



HAL
open science

Observance de la contraception du post-partum : causes de non-observance : satisfaction de l'information reçue sur la contraception

Morgane Flaux

► To cite this version:

Morgane Flaux. Observance de la contraception du post-partum : causes de non-observance : satisfaction de l'information reçue sur la contraception. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00855180

HAL Id: dumas-00855180

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00855180v1>

Submitted on 29 Aug 2013

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.



SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université
Joseph Fourier** 
GRENoble
MEDECINE

AVERTISSEMENT

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

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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 une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**OBSERVANCE DE LA CONTRACEPTION
DU POST-PARTUM**

CAUSES DE NON-OBSERVANCE
SATISFACTION DE L'INFORMATION REÇUE SUR LA CONTRACEPTION

Mémoire soutenu le 14 Mai 2013

Par Morgane Flaux

Née le 14 Février 1986

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

Année 2013

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**OBSERVANCE DE LA CONTRACEPTION
DU POST-PARTUM**

CAUSES DE NON-OBSERVANCE
SATISFACTION DE L'INFORMATION REÇUE SUR LA CONTRACEPTION

Mémoire soutenu le 14 Mai 2013

Par Morgane Flaux

Née le 14 Février 1986

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-femme

Année 2013

Je remercie les membres du Jury,

Pr Pascale HOFFMANN, PU.PH en gynécologie obstétrique au CHU de Grenoble

Mme Nadine VASSORT, sage-femme enseignante cadre supérieure –
Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble

Dr Marie GAILLARD, PH en gynécologie obstétrique au CH de Voiron

Mme Claire BAUDON, sage-femme guidante, sage-femme enseignante –
Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble

Mme Nathalie PELTIER, sage-femme

Je remercie plus particulièrement,

Mme Catherine VERNIER, sage-femme conseillère conjugale et familiale au CH de Voiron et directrice de ce mémoire

Pour nos échanges, son implication et son soutien durant l'élaboration de ce mémoire.

Mme Claire BAUDON, sage-femme enseignante à l'école de sages-femmes de Grenoble et guidante de ce mémoire

Pour sa disponibilité et son œil critique sur ce travail.

Claire et Benoît, conseillers conjugaux et familiaux au centre de planification et d'éducation familial de Voiron

Pour leur aide précieuse dans la récupération des données.

Mme Aurélie BARBE, sage-femme cadre au CH de Voiron

Pour son accompagnement et son soutien lors de l'élaboration des questionnaires.

Marie-Christine DAGOIS

Pour m'avoir fait découvrir les dessous tortueux de l'univers de Word.

Dr Pascal GUILLEM, Centre de Coordination en Cancérologie au CHU de Grenoble

Pour ses conseils lors de la création des questionnaires.

L'équipe enseignante de l'école de sages-femmes de Grenoble, et tout particulièrement Laurence COMBET BLANC

Pour la patience, l'écoute et la motivation transmise durant ces années d'études.

Toutes les femmes qui m'ont permise de réaliser cette étude

Pour le partage de leur opinion sur la question de la contraception.

Et plus précisément,

Mes parents,

Pour leur soutien inconditionnel.

Romain,

Pour son amour.

Ma promotion

Pour les souvenirs lors du chemin parcouru ensemble.

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations	1
I. INTRODUCTION	2
II. POPULATION ET MÉTHODE	4
II. 1. Étude et population	4
II. 2. Critères de jugement	4
II. 3. Définitions	5
II. 4. Modalités de recueil des données	5
II. 5. Variables recueillies	6
II. 6. Analyse statistique	6
III. RÉSULTATS	7
III. 1. Diagramme d'inclusion des patientes à l'enquête :	7
III. 2. Caractéristiques des femmes de notre population	8
III. 3. Taux d'observance à quatre mois du post-partum	9
III. 4. Comparaison entre l'observance des deux périodes	9
III. 5. Causes déclarées de non-observance	10
III. 5. A. Pendant la période 1, de la maternité à la consultation postnatale.....	10
III. 5. B. Pendant la période 2, de la consultation postnatale à quatre mois du post-partum ...	11
III. 6. Caractéristiques de la prescription des moyens contraceptifs	12
III. 6. A. A la maternité.....	12
III. 6. B. A la consultation postnatale.....	14
III. 7. Satisfaction de l'information reçue sur la contraception	17
III. 8. Lien entre satisfaction et observance de la contraception	18
III. 8. A. Maternité et période 1.....	18
III. 8. B. Consultation postnatale et période 2.....	18
III. 9. Quand délivrer l'information selon les femmes	19

IV. DISCUSSION	21
IV. 1. Biais et limites	21
IV. 2. Discussion des résultats	22
<i>IV. 2. A. Notre population</i>	22
<i>IV. 2. B. Observance du post-partum.....</i>	22
<i>IV. 2. C. Causes de non-observance</i>	23
<i>IV. 2. D. Choix des moyens contraceptifs.....</i>	27
<i>IV. 2. E. Satisfaction de l'information reçue sur la contraception</i>	29
<i>IV. 2. F. Lien entre observance et satisfaction de l'information reçue sur la contraception</i>	31
<i>IV. 2. G. Ouverture</i>	31
V. CONCLUSION	32
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	34
ANNEXES	36
Annexe 1 : Questionnaire distribué à la maternité.....	36
Annexe 2 : Données récupérées sur les dossiers médicaux.....	38
Annexe 3 : Questionnaire téléphonique à quatre mois du post-partum	39
Annexe 4 : Remarques lors des appels téléphoniques	41
Annexe 5 : Méthode BERCER.....	43

Liste des abréviations

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

CCF : Conseillers conjugaux et familiaux

CH : Centre hospitalier

CHU : Centre hospitalier universitaire

CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français

CNOSF : Conseil national de l'ordre des sages-femmes

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

DMO : Dossiers médicaux et obstétricaux

DIU : Dispositif intra-utérin

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EPP : Entretien prénatal précoce

HAS : Haute autorité de santé

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MAMA : Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

OMS : Organisation mondiale de la santé

SFC : Sage-femme ayant une formation de conseillère conjugale et familiale

UME : Unité mère-enfant ou Service des suites de couches

I. Introduction

Les compétences des sages-femmes en matière de contraception ont été élargies ces dernières années. À ce jour, les sages-femmes sont habilitées à réaliser un suivi gynécologique de prévention, des consultations de contraception et à prescrire tous les moyens contraceptifs aux femmes en bonne santé, tout au long de leur vie génitale, notamment pendant les suites de couches ou lors de la consultation post natale, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique.

Ces compétences en matière de contraception, ont été introduites en partie par la loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires, dite loi HPST, datant du 21 juillet 2009. Ces compétences ont été nouvellement complétées par l'article R.4127-318 du code de la santé publique et par l'arrêté du 4 février 2013, autorisant les sages-femmes à prescrire les contraceptifs sous toutes leurs formes et voies d'administration. Elles peuvent également pratiquer l'insertion, le suivi et le retrait des dispositifs intra-utérins et des implants contraceptifs.

Ces aptitudes permettent aux sages-femmes de prendre une place privilégiée auprès des femmes pour leur suivi gynécologique de prévention et pour les accompagner dans leur choix de moyen contraceptif.

Nous nous sommes intéressés à la période du post-partum, période de transition particulière pour la femme, durant laquelle il se produit un remaniement physique et psychique important. C'est une période de transition contraceptive où l'observance est complexe et où l'accompagnement y est d'autant plus important. En effet, 5% des interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont lieu dans les six mois du post-partum [1], il a été également démontré que les grossesses rapprochées entraînent une augmentation de la morbidité périnatale [2]. Une revue de la littérature de l'organisation mondiale de la santé (OMS) [3] indique que les femmes pour qui « le choix d'une méthode contraceptive est libre et éclairé », sont susceptibles d'utiliser cette méthode contraceptive de façon plus longue et plus effective.

Une de nos hypothèses est que l'inobservance de la contraception pendant la période du post-partum est liée à l'utilisation d'un moyen contraceptif déclaré par les femmes comme non adapté à cette période. Une autre hypothèse est que l'observance est liée à la satisfaction des femmes sur l'information reçue concernant la contraception.

L'objectif principal de notre étude est de déterminer l'observance de la contraception à quatre mois du post-partum.

Les objectifs secondaires sont de comparer l'observance de la période qui précède la consultation postnatale à celle qui suit la consultation postnatale jusqu'à quatre mois du post-partum, puis de décrire les principales causes de non-observance, enfin, d'estimer la satisfaction concernant l'information reçue sur la contraception durant le séjour à la maternité ainsi que lors de la consultation postnatale.

II. Population et méthode

II. 1. Étude et population

Il s'agit d'une enquête transversale, descriptive et mono-centrique. Elle a été réalisée au Centre hospitalier de Voiron (en Isère), maternité de niveau II, dans l'Unité Mère-Enfant durant la période du 17 mai au 1^{er} juillet 2012.

Cette maternité bénéficie d'un poste de sage-femme conseillère conjugale et familiale ainsi que de la présence de deux conseillers conjugaux et familiaux. L'existence de ces postes fait suite à la convention signée entre le Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) municipal de Voiron et le Centre hospitalier général de Voiron. Une des missions des conseillers conjugaux et familiaux est d'intervenir auprès des patientes et des couples pour les informer, durant le séjour en suites de couches, en matière de régulation des naissances.

Ont été incluses dans notre étude, toutes les femmes ayant accouché à la maternité de Voiron, francophones, majeures et joignables par téléphone à quatre mois du post-partum.

Ont été exclues de notre étude les patientes ayant subi une hystérectomie d'hémostase et les patientes mineures.

Nous avons calculé qu'un effectif de 155 patientes conférerait une précision de plus ou moins 5 %, pour des pertes estimées à 10 % avec une proportion de pertes de vue de 10 %, dans l'hypothèse que 10 % des femmes ne seraient pas observantes à quatre mois du post-partum.

II. 2. Critères de jugement

Le critère de jugement principal est l'observance du moyen contraceptif à quatre mois du post-partum.

Comme critères de jugement secondaires, nous comparerons l'observance du moyen contraceptif entre la période 1 et la période 2 (cf. définition II. 3.), nous décrirons les différentes causes de non-observance, puis nous évaluerons la

satisfaction des femmes concernant l'information reçue sur la contraception durant le séjour à la maternité et pendant la consultation postnatale.

II. 3. Définitions

Nous définissons l'observance comme l'utilisation d'un moyen contraceptif (hors abstinence), sans utilisation de moyen de remplacement et avec moins de trois oublis pendant la période évaluée.

Nous définissons la période 1 comme la période s'étendant de la sortie de la maternité à la consultation postnatale qui a lieu dans les six à huit semaines du post-partum.

Nous définissons la période 2 comme la période s'étendant de la consultation postnatale à quatre mois du post-partum.

II. 4. Modalités de recueil des données

Dans un premier temps, les données ont été recueillies de façon anonyme par un questionnaire (annexe 1). Ces questionnaires ont été distribués lors du séjour puis récupérés à la sortie de l'unité Mère-Enfant (UME), par une sage-femme conseillère conjugale (SFC), des conseillers conjugaux et familiaux (CCF), des sages-femmes, des auxiliaires de puériculture ou des étudiantes sages-femmes.

L'étude des dossiers médicaux et obstétricaux réalisée en parallèle a permis de recueillir des données sociodémographiques, des données concernant la grossesse, l'accouchement et le déroulement des suites de couches (annexe 2).

Dans un deuxième temps, nous avons réalisé un entretien téléphonique (annexe 3) à quatre mois du post-partum (± 7 jours), du 12 septembre au 31 octobre 2012. L'accord des patientes avait été obtenu via le questionnaire rempli en UME. Après trois appels sans contact à des heures différentes, la personne a été décrite comme non joignable et exclue de la population analysée.

II. 5. Variables recueillies

- Le consentement à l'étude
- Le numéro de téléphone pour les contacter à quatre mois du post-partum
- Des données sociodémographiques, concernant la grossesse, l'accouchement, le séjour, l'allaitement, la contraception et le suivi postnatal prévu
- La satisfaction sur l'information reçue concernant la contraception au moment du séjour à la maternité et lors de la consultation postnatale
- L'observance du moyen contraceptif choisi à la maternité, et ce avant la consultation postnatale (période 1)
- L'observance du moyen contraceptif entre la consultation postnatale et l'appel téléphonique à quatre mois du post-partum (période 2)
- Les causes de non-observance du moyen contraceptif avant la consultation postnatale et à quatre mois du post-partum
- Le moment idéal pour une information sur la contraception
- La participation du conjoint aux choix du moyen contraceptif

Cf. annexe 1, annexe 2 et annexe 3.

II. 6. Analyse statistique

Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et le pourcentage et les variables quantitatives continues par la moyenne et l'écart type ou la médiane et le 25ème et 75ème percentile en cas d'écart à la normalité.

En analyse univariée, nous avons utilisé le test du chi-deux pour la comparaison de pourcentage, remplacé par la probabilité exacte de Fischer en cas d'effectifs attendus inférieurs à 5, et le test paramétrique « t » de Student pour comparer les variables quantitatives continues entre les deux groupes. Le seuil de signification statistique retenu était de 0,05. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel statistique Statview.

III. Résultats

III. 1. Diagramme d'inclusion des patientes à l'enquête

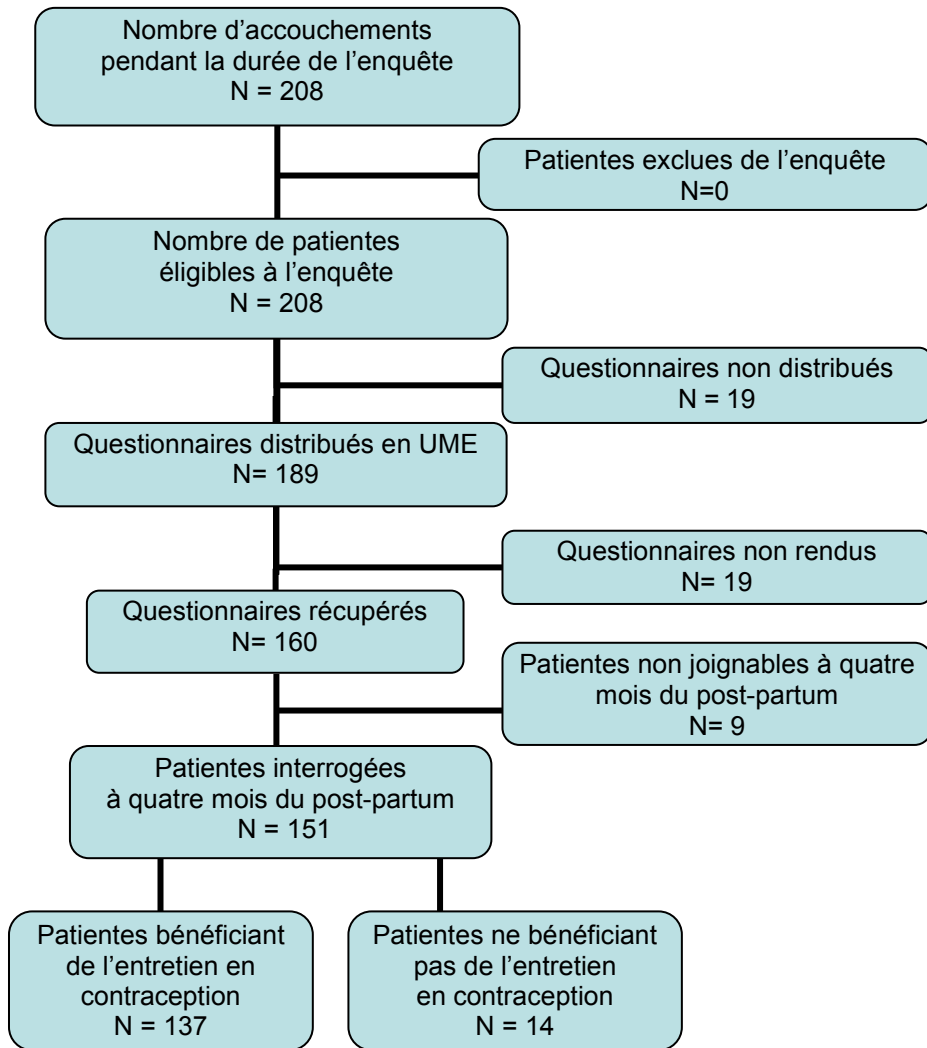


Figure 1 : Diagramme d'inclusion des patientes dans l'enquête

Le nombre de questionnaires distribués en UME a été de 189. À quatre mois du post-partum, 151 patientes ont pu être contactées par téléphone, soit 79,8 % de réponses à l'enquête.

III. 2. Caractéristiques des femmes de notre population

Les caractéristiques des femmes à l'inclusion de notre étude sont regroupées dans le tableau I ci-dessous.

N = 151	Population
Age, m (e.t)	30 (4,9)
Parité, m (e.t)	1,8 (0,8)
Gestité, m (e.t)	2,1 (1,1)
Études, % (n)	
<i>secondaires</i>	39,1 (56)
<i>supérieures</i>	60,8 (87)
Profession, % (n)	90,7 (137)
Vie maritale, % (n)	98 (148)
Enfant à charge, m (e.t)	1,7 (0,8)
Accès internet, % (n)	97,3 (145)
Consommation d'alcool, % (n)	0,6 (1)
Drogues, % (n)	0 (0)
Tabac, % (n)	
<i>Avant la grossesse</i>	32,6 (46)
<i>Pendant la grossesse</i>	17,3 (26)
Pathologie de grossesse, % (n)	19,5 (29)
Accouchement à terme, % (n)	96,6 (143)
Accouchement Eutocique, % (n)	80,1 (121)
Complication des suites de couches, % (n)	14,3 (20)
Jour de sortie, m (e.t)	3,8 (1,2)
Passage SFC ou CCF, % (n)	91,3 (137)
Type d'allaitement à la sortie, % (n)	
<i>Allaitement maternel</i>	62,5 (92)
<i>Allaitement artificiel</i>	36 (53)
<i>Allaitement mixte</i>	1,3 (2)
Information pendant le séjour sur la contraception, % (n)	
<i>Très satisfaisante</i>	43,8 (64)
<i>Satisfaisante</i>	47,9 (70)
<i>Peu satisfaisante</i>	6,1 (9)
<i>Insatisfaisante</i>	2 (3)

Tableau I : Caractéristiques de notre population

III. 3. Taux d'observance à quatre mois du post-partum

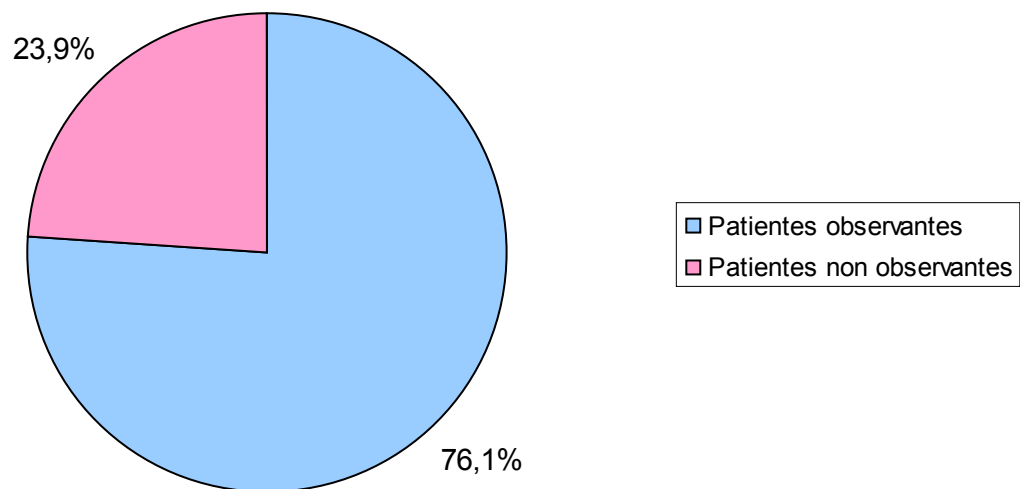


Figure 2 : Observance à quatre mois du post-partum.

Dans notre population, lors de l'appel téléphonique à quatre mois du post-partum, l'observance du moyen contraceptif choisi à la maternité était de 76,1 %, soit 23,9 % de femmes non observantes.

III. 4. Comparaison entre l'observance des deux périodes

N = 151	Période 1	Période 2	p
Observance, % (n)	65,6 (99)	76,1 (115)	0,0001
Non-observance, % (n)	34,4 (52)	23,9 (36)	0,0001

Tableau II: Différence d'observance entre la période 1 et la période 2

Les femmes sont significativement plus observantes après la consultation postnatale avec un taux d'observance de 76,1 % contre 65,6 % avant cette consultation ($p < 0,05$), soit une augmentation de l'observance de 10,5 % après la consultation postnatale lors de la période 2.

III. 5. Causes déclarées de non-observance

III. 5. A. Pendant la période 1, de la maternité à la consultation postnatale

De la sortie de la maternité à la consultation postnatale, 52 patientes soit 34,4 % de notre population ont eu un défaut d'observance de leurs moyens contraceptifs prescrits ou choisis.

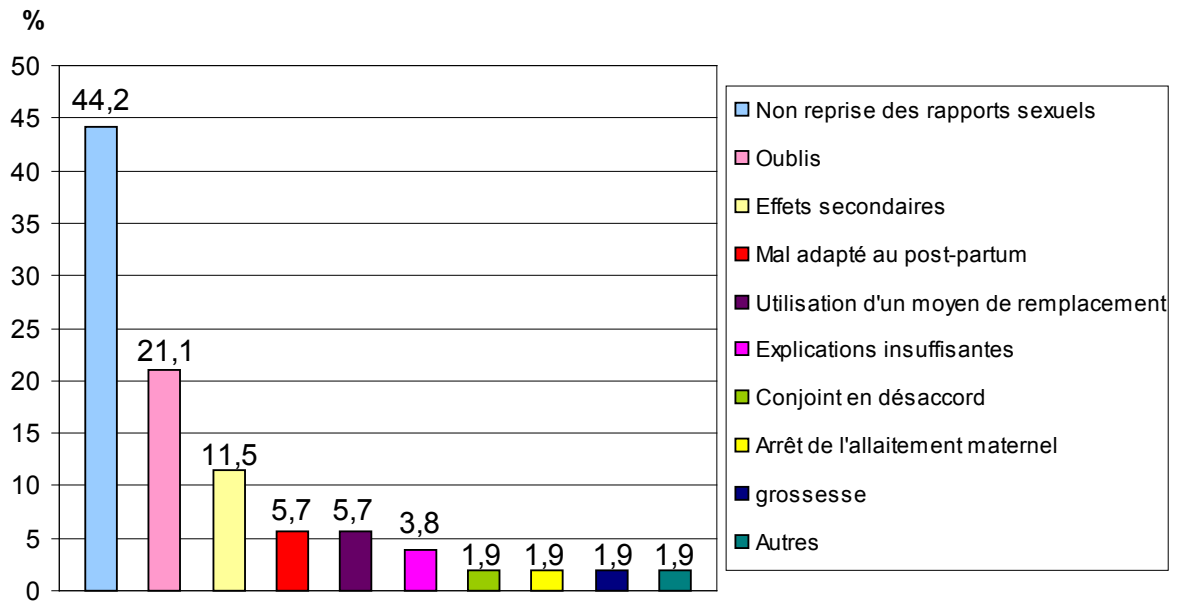


Figure 3 : Causes déclarées de non-observances pendant la période 1

La principale raison de non-observance du moyen contraceptif pendant la période 1 a été l'absence de reprise des rapports sexuels pour 44,2 % des couples.

Pour les autres patientes, 21,1 %, d'inobservance a été due à des oublis, 11,5 % à des effets secondaires non supportés (céphalées et/ou spotting).

Trois patientes, soit 5,7 %, ont trouvé que le moyen contraceptif prescrit à la sortie de la maternité n'était pas adapté au post-partum.

Trois patientes, soit 5,7 %, ont préféré un autre moyen de contraception et non donc pas été observantes du moyen contraceptif choisi à la maternité. Parmi ces patientes, deux ont préféré la méthode du retrait (66,6 %) et une femme a repris la pilule utilisée avant la grossesse (33,3 %).

Deux patientes, soit 3,8 %, ont évoqué le manque d'explication lors du séjour à la maternité comme raison de non-observance du moyen contraceptif choisi.

Les autres raisons évoquées de non-observance ont été, un conjoint en désaccord avec le moyen choisi pour une patiente, l'arrêt d'un allaitement maternel pour une patiente, une grossesse en cours pour une patiente et l'attente d'un rendez-vous avec un médecin spécialisé pour une autre patiente.

III. 5. B. Pendant la période 2, de la consultation postnatale à quatre mois du post-partum

Pendant la période 2, 23,9 % de notre population soit 36 femmes n'étaient pas observantes de leurs moyens contraceptifs.

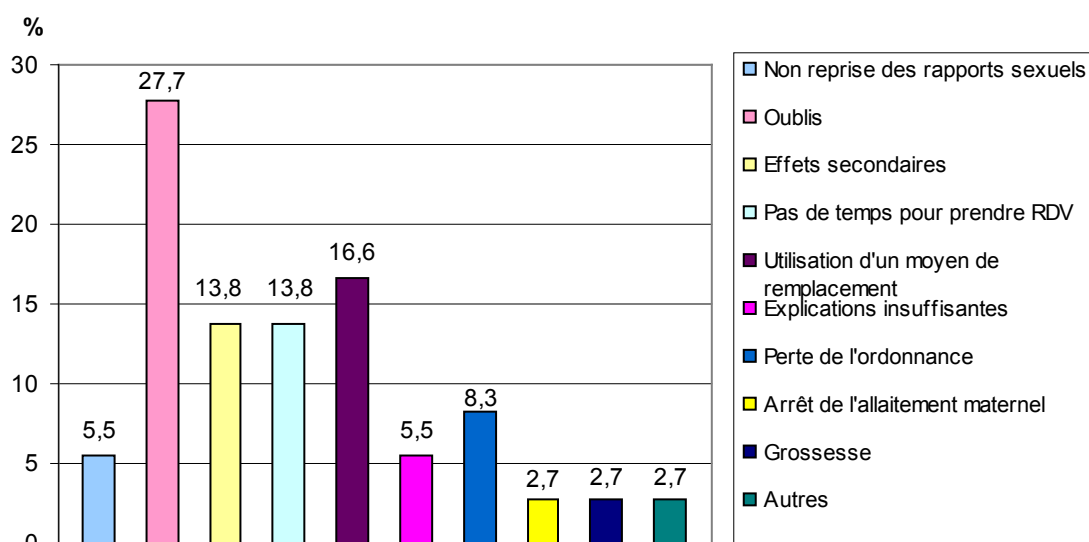


Figure 4 : Causes déclarées de non-observance à quatre mois du post-partum

La principale raison de non-observance du moyen contraceptif après la consultation postnatale a été l'oubli du moyen contraceptif (27,7 %).

Le changement du moyen contraceptif par la méthode du retrait a été la raison évoquée pour 16,6 % des patientes.

Pour les autres patientes, la raison évoquée de non-observance a été l'apparition d'effets secondaires non supportés pour 13,8 % (spotting et/ou céphalées), le manque de temps pour prendre un rendez-vous afin de renouveler une ordonnance (13,8 %) ou la perte de l'ordonnance pour 8,3 % (trois patientes).

Pour deux patientes, soit 5,5 %, la raison évoquée de non-observance a été l'absence de reprise des rapports sexuels, deux autres patientes (5,5 %) ont évoqué des explications insuffisantes. Enfin une patiente (2,7 %) a changé de moyen contraceptif suite à l'arrêt de son allaitement, une patiente avait une nouvelle grossesse en cours et une autre patiente souhaitait une nouvelle grossesse rapprochée.

III. 6. Caractéristiques de la prescription des moyens contraceptifs

III. 6. A. À la maternité

III. 6. A. a) Moyens contraceptifs choisis

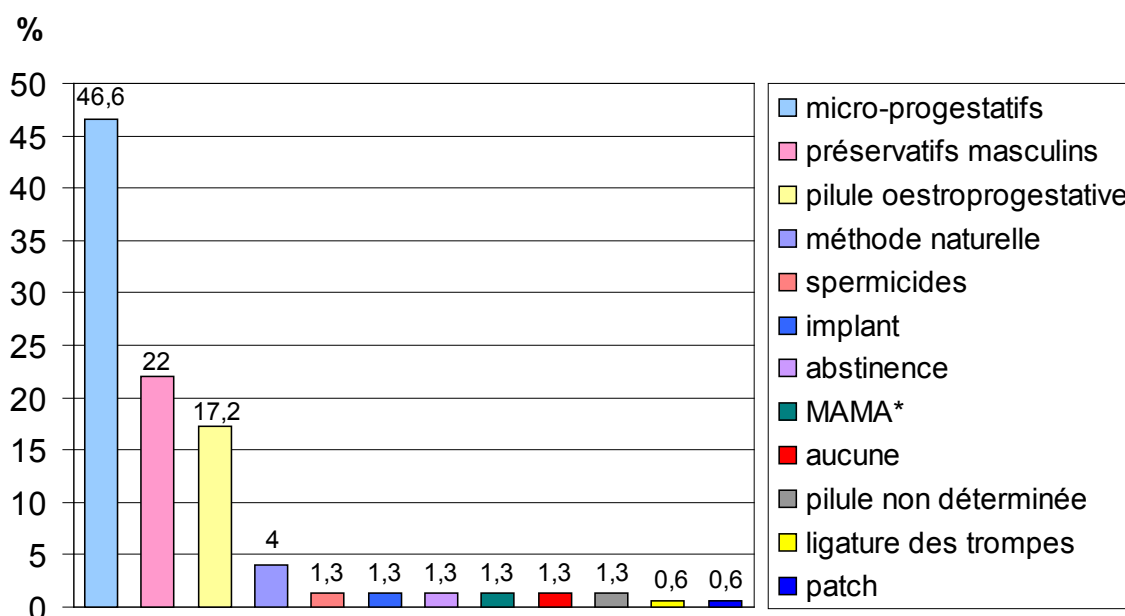


Figure 5 : Moyens contraceptifs choisis à la sortie de la maternité

Les micro-progestatifs ont été majoritairement prescrits en suites de couches (46,6 %), les préservatifs masculins ont été le deuxième choix des femmes (22 %). Les pilules oestroprogestatives ont été prescrites à 17,2 % des patientes, avec 10,6 % de pilules de deuxième génération, 6 % de troisième génération et 0,6 % de pilule de quatrième génération.

Les méthodes naturelles ont été choisies par 4 % des patientes, soit six femmes, dont cinq ont opté pour la méthode du retrait et une pour la méthode Ogino-Knaus. Les autres méthodes contraceptives ont été minoritairement

prescrites ou choisies. Une seule patiente de notre échantillon a eu recours à une ligature des trompes, ou à la *Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée ou MAMA (Cf. p28, §2) ou encore au patch contraceptif.

Lors de la période 1, parmi les 80,8 % de patientes ayant utilisé le moyen contraceptif choisi à la maternité, 65,6% étaient observantes et 15,2 % ne remplissaient pas nos conditions définies pour être observantes.

Pour 77,3 % des femmes, le moyen contraceptif prescrit ou choisi à la maternité leur a semblé bien adapté.

III. 6. A. b) Explications données lors de la remise de l'ordonnance du moyen contraceptif à la maternité

Explications sur le moyen contraceptif prescrit	Quand et comment	Effets secondaires éventuels	Conduite à tenir en cas d'oubli
% (n)			
Oui	80,1 (117)	40,4 (59)	56,5 (82)
Non	8,9 (13)	48,6 (71)	32,4 (47)
Pas d'ordonnance	10,9 (16)	10,9 (16)	11 (16)

Tableau III : Explications lors de la remise de l'ordonnance à la maternité

Au moment de la remise de l'ordonnance, 8,9 % de patientes ont dit ne pas avoir eu d'explications sur quand et comment prendre le moyen contraceptif prescrit, 48,6 % ont dit ne pas avoir eu d'explications sur les effets secondaires éventuels et 32,4 % ont dit ne pas avoir eu d'explications sur la conduite à tenir en cas d'oubli. Les patientes qui n'ont pas eu d'ordonnance correspondaient à 11 % de notre population étudiée.

III. 6. B. A la consultation postnatale

Dans notre étude, 92 %, soit 139 femmes, ont bénéficié d'une consultation postnatale au moment de notre appel téléphonique à quatre mois du post-partum, contre 8 % ou 12 femmes qui n'en ont pas bénéficié.

III. 6. B. a) Professionnels consultés pour la consultation postnatale

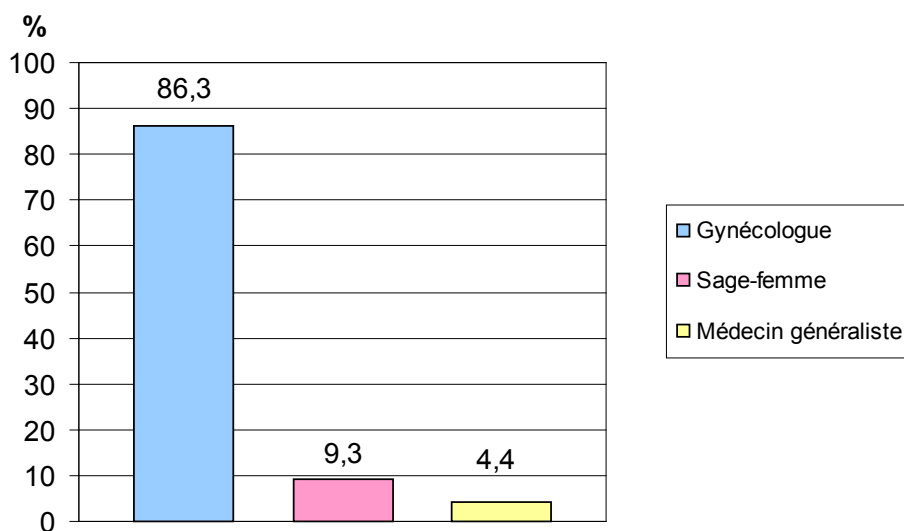


Figure 6 : Professionnels consultés pour la consultation postnatale

La consultation postnatale a été réalisée pour 86,3 % des patientes par un gynécologue, pour 9,3 % par une sage-femme et 4,4 % par un médecin généraliste.

III. 6. A. b) Causes déclarées de changement de moyens contraceptifs :

Au moment de la consultation postnatale, 55,6 %, soit 84 patientes de notre population, avaient changé de moyen contraceptif, les causes de ces changements étaient nombreuses.

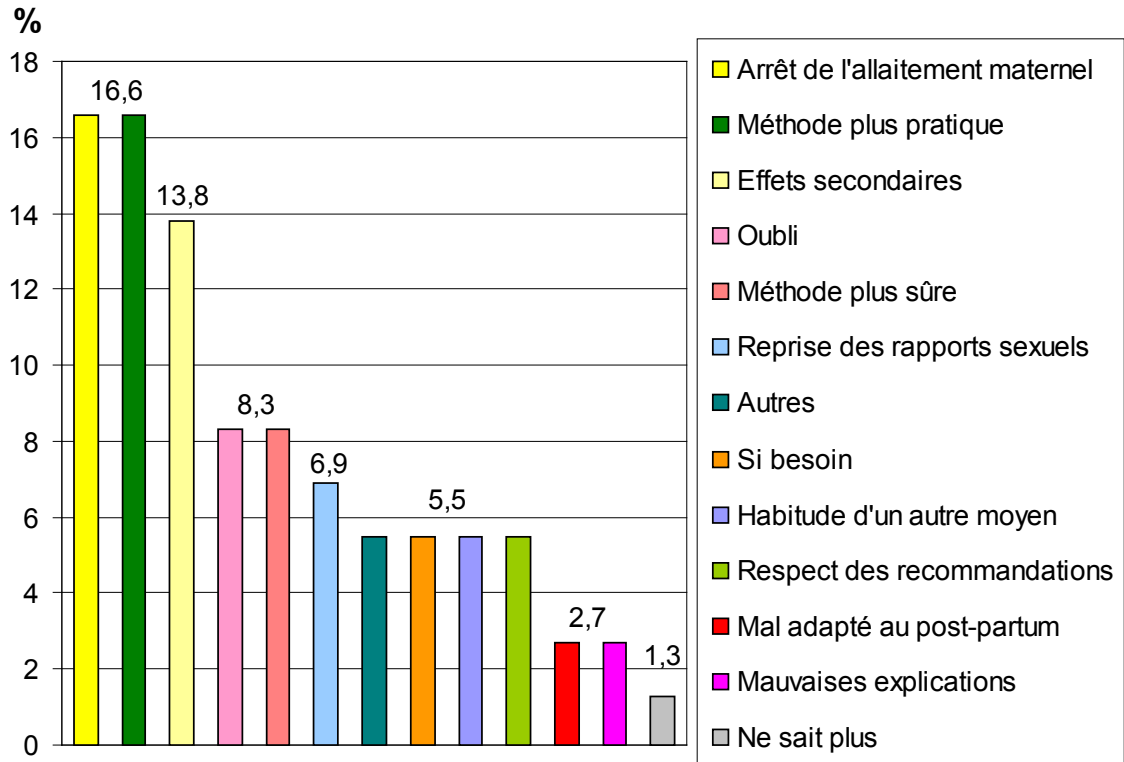


Figure 7 : Causes déclarées de changement de moyens contraceptifs à la consultation postnatale.

Le changement de moyen contraceptif à la consultation postnatale était lié, pour 16,6 % (14 patientes), à l'arrêt d'un allaitement maternel et pour 16,6 % au choix d'une nouvelle méthode plus pratique.

Douze patientes (soit 13,8 %) ont déclaré ne pas supporter les effets secondaires trop gênants, sept patientes (soit 8,3 %) avoir oublié le moyen contraceptif préalablement choisi, sept patientes (soit 8,3 %) ont désiré une méthode plus sûre, six patientes (soit 6,9 %) ont eu besoin d'un moyen contraceptif pour une reprise des rapports sexuels. Cinq patientes (soit 5,5 %) ont déclaré d'autres raisons comme un essai des progestatifs (Cérazette®). Cinq patientes (soit 5,5 %) ont eu une prescription si besoin (dans l'éventualité d'un arrêt d'allaitement maternel). Cinq patientes (soit 5,5 %) ont repris leur moyen habituellement utilisé avant la grossesse. Cinq patientes (soit 5,5 %) ont attendu la consultation postnatale pour bénéficier de la pose d'un DIU et ainsi respecter les recommandations sur le délai de pose après l'accouchement. Deux patientes ont trouvé le moyen prescrit ou choisi à la maternité comme mal adapté au post-

partum, deux autres ont évoqué de mauvaises explications et, enfin, une patiente ne se rappelait plus la raison du changement de moyen contraceptif.

c) Changement de contraception, les nouveaux choix à la consultation

postnatale:

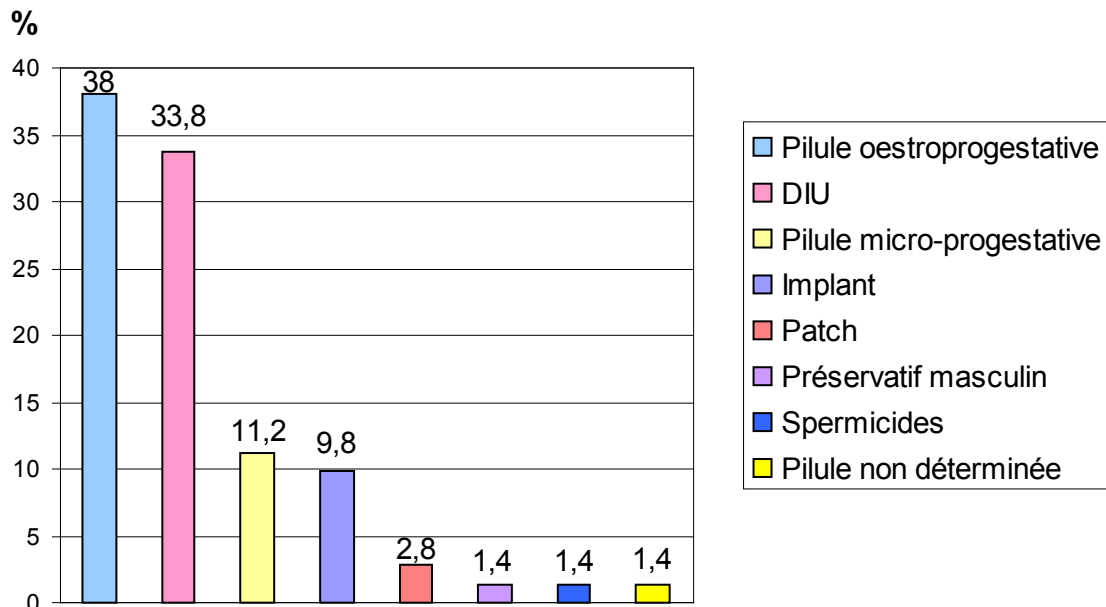


Figure 8 : Nouveaux moyens contraceptifs prescrits à la consultation postnatale

Lors de la consultation postnatale, 50,6 % des femmes ont changé de moyens contraceptifs pour un moyen oral, 38 % pour les pilules oestroprogestatives, 16,9 % des patientes ont bénéficié de la prescription d'une pilule de deuxième génération, 15,5 % d'une pilule de troisième génération et 5,6 % d'une pilule de quatrième génération. Enfin, 11,2 % des femmes ont changé pour une pilule micro-progestative,

Les autres patientes ont changé de moyens contraceptifs pour la pose d'un DIU dans 33,8 %, 9,8 % pour un implant, deux patientes (2,8 %) ont changé pour un patch, une patiente pour des préservatifs masculins, une patiente pour des spermicides et une patiente pour une pilule dont elle ne pouvait donner le nom.

Toutes les femmes qui ont changé de moyens contraceptifs suite à l'arrêt de l'allaitement maternel (16,6 %) ont choisi, au moment de la consultation postnatale, une pilule oestroprogestative.

Sur les quatorze patientes qui ont changé de moyens contraceptifs pour une méthode plus pratique (16,6 %) au moment de la consultation postnatale, huit d'entre elles (58,3 %) ont choisi un DIU, deux ont opté pour un implant, deux ont choisi une pilule progestative et une patiente a choisi une pilule oestroprogestative.

III. 7. Satisfaction de l'information reçue sur la contraception

Le pourcentage de patientes vues par la sage-femme conseillère conjugale et familiale (SFC) ou par les conseillers conjugaux et familiaux (CCF) lors du séjour à la maternité a été de 91,3 %.

Dans une étude interne au service sur l'année 2012, le pourcentage de patientes vues par la SFC ou par les CCF a été de 65 %.

Lors de la sortie de la maternité, 17,2 % des femmes ont déclaré avoir été influencées par l'intervention de la SFC et des CCF pour le choix du moyen contraceptif.

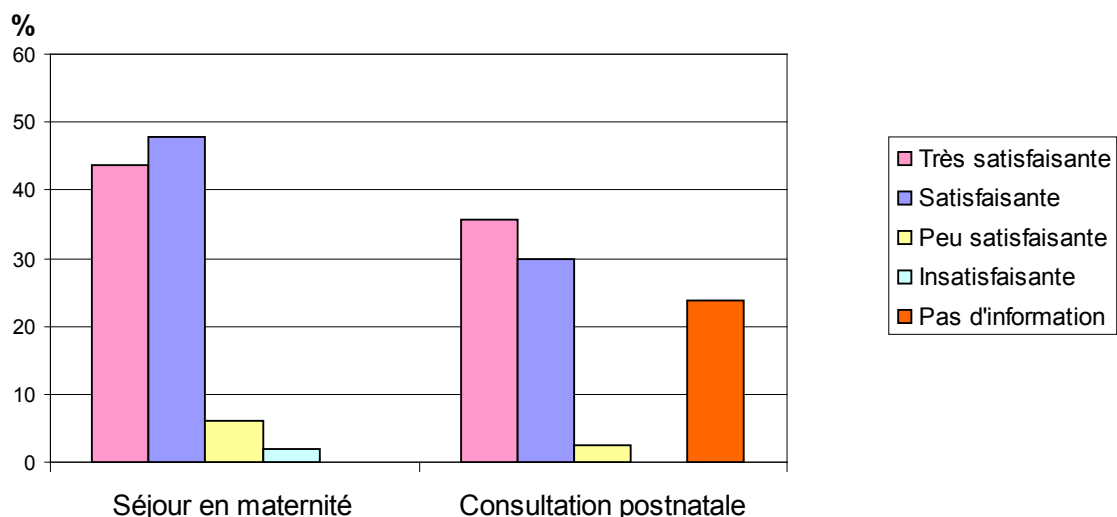


Figure 9 : Satisfaction concernant l'information reçue sur la contraception

Lors du séjour à la maternité, 91,9 % des patientes ont déclaré être très satisfaites à satisfaites de l'information reçue concernant la contraception du post-partum, et 8,1 % ont déclaré être peu satisfaites à insatisfaites.

Suite à l'appel téléphonique à quatre mois du post-partum, 65,5 % des patientes ont déclaré être très satisfaites à satisfaites de l'information reçue lors

de la consultation postnatale concernant la contraception, 26,4 % ont déclaré n'être que peu satisfaites ou n'avoir pas reçu d'information sur la contraception.

III. 8. Lien entre satisfaction et observance de la contraception

III. 8. A. Maternité et période 1

Période 1	Femmes observantes 65,6% ; n=99	Femmes non-observantes 34,4% ; n=52	p
Information pendant le séjour sur la contraception, % (n)			
<i>Très satisfaisante</i>	46,8 (45)	38 (19)	0,18
<i>Satisfaisante</i>	47,9 (46)	48 (24)	0,18
<i>Peu satisfaisante</i>	3,1 (3)	12 (6)	0,18
<i>Insatisfaisante</i>	2 (2)	2 (1)	0,18

Tableau IV : Information reçue sur la contraception lors du séjour à la maternité et observance du moyen contraceptif pendant la période 1.

Lors de la période 1, parmi les femmes satisfaites à très satisfaites, on observe un taux égal à supérieur de femmes observantes sans montrer de différence statistiquement significative. Inversement, les femmes peu satisfaites à insatisfaites de l'information sont globalement moins observantes, sans pour autant montrer de différence statistiquement significative.

III. 8. B. Consultation postnatale et période 2

Période 2	Femmes observantes 76,1% ; n=115	Femmes non-observantes 23,9% ; n=36	p
Information sur la contraception lors de la consultation postnatale, % (n)			
<i>Très satisfaisante</i>	34,7 (40)	38,8 (14)	0,41
<i>Satisfaisante</i>	31,3 (36)	25 (9)	0,41
<i>Peu satisfaisante</i>	3,4 (4)	0 (0)	0,41
<i>Insatisfaisante</i>	0 (0)	0 (0)	0,41
<i>Pas d'information</i>	24,3 (28)	22,2 (8)	0,41

Tableau V : Information reçue sur la contraception lors de la visite postnatale et observance du moyen contraceptif pendant la période 2

Lors de la période 2, on n'observe pas de différence statistiquement significative entre les femmes observantes et non observantes concernant l'information sur la contraception lors de la consultation postnatale ($p>0,05$).

Lors de la période 2, on observe l'apparition de femmes déclarant ne pas avoir eu d'information sur la contraception lors de la consultation postnatale (36 patientes).

III. 9. Quand délivrer l'information selon les femmes

Lors de l'appel téléphonique à quatre mois du post-partum, 88 % des femmes interrogées avaient le sentiment d'avoir une bonne information personnelle sur le sujet de la contraception.

Lors de l'appel téléphonique, nous leur avons demandé : « À quel moment pensez-vous qu'une information sur la contraception aurait été le plus approprié ? ». Leurs réponses sont répertoriées dans la figure 10 ci-dessous.

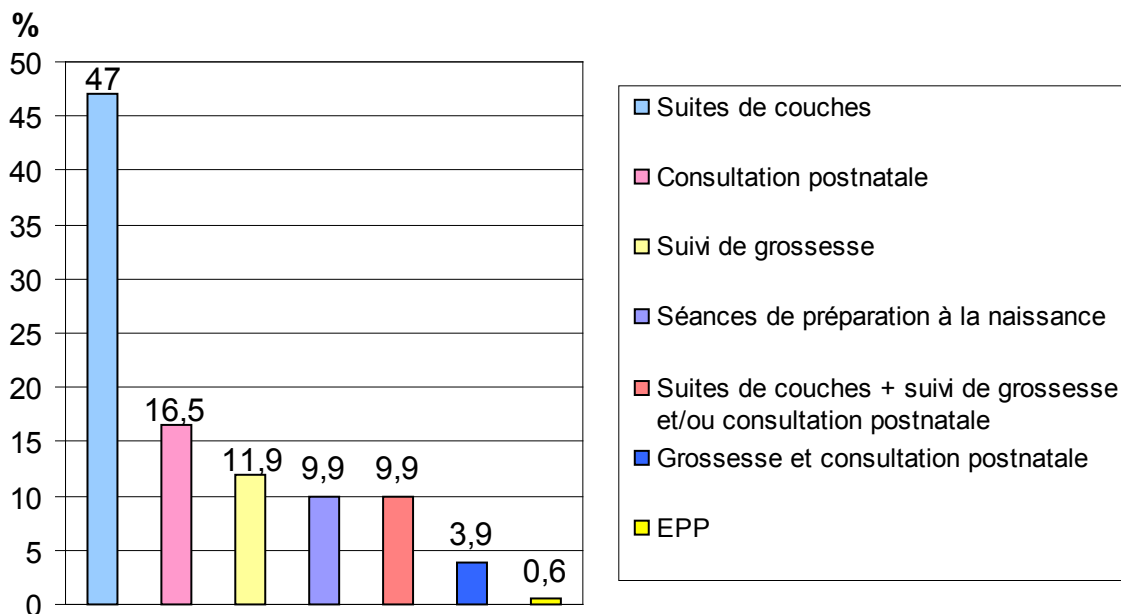


Figure 10 : Moments idéals selon les patientes, pour une information sur la contraception

À la question posée, 47 % des femmes ont répondu « En suites de couches », 16,5 % lors de la consultation postnatale, 11,9 % pendant les consultations de suivi de grossesse, 9,9 % lors des séances de préparation à la naissance. Pour 9,9 %, l'information serait idéalement lors du séjour à la maternité

mais aussi pendant le suivi de grossesse et/ou lors de la consultation postnatale. Pour 3,9 % des femmes l'information devrait être apportée pendant la grossesse et lors de la consultation post natale. Enfin, une femme a proposé que l'information soit donnée lors de l'entretien prénatal précoce.

Un autre chiffre à noter est la participation du conjoint au choix du moyen contraceptif dans 42,3 % des couples dont la femme a été interrogée.

IV. Discussion

IV. 1. Biais et limites

La maternité étudiée bénéficie d'un poste de sage-femme conseillère familiale et conjugale et de la présence de conseillers conjugaux et familiaux qui réalisent un entretien particulier avec les patientes sur la contraception lors du séjour à la maternité. Cette particularité de la maternité de Voiron ne nous permet pas d'exporter nos données. La validité externe de notre enquête est donc faible.

Dans l'étude interne au service réalisée en 2012, 65 % des femmes ont bénéficié d'une information par la SFC ou les CCF contre 91,3 % dans notre population (tableau I). Nous pouvons donc nous interroger sur un éventuel biais de sélection qui consisterait à sélectionner plutôt les femmes ayant bénéficié de cette information. On peut supposer que, de par l'enquête qui était en cours, et l'aide demandée à la SFC et aux CCF, moins de congés ont été posés sur la période étudiée.

On retrouve un biais de mémorisation : à quatre mois du post-partum, les femmes interrogées ont pu bénéficier de la consultation postnatale à distance de l'appel téléphonique, d'où l'imprécision probable concernant la satisfaction sur l'information reçue lors de cette consultation.

Sur les 208 patientes ayant accouché durant la période de l'étude, aucune ne présentait de critères d'exclusion. Parmi ces 208 patientes éligibles à l'enquête, 189 questionnaires ont été distribués, soit un taux de distribution de 90,8 % qui met en évidence une très bonne participation de l'équipe. Par ailleurs, 151 questionnaires ont pu être analysés. Les pertes étant essentiellement dues aux questionnaires non rendus à la maternité, on note une bonne participation des patientes à l'entretien téléphonique, notre taux de participation à l'étude ayant atteint 79,9 % (figure 1).

IV. 2. Discussion des résultats

IV. 2. A. Notre population

En comparant notre population à la population de l'enquête nationale périnatale de 2010 [4] (extrapolée comme étant similaire à la population générale), nous retrouvons des similitudes (écart inférieur à 5 % entre les données) concernant l'âge, la consommation de tabac avant et pendant la grossesse, la consommation de drogues, le terme d'accouchement, les taux d'allaitement maternel et artificiel ainsi que la durée moyenne du séjour.

En revanche, notre population était moins active professionnellement, consommait moins d'alcool, le taux d'accouchements eutociques était plus important et le taux d'allaitement mixte était moindre (écart supérieur d'au moins 5 % entre les données).

Les renseignements sur un accès à internet et sur l'existence d'une pathologie de la grossesse étaient des critères absents de l'enquête périnatale. De plus, comme elle comportait des femmes qui n'avaient jamais été enceintes ou qui n'avaient jamais accouché, nous n'avons pas comparé ces données.

Nous pouvons cependant conclure que notre population était globalement proche de la population de l'enquête nationale périnatale de 2010.

IV. 2. B. Observance du post-partum

Notre objectif principal consistait à déterminer l'observance à quatre mois du post-partum. Nous avons donc défini l'observance par l'utilisation d'un moyen contraceptif (hors abstinence), sans utilisation de moyen de remplacement et avec moins de trois oublis pendant la période évaluée.

Notre objectif principal a été atteint puisque nous avons un taux d'observance à quatre mois du post-partum de 76,1 % (figure 2), ce qui est inférieur au taux retrouvé dans une étude similaire réalisé en 2011 au CHU de Limoges sur 200 patientes qui était de 86,6 % à quatre mois du post-partum [5].

Cette étude [5] était transversale et rétrospective via un appel téléphonique à quatre mois du post-partum, mais, comme elle était relativement similaire à la nôtre de par ces critères d'inclusion et d'exclusion, excepté qu'elle excluait les

femmes ayant eu recours à une assistance médicale à la procréation, nous pouvons comparer ses résultats avec ceux de notre enquête.

Un des objectifs secondaires était de comparer l'observance du moyen contraceptif entre la période 1, de la sortie de la maternité à la consultation postnatale, et la période 2, de la consultation postnatale à quatre mois du post-partum.

Sur la période 1, le taux d'observance était de 65,6 % (tableau II).

Dans une étude de Glazener [6], 90 % des femmes avaient repris une contraception à 2 mois et, dans le mémoire de Blangis [7], 70,9 % des patientes avaient une contraception en cours lors de la visite postnatale.

Ces chiffres sont supérieurs à ceux de notre étude. Cependant, la reprise d'une contraception est différente de notre critère « observance » qui excluait les oublis supérieurs à trois fois et l'utilisation d'un moyen de remplacement, ce qui n'était pas pris en compte dans les deux études citées et qui pourrait expliquer la différence de résultats.

Sur la période 2, le taux d'observance était de 76,1 % et l'on constatait une augmentation statistiquement significative de 10,5 % entre l'observance de la période 1 et celle de la période 2 (tableau II). Nous pouvons supposer que cette augmentation est liée à la consultation postnatale ayant lieu dans les six à huit semaines suivant l'accouchement et dont l'un des objectifs est de réévaluer les besoins et demandes autour de la contraception [8] afin de prescrire un nouveau moyen contraceptif si nécessaire.

IV. 2. C. Causes de non-observance

Dans notre étude, la première cause déclarée de non-observance sur la période qui précède la consultation postnatale est l'absence de reprise des rapports sexuels pour 44,2 % des femmes (figure 3), cette raison n'était évoquée que par 5,5 % des femmes interrogées à quatre mois du post-partum (figure 4). Ces données concordent à la fois avec le faible taux d'observance des moyens contraceptifs lors de la période 1 (65,6 %) et les études retrouvées dans la littérature. En effet, une sexologue genevoise D. Medico [9] montre un retour à la sexualité aux alentours de la 7^{ème} semaine du post-partum, ce que l'on retrouve

dans les études de Glazener [6] et Shibley [10] qui montrent un taux de reprise des rapports sexuels de 32 % à un mois, 62 % à deux mois, 81 % à trois mois et 89 % à quatre mois du post-partum.

La deuxième raison de non-observance du moyen contraceptif était due à un nombre important d'oublis. Cela devient la principale raison de non-observance (27,7 %) pour la période 2 après une augmentation de 6,6 %.

La prescription majoritaire de moyens contraceptifs oraux en UME (figure 5) et lors de la consultation postnatale (figure 8) peut majorer ce défaut d'observance. En effet, lors du post-partum, le couple va devoir s'adapter à un autre rythme de vie, ce qui pourrait contrarier transitoirement la bonne observance d'un moyen contraceptif oral devant être pris à heure fixe.

Informar les patientes sur la conduite à tenir en cas d'oubli du moyen contraceptif est essentiel, mais il convient également de prescrire en même temps une contraception d'urgence. En effet, la prescription systématique d'un moyen contraceptif d'urgence lors de la prescription de la méthode de routine a montré que l'utilisation de la méthode d'urgence était augmentée sans nuire à l'utilisation de la contraception de routine et qu'il était donc sûr et approprié de prévoir une contraception d'urgence à toutes les femmes en post-partum avant la sortie de l'hôpital [11] puis de la réitérer lors de toute prescription d'un moyen contraceptif et donc idéalement à la consultation postnatale.

L'apparition d'effets secondaires est la troisième raison pour laquelle les patientes ne sont pas observantes pendant les périodes 1 et 2 (figures 3 et 4). Dans notre étude, il s'agissait essentiellement de spotting et de céphalées ce qui peut s'expliquer par la prescription majoritaire de pilules progestatives en UME (46,6 %) connues pour avoir ces effets secondaires.

On observe une augmentation des effets secondaires responsables de non-observance lors de la période 2 qui pourrait s'expliquer par un changement de moyen contraceptif en faveur d'une contraception hormonale orale. En effet, au moment de la consultation postnatale, 50,6 % des patientes optent pour une nouvelle pilule (figure 8) qui pourrait être mal tolérée et expliquer l'augmentation du taux d'effets secondaires non supportés durant la période d'adaptation physiologique.

Dans notre population, 48,6 % des femmes ont déclaré ne pas avoir reçu d'informations sur les effets secondaires éventuels lors de la prescription à la maternité (tableau III). Les effets secondaires se doivent d'être explicités aux patientes lors de la prescription étant donné qu'ils peuvent jouer un rôle dans la tolérance du moyen choisi et donc dans l'observance.

Le manque de temps pour prendre un rendez-vous est déclaré cause de non-observance dans 13,8 % des cas à quatre mois du post-partum (figure 4), cette raison n'était pas citée lors de la période 1. Cela démontre qu'après la consultation postnatale, obtenir un moyen contraceptif n'est pas une priorité pour un certain nombre de femmes dans une période où la disponibilité peut leur manquer avec l'arrivée de l'enfant. Cela renforce également l'intérêt d'une prescription systématique lors du séjour à la maternité afin de pallier ce manque de temps pour consulter dans le but d'obtenir une ordonnance. Il aurait été intéressant de connaître l'observance de ces femmes en dehors du post-partum et de s'intéresser à leur suivi afin d'évaluer leur possibilité d'avoir une prescription en dehors de la consultation postnatale.

La même question se pose pour le suivi des patientes qui perdent une ordonnance (8,3 % lors de la période 2) et la possibilité qu'elles auraient dû avoir de consulter une sage-femme ou un médecin pour y remédier.

Nous avons fait l'hypothèse que la principale cause de non-observance de la contraception était liée à une prescription non adaptée au post-partum. Or, seulement 5,7 % des femmes ont cité cette cause comme responsable de leur non-observance lors de la période 1 (figure 3). De plus, au moment de l'appel téléphonique, 77,3 % des femmes ont déclaré le moyen contraceptif choisi en UME comme adapté et aucune n'a cité cette cause de non-observance lors de la période 2. Nous réfutons donc notre hypothèse de départ, à savoir que la principale cause de non-observance n'est pas liée à l'utilisation d'un moyen contraceptif non adapté au post-partum, mais plutôt à la particularité du post-partum qui implique peu de rapports sexuels.

Concernant les autres causes de non-observance, rappelons que l'utilisation de la méthode du retrait comme moyen contraceptif de remplacement est peu

efficace et ne peut être recommandé. Son indice de Pearl* est de 4 % dans une utilisation parfaite, mais la probabilité d'une grossesse en utilisation typique est de 19 % [13].

Quelle que soit la période, une seule femme a justifié son manque d'observance par l'arrêt de l'allaitement maternel (figures 3 et 4). Les femmes ne prévoient que rarement l'arrêt de leur allaitement (dans le cas d'une reprise de travail par exemple). Et comme nous l'avons vu précédemment, consulter pour obtenir une contraception dans le post-partum n'est pas une priorité pour certaines femmes, d'où, encore une fois, l'intérêt de la prescription et de l'information lors du séjour à la maternité.

Dans notre population, une femme avait désiré et effectivement débuté une nouvelle grossesse avant la consultation postnatale. Il serait intéressant de savoir si elle a pu bénéficier d'une information sur les risques des grossesses rapprochées afin de savoir si son choix était éclairé.

Une femme de notre population a préféré arrêter son moyen contraceptif oral suite à des oublis trop importants lors de la période 1. Au moment du séjour à la maternité, 8,9 % des femmes ont déclaré ne pas avoir eu d'explications sur quand et comment prendre le moyen contraceptif (tableau III). Les oublis trop importants n'étaient plus cités comme raison de non-observance lors de la période 2. On peut supposer qu'au moment de la consultation postnatale, suite à leur première expérience lors de la période 1, les femmes ont orienté leurs choix vers une contraception plus adaptée à leur nouveau mode de vie et à la reprise des rapports sexuels.

Une patiente a cité comme raison de non-observance lors de la période 1 un conjoint en désaccord avec le moyen contraceptif choisi. Le sujet de la contraception a été abordé avec le conjoint lors des entretiens avec la SFC ou les CCF quand cela a été possible. Le rythme des soins et des moments de passage des sages-femmes pour réaliser la prescription du moyen contraceptif ne permet cependant pas toujours d'attendre sa présence. Le choix de la contraception est

* L'indice de Pearl se définit par le nombre de grossesses « accidentelles » x 1200 / nombre total de mois d'exposition. Il permet d'évaluer et de comparer l'efficacité d'un moyen contraceptif [12].

un sujet qui appartient au couple. Cependant, moins de la moitié des femmes interrogées ont déclaré, lors de l'entretien téléphonique, que leur conjoint a participé au choix du moyen contraceptif (42,3 %).

IV. 2. D. Choix des moyens contraceptifs

La contraception orale a été la méthode principalement choisie à la sortie de la maternité (figure 5) pour 65,1 % des femmes, ce qui explique que les oublis sont cités comme deuxième cause de non-observance lors de la période 1 (figure 3). Le préservatif masculin a été le deuxième moyen de contraception choisi (figure 5) par 22 % des patientes. Dans l'étude de Glazener [6], les chiffres sont similaires sur le recours aux préservatifs, soit 20,3 %, mais le taux de prescription des contraceptifs oraux est de 46 % à la sortie de la maternité contre 65,1 % dans notre étude. Cette différence s'explique par un pourcentage important de femmes (25 %) qui n'envisageaient aucune contraception à leur sortie de la maternité dans l'étude de Glazener [6] contre seulement deux femmes (1,3 %) dans notre étude (figure 5). En effet, dans la maternité étudiée, le choix d'un moyen contraceptif est systématiquement discuté lors du séjour en UME. La contraception par préservatif a été vivement conseillée dans le cas où les femmes ne souhaitent pas prendre d'autres moyens contraceptifs, tels que des moyens hormonaux essentiellement.

Les méthodes naturelles ont été peu choisies (4 %). Il s'agissait principalement de la méthode du coït interrompu (six femmes), et une femme avait fait le choix d'utiliser la méthode Ogino-Knaus. Rappelons que cette dernière est basée sur le calcul de la période de fécondabilité afin d'éviter les rapports sexuels lors de cette période, méthode très peu fiable lors du post-partum où les cycles, irréguliers, ne peuvent être définis précisément, sachant qu'en dehors du post-partum, le taux moyen d'échec de la méthode Ogino-Knaus est de 11,96 % [13]. Le choix des méthodes naturelles lors de la sortie de la maternité pourrait être en lien avec les 5,7 % de femmes déclarant leur moyen contraceptif comme mal adapté au post-partum lors de la période 1.

L'implant, a été très peu choisi dans notre échantillon (1,3 %), méthode de choix pour une bonne observance. Sa pose lors de l'hospitalisation en suites de couches à Voiron est rare, mais elle est facilitée chez les patientes pour qui un

suivi régulier est difficilement envisageable. Sinon il est préférablement posé à distance lors de la consultation postnatale.

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est également peu représentée dans notre échantillon (1,3 %). Elle repose sur un allaitement maternel exclusif, à la demande, d'au moins six tétées par 24 heures, jour et nuit, avec un intervalle entre les tétées inférieur à quatre heures le jour et six heures la nuit, durant une aménorrhée qui persiste et ce pendant les six premiers mois du post-partum. Bien respectée, la MAMA permet une protection contraceptive dans 98 % des cas.

Les spermicides et le patch contraceptif (Evra®) ont été également peu prescrits pour la sortie de la maternité. Aucun DIU n'a été posé lors du séjour à la maternité. Selon l'OMS, sa pose est possible quel que soit le mode d'allaitement, dans les 48 heures qui suivent l'accouchement (malgré un risque d'expulsion accru) puis est contre-indiquée dans les quatre semaines après l'accouchement [13]. La pratique française correspond classiquement à une mise en place après un délai de deux mois suite à un accouchement par voie basse et de trois mois en cas de césarienne [14].

Notre population a bénéficié de la consultation postnatale à 92 %, largement effectuée par les gynécologues à 86,3 % contre 9 % par des sages-femmes (figure 6). Rappelons qu'elle peut être pratiquée par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique. La réalisation de la consultation postnatale est prise en charge à 100 % par la Sécurité Sociale.

La consultation postnatale a été l'occasion de changer de moyens contraceptifs pour 55,6 % de notre population bien que 77,3 % des femmes aient trouvé le moyen contraceptif prescrit ou choisi à la maternité plutôt bien adapté.

L'une des principales causes de changement de moyen contraceptif lors de cette consultation a été l'arrêt de l'allaitement maternel (figure 7). La totalité des femmes ont alors opté pour une pilule oestroprogestative (p16, §3) ce qui est cohérent avec le fait que ces pilules ne peuvent pas être prescrites en cas d'allaitement maternel et restent déconseillées dans les 21 premiers jours du post-partum en l'absence d'allaitement maternel. Selon l'OMS [13], les

oestroprogestatifs restent déconseillés jusqu'à six mois du post-partum en cas d'allaitement maternel.

Les autres changements ont été réalisés en faveur de méthodes moins contraignantes et plus sûres telle que le DIU (58,3 %) et l'implant, ce qui est cohérent avec le souhait de 16,6 % des femmes d'avoir un moyen de contraception plus pratique et des 13,8 % de femmes qui ont mentionné des oublis réguliers de leur contraception.

Avec plus de la moitié des femmes qui changent de contraception lors de la consultation postnatale, on peut penser que la majorité des femmes envisagent la contraception choisie en suites de couches comme une contraception « d'attente », attente de la fin d'un allaitement maternel, du retour à des cycles réguliers, de la reprise d'une activité sexuelle ou en attente de la consultation postnatale.

Cette consultation est essentielle pour rediscuter de la méthode contraceptive choisie lors du séjour à la maternité, d'en évaluer les éventuels effets secondaires, de réévaluer le type d'allaitement en cours, afin d'orienter au mieux, selon les désirs du couple et les contre-indications éventuelles, vers le moyen contraceptif qui leur convient.

IV. 2. E. Satisfaction de l'information reçue sur la contraception

À la sortie de la maternité, les femmes étaient plutôt satisfaites de l'information reçue sur la contraception dans 91,9 % des cas (figure 9), contre seulement 8,1 % qui se disaient plutôt insatisfaites. Dans une enquête nationale de la DREES en 2008 [15], 12 % des femmes n'étaient pas du tout satisfaites à plutôt pas satisfaites des conseils et informations en contraception. Notre population est donc globalement plus satisfaite de l'information reçue sur la contraception lors du séjour à la maternité que la population générale.

Ce taux élevé de satisfaction lors du séjour à la maternité, pourrait être lié à la présence régulière de la SFC ou des CCF (91,3 %). De nombreux commentaires positifs sur l'information donnée lors du séjour nous ont été retournés lors des appels téléphoniques, tant sur la qualité des échanges que sur l'importance de ces informations (annexe 4). De plus, 17,2 % des patientes ont

déclaré avoir été orientées par la SFC ou des CCF dans le choix du moyen contraceptif (p17, §4).

Au moment de la consultation postnatale, 65,5 % des femmes étaient satisfaites à très satisfaites de l'information reçue concernant la contraception du post-partum. On observe une diminution de 26,4 % de la satisfaction des femmes par rapport au séjour en maternité. Par ailleurs, 23,8 % des femmes ont déclaré ne pas avoir eu d'information sur le sujet pendant la consultation postnatale (figure 9). Cela pourrait s'expliquer par la durée limitée des consultations délivrées par les médecins (dix minutes). Notre population ayant consulté des médecins à 86,3 %, ce temps d'échanges réduit ne facilite pas l'information sur la contraception compte tenu des nombreux sujets à aborder lors de cette consultation [16].

Nous avons atteint un de nos objectifs secondaires en évaluant la satisfaction déclarée concernant l'information reçue sur la contraception durant le séjour à la maternité ainsi que pendant la consultation postnatale (figure 9).

Dans des recommandations professionnelles de 2005, l'HAS rappelle que les informations sur la contraception du post-partum doivent être données au moment de la grossesse, lors des séances de préparation à la naissance et à la périnatalité, lors des consultations prénatales, en suites de couches et lors de la consultation postnatale [17].

Le moment idéal pour une information sur la contraception était, pour 47 % des femmes, lors du séjour en UME (figure 10). Nos résultats sont similaires à ceux de l'étude de Michelon réalisée en 2010 [18] dans laquelle, 52,3 % des femmes citent le séjour en UME comme étant le moment où elles sont plus réceptives à cette information. Peu de femmes dans notre étude proposaient une information à de multiples moments, aucune dans l'étude de Michelon, contrairement aux recommandations de l'HAS et de l'ANAES qui préconisent une délivrance de l'information sur la contraception du post-partum à chaque couple après la naissance mais également durant la grossesse. La seule information dans le post-partum semblant peu efficace [13], le meilleur moment pour une information sur la contraception serait quand la femme en fait la demande, quant elle est alors pleinement réceptive et attentive.

IV. 2. F. Lien entre observance et satisfaction de l'information reçue sur la contraception

Une de nos hypothèses était que les femmes satisfaites de l'information reçue sur la contraception seraient plus observantes de leur moyen contraceptif que les femmes non satisfaites. On observe cette tendance dans nos pourcentages de la période 1 sans pour autant mettre en évidence une différence statistiquement significative sur nos deux périodes (tableaux IV et V). Nous réfutons donc notre hypothèse de départ.

On observe également que, lors de la période 1, les femmes sont plus satisfaites mais moins observantes que lors de la période 2 où elles sont moins satisfaites mais plus observantes.

Une revue systématique de la Cochrane Library de 2010 [19] met en évidence une tendance à l'augmentation de l'utilisation de la contraception du post-partum lorsqu'il y a eu une éducation des femmes à cette utilisation.

IV. 2. G. Ouverture

Une méthode contraceptive efficace est une méthode adaptée. La fiabilité théorique est à différencier de l'efficacité réelle. Une femme pourrait devenir peu observante d'un moyen contraceptif efficace si celui-ci ne convient pas à son mode de vie. Lors de la prescription d'une contraception, il est donc nécessaire de prendre en compte la femme dans sa globalité : son couple, sa personnalité, son mode de vie, ses antécédents... Ces critères sont pris en compte dans la méthode BERCER [12] (cf annexe 5).

Une étude anglaise de 2008 [20] suggère d'avancer la consultation postnatale à trois semaines du post-partum à la place des six à huit semaines en vigueur. Cela permettrait d'effectuer une meilleure prévention des grossesses rapprochées, de mettre en place une contraception efficace tout en revoyant les patientes à trois mois pour s'assurer du bon suivi contraceptif (réaliser les suivis biologiques) et compléter l'examen clinique du post-partum.

V. Conclusion

L'observance de notre population à quatre mois du post-partum était légèrement inférieure aux données de la littérature, mais notre définition était plus stricte.

Suite à la consultation postnatale, on note une amélioration de l'observance qui pourrait s'expliquer par la particularité des suites de couches impliquant peu de reprises des rapports sexuels. Cette augmentation pourrait également s'expliquer par les objectifs même de cette consultation qui demandent une réévaluation de la contraception utilisée et un ajustement de la prescription si nécessaire. Dans notre enquête, les changements de moyens contraceptifs lors de la consultation postnatale étaient majoritairement liés à l'arrêt de l'allaitement maternel, au choix d'une méthode plus pratique ou comportant moins d'effets secondaires.

Les oublis et les effets secondaires non supportés font partie des principales causes déclarées de non-observance et cela quelle que soit la période étudiée, ce qui semble en lien avec la prescription majoritaire de moyens contraceptifs oraux.

Notre enquête a permis de mettre en avant la satisfaction des patientes sur l'information qu'elles reçoivent dans le service d'UME sur la contraception. On note, dans la maternité de Voiron, une plus grande satisfaction des femmes par rapport au niveau national [15].

La politique actuelle concernant la durée de séjour en maternité, ne facilite cependant pas la mise en place de temps dédié à une consultation sur la contraception durant le séjour en suites de couches. Pourtant, il a été démontré qu'une éducation sur la contraception du post-partum conduit à une plus forte utilisation de la méthode contraceptive et à moins de grossesses non désirées [19].

La présence de personnel formé, à la maternité de Voiron, permet d'instaurer ce temps supplémentaire de discussion autour de la contraception pendant le séjour en maternité et pourrait expliquer l'importante satisfaction des femmes concernant l'information sur la contraception.

La satisfaction des femmes concernant l'information sur la contraception lors de la consultation postnatale était moins marquée, très peu de femmes avaient consulté une sage-femme et quelques-unes n'avaient pas bénéficié de cette consultation.

Il serait intéressant d'informer les patientes sur les compétences des sages-femmes en matière de contraception et de suivi, sur leur possibilité de réaliser la consultation postnatale (lorsque la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique) et ainsi favoriser un suivi global des femmes par les sages-femmes. Une plaquette a été réalisée par le CNOSF afin de mieux faire connaître le rôle des sages-femmes aux patientes [21].

Dans les recommandations pour la pratique clinique réalisées par l'ANAES en 2004 [13], il est rappelé la nécessité pour le professionnel de santé : « d'adapter sa prescription à chaque consultante, d'étendre le champ de son entretien au-delà de seuls critères médicaux en prenant en compte des déterminants psychologiques, sociologiques ou encore économiques ; d'explorer les motivations de la consultante vis-à-vis de la contraception ; d'accompagner la consultante ou le couple à réfléchir et à choisir la forme de contraception la plus adaptée à sa situation personnelle ».

La profession de sage-femme, de par sa formation théorique et pratique, est apte à conseiller et orienter tout en prenant en compte l'ensemble de ces critères nécessaires pour une prescription et un suivi optimum des différents moyens contraceptifs proposés aux femmes en bonne santé et, cela, tout au long de leur vie génitale.

« La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit » [22].

Références bibliographiques

- [1] Mulet F., Descamps P., Lansac J. *Après une grossesse interrompue ou non, prévoir une méthode provisoire avant d'élargir le choix*. Concours médical n° 25-26 ; 5 septembre 2006
- [2] Dedecker F., Graesslin O., Ceccaldi PF., Baudelot E., Montilla F., Derniaux E. et al. *Grossesses rapprochées : facteurs de risque et conséquences périnatales*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Vol 35, pp. 28-34 ; janvier 2006
- [3] Gallen M., Lettenmaier C. *Counseling makes a difference*. Popul Rep J 1987.
- [4] Blondel B., Kermarrec M. *Enquête nationale périnatale 2010 : Les naissances en 2010 et leurs évolutions depuis 2003*. INSERM. Mai 2011.
- [5] Emereau M. *L'observance de la contraception prescrite et/ou conseillée au cours des premiers mois du post-partum*. UFR de médecine de Limoges ; 2011.
- [6] Glazener. *Sexual function after childbirth : women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition*. An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. Wiley Online Library ; 2005
- [7] Blangis F. *La contraception du post-partum : état des lieux des pratiques dans le service de suites de couches et à la visite post-natale au CHU de Nantes*. École de sages-femmes de Nantes ; 2011
- [8] Code de la santé publique. Article R2122-3
- [9] Medico D. *Sexualité, grossesse et post-partum*. Certificat de formation continue en sexologie clinique ; Genève, 28 janvier 2006.
- [10] Shibley Hyde J., DeLamater J., Ashby Plant E. & Byrd J: *Sexuality during pregnancy and the year postpartum*. Journal of Sex Research, 143-151 ; 1996.
- [11] Jackson RA, Schwartz EB, Freedman L, Darney P. *Advance supply of emergency contraception : effect on use and usual contraception*. A randomized trial. Obstet Gynecol ;102(1):8-16 ; 2003

- [12] Support de cours FIHU. Item 27 : *Contraception hormonale chez la femme*. Université médicale virtuelle francophone ; 2011
- [13] Recommandations pour la pratique clinique. *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme*. ANAES, AFSSAPS, INPES. Décembre 2004
- [14] Mulet F., Descamps P. *Contraception du post-partum, Contraception du post-abortionum*. Extrait des mises à jour en gynécologie médicale, trentièmes journées nationales du CNGOF ; 2006 ; Paris, France.
- [15] DREES. *Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement*. ÉTUDES et RÉSULTATS, n°660, septembre 2008.
- [16] Franke S. *La consultation postnatale : Un créneau à prendre*. École de sages-femmes de Metz ; 2009.
- [17] HAS, recommandations professionnels. *Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)*. Novembre 2005.
- [18] Michelon S. *De la relation de la femme à la contraception, intégration de l'information contraceptive au cours des différentes périodes de la vie génitale*. École de sages-femmes d'Anger ; Mars 2010.
- [19] Lopez LM, Hiller JE, Grimes DA. *Education for contraceptive use by women after childbirth* (Cochrane Review) publié dans The Cochrane Library, 2010, Issue 1.
- [20] Speroff L., Mishell DR Jr. *The postpartum visit: It's time for a change in order to optimally initiate contraception*. *Contraception*. 2008 Aug; 78(2):90-98.
- [21] Site du CNOSF [consulté le 5/01/13] disponible sur : http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/documents_libres/brochure_sagesfemmes/index.htm.
- [22] Campagne nationale d'information sur la contraception, « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit ». INPES ; septembre 2007.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire distribué à la maternité

Questionnaire N°

Étude auprès des mamans sur la contraception

1. Lors du séjour à l'hôpital, avez-vous reçu la visite d'une sage-femme conseillère, d'une ou d'un conseiller conjugal et familial qui vous ont informé sur la contraception ?

OUI NON

2. Lors de votre séjour, l'information concernant la contraception vous a-t-elle semblé :

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Insatisfaisante

3. Quelle méthode de contraception preniez-vous avant la grossesse ?
.....

4. Quelle méthode de contraception avez-vous choisie pour votre sortie de la maternité ?

- Abstinence
- Préservatif masculin
- Préservatif féminin
- Pilule
- MAMA (méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée)
- Dispositif intra-utérin (Stérilet)
- Implant (Nexplanon®)
- Méthodes naturelles (méthode de la température, du calendrier, de la glaire cervicale, du retrait)
Précisez :
- Stérilisation à visée contraceptive
- Autres, précisez :

5. Le passage de la sage-femme conseillère ou des conseillers conjugaux a-t-il influencé votre choix ? OUI NON

6. Avant la sortie, à la remise de l'ordonnance pour la contraception, vous a-t-on expliqué ?

- comment et quand prendre la contraception : OUI NON
- les effets secondaires éventuels : OUI NON
- la conduite à tenir en cas d'oubli : OUI NON

7. Avez-vous une idée du type de contraception que vous choisirez dans 6 à 8 semaines, lors de la consultation postnatale ?

- Oui, j'ai déjà une idée : laquelle :
- Non : je ne sais pas encore.

8. Quelle est votre situation maritale ?

- Mariée Pacsée En couple Célibataire Divorcée

Combien d'enfants vivent sous votre toit ?

Avez-vous une profession ? NON OUI, laquelle :.....

Quel est votre plus haut diplôme obtenu ?.....

Avez-vous accès à internet (à domicile ou à votre travail) ? OUI NON

Date de votre accouchement:

Numéro de téléphone portable: __ / __ / __ / __ / __

Numéro de téléphone fixe: __ / __ / __ / __ / __

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à mes questions.

Merci de vérifier que vos numéros de téléphones figurent ci-dessus pour que je vous recontacte dans quatre mois.

Merci de remettre ce questionnaire, dans l'enveloppe jointe, à une sage-femme ou toute autre personne du service qui me la fera parvenir.

Bonne journée et bonnes suites !

Morgane

Annexe 2 : Données récupérées sur les dossiers médicaux

Questionnaire N°

Données récupérées sur dossiers médicaux

Caractéristiques à l'inclusion:

Âge:

Consommation d'alcool:

Consommation de tabac:

Consommation de drogues:

Gestité:

Parité:

Pathologie de la grossesse:

Terme de l'accouchement

Mode d'accouchement:

État périnéal à l'accouchement:

Complications des suites de couches:

Type d'allaitement à la sortie:

Contraception notée sur le dossier:

Jour de la sortie de la maternité:

Suivi envisagé :

Suivi PMI:

Suivi SFL:

Annexe 3 : Questionnaire téléphonique à quatre mois du post-partum

N° d'anonymat

Appel téléphonique à quatre mois du post-partum

Avant la consultation postnatale

1. Avez-vous utilisé le moyen contraceptif prescrit ou choisi à la maternité ?

OUI NON

→ Si oui : Vous a-t-il semblé bien adapté ? OUI NON

→ Si non : Pourquoi ne pas l'avoir utilisé ?

- Pas de reprise des rapports sexuels
- Moyen mal adapté au postpartum
- Mauvaises explications sur son utilisation
- Effets secondaires trop importants/non supportés

Avez-vous utilisé un autre moyen de remplacement ?

NON OUI, lequel.....

2. Avant la consultation postnatale, avez-vous oublié ou pris la décision de ne pas utiliser votre moyen contraceptif choisi ?

Jamais 1 fois 2 fois 3 fois ou +

3. Avez-vous eu une consultation postnatale ? OUI NON

→ Si oui, par quel professionnel : Sage-femme Docteur

Pendant la consultation postnatale

4. Aviez-vous des questions sur la contraception à ce moment ?

OUI NON

5. Avez-vous reçu une information sur la contraception lors de cette consultation ?

OUI NON

6. Comment avez-vous trouvé l'information sur la contraception ?

Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Insatisfaisante

7. Lors de la consultation postnatale, vous a-t-on prescrit/conseillé un nouveau moyen contraceptif ? NON OUI, → Lequel :.....

- Pourquoi :
- le 1er était mal adapté au postpartum
 - Effets secondaires trop importants/ non supportés
 - Mauvaises explications sur l'ancien contraceptif prescrit
 - Arrêt de l'allaitement maternel
 - Souhait de reprise des rapports sexuels
 - Autre :

Après la consultation postnatale

8. Aujourd'hui, utilisez-vous le même moyen contraceptif que celui prescrit/choisi lors de la consultation postnatale ?

- OUI, lequel :
- NON, pourquoi :

 - Mal adapté au postpartum
 - Mauvaises explications le concernant
 - Effets secondaires
 - Arrêt de l'allaitement maternel
 - Autres :

9. Suite à l'entretien postnatal avez-vous oublié ou pris la décision de ne pas utiliser votre moyen contraceptif ? Jamais 1 fois 2 fois 3 fois ou +

10. Vous sentez-vous bien informé sur les différents moyens contraceptifs ? OUI NON

11. À quel moment pensez-vous qu'une information sur la contraception aurait été appropriée ?

- Consultation suivi de grossesse
- Préparation à l'accouchement
- Suites de couches
- Entretien postnatal
- Autres

Remarques sur l'enquête, le thème

.....
.....
.....
.....

Annexe 4 : Remarques lors des appels téléphoniques

Exemples

« À la maternité, c'est important d'être informé vu le nombre d'IVG [...], mais pendant la grossesse on est quand même plus posé. »

« Les échanges sont chaleureux ! »

« Toutes les femmes ne font pas de préparation à la naissance et, même lors des consultations pendant la grossesse, on a pas forcément le temps d'aborder le sujet »

« À la maternité, c'est là qu'on a le plus de temps pour écouter et une fois sorties, celles qui n'ont pas d'autres enfants peuvent se poser la question de la contraception, mais il est trop tard, ou trop tôt. Il faudra attendre de voir quelqu'un »

« Les informations justes avant de sortir, c'est bien, c'est tout frais. »

« Pendant plus de neuf mois, on ne prend plus de contraception alors toutes les occasions sont bonnes pour nous y faire repenser. »

« Je préfère un rappel par mon gynécologue plus tard. On le connaît. On ose plus poser de questions. »

« Pendant la grossesse, on est plus à l'écoute. »

« Tous les moments sont bons pour ce genre d'information. Il faut y être sensibilisé. »

« Avant d'accoucher, on ne sait pas forcément si l'on va allaiter, donc c'est bien de revoir ça à la maternité et plutôt vers la sortie. »

« Dans toutes ces informations je n'étais pas très réceptive. »

« A la maternité, c'est là où je me suis posée le plus de questions. »

« Je regrette de ne pas avoir pris la pilule. Je voulais attendre et ne pas reprendre des hormones tout de suite et poser ensuite un stérilet, mais, les spermicides, ce n'est pas ce qu'il me faut »

« C'est bien d'avoir les informations en deux temps pour que ça puisse mûrir et qu'on choisisse vraiment. »

« Ça m'a permis d'en parler avec mon mari. On a pu en discuter tous les deux et il a évoqué une vasectomie, à suivre... »

« Ça serait parfait si on en parlait avant le séjour et qu'on avait des rappels succincts à la maternité, en complément. »

« A la maternité, on a la tête dans les couches et, avant, on ne pense pas à ça. On se dit qu'on a le temps. »

« Par une sage-femme avant et après la naissance, c'est ce qui me semble le mieux. »

« C'était bien fait à l'hôpital »

« C'est important d'en parler à la maternité. Il y a de plus en plus de jeunes parents qui ne se renseignent peut-être pas assez sur le sujet. »

« En sortant, on y pense pas forcément et, le fait d'en parler, ça nous y pousse »

« En suites de couches, on a l'impression que c'est un peu tôt, mais, au final, ça permet d'avoir une réflexion sur le sujet »

« Le passage pour nous parler en suites de couches est vraiment un bonus. C'est une piqûre de rappel et je n'avais pas conscience de temps d'IVG. »

« Je me sens mieux informée maintenant que j'ai eu ces explications à la maternité »

« On a déjà beaucoup d'informations à la maternité. Pour celles qui ont déjà des enfants comme moi, ça pourrait attendre. »

« À la maternité, on est pas dedans, mais comme les rapports reprennent assez vite, c'est mieux de savoir avant que ça n'arrive ! »

« J'ai rencontré une personne en suites de couches qui connaissait très bien son boulot, qui savait de quoi elle parlait, qui m'a montré concrètement tous ces différents moyens. »

« C'est une évidence d'en reparler. »

« À la maternité, on ne pense pas qu'un accident puisse arriver rapidement et pourtant... »

« Comme je prends la pilule et que ça me va, je ne cherche pas à en apprendre plus. Du coup, là, j'ai appris beaucoup de choses. »

« Après l'accouchement on pense au côté pratique avec le bébé et plus tard on a la tête dans le guidon et on y pense plus, on a plus le temps donc à la maternité c'est bien. »

« La dame avec sa pochette, c'était top. »

« J'ai trouvé des réponses à mes questions avant d'être isolée chez moi. »

« À la maternité, c'est un peu tôt, mais on est disponible. »

« J'ai été agréablement surprise que la question de la contraception revienne souvent pendant mon séjour. »

« On a le temps d'y penser à la maternité. »

« Les questionnaires, c'est sympa. C'est vraiment une prise en charge à 100 % »

« C'est très bien de faire des sondages sur ce sujet, on voit où on va »

Annexe 5 : Méthode BERCER

La méthode BERCER est conseillée aux professionnels de santé afin d'obtenir une meilleure observance. Il s'agit d'une technique de prescription composée de six étapes pour le déroulement de la consultation et du suivi :

- 1- **Bienvenue** : temps d'accueil de la consultante.
- 2- **Entretien** : recueil d'information et d'expression de la femme.
- 3- **Renseignements** : information claire, hiérarchisée et sur mesure.
- 4- **Choix** : la décision finale appartient à la consultante.
- 5- **Explications** : discussion autour de la méthode choisie.
- 6- **Retour** : réévaluation de la méthode, de son utilisation et vérification qu'elle est bien adaptée.

Résumé

Objectifs : Les objectifs étaient de déterminer le taux d'observance de la contraception à quatre mois du post-partum et de le comparer avec l'observance avant la consultation postnatale, de décrire les différentes causes de non-observance et d'évaluer la satisfaction des femmes sur l'information donnée sur la contraception lors du séjour à la maternité et lors de la consultation postnatale.

Population et méthodes : Il s'agit d'une enquête transversale, descriptive et mono-centrique, réalisée au Centre Hospitalier de Voiron, dans l'Unité Mère-Enfant, du 17 mai au 1er juillet 2012. Le critère de jugement principal est l'observance du moyen contraceptif à quatre mois du post-partum.

Résultats : À quatre mois du post-partum, 151 femmes ont été interrogées par téléphone, 76,1 % étaient observantes de leur contraception, avec une augmentation de 10,5 % suite à la consultation postnatale. Les principales causes de non-observance étaient les oublis et les effets secondaires non supportés. À la maternité, 91,9 % des femmes étaient satisfaites à très satisfaites de l'information reçue sur la contraception contre 65,5 % des patientes lors de la consultation postnatale.

Conclusion : Notre taux d'observance à quatre mois du post-partum a été légèrement inférieur aux données de la littérature. Suite à la consultation postnatale, on note une amélioration de celle-ci. Les principales causes de non-observance sont liées à la prescription majoritaire de moyens contraceptifs oraux. Les femmes sont très satisfaites de l'information donnée sur la contraception à la maternité de Voiron.

Mots clés : Sage-femme, contraception, observance, satisfaction.