or, la douleur périnéale est plus élevée chez les patientes ayant eu une épisiotomie, durant les deux premières semaines. A la troisième semaine, il n'y a aucune différence entre les deux groupes. Dans les deux groupes, les rapports ne reprennent généralement pas avant cette date.

L'étude d'Andrews⁽⁵¹⁾ montre qu'à sept semaines du post-partum, les femmes signalent des douleurs plus importantes en cas de lésions périnéales. Ces douleurs se manifestent dans la vie courante (s'asseoir, bouger) mais pas lors des rapports.

La revue de la littérature de 2009⁽⁴⁹⁾ a néanmoins pu évaluer, grâce à l'étude de JF Thompson ($n=438$), la date de reprise des rapports sexuels. Elle a mis en rapport le taux de traumatismes périnéaux et la date de reprise : 50% des patientes ayant un périnée intact reprennent des rapports sexuels avant huit semaines, contre 38% dans l'autre groupe. Ces résultats ne sont pas significatifs.

En revanche, une étude, menée par MT Lydon-Rochelle, appartenant à la revue de la littérature⁽⁴⁹⁾, a montré que chez les patientes primipares ($n=971$), il y a 40% de non reprise de l'activité sexuelle à sept semaines chez les patientes dont le périnée a été lésé, contre 29% dans l'autre groupe. Ces résultats sont significatifs.

2.3.4 Mode d'allaitement

Notre étude montre que les patientes allaitant leur nouveau-né reprennent, de façon statistiquement significative, des rapports sexuels plus tardivement ($p=0,09$).

Ce résultat est rapporté aussi par l'étude de Rowland, recensée dans la revue de la littérature de 2009⁽⁴⁹⁾. La durée de l'écart entre les deux groupes n'est pas précisée.

En ce qui concerne les études portant sur la qualité de la vie sexuelle en fonction du mode d'allaitement, les résultats divergent. La revue⁽⁴⁹⁾ de 2009 précise que :

- L'étude de Masters et Johnson montrait une amélioration de la vie sexuelle en cas d'allaitement maternel qui s'explique par une élévation de l'érotisation du corps féminin (augmentation du volume mammaire).
- Les autres études rapportent le résultat inverse qui s'explique par les taux hormonaux : baisse de la testostérone et augmentation de la prolactine font que la patiente se désintéresse de la sexualité.

De plus, les patientes pratiquant un allaitement maternel ont, sur le plan psychologique, un rapport physique intime avec leur nouveau né et ont donc « moins besoin » de contact physique avec leur conjoint. De plus, elles ont d'avantage de difficultés à concevoir leur corps comme objet érotique que les mères n'allaitant pas.

2.3.5 Conclusion

D'après la revue de la littérature⁽⁴⁹⁾ et les résultats de notre enquête, notre troisième hypothèse est **partiellement validée** : les patientes ayant eu un accouchement par césarienne, celles ayant un périnée intact et celles pratiquant un allaitement artificiel tendent à reprendre des rapports sexuels plus tôt que les autres.

Cependant, ces résultats sont à utiliser avec précaution : le but de « l'identification » des patientes est de « faire plus attention » à celles qui présentent ces caractéristiques et non pas de négliger celles qui ne correspondent pas au profil.

Il y a de nombreux autres facteurs qui influencent la reprise des rapports sexuels. Certains sont prévisibles (type de logement), d'autres non (présence de saignements). D'autres encore nous échappent et sont propres au couple : il s'agit d'une ambiance, d'une atmosphère, d'un désir, que l'on ne peut nommer.

En dehors de la date de la reprise des rapports sexuels, il faut prendre en compte leur qualité, bien que ce ne soit pas le sujet de cette étude. Les études montrent

qu'une sexualité épanouie dans le post-partum passe, avant tout, par le dialogue au sein du couple, mais aussi avec le professionnel de santé. Il est important que la sage-femme aborde ce sujet-là avec ses patientes.

Critique de l'étude

3.1 L'effectif

Tout d'abord, le nombre de questionnaires récupérés ne nous permet pas de généraliser les résultats obtenus à l'échelle nationale mais apporte cependant une vision non négligeable des pratiques de la maternité Port Royal.

Ensuite, le taux de remplissage des questionnaires étant supérieur à 60%, plus de la moitié des questionnaires distribués ont été récupérés, ce qui constitue une force de l'étude. Il y a malgré tout un biais de recrutement, car les patientes ne parlant pas la langue française étaient, par conséquent, exclues de l'étude. Elles correspondent pourtant à la population ayant le plus de risques de mal utiliser la contraception qui leur est prescrite (mauvaise compréhension, jeune âge, conditions socio-économiques difficiles, ...), en raison d'une mauvaise compréhension des conseils.

Un biais de sélection se rajoute à cela car seules les patientes volontaires remplissaient le questionnaire.

3.2 Les réponses au questionnaire

A l'exception d'un questionnaire, tous ont pu être analysés. Les questions posées étaient donc claires et compréhensibles par toutes. La durée de remplissage semblait, elle aussi, correcte. Peu de questions ont été « non renseignées », ce qui a permis d'analyser chaque questionnaire dans sa totalité. De même, peu de patientes n'ont pas souhaité répondre aux questions « intimes », ce qui confirme que le caractère anonyme de l'enquête a pu mettre à l'aise les patientes.

Certaines questions portant sur l'entretien de contraception en suites de couches, il y a nécessairement un biais dans la mémorisation des entretiens. Deux mères rencontrées en stage ont confié ne pas savoir si l'« entretien de contraception » se référait à celui fait lors de l'hospitalisation ou celui fait lors de la visite post-natale. Cependant, les questionnaires étant distribués avant la consultation post-natale, on peut considérer qu'il n'y a pas eu beaucoup de confusions.

3.3 Travail d'analyse et de recherche

Ce mémoire nous a permis de nous informer des dernières recommandations et études menées sur le même thème. Ainsi, nous nous sommes rendus compte que les protocoles de services ne sont pas toujours en adéquation avec eux. De même, nous avons identifié les critères nécessaires à un entretien de contraception efficace, et avons réfléchi à la manière de l'insérer dans le service de suites de couches.

L'enquête réalisée nous donne des axes de réflexion et d'ouverture sur le rôle de la sage-femme dans le service de suites de couches et dans ce qui semble être l'avenir, à savoir le retour précoce à domicile après l'accouchement.

Propositions

4.1 Ouvrir le champ des possibles

La réalisation de cette étude nous a permis d'envisager plusieurs solutions pour avoir une meilleure adéquation entre les besoins des patientes en contraception et la période des suites de couches.

En premier lieu, il faudrait que toutes les maternités françaises **appliquent les dernières recommandations de l'HAS**, à savoir la possibilité de prescrire des œstro-progestatifs aux patientes n'allaitant pas leur enfant, en dehors, bien sûr des contre-indications inhérentes à ce mode de contraception (HTA, tabac, âge, ...). En retardant le début de la prise au 21^{ème} jour, date à laquelle les risques thromboemboliques diminuent, et le nombre de rapports augmente, il est envisageable qu'une mère n'allaitant pas reprenne sa contraception habituelle.

Ensuite, il serait utile d'étudier la possibilité de **poser un DIU de façon précoce** dans le post-partum. Une revue de la littérature faite par N. Dutriaux, dans le cadre de son mémoire⁽²⁰⁾, rapporte que, selon l'OMS, les DIU peuvent être insérés « moins de 48h après l'accouchement, y compris immédiatement après l'expulsion du placenta [ou] après l'expulsion du placenta avant la suture de l'incision utérine »

Le taux d'expulsion varie de 2,3% à 27% : 90 à 95% des expulsions sont diagnostiquées par la patiente. Ces taux varient selon le modèle utilisé, l'expérience de l'opérateur, le moment de l'insertion (diminution avec la précocité), et la voie d'accouchement (diminution en cas de césarienne). Aucun autre facteur (parité,

utilisation d'ocytocine) n'est identifié. Le risque de grossesse, lié aux expulsions, est aussi variable. Le taux de perforations est très faible, voire nul. Elles surviennent en cas d'insertion par un opérateur inexpérimenté. Le risque infectieux varie de 0 à 0,9%. Ces taux, en dehors du taux d'expulsion sont similaires à ceux chez une patiente tout venant (0,4% à 7%). L'expérience de l'opérateur est le facteur principal.

De même, l'**implant** (Nexplanon®) pourrait être posé chez les patientes ne désirant pas de contraception orale. Cette méthode est déjà instaurée chez les patientes aux conditions socio-économiques difficiles, à risque de grossesses rapprochées, ou que l'on risque de perdre de vue après l'accouchement. Pourquoi ne pas généraliser cette pratique ? Il faut **former les sages-femmes** à la pose. Malgré tout, les femmes retirent parfois l'implant car elles n'ont pas de règles, à la différence du DIU.

Une autre option contraceptive pour les patientes ne souhaitant ni utiliser une contraception orale ni une contraception à long terme (type DIU, implant) serait de généraliser la **prescription de préservatifs, associés à une contraception d'urgence**. Cette prescription devrait faire l'objet d'une éducation de la patiente, notamment sur les délais de prise du comprimé contraceptif. En cas d'allaitement maternel, il est recommandé de le suspendre pour une durée variable selon le comprimé utilisé (6h pour Norlevo® ; 36h pour Ellaone®). Cette ordonnance pourrait être automatique, et remise à chaque patiente à la sortie de la maternité (en excluant, bien entendu, celles présentant des contre-indications).

4.2 Favoriser l'information de la patiente

L'organisation du service de suites de couches doit être repensée, afin que les sages-femmes consacrent d'avantage de temps au dialogue avec les mères. Il faut par exemple, **diminuer la charge de travail administratif** ou réduire le nombre de patientes qu'ont en charge les sages-femmes, ce qui revient à **ajouter un poste de sage-femme**. Dans certaines maternités (*ex : Hôpital de Saint Maurice*), une sage-femme de nuit mène des entretiens de contraception en soirée. Puis, elle prépare les formalités administratives et les soins du jour. Dans les nouveaux locaux de la maternité Port-Royal, chaque sage-femme a en charge entre 12 et 13 patientes, ceci permettra peut-être de consacrer plus de temps aux entretiens de contraception.

De même, au sein du service, **des groupes de parole ou des réunions d'informations** pourraient être animés, au sujet de la contraception.

Pour que la patiente retienne l'information, il faut qu'elle soit en conditions pour la recevoir. La période des suites de couches n'est, comme il a été vu, pas adaptée. Le discours doit être abordé plus tôt, lors des **cours de préparation à la naissance et à la parentalité**⁽⁴⁷⁾. Il peut faire l'objet de discussions, après la sortie de l'hôpital, lors de la **visite post-natale**, des **séances de rééducations périnéales** ou de **réunions**.

Actuellement, la durée d'hospitalisation est de plus en plus courte et les petites maternités tendent à disparaître : il est alors primordial de **développer le réseau de suivi post-natal**. L'augmentation du nombre de sages-femmes libérales et des hospitalisations à domicile permettraient des sorties précoces. Ceci est un projet en développement mené par l'HAS. Les sages-femmes profiteraient des visites pour assurer le suivi de l'enfant et de la mère et pour mener un entretien de contraception.

Seules 14 patientes (5,6%) ont discuté de la contraception en compagnie du conjoint. Pourtant, à l'heure actuelle, les pères sont présents en service de suites de couches pour assister aux soins de l'enfant. Pourquoi ne pas profiter de cela pour **lui permettre de prendre un rôle important** dans le choix contraceptif de sa compagne ? Si le choix final appartient à la femme, le conjoint doit être intégré au dialogue. Il est souvent à l'initiative de la reprise des rapports sexuels. Le fait de l'informer sur les options possibles et les conditions d'utilisation est susceptible de réduire le taux d'échec de la contraception car les deux protagonistes du couple s'assureraient de la présence d'une contraception et de la qualité de celle-ci.

4.3 Donner du poids à l'étude

Notre étude a une portée limitée à cause du faible nombre de patientes incluses et de son caractère monocentrique. Pour qu'elle ait plus de poids, elle devrait être **menée à plus grande échelle**, au sein de plusieurs centres afin de comparer les pratiques. Ceci permettrait d'identifier les clés d'une prise en charge optimale.

L'étude des **coûts** d'une prescription quasi-systématique de contraceptif micro-progestatif pourrait inciter les praticiens à limiter cette pratique, en faveur d'une contraception adaptée et efficace. Microval® est remboursée par la Sécurité Sociale à 65% sur la base de 1,68€ (28 comprimés). Quels sont les coûts générés par le remboursement des comprimés non utilisés, la réalisation d'IVG dans le post-partum liées à une mauvaise utilisation de la contraception ou, au contraire, la prise en charge des complications obstétrico-pédiatriques des grossesses rapprochées ?

Conclusion

La réalisation de cette étude a permis de montrer que l'entretien de contraception mené en suites de couches n'est pas adapté aux besoins de la patiente.

En effet, le temps dont dispose la sage-femme n'est pas suffisant pour que l'entretien de contraception soit d'une durée nécessaire. Cela se traduit par le fait que les patientes n'obtiennent pas toujours de réponses aux questions qu'elles se posent en matière de contraception. A cela s'ajoutent des difficultés d'organisation matérielle du service, où l'intimité des patientes n'est pas suffisamment protégée. L'entretien de contraception ne peut pas être mené dans le respect de la vie privée des patientes.

De plus, le moment où la contraception est abordée n'est pas propice à l'intégration des informations. La jeune mère est préoccupée par la santé de son nouveau né, et non par le risque de conception en cas de reprise des rapports sexuels. Elle est loin d'imaginer son corps en état physique et psychique d'avoir une activité sexuelle.

Pour finir, lorsque les patientes se voient prescrire une contraception, notre enquête a montré que l'utilisation que les femmes en font n'est pas bonne. Plusieurs patientes quittent la maternité sans ordonnance ni conseils de contraception.

Notre étude a aussi montré qu'il est possible de cibler à l'avance les patientes susceptibles de reprendre une activité sexuelle précocement. Ce résultat doit nous permettre d'augmenter notre vigilance au sujet de ces mères. Il s'agit de délivrer une information large et adaptée, tout en la rendant actrice de sa contraception.

Nos réflexions vont dans le sens d'un meilleur accès des patientes à l'information, que ce soit par la multiplication des sources ou par l'implication du conjoint. Il faut veiller à préserver l'essence même du métier de sage-femme, à savoir le dialogue avec les mères, donc adapter le service d'hospitalisation pour que les sages-femmes aient d'avantage de temps à consacrer aux mères, en matière de contraception.

L'objectif est de permettre un meilleur accès à la contraception, afin de diminuer le nombre d'IVG dans le post partum.

"Les sages-femmes ont un positionnement très particulier au niveau de la parturiente qui favorise la confiance. Elles ont un rôle à tenir plus fraternel que le médecin qui, lui, est plutôt dans le registre paternel »

J. Waynberg

Bibliographie

1. Mulet F, Descamps P. Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale, Contraception du post partum et du post abortum. Paris; 2006 nov.
2. Lafon-Delpit C. Les interruptions volontaires de grossesses dans l'année suivant un accouchement, étude prospective et descriptive au centre d'orthogénie de Tours. Tours; 2007.
3. F. Dedecher, D. Baudelot, O. Graesslin, P-F. Ceccaldi, F. Montilla, E. Derniaux, R. Gabriel. Grossesses rapprochées: facteurs de risques et conséquences périnatales. J. Gynecol Obste Biol Reprod. 2006;35(1):28–34.
4. Dictionnaire psychologique:
<http://www.dicopsy.com/dictionnaire.php/psychologie-travail/entretien> [le 12/09/2011]
5. Anne L. Contraception du post-partum. 2005 mars.
6. Hourdin A, Hourdin P. Guide pratique de clinique périnatale: dans le cadre de la normalité: grossesse, accouchement, post-partum, nouveau-né. Bordeaux: les Études hospitalières; 2008.
7. HAS. Recommandations pour la pratique clinique Préparation à la naissance et à la parentalité. 2005 nov.
8. ANAES. Recommandations pour la pratique clinique Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme Argumentaire. 2004 déc.
9. Rinehart W, Rudy S, Drennan M. GATHER guide to counseling. Popul Rep J. 1998 déc;(48):1–31.
10. Serfaty D. Contraception. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2011.
11. DREES. Les maternités en 2010 Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. DREES; 2011. Report No.: 775.
12. Lansac J, Body G, Magnin G, Trocquet G. La pratique chirurgicale en gynécologie-obstétrique. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2011.

13. INSEE. La situation démographique. 2005.
14. Breton D, Prioux F. Deux ou trois enfants ? Population. 2005;60(4):489.
15. Robin G, Massart P, Graizeau F, Guerindumasgenet B. La contraception du post-partum : état des connaissances. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2008 juin;36(6):603–15.
16. Cwiak C, Gellasch T, Zieman M. Peripartum contraceptive attitudes and practices. Contraception. 2004 nov;70(5):383–6.
17. ANAES. Allaitement maternel, Mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de l'enfant. Service recommandations pour la pratique professionnelle; 2002 mai.
18. The World Health Organization multinational study of breast-feeding and lactational amenorrhea. III. Pregnancy during breast-feeding. World Health Organization. Fertil. Steril. 1999 sept;72(3):431–40.
19. Valdés V, Labbok MH, Pugin E. The efficacy of the lactational amenorrhea method (LAM) among working women. Contraception. 2000 nov;62(5):217–9.
20. Dutriaux N. Insertion précoce d'un dispositif intra-utérin dans le post-partum. Paris: Université Paris Descartes; 2010.
21. Vital Durand D, Le Jeune C, Dorosz P. Guide pratique des médicaments Dorosz. Paris: Maloine; 2010.
22. Vautrin E, Fontaine A, Lanba P, Guérin V. [Length of stay in maternity wards after normal delivery]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2000 févr;29(1):94–101.
23. CASSF, CNOSF. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. Paris; 2010 janv.
24. Maury M. Nouvelles compétences en gynécologie et contraception: quels intérêts portés par les patientes, quels enjeux pour les sages-femmes? Paris: Ecole de sages-femmes de Baudelocque; 2011 avr. Report No.: dumas-00624738.
25. Raulin C. Le retour précoce à domicile après l'accouchement : Etude de la satisfaction des primipares quant au suivi à domicile par les sages-femmes libérales. Nancy: Université Poincaré Nancy I; 2010.

26. Oudin G. La fonction érotique et ses troubles. *L'obstétrique*. 1994;(214).
27. Élia D, Waynberg J, Dubigeon L. Guide pratique de la vie du couple. Paris: Librairie générale française; 2002.
28. Waynberg J. Guide pratique de sexologie médicale. Simep. Paris; 1994.
29. Krüger THC, Haake P, Hartmann U, Schedlowski M. Orgasm-induced prolactin secretion: feedback control of sexual drive? *Neurosci Biobehav Rev*. 2002 janv;26(1):31–44.
30. Avery MD, Duckett L, Frantzich CR. The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. *J Midwifery Womens Health*. 2000 juin;45(3):227–37.
31. Quevaulliers J. Dictionnaire médical. 2007.
32. DeJudicibus, MA, McCabe, MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *Journal of SexResearch*. 2002;39:94–103.
33. Lachowsky « Un temps pour les femmes ». *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2005 avr;33(4):279–279.
34. Medico D. Sexualité, grossesse et post-partum. Genève; 2008.
35. Bartellas E, Crane JMG, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2000 août;107(8):964–8.
36. Floquet A. Sexualité du postpartum: être mère, et rester femme... Nancy: Ecole de sages-femmes; 2003.
37. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2000 févr;107(2):186–95.
38. Glazener CMA. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1997 mars;104(3):330–5.
39. von Sydow K, Ullmeyer M, Happ N. Sexual activity during pregnancy and after childbirth: results from the Sexual Preferences questionnaire. *Journal of*

psychosomatic obstetrics and gynaecology. 2001;22(1):29–40.

40. Sefarim.fr: la Bible en hébreu, en français et en anglais dans la traduction du Rabinat avec le commentaire de Rachi [le 21/11/2011]. <http://www.sefarim.fr/>

41. Le Saint Coran | The Holy Quran. [le 21/11/2011]. <http://www.saint-coran.net/>

42. Desgrees Du Lou A, Brou H. Reprise des rapports sexuels sexuelles après une naissance: pratiques à Abidjan, Côte D'Ivoire. Laboratoire Population-Environnement-Développement, Unité Mixte Recherche; 2004 janv p.12: Docn°3.

43. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale: les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Inserm; 2011 mai.

44. Rondepierre L. Quand le prépartum rencontre le postpartum. Paris: Ecole de sages-femmes de Baudelocque; 2010 avr. Report No.: 2010 PA05MA20.

45. Creus E. L'interruption volontaire de grossesse dans l'année suivant l'accouchement: analyse d'une population de 79 femmes. Lille; 2011.

46. Glasier AF, Logan J, McGlew TJ. Who gives advice about postpartum contraception? Contraception. 1996 avr;53(4):217–20.

47. Smith KB, van der Spuy ZM, Cheng L, Elton R, Glasier AF. Is postpartum contraceptive advice given antenatally of value. Contraception. 2002;65:237–43.

48. Fabreclergue C, Duvergercharpentier H. Sexualité du postpartum. La Revue Sage-Femme. 2008 déc;7(6):301–4.

49. Abdool Z, Thakar R, Sultan AH. Postpartum female sexual function. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2009 août;145(2):133–7.

50. Chang S-R, Chen K-H, Lin H-H. Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain and sexual function 3 months postpartum: A prospective follow-up study. International Journal of Nursing Studies. 2011 avr;48(4):409–18.

51. Andrews V, Thakar R, Sultan AH, Jones PW. Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia—A prospective study. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2008 avr;137(2):152–6.

Annexes

Annexe I : Recommandations de l'ANAES concernant la contraception du post-partum (2004)

Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme

TABLEAU 3. POSSIBILITÉ D'UTILISATION DES DIFFÉRENTES MÉTHODES CONTRACEPTIVES EN FONCTION DES SITUATIONS À RISQUE LES PLUS FRÉQUENTES.

Situations à risque pathologique	Contraception orale combinée COC	Timbres et anneaux vaginaux (OP)	Contraception orale h-progestative	Macroprogestatifs	Implants Etonogestrel	Progestatifs injectables	DIU au cuivre	DIU imprégné lévonorgestrel	Stérilisation Féminine	Spermicides	Préservatifs	Autres méthodes barrières (capes, diaphragme)	Méthodes naturelles	^g Nécessité involution utérine de 6 semaines ^h à partir de 4 ^e sem. pour les stérilets et les méthodes par progestatif seul.
Post-partum sans allaitement - < 48 heures - 48 heures à 4 semaines - ≥ 4 semaines	- - ++	- - +	++ ++ ++	++ ++ ++	++ ++ ++	- - +	+ - ++	- - ++	- - +	++ ++ ++	++ ++ ++	- - -	++ ++ ++	^g - - - ^h - ++ ++
Allaitement maternel - < 6 semaines après accouchement - de 6 semaines à 6 mois - ≥ 6 mois après accouchement	-- - +	-- - +	sc ^h ++ ++	- ++ ++	sc ^h ++ ++	- ++ ++	sc ^h ++ ++	sc ^h ++ ++	- - -	++ ++ ++	++ ++ ++	- ++ ++	++ ++ ++	^h sem. pour les stérilets et les méthodes par progestatif seul.
Parité - nullipare - multipare	++ ++	++ ++	++ ++	++ ++	++ ++	++ ++	+ ++	+ ++	sc ++	++ ++	++ ++	++ ++	++ ++	

Annexe II : Questionnaire distribué aux patientes

Madame,

Actuellement en dernière année de formation au métier de sage-femme, je réalise une enquête sur la prescription d'une contraception après l'accouchement.

Ce questionnaire fait partie de mon étude, ainsi je vous remercie du temps que vous y consacrerez.

Il est totalement anonyme et les résultats ne seront utilisés que dans l'enquête que j'effectue.

Flore ALARDO

I) Votre accouchement :

1. Quelle est la date de naissance de votre (vos) enfant(s) :

2. A quel terme a-t-il eu lieu (en Semaines d'Aménorrhée) :

3. Il s'agissait d'une grossesse :

Simple

Gémellaire

Triplée

4. L'accouchement a eu lieu par :

Voie basse

Césarienne

5. Concernant votre périnée, vous avez eu:

Une déchirure simple

Une épisiotomie

Une déchirure compliquée

Vous ne savez pas

Votre périnée est intact

II) Généralités

6. Quel est votre âge :

7. Quel est votre pays d'origine :

Afrique du nord,

Europe,

Afrique Subsaharienne,

Asie,

Amérique du Nord,

Amérique du Sud

Autre :

8. Si vous êtes de nationalité étrangère, quelle est votre date d'arrivée en France :

23. Où étiez-vous suivie ?

Gynécologue de ville

Hôpital

Planning familial

Pas de suivi

24. La grossesse actuelle était :

Spontanée

Induite (Type :.....)

25. Cette grossesse était :

Attendue

Non programmée

III) Vos suites de couches immédiates

26. Lors de votre séjour à la maternité, avez-vous allaité votre enfant ?

Oui

Non

26bis. Si oui, combien de temps ?

27. Vous souvenez vous de la visite médicale gynécologique de sortie ?

Oui

Non

28. Si oui, qui a effectué cette visite :

Un(e) étudiant(e) Sage-femme Une sage-femme

Un(e) interne

Un(e) externe

Un médecin

Une infirmière

Autre :

Vous ne savez plus

29. Quelle a été la durée de l'entretien :

< 5 minutes

Entre 5 et 10 minutes

Plus de 10 minutes

Autre :

Vous ne vous souvenez plus

30. Dans quelles conditions l'entretien a-t-il eu lieu ? (plusieurs réponses possibles)

En tête à tête

Avec votre conjoint

En la présence de visites (famille, amis, ...)

En la présence de votre voisine de chambre

Entretien commun aux deux mamans dans la chambre

Lors de la toilette de votre bébé

Pendant une tétée ou un biberon

Autre :

31. Qualifiez votre disponibilité pour cet entretien :

Indisponible Pas très Plutôt Totalement

32. Qualifiez la disponibilité de votre interlocuteur pour cet entretien :

Indisponible Pas très Plutôt Totalement

33. Quelle a été la prescription de contraception qui vous a été remise :

- Aucune Contraception orale (Microval®, Cerazette®)
 Conseils uniquement Autre :

34. Avez-vous eu l'opportunité de poser des questions ?

- Oui Non
 Vous n'aviez pas de questions Vous n'avez pas osé en poser
Raison :

35. Avez-vous obtenu des réponses à vos questions :

- Réponse claires, satisfaisantes
 Réponses partielles, non satisfaisantes
 Pas de réponse
 Vous n'aviez pas de questions

36. Qualifiez l'utilité de l'entretien au sujet de la contraception :

Pas du tout Pas très Plutôt Beaucoup

37. Quelles nouvelles notions en matière de contraception avez-vous appris ?

.....
.....

38. Avez-vous une pathologie particulière en suites de couches :

- Oui :
 Non

IV) De la sortie de l'hôpital à aujourd'hui

39. Quel est votre mode d'allaitement actuel :

- Maternel Mixte Artificiel

40. Décrivez votre santé actuelle en quelques mots (physique, morale, vie générale) :

.....
.....

41. Avez-vous repris des rapports sexuels :

- Oui Non Ne souhaite pas répondre

42. Si non, quelle en est la raison :

- Manque de temps Douleur(s)
 Manque d'envie (vous, votre conjoint) Autre :.....

43. Si oui, combien de rapports sexuels avez-vous eu ?

- 1 2 3 Plus de trois

43bis. Par rapport à d'habitude, vos rapports sexuels sont :

- Moins fréquents Aussi fréquents Plus fréquents

44. Sur l'échelle, situez approximativement la date de reprise des rapports sexuels :

Retour	1 ^{ère}	2 ^{ème}	3 ^{ème}	4 ^{ème}	Hier
de la maternité	semaine	semaine	semaine	semaine	

45. Avez-vous acheté et utilisé la contraception prescrite en suites de couches :

- Oui, achetée et utilisée Achetée mais pas utilisée Non

46. Avez-vous respecté les conditions d'utilisation requises de cette contraception :

- Oui, j'en suis sure Oui, je pense
 Non, sans doute pas Non, et je sais quelles ont été les erreurs

47. Si non, quelles sont les raisons pour lesquelles vous n'avez pas respecté les conditions d'utilisation ?

.....
.....

48. Si vous pensez avoir fait des erreurs, quelles étaient-elles ?

.....
.....

49. Avez-vous d'autres informations que vous souhaitez me communiquer ?

.....
.....

Je vous remercie de votre coopération.

Annexe III : Comparaison de notre population à la population générale (métropole)

	Notre étude	Enquête périnatale	
	n= 227	n=14 681	Différence entre les deux populations
Âge			
< 20 ans	0,44%	1,40%	-0,96%
20 - 24 ans	3,52%	12,20%	-8,68%
25 - 29 ans	22,03%	30,20%	-8,17%
30 - 34 ans	42,73%	33,20%	9,53%
35 - 39 ans	22,47%	18,00%	4,47%
> 40 ans	8,81%	5,00%	3,81%
Origine géographique			
Européenne	76,20%	86,00%	-9,80%
Afrique du Nord	7,00%	3,30%	3,70%
Afrique (autre)	4,80%	4,80%	0,00%
Autres origines	4,40%	2,50%	1,90%
Protection sociale			
Sécurité sociale	9,00%	4,50%	4,50%
Sécurité sociale + Mutuelle	85,00%	81,50%	3,50%
CMU	4,00%	12,90%	-8,90%
Sans couverture sociale	2,00%	1,00%	1,00%
Parité			
I _p	57,70%	43,50%	14,20%
II _p	29,50%	34,50%	-5,00%
III _p	10,60%	14,20%	-3,60%
>III _p	1,30%	7,80%	-6,50%
Nombre d'IVG			
0 IVG	81,00%	84,50%	-3,50%
1 IVG	15,00%	12,50%	2,50%
2 IVG	3,00%	2,30%	0,70%
> 2 IVG	1,00%	0,70%	0,30%
Situation du couple			
Couple	91,00%	92,80%	-1,80%
Marié	40,00%	47,30%	-7,30%
Seules	9,00%	7,20%	1,80%
Niveau d'étude de la femme			
Non scolarisée, primaire, collègue	9,00%	2,40%	6,60%
Lycée		25,90%	-25,90%
Bac	20,40%	19,90%	0,50%
Bac + 3	20,40%	39,00%	-18,60%
Bac + 5	50,20%	12,80%	37,40%
Antécédent contraceptif			
Oui	77,00%	91,70%	-14,70%
Contraception orale	54,00%	80,40%	-26,40%
Préservatif	13,00%	9,10%	3,90%

Annexe IV : Comparaison de notre population à la population générale (métropole) [SUITE]

		Notre étude	Enquête périnatale	
		n= 227	n=14 681	Différence entre les deux populations
Caractéristiques de la grossesse				
	PMA	11,00%	5,50%	5,50%
	Grossesse non désirée	15,00%	7,50%	7,50%
	Simple / multiple			
	<i>Simple</i>	96,00%	98,50%	-2,50%
	<i>Gémellaire</i>	4,00%	1,50%	2,50%
Caractéristiques de l'accouchement				
	Prématuré	15,00%	7,40%	7,60%
	Césarienne	31,00%	21,00%	10,00%
	Lésions périnéales	49,00%	Non interprétable	
Suites de couches				
	Allaitement			
	<i>Maternel</i>	75,00%	60,20%	-6,30%
	<i>Mixte</i>		8,50%	
	<i>Artificiel</i>	25,00%	31,30%	-6,30%

La contraception du post-partum : les entretiens menés en suites de couches correspondent-ils aux besoins des patientes ?

5% des IVG sont réalisées dans les 6 mois du post-partum, alors que durant cette période, la mère reçoit deux entretiens de contraception. Récemment, les options contraceptives du post-partum ont été élargies, avec la prescription d'œstroprogestatifs. Nous avons cherché à connaître les composantes de l'entretien en suites de couches, pour savoir s'il était adapté aux patientes.

L'étude rétrospective menée par questionnaire auprès de 227 patientes, dans la maternité Port-Royal, de juillet à décembre 2011 a révélé que 50% des femmes reprenaient des rapports sexuels avant la visite post-natale. Il persiste 11% des femmes sans ordonnance, ni conseils. Au final, 18% ont une couverture efficace.

Nos hypothèses sont validées : l'organisation du service n'est pas favorable à la réalisation d'un entretien de contraception et la prescription n'est pas toujours adaptée à la mère. Nous pouvons ébaucher un profil de mères susceptibles de reprendre des rapports précocement. Il faut favoriser l'information de la patiente en remaniant l'organisation du service, multipliant les sources et augmentant les possibilités contraceptives à offrir, pour qu'elle trouve une contraception qui lui convienne.

Mots clés : Contraception, Période du postpartum, Sage-femme, Sexualité

The post-partum contraception: do after-birth interviews meet the patients' needs?

5% of abortions are done within 6 months of post-partum, though the mother attends two contraception interviews during this amount of time. Lately, the contraceptive options were widened, thanks to the prescription of therapy combining estrogens and progesterone. We looked at the components of the after-birth interview to see if they're adapted to the patients. The retrospective study lead on 227 patients with questionnaires, in Port-Royal maternity hospital, from July to December 2011, showed that 50% of the women start intercourse before the after-birth interview. 11% of them remain without any prescription nor advice. In the end, 18% have an efficient contraceptive coverage. Our hypotheses are validated: the current organization of the department isn't favorable to contraception interviews and prescriptions are not always adapted to women. We can draft profile of mothers that are likely to start intercourse early after giving birth. We must facilitate the information of the patient, by reshaping the department organization, increasing the sources, and widen the contraceptive option we propose, allowing the patient to find the one that fits her best.

Key words : Contraception, Midwifery, Postpartum period, Sexuality