

La contraception du post-partum : satisfaction des patientes sur l'entretien contraceptif en suites de naissances

Emilie Pourtier

► **To cite this version:**

Emilie Pourtier. La contraception du post-partum : satisfaction des patientes sur l'entretien contraceptif en suites de naissances. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00906212

HAL Id: dumas-00906212

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00906212>

Submitted on 19 Nov 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.

**ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT- FERRAND
Université d’Auvergne – Clermont 1**

LA CONTRACEPTION DU POST-PARTUM

Satisfaction des patientes sur l’entretien contraceptif en suites de naissances

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Emilie POURTIER

Née le 07 01 1990

DIPLOME D’ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2013



UdA | Université d’Auvergne



MAÏEUTIQUE

**ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT- FERRAND
Université d'Auvergne – Clermont 1**

LA CONTRACEPTION DU POST-PARTUM

Satisfaction des patientes sur l'entretien contraceptif en suites de naissances

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Emilie POURTIER

Née le 07 01 1990

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2013

Remerciements

Je remercie Madame Parayre et Madame Houlle sans qui ce mémoire n'aurait pas pu aboutir.

Merci aux centres hospitaliers qui ont accepté de distribuer mon questionnaire et aux femmes qui ont accepté de répondre.

Merci à toute l'équipe pédagogique pour ces quatre années de formation.

Un grand merci à toute ma promotion pour tous ces moments de bonheur, de rires et de galère ...

Merci à Alice et Ugo.

Et surtout un merci particulier à maman et ma petite sœur. Une énorme pensée pour mon papa, et pour Chloé ...

Glossaire

AA: Allaitement Artificiel

AM: Allaitement Maternel

AMM: Autorisation de mise sur le marché

ATCD: Antécédents

AUDIPOG: Association des Utilisateurs des Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

DIU: Dispositif Intra-Utérin

DPC: Développement Professionnel Continu

DRESS: Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EPP: Entretien prénatal précoce

FSH: Hormone Folliculo-Stimulante

GnRH : Gonadolibérine

HAS: Haute Autorité de santé

HPST: Hôpital Patients Santé Territoires

INED: Institut National des Etudes Démographiques

IP: Indice de Pearl

IST: Infection Sexuellement Transmissible

IVG: Interruption Volontaire de Grossesse

NF: Norme Française

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PMI: Protection Maternelle et Infantile

PNP: Préparation à la Naissance et à la Parentalité

RPSA: Réseau de Santé périnatal d'Auvergne

SA: Semaines D'aménorrhées

VPN: Visite Post-Natale.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

I. Revue de la littérature

1. Le post-partum	1
2. La contraception du post-partum	5
3. Les enquêtes de satisfaction	20

II. Matériel et méthode

1. Type d'étude	22
2. Objectifs et critères de jugement	22
3. Population sélectionnée	22
4. Particularités éthiques	23
5. Méthode	23

III. Résultats et analyse

1. Présentation de la population	25
2. Grossesse et accouchement	26
3. Contraception	27

IV. Discussion

1. Les limites de l'étude	34
2. Représentativité de la population	35
3. La satisfaction des patientes	37
4. Le score de satisfaction	40
5. Les facteurs influençant la satisfaction	41
6. Projet d'action	43

CONCLUSION

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

INTRODUCTION

Depuis la loi Hôpital Patients Santé Territoires, les sages-femmes ont vu leurs compétences s'élargir. Elles peuvent désormais réaliser la prescription et la surveillance de la contraception, en l'absence de pathologie, tout au long de la vie des femmes. Cette loi de 2009 renforce également la place du patient dans le parcours de santé, avec les notions de respect et de participation active [1].

Le post-partum constitue une situation particulière où la patiente devenue mère reste néanmoins une femme. Il est donc primordial pour la sage-femme en suites de naissances de trouver le moment opportun pour aborder la contraception. Cette dernière doit avoir une démarche éducative, d'accompagnement et de conseils adaptée à chaque patiente. L'objectif étant de prévenir les grossesses rapprochées et parfois non désirées. En effet, en France, 5 % des interruptions volontaires de grossesses, ont lieu dans les six mois du post-partum [2].

Au regard de ce phénomène de santé publique, nous avons effectué dans un premier temps une revue de la littérature sur le sujet, à savoir les différentes méthodes contraceptives et leurs dispositions réglementaires, ainsi que leurs possibilités dans le post-partum, le point de vue et les connaissances des femmes sur la contraception.

Dans un second temps, nous avons choisi d'effectuer un travail de recherche concernant l'information sur la contraception. Nous avons proposé aux patientes de deux centres hospitaliers de la région, un questionnaire afin d'évaluer leur opinion et leur satisfaction sur l'entretien contraception dont elles avaient bénéficié.

Enfin, une étude des facteurs influençant leur satisfaction a également été réalisée. Après avoir analysé les résultats nous avons voulu orienter notre réflexion sur des moyens d'action afin d'optimiser ce moment d'échange sur la contraception.

**REVUE DE LA
LITTERATURE**

1. Le post-partum

1.1. Définition

Le post-partum débute deux heures après la délivrance et se termine avec l'arrivée des premières règles appelée le retour de couches. Sa durée varie en fonction du mode d'allaitement (maternel ou artificiel), elle est en moyenne de six semaines [3].

1.2. Physiologie

Au cours de cette période surviennent des bouleversements physiques et psychiques et s'installe la lactation (si la femme a choisi d'allaiter). En effet, durant la grossesse, les sécrétions placentaires d'œstrogènes et de progestérone ont un effet inhibiteur sur la sécrétion de prolactine et une action directe sur le sein. Après la délivrance, la chute brutale des taux d'œstrogènes et de progestérone stimule la sécrétion de prolactine. La lactation s'installe en deux à trois jours : c'est la montée laiteuse. Les seins gonflent, deviennent tendus et sensibles, la femme peut présenter temporairement une légère hyperthermie à 38°C [4].

Il existe, durant ces quelques jours, un risque de complications infectieuses, mammaires, thromboemboliques.

1.2.1. Sur le plan anatomique

Après l'expulsion du placenta, l'utérus va involuer progressivement. Il faut environ huit semaines pour qu'il reprenne ses dimensions d'avant grossesse. Pour ce qui est du col de l'utérus, l'orifice externe reste perméable jusqu'à la fin de la troisième semaine après l'accouchement, quant à l'orifice interne il se referme dès le huitième jour. Il n'est plus punctiforme comme chez la nullipare mais allongé transversalement en rapport avec les déchirures de l'accouchement [5]. Les lochies sont sanglantes les deux premiers jours et constituées de sang et de débris de cellules déciduales. Elles vont s'éclaircir par la suite pour devenir séro-sanglantes jusqu'au huitième jour puis séreuses.

D'autre part, le vagin s'atrophie rapidement en post-partum sous l'effet de la chute brutale des hormones placentaires. Il retrouve une bonne trophicité au moment de la stimulation hormonale, soit à partir du vingt-cinquième jour en l'absence d'allaitement

maternel. La vulve est béante le premier jour. Progressivement, elle reprend sa tonicité et perd son aspect congestif. Le périnée, dont l'ensemble des muscles forment un hamac, a pour rôle de soutenir les organes du petit bassin. Il va retrouver progressivement sa tonicité, en rapport avec la qualité de l'accouchement, la présence ou non de déchirures ou d'épisiotomie. La rééducation périnéale prescrite lors de la visite post-natale et effectuée six à huit semaines après l'accouchement, pourra y contribuer [3].

1.2.2. Sur le plan biologique

La grossesse entraîne une modification des paramètres biologiques (glycémies, constantes lipidiques, hémostase...). Les facteurs de coagulation (facteurs II, V, VII, X) augmentent dans le post-partum et retrouvent des valeurs normales au bout de trois semaines, sauf le taux de fibrinogène qui se normalise en un à deux mois. Une tendance à l'hypercoagulabilité, à risque thromboembolique persiste pendant les trois premières semaines, du fait de l'équilibre précaire entre les deux systèmes [5, 6].

1.2.3. Sur le plan hormonal

Les œstrogènes s'effondrent le premier jour après l'accouchement. Leur sécrétion reprend aux alentours du vingt-cinquième jour sous l'influence de la FSH, en l'absence d'allaitement maternel et vers un mois et demi en cas d'allaitement maternel.

La progestérone baisse également dans les dix jours après l'accouchement, puis disparaît. Elle ne réapparaît qu'après la première ovulation qui a lieu environ quarante jours après l'accouchement en l'absence d'allaitement au sein, et plus tard dans le cas contraire.

La prolactine est sécrétée par l'antéhypophyse et intervient dans la régulation de la sécrétion lactée. Son taux augmente juste après l'accouchement et diminue après le quinzième jour même si l'allaitement se poursuit. Dans ce cas, il y a des pics de prolactine stimulés par les tétées. Le taux de prolactine se normalise ensuite en quatre à six semaines.

L'ocytocine est sécrétée par la post-hypophyse, elle agit au niveau des fibres musculaires lisses de l'utérus en favorisant leur rétraction et au niveau des cellules myoépithéliales du sein en favorisant l'éjection du lait [3, 4].

1.2.4. Sur le plan psychologique

Les modifications hormonales peuvent aussi jouer un rôle sur le plan psychologique. En effet, il peut se produire chez la mère un sentiment de peur, de se confronter à un nouvel enfant, elle doit faire le deuil de la grossesse. La prise en charge va pouvoir l'aider et permettre un attachement entre la mère et l'enfant de la meilleure qualité possible [7].

1.3. Fécondabilité dans le post-partum

Le retour des fonctions ovariennes est en partie dépendant du type d'allaitement. Cependant, évaluer la date exacte de la première ovulation dans le post-partum n'est pas facile. Si la femme n'allait pas et qu'elle ne prend pas d'inhibiteur de la lactation, la première ovulation survient dans les six semaines du post-partum [8].

Or, d'après Serfaty, une ovulation est possible à partir du vingt-cinquième jour avec un retour de couches vers le trentième jour. Si la femme prend de la bromocriptine (Parlodel[®] ou Bromokin[®]), le retour de couches est plus précoce, en moyenne trois semaines après l'accouchement [9].

En cas d'allaitement maternel, le mécanisme est différent. Lors des tétées, la succion va entraîner un pic de prolactine qui va ralentir la synthèse de GnRH (Gonadolibérine, hormone hypothalamique qui commande la sécrétion des gonadotrophines hypophysaires). Il y a donc une mise au repos des fonctions ovariennes aboutissant à une anovulation. Pour un blocage efficace de la fonction ovarienne, il a été démontré qu'une fréquence minimale de six tétées par vingt-quatre heures, régulièrement réparties sur la journée et la nuit, est nécessaire (méthode de contraception utilisée par certaines femmes appelée MAMA : méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée). Mais, selon cette même étude, même en cas d'allaitement maternel exclusif, une ovulation peut survenir précocement, et ce même avant le retour de couches. Il est donc nécessaire de mettre en place rapidement une contraception efficace, et ce dès la sortie de la maternité pour les patientes qui le désirent.

1.4. Sexualité dans le post-partum

Pour ce qui est de la reprise de la sexualité, elle va nécessiter un temps d'adaptation variable (fonction du déroulement de l'accouchement, des sutures et complications

éventuelles, de la fatigue...). Cela peut s'expliquer par les modifications vaginales et périnéales responsables de sécheresse vaginale, de dyspareunies, baisse de la libido... Mais aussi la présence du nouveau-né, qui devient la première préoccupation maternelle et du couple. En moyenne, la reprise des rapports sexuels semble survenir dans les cinq semaines qui suivent l'accouchement.

Ainsi, selon la Haute Autorité de Santé (HAS), deux mois après l'accouchement, 51% des femmes se plaignent toujours de douleurs périnéales et 81% des femmes qui allaitent sont peu intéressées par la sexualité. Trois mois après l'accouchement, les difficultés sexuelles évoquées par les patientes étaient les suivantes : absence de désir sexuel (53%), douleurs à la pénétration (55%), rapports douloureux (45%), étroitesse vaginale (33%), atonie périnéale (20%) [10].

Un autre facteur intervient également dans la reprise de la sexualité : le type d'allaitement. En effet, des études ont montré que l'allaitement maternel avait tendance à diminuer le désir sexuel [11]. Plusieurs hypothèses expliquent cette tendance, tout d'abord la fatigue occasionnée par le rythme de l'allaitement à la demande, l'hypo-oestrogénie prolongée chez la femme qui allaite entraîne une sécheresse vaginale, l'hyperprolactinémie et la diminution des taux d'œstrogènes et de progestérone peuvent être responsable d'une baisse du désir sexuel et des changements d'humeur. Intervient aussi le mode d'accouchement [12, 13]. Les femmes accouchant par voie basse avec un périnée intact ou ayant une petite déchirure ont tendance à avoir moins de douleurs, moins de dyspareunies et à reprendre les rapports plus rapidement, en comparaison à celles accouchant par voie basse instrumentale ou ayant une déchirure du 3^{ème} ou 4^{ème} degré. Ainsi, une information sur la survenue de difficultés sexuelles après un accouchement pourrait leur permettre d'appréhender plus facilement cette période délicate [7].

2. La contraception du post-partum

2.1. Définition

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la contraception comme « *l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter* » [14].

Pour un moyen contraceptif :

- L'efficacité est évaluée par l'Indice de Pearl qui est le nombre de grossesses en une année pour cent femmes ayant une activité sexuelle dite régulière.
- L'acceptabilité conditionne le taux de continuité et donc l'efficacité.
- L'innocuité concerne les effets secondaires, souvent liés au terrain.
- La réversibilité est l'absence d'altération de la fécondité lors de l'arrêt de la méthode.

Le coût pour la patiente dépend surtout du remboursement ou non par la Sécurité Sociale pour les méthodes délivrées médicalement [15].

Il est à noter que 3% des femmes ne prennent pas de moyens contraceptifs alors qu'une grossesse n'est pas désirée [2].

2.2. Les différentes méthodes contraceptives dans le post-partum

2.2.1. Les recommandations

A l'heure actuelle, l'objectif des recommandations de bonnes pratiques est d'établir un état des connaissances sur les méthodes contraceptives disponibles chez la femme. Cela dans le but de servir de référence au prescripteur ou à toute personne délivrant des contraceptifs. Ainsi, seront citées les recommandations de l'HAS et de l'OMS [2, 10, 14]. Elles se doivent d'être générales et de laisser au prescripteur la possibilité de les adapter en fonction de la patiente, du couple afin que celle-ci soit bien tolérée et acceptée. S'ajoute aussi, le choix libre et éclairé de la femme et du couple dans la décision.

L'HAS préconise qu'une information sur la contraception du post-partum soit donnée pendant la grossesse. Cette première approche constituera une base qui sera

ensuite reprise lors du séjour en maternité et adaptée en fonction des modalités de l'accouchement [17].

2.2.2. Les méthodes naturelles

❖ Méthode MAMA (Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée)

Approuvée en 1995 par l'OMS, elle repose sur trois conditions :

- une vraie aménorrhée (absence de tout saignement menstruel depuis l'accouchement),
- un allaitement maternel exclusif (six tétées par jour d'au moins dix minutes chacune, toutes les quatre heures au minimum),
- un allaitement d'au moins six mois.

D'après les données, 2% des femmes qui utilisent cette méthode comme contraception seront à nouveau enceinte six mois après leur accouchement. En effet, il se peut qu'une ovulation survienne dès le vingt-cinquième jour du cycle. Il est de plus en plus difficile en France actuellement, d'avoir toutes les conditions réunies, du fait entre autres, de la reprise précoce de l'activité professionnelle des femmes. La méthode de l'aménorrhée lactationnelle, lorsque l'allaitement est exclusif ou quasi exclusif, serait d'une efficacité comparable à celle d'une contraception orale [2].

Il est donc indispensable pour la sage-femme, lors de l'entretien contraception du séjour en suites de couches, de connaître et proposer d'autres méthodes. Si cette méthode est choisie par l'accouchée, il faut donc l'encourager à l'associer à une contraception locale (spermicides, préservatifs) si une autre grossesse n'est pas souhaitée rapidement [18].

❖ Les autres méthodes naturelles (Ogino, Billings, températures, retrait)

Les méthodes d'abstinence périodique et d'auto-observation (méthode des températures basales, méthode «Billings», méthode symptothermique, méthode «Ogino-Knaus», trousses de prédiction de l'ovulation) constituent les méthodes naturelles. Ces méthodes peuvent être adaptées à la situation ou aux exigences de certaines femmes. Au regard de leur risque élevé d'échec en usage courant, ces autres méthodes devraient être réservées à des femmes connaissant bien leur cycle, maîtrisant bien l'utilisation de la méthode et acceptant ou pouvant médicalement s'exposer à un risque de grossesse. Au

même titre que des connaissances sur la fertilité et le cycle physiologique de la reproduction, il est recommandé que leurs principes généraux soient exposés à toute femme, et à son partenaire [17]. À défaut d'autre méthode contraceptive, elles pourraient en effet démontrer leur utilité et ont l'avantage de n'avoir aucune contre-indication.

Leur utilisation reste délicate quel que soit le moment dans la vie génitale de la patiente, cela l'est d'autant plus durant le post-partum. En effet, cette période entraîne des modifications corporelles et le moment de l'ovulation reste aléatoire. Elles doivent néanmoins être connues par la sage-femme qui doit pouvoir les proposer si la femme, de par ses convictions ou autre, souhaite les utiliser [2].

2.2.3. Les méthodes barrières

❖ Le préservatif masculin (ou condom)

Il possède une efficacité médiocre, avec un IP = 5 %. Le problème est surtout lié à une mauvaise utilisation. Le risque de rupture est inférieur à 1% en cas de rapports vaginaux. Il est le seul à prévenir des infections sexuellement transmissibles (IST) et son efficacité augmente s'il est associé à un spermicide [10].

Il est également important de la part des professionnels de santé de recommander l'utilisation de préservatifs avec les Normes Françaises (NF).

❖ Le préservatif féminin (Fémidon)

Il est disponible en pharmacie ou dans les centres de planning familial. Moyen de contraception diffusé à partir de 1984, il doit être mis en place avant le rapport sexuel (jusqu'à huit heures avant) et se retire par torsion de l'anneau externe. Il comporte un anneau interne qui s'adapte au col et un externe qui se place à la vulve. Il présente l'avantage de ne pas avoir besoin d'une prescription. Enfin, malgré son rôle protecteur contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), il reste de manipulation délicate du fait du maniement intra-vaginal, notamment dans les semaines qui suivent l'accouchement. Il n'existe pas de données épidémiologiques sur son utilisation dans les post-partum [19].

Son efficacité est légèrement inférieure au préservatif. En effet, 21% des femmes qui l'utilisent auront une grossesse accidentelle au cours de la première année.

❖ Le diaphragme

Il est généralement utilisé avec un spermicide, il présente des difficultés de pose et n'a pas l'avantage de protéger contre les IST. Il se positionne entre le cul-de-sac postérieur et la fossette rétro symphysaire. Il empêche le sperme d'accéder au col de l'utérus (IP entre 2 et 5 %). Ce type de contraception présente l'avantage de pouvoir être mis en place plusieurs heures avant le rapport sexuel, et d'être retiré au maximum six heures après [10, 20].

Dans le post-partum, il ne doit pas être utilisé avant six à huit semaines. Il existe en effet un risque de déplacement du fait de la tonicité différente du vagin et du col.

❖ Les spermicides

Ils ont une bonne efficacité (IP < 3 % en cas d'utilisation systématique). Ils sont habituellement à base de chlorure de benzalkonium (Pharmatex[®]) ce qui leur donne des propriétés bactéricide et antivirale contre les agents des IST. Ils ont une action locale et ne passent pas dans la circulation sanguine ni dans le lait maternel (contrairement au monoxynol-9 contre-indiqué pendant l'allaitement). Il s'agit d'une contraception fréquemment utilisée dans le post-partum. Elle peut être associée au préservatif ou à la méthode MAMA pour améliorer l'efficacité contraceptive [10].

2.2.4. Les méthodes mécaniques : Le Dispositif Intra-Utérin (DIU) au cuivre

Il en existe plusieurs types en France, avec une surface plus ou moins grande en cuivre. C'est une méthode efficace, réversible et de longue durée. Selon l'OMS, en utilisation habituelle, on retrouve 0,6 % de grossesse à un an [10]. Durant la période de post-partum, il a longtemps été recommandé d'insérer les DIU deux mois après l'accouchement (moment de la visite post-natale). Actuellement, on le pose habituellement au-delà de la quatrième semaine de post-partum. Certaines études ont démontré qu'il est envisageable de le poser 48 heures après la délivrance. Le risque d'expulsion est certes plus élevé (10 – 20 %) mais le risque d'infection, de perforation ou de métrorragies n'est pas augmenté. Ces risques ne sont pas majorés chez les femmes qui allaitent.

Le DIU au cuivre reste pour la période qui suit un accouchement, un moyen contraceptif efficace, peu coûteux, généralement bien toléré et sans problème

d'observance. L'OMS décrit, après un an d'utilisation, un taux de continuation de 78 % [14].

2.2.5. Les méthodes hormonales

❖ Les oestroprogestatifs

Ils contiennent deux hormones de synthèse : un progestatif et un œstrogène (éthinyloestradiol).

Les œstrogènes ont une action sur trois sites :

- sur l'axe hypothalamo-hypophysaire : réalisent un blocage de la stimulation ovarienne en fonction du dosage hormonal,
- sur la glaire cervicale : laissent la glaire filante et donc permet le passage des spermatozoïdes,
- sur l'endomètre : provoquent une hyperplasie.

La progestérone, qui agit sur les mêmes sites :

- réalise un blocage de l'axe hypothalamo-hypophysaire,
- agit sur la glaire, la rend opaque ce qui bloque le passage des spermatozoïdes,
- et sur l'endomètre : atrophie qui est impropre à la nidation.

Plusieurs éléments sont à prendre en compte pour distinguer les différents types de contraceptifs : la dose d'œstrogènes, la nature du progestatif et la dose des hormones réparties au cours du cycle. En fonction du type de progestatif utilisé, on trouve les pilules de première, deuxième ou troisième génération. Pour le professionnel de santé, une précaution concernant les contre-indications s'impose avant toute prescription [2].

En effet, il existe des contre-indications à l'utilisation d'oestroprogestatifs :

- des contre-indications absolues : accident thromboembolique type phlébite, accident vasculaire cérébral ou oculaire, anomalie de l'hémostase (thrombophilie), cardiopathies sévères emboligènes (coronaropathie ou valvulopathie), hypertension artérielle non traitée ou majeure, hyperlipidémie, hépatopathie grave, cancers hormono-dépendants, hémorragies génitales non diagnostiquées, tumeur hypophysaire, anémie à hématies falciformes, épilepsie

(sauf sous Dépakine[®], Dépamide[®]), diabète non insulino-dépendant, otospongiose

- des contre-indications relatives : diabète non insulino-dépendant, obésité, varices, tabac, port de lentilles de contact, intervention chirurgicales nécessitant un alitement plus ou moins prolongé, antécédents familiaux thromboemboliques, dépression, mastopathies bénignes [6, 16].

Les formes orales :

Dans le post-partum, les formes normodosées (50 µg) sont contre-indiquées en raison des risques thromboemboliques qu'elles font courir. Ces risques sont moindres avec les minidosées (30 µg).

Pour les patientes n'allaitant pas et prenant un inhibiteur de la lactation, les oestroprogestatifs peuvent être débutés dès le 21^{ème} jour de post-partum (le lendemain de l'arrêt de la bromocriptine).

Pour celles qui ont choisi de nourrir leur enfant au sein, il n'est pas conseillé de débiter tout de suite une contraception oestroprogestative [16]. Une méta-analyse de la Cochrane Library, n'a pas permis de conclure que les œstrogènes n'affectaient pas la qualité et la quantité de lait. Ce type de contraception, ne touche pas les organes génitaux de l'enfant, ni sa fertilité [21].

Les formes non orales :

- *le patch contraceptif* : c'est un dispositif transdermique mince qui contient un œstrogène (20µg) et un progestatif de troisième génération [16]. Il peut s'appliquer sur la fesse, le haut du torse, l'abdomen ou le haut du bras (seule zone contre indiquée : le sein). Il est mis en place pour une semaine et cela trois semaines sur quatre.

Des études ont montré que l'observance était plus élevée avec le patch qu'avec la contraception orale, et ce à tout âge. Chez la femme qui allaite, ce moyen de contraception doit être débuté six mois après l'accouchement (absence de données sur l'effet du patch et l'allaitement maternel).

- *l'anneau vaginal* : il délivre pendant trois semaines des œstrogènes (15µg) et un progestatif de troisième génération. L'anneau est enlevé au bout de trois semaines et un nouveau est inséré sept jours plus tard [14].

L'efficacité contraceptive est comparable à celle des oestroprogestatifs oraux. Il n'existe pas d'études spécifiques concernant le post-partum, l'OMS émet donc les mêmes précautions que pour le patch [10].

❖ Les progestatifs

Ils sont utilisés en cas de contre-indications aux oestroprogestatifs, ils sont moins bien tolérés cliniquement par rapport aux oestroprogestatifs.

La contraception microdosée orale :

Les progestatifs microdosés ayant une AMM en France sont :

- le désogestrel progestatif de troisième génération à la dose de 75 µg par jour (Cérazette[®])
- le lévonorgestrel progestatif de deuxième génération avec 30 µg par jour (Microval[®]), le seul remboursé par la Sécurité Sociale.
- l'acétate de noréthistérone progestatif de première génération avec 60 µg par jour (Milligynon[®]).

Ce sont des progestatifs de synthèse, à très faible dose.

Pour Microval[®] et Milligynon[®], l'effet contraceptif est obtenu par action périphérique : atrophie de l'endomètre et épaissement de la glaire cervicale. Pour ces progestatifs, il existe une légère augmentation du risque de grossesses extra-utérines car ils inhibent le péristaltisme tubaire sans bloquer l'ovulation. La prise des comprimés est quotidienne, un décalage de trois heures maximum est autorisé, ce qui rend son utilisation contraignante.

Cérazette[®] a une action anti-ovulatoire par effet anti-gonadotrope (95% des utilisatrices) et périphérique. Elle nécessite aussi une prise quotidienne mais avec un décalage ne tolérant pas plus de douze heures.

La tolérance pour ces trois microprogestatifs est moyenne avec un risque de spotting, de syndrome prémenstruel, d'aggravation d'une acné préexistante, de kystes fonctionnels ovariens récidivants. Il est donc indispensable d'informer les patientes de ces éventuels effets secondaires qui peuvent disparaître avec le temps ou persister. Les spotting constituent la première cause d'abandon de ces méthodes contraceptives. Il est pour cette raison fondamental d'informer les femmes de façon adéquate sur cela [14, 22].

Dans le post-partum, la contraception progestative est la méthode de référence, notamment en cas d'allaitement maternel. Cette contraception ne majore pas le risque thromboembolique et ne modifie pas la qualité et la quantité de lait maternel. Elle peut être débutée rapidement après l'accouchement (classiquement le dixième jour du post partum) il faut juste attendre la chute du taux de progestérone permettant l'initiation de la lactogénèse [2, 8, 10].

L'implant sous-cutané :

Il possède le même mode d'action que Cérazette[®]. Il est mis en place pour une durée maximale de trois ans. Sa tolérance clinique est variable selon les femmes.

L'implant peut-être prescrit en post-partum immédiat avec les mêmes recommandations que pour les progestatifs oraux. Cette méthode, prise en charge à 65% par la Sécurité Sociale, est intéressante pour les femmes en situation précaire, peu suivies, risquant de ne pas revenir à la visite post-natale ou celles soumises à des problèmes d'observance. Il pourra alors dans certains cas être posé avant la sortie de la maternité.

Pour les patientes en surpoids (Indice de Masse Corporelle supérieur à 25) sa durée d'efficacité est réduite à deux ans [2].

La contraception macrodosée orale :

Après l'accouchement, elle est contre-indiquée en raison de ses effets vasculaires et métaboliques. Les dérivés pregnanes (Lutényl[®], Lutéran[®]) n'ont pas d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) en contraception. Ils sont cependant utilisés du fait de leurs propriétés antigonadotropes [14].

Les progestatifs injectables:

Un progestatif de synthèse (médroxyprogestérone) est injecté en intramusculaire tous les trois mois. Pendant, douze semaines le produit assure une contraception constante [2, 8].

Le dispositif intra-utérin hormonal Mirena[®] :

La tolérance clinique du DIU hormonal est meilleure comparée à celle du DIU au cuivre. En effet, les troubles du cycle sont moins fréquents mais il existe un risque d'aménorrhée, de spotting ou de métrorragies pendant le temps d'adaptation qui peut durer trois à six mois. Son efficacité contraceptive est proche de 100 % et son taux de continuité est de 81 % à un an [14].

Selon l'HAS, les recommandations sont les mêmes que pour le DIU au cuivre, l'OMS quant à elle recommande d'attendre six semaines avant la pose du Mirena[®] en cas d'allaitement maternel [2, 10].

Le stérilet est principalement perçu comme une méthode de contraception d'arrêt (quand le nombre final d'enfants souhaités est atteint) et non comme une méthode d'espacement des naissances [23].

2.3. Cas particulier : les méthodes de stérilisation

Elles sont à visée contraceptive depuis la loi du 4 juillet 2001. Qu'elles soient masculines ou féminines, les méthodes de stérilisation sont susceptibles, sur simple demande du couple, de la patiente ou sur proposition du médecin, d'apporter une réponse contraceptive appropriée dans certaines situations médicales, sociales ou culturelles particulières. En pratique, il est recommandé de les présenter comme généralement irréversibles. Un délai de quatre mois de réflexion doit être respecté après décision initiale de stérilisation et de recueil du consentement écrit. La signature d'un consentement éclairé est obligatoire. De plus, selon le Code de la santé Publique, une stérilisation ne peut pas être réalisée sur une personne mineure [1].

2.4. La contraception d'urgence

Aussi appelée contraception post-coïtale, elle est plus connue sous le nom de « pilule du lendemain », elle désigne les méthodes qu'une femme peut utiliser pour prévenir la survenue d'une grossesse après un rapport sexuel non protégé.

Il est recommandé que lors de la prescription et de la délivrance d'une contraception, la femme soit préventivement informée des possibilités de rattrapage en cas de rapport non protégé, de leur efficacité et de leurs conditions d'accès. La contraception d'urgence hormonale et le DIU au cuivre sont les deux méthodes de rattrapage utilisables. Dans ce cadre, il convient de noter que :

- le DIU au cuivre est la méthode la plus efficace en cas de rapport non protégé
- la contraception d'urgence hormonale (par progestatif seul : Norlevo[®] ou Ellaone[®]) n'est pas efficace à 100 % et est d'autant plus efficace qu'elle est utilisée plus précocement après le rapport non protégé. L'utilisation opportuniste et répétitive de cette méthode en tant que seule méthode contraceptive est nettement moins efficace qu'une méthode continue. La contraception d'urgence par progestatif seul présente l'avantage par rapport au DIU au cuivre de pouvoir être obtenue sans ordonnance en pharmacie (où elle est anonyme et gratuite pour les mineures qui en font la demande), en centre de planification familiale ou dans les infirmeries scolaires [2].

Suite à la prise d'une contraception d'urgence par progestatif seul, il est recommandé de conseiller à la patiente d'adopter une méthode contraceptive efficace (préservatifs) jusqu'à la fin du cycle en cours, de réaliser un test de grossesse si les règles ne surviennent pas dans les 5 à 7 jours après la date attendue.

Les interruptions volontaires de grossesses, restent encore très élevées et notamment en post-partum. Ce qui montre bien une difficulté des femmes à gérer au quotidien leur contraception. En 2005, seules 11,7 % des femmes (et 7,1 % des hommes) connaissaient le délai d'efficacité de 72 heures de la contraception d'urgence. Un quart ne savait pas qu'une ordonnance était inutile pour se la procurer [23].

En post-partum, lors de l'entretien contraception il est important d'aborder et d'expliquer le mécanisme de la contraception d'urgence, avec la possibilité de faire une ordonnance au cas où, évitant ainsi à la patiente d'avoir à avancer les frais.

2.5. Les habitudes des femmes

Les françaises restent encore classiques dans leur choix de contraception. La pilule reste le moyen de contraception le plus répandu. Le stérilet est le deuxième moyen de contraception le plus utilisé [23].

80,4 % des femmes de l'enquête périnatale de 2010, déclaraient utiliser la pilule avant leur grossesse. 9,1 % utilisaient le préservatif [24, 25].

En post-partum, selon l'enquête FECOND de l'INED de 2010, deux tiers des femmes voulaient une contraception orale à la sortie de la maternité, et un quart un dispositif intra-utérin. Les causes d'arrêt des méthodes progestatives en post-partum sont les effets secondaires [26].

2.6. L'entretien contraception en post-partum

2.6.1. Définition

Un entretien médical est « une situation d'échange conversationnel où un interlocuteur, enquêteur ou clinicien, extrait une information d'un enquêté ou d'un patient ». Il permet d'obtenir à la fois des informations objectives et des informations subjectives.

Cet entretien est à la fois informatif et personnalisé. Informer ne signifie pas prescrire ou contraindre, mais avertir, instruire.

En suites de couches avant la sortie de la maternité, une information et/ou une prescription d'un moyen contraceptif est proposée aux patientes entre J2 et J3.

La mère après l'accouchement est centrée sur le nouveau-né, peu réceptive à cette information car elle envisage mal une reprise immédiate de sa vie sexuelle. Cette réflexion semble cependant indispensable au couple car en fonction du type d'allaitement une ovulation peut survenir rapidement. De plus, cette contraception pourra être réadaptée lors de la visite post-natale [1].

L'entretien dispensé par la Sage-femme lors du séjour en maternité vise à faciliter l'expression de la femme, du couple. Le soignant et soigné doivent être tous les deux disponibles et à l'écoute. La sage-femme ne doit pas avoir un discours stéréotypé mais adapté en fonction de la patiente, de ses antécédents, de l'accouchement et son vécu, de l'état psychologique. Elle doit écouter la demande contraceptive de la femme tout en exerçant ses missions de prévention dans trois domaines essentiels :

- prévention des IST,
- prévention des grossesses non désirées,
- et prévention des facteurs de risques spécifiques à chaque patiente (risque thromboembolique, tabac...) [18].

2.6.2. Recommandations

Informatif, l'entretien prévient la patiente du risque d'une possible ovulation avant le retour de couches. D'où l'importance d'une contraception si elle ne souhaite pas une nouvelle grossesse immédiatement. Il vise à faciliter l'expression personnelle de chaque patiente, il est personnalisé et prend en compte la patiente dans sa globalité [18] :

- Histoire de la patiente
- Contraception antérieure (observance et tolérance)
- Circonstances de survenue de la grossesse (désirée ou non, oubli ou échec de contraception)
- Pathologies de la grossesse, accouchement, suites de couches et allaitement
- Mode de vie (conditions socio-économiques).

L' HAS définit la meilleure contraception comme étant celle que la femme ou le couple choisit de façon libre et éclairée. En effet, le choix de la méthode contraceptive est lié à une meilleure satisfaction et à une meilleure utilisation de la méthode [27].

L'entretien doit être mené avec des outils comme le counseling ou la démarche éducative [11, 28].

❖ Le counseling

Le counseling renvoie à une démarche de conseil et d'accompagnement de la femme favorisant l'expression libre de son choix. D'une part, il repose sur des bases d'empathie envers la patiente, respect de sa sexualité, de ses sentiments, de son attitude et de ses besoins. D'autre part, le professionnel de santé s'engage à conserver le maximum de neutralité concernant les démarches abordées et les informations fournies.

L'OMS préconise de diviser l'entretien en six étapes (BERCER) :

- **Bienvenue** : mise en place d'une relation de confiance et de confidentialité entre le soignant et la consultante. Le professionnel de santé explique les objectifs de la consultation.
- **Entretien** : interactif, c'est le recueil d'informations sur la femme, son état de santé, ses besoins, ses problèmes. Développement d'un diagnostic éducatif avec l'entretien à proprement parler et l'examen clinique de la patiente.
- **Renseignement** : non stéréotypé, le soignant fournit une information hiérarchisée, claire et adaptée aux connaissances de la patiente. Il s'assure ensuite de sa compréhension. Un support écrit peut être utilisé en complément de l'information orale.
- **Choix** : la décision finale appartient à la patiente seule. Le soignant peut cependant l'aider dans son choix en énonçant les bénéfices et risques de chaque méthode.
- **Explication** : informations sur la méthode choisie et sur son emploi, les possibilités de rattrapage en cas d'oubli, ou que faire en cas d'évènement indésirable.
- **Retour** : consultation de suivi afin de réévaluer la méthode et de vérifier qu'elle est toujours adaptée à la personne, qu'elle en est satisfaite. Peuvent être abordés des points non évoqués lors des consultations précédentes. Enfin, l'entretien se termine par la programmation et la planification de la consultation suivante [2, 14, 27].

❖ La démarche éducative

Elle renvoie quant à elle à une démarche de partenariat pédagogique, centrée sur la personne, et qui vise à promouvoir sa santé tout en la rendant autonome dans sa prise

en charge. Cette démarche n'est pas stéréotypée mais individualisée sur ce que la personne est. Au cours de cet entretien contraception, le professionnel de santé expliquera les différentes méthodes contraceptives que la femme peut choisir [14].

2.6.3. La pratique

La réalisation de l'entretien en suites de naissances, n'est pas toujours aisée et adaptée. En effet, entre la charge de travail des sages-femmes dans les maternités et la disponibilité des patientes le moment optimal reste parfois difficile à trouver [8]. Souvent, ce temps regroupe également les conseils de puériculture et de retour à domicile. Avec les sorties précoces, cet entretien a lieu relativement tôt après l'accouchement ce qui laisse peu de temps de réflexion aux femmes.

Des études ont montré que les supports écrits aident les femmes dans leur décision [29]. Et d'autres insistent sur l'intérêt d'un confident, d'une personne et non seulement d'une vidéo [30].

2.7. La visite post-natale

2.7.1. Définition

La Visite Post-Natale (VPN) est une consultation ayant lieu dans les six à huit semaines qui suivent l'accouchement. Elle a pour objectifs de s'assurer du retour à la physiologie de la région périnéale, d'adapter si besoin la contraception, d'évaluer la relation mère-enfant et de répondre aux éventuelles interrogations de la patiente. Il sera ensuite effectué un examen médical complet. C'est aussi le moment de s'assurer de l'état de l'enfant (présent ou non), de son évolution.

2.7.2. Contexte légal

Si la grossesse et l'accouchement ont été eutociques, l'article 101 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique permet aux sages-femmes de réaliser l'examen postnatal. Depuis cette loi, « les sages-femmes sont habilitées à prescrire une contraception hormonale, dans les suites de couches, lors de l'examen postnatal et après une interruption volontaire de grossesse » [31]. Ainsi pour effectuer cette consultation postnatale, la sage-femme doit s'assurer du caractère normal de la grossesse et de l'accouchement. Le réseau sentinelle AUDIPOG propose une définition du "bas risque" applicable à postériori : *les primipares majeures moins de 35ans, sans*

antécédents médicaux ou gynécologiques nécessitant un suivi particulier, n'ayant pas présenté de pathologie particulière pendant la grossesse, avec un fœtus en présentation céphalique et les multipares présentant les mêmes caractéristiques et n'ayant pas d'antécédents néonataux particuliers, ni d'utérus cicatriciel [32].

C'est l'occasion de dépister et prévenir les femmes et/ou enfants dans une situation vulnérable.

2.8. Aspect législatif : Droit de prescription des sages-femmes

La prescription médicamenteuse des sages-femmes est strictement encadrée par le code de la santé publique.

Avec les nouvelles dispositions réglementaires, les sages-femmes ont vu leurs compétences s'élargir. La liste concernant leurs droits de prescription est plus grande et elles sont confrontées à de nouvelles responsabilités, en gynécologie notamment [1].

La loi HPST a en effet étendu le droit de prescription des sages-femmes en matière de contraception. Toutes les sages-femmes et étudiants doivent être informées des dispositions légales figurant dans la loi du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique. Les dispositions réglementaires du Code de la Santé Publique, intitulé « Professions de santé » annexées au décret 2004 802 du 28 juillet 2004 stipulent :

Article L. 4151-4 « Les Sages-femmes peuvent prescrire les examens strictement nécessaire à l'exercice de leur profession. Elles peuvent également prescrire les médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé [...]. » [31].

Selon l'arrêté du 4 février 2013, les sages-femmes peuvent prescrire en primo-prescription, la contraception sous toutes ses formes et voies d'administration. Elles peuvent désormais assurer le suivi et la surveillance biologique après la prescription d'un oestroprogestatif [33].

L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin ou une sage-femme. Elle est faite soit au lieu d'exercice du praticien, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé.

Les sages-femmes sont autorisées à prescrire à leurs patientes et aux nouveau-nés: les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession, les médicaments d'une classe thérapeutique et les dispositifs intra-utérins, les dispositifs médicaux figurant sur la liste fixée par arrêté du 4 février 2013.

Aussi, les sages-femmes peuvent désormais réaliser des consultations de contraception, de suivi gynécologique et de prévention chez les femmes en bonne santé. Cela permet un suivi global de la femme pendant toute sa vie génitale.

Ces nouvelles compétences s'inscrivent dans un but de meilleur suivi et de maîtrise de la fécondité en France. L'objectif étant de réduire le nombre de grossesses non désirées, et donc d'interruptions volontaires de grossesses.

Aussi, le développement pour les sages-femmes de compétences gynécologiques, a pour objectif un suivi global de la femme pendant toute sa vie génitale.

Il est donc primordial pour la sage-femme en post-partum, d'informer les patientes sur les différents moyens de contraception qui sont à leur disposition, adaptés à chacune, et ce pendant la grossesse, le post-partum et lors de la visite post-natale [33].

3. Les enquêtes de satisfaction

3.1. Définition

La satisfaction du patient est une composante de la définition de l'évaluation de la qualité des soins selon l'OMS. « L'évaluation de la qualité des soins est une démarche qui permet de garantir à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en termes de santé conformément à l'état actuel de la science médicale au meilleur coût pour le meilleur résultat au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins(...) » [34].

La mesure de la satisfaction des patients permet de connaître l'opinion des patients sur les différentes composantes humaines, techniques et logistiques, de leur prise en charge.

3.2. Méthodes d'évaluation

La mesure de la satisfaction des usagers s'inscrit dans le contexte global de respect de la place du patient dans l'organisation du système de santé, qui traduit notamment l'évolution réglementaire, en particulier l'ordonnance du 24 avril 1996 et la loi du 4 mars 2002. Cette mesure s'appuie sur de multiples moyens, les plaintes, les questionnaires, les enquêtes spécifiques ou générales [27, 33].

Après avoir fait le point sur les connaissances et les recommandations actuelles, nous allons développer les objectifs afin de répondre à notre question de recherche.

MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Une étude observationnelle transversale descriptive a été réalisée.

2. Objectifs et critères de jugement

2.1. Objectif principal

Mesurer la satisfaction des patientes nouvelles accouchées concernant l'information reçue sur la contraception du post-partum.

Critère de jugement : taux de satisfaction des patientes sur l'information contraception reçue (note sur dix, seuil de satisfaction fixé à sept).

2.2. Objectif secondaire

Déterminer les facteurs influençant la satisfaction des patientes sur l'entretien contraception.

Critère de jugement composite regroupant les déterminants qui influencent ce taux de satisfaction (voie d'accouchement, la façon de mener l'entretien contraception, les thèmes abordés, la prise en compte du choix de la patiente...).

3. Population sélectionnée

Les patientes incluses dans notre étude, sont

- Les patientes ayant accouché au CHU Estaing ou au Pôle femme-enfant de Vichy,
- Les patientes présentant une grossesse singleton ou multiple.

Les critères d'exclusions sont,

- Les patientes refusant l'étude,
- Les patientes ne parlant pas et/ou ne comprenant pas le français

- Les pathologies maternelles ou fœtales graves,
- Les patientes ligaturées,
- Les patientes dont le nouveau-né était hospitalisé en réanimation pédiatrique,
- Les couples ayant eu recours aux services d'Aide Médicale à la Procréation,
- Les questionnaires non ou mal remplis.

4. Particularités éthiques

Cette étude a été réalisée dans les règles éthiques exigées à savoir l'anonymat des patientes ayant participé.

Les chefs de pôles et les cadres des services ont été contactés afin d'obtenir leur autorisation. Les patientes ont été informées de l'étude lors de la proposition de participation.

5. Méthode

5.1. Méthode d'investigation

Pour mener à bien notre étude nous avons utilisé un questionnaire auto-administré. Il comprenait 32 questions fermées et une question ouverte. Une phase de pré-test a été effectuée afin d'adapter le questionnaire.

Les questionnaires ont été distribués au CHU Estaing et au Pôle Femme-Enfant de Vichy entre le 20 octobre et le 29 novembre 2012, au troisième jour de suites de couches.

5.2. Méthode d'analyse

Les données ont été saisies puis analysées avec Microsoft Excel version 2007 et à l'aide du logiciel R version i 386 2.15.2.

Pour établir des liens entre les variables, nous avons utilisé les tests de Student, du Khi_2 (si et seulement si les effectifs sont supérieurs à 5, sinon utilisation du test exact de Fisher). Pour ces tests, la valeur de « p » permet de dire si l'influence d'une variable sur l'autre est statistiquement significative :

- $p < 0,05$, alors le lien entre les deux variables est statistiquement significatif.
- $p > 0,05$, pas de lien statistiquement significatif.

L'ensemble des représentations graphiques a été réalisé grâce au logiciel Microsoft Excel version 2010.

5.3. Variables recueillies

Pour le questionnaire (*annexe 1*) :

- *Critères généraux d'identification* : année de naissance, niveau d'études, profession, conduites addictives, parité.
- *Critères de la grossesse actuelle* : souhaitée ou non, suivi régulier et par quel professionnel de santé, grossesse simple ou pathologique, terme, mode d'accouchement, note sur la satisfaction de la prise en charge, alimentation du bébé, satisfaction du séjour en maternité.
- *Critères de choix de la contraception* : contraception antérieure à la grossesse, abord de la contraception pendant la grossesse, professionnel de santé ayant effectué l'entretien contraception, sa durée et ses modalités (questions posées, supports écrits, informations claires), thèmes abordés lors de cet entretien, contraception choisie et note de cet entretien.

RESULTATS ET ANALYSE

Sur 200 questionnaires distribués (150 au CHU Estaing et 50 au Pôle Femme-Enfant de Vichy), le taux de retour a été de 88,5 % (n = 177). Sur les questionnaires récupérés, 11 ont dû être exclus, ils étaient soit incomplets, soit mal remplis. Soit un taux de questionnaires exploitables à 83 % (n = 166).

1. Présentation de la population

La moyenne d'âge de notre population était de 29,8 ans (17 – 43).

Tableau I : Aspects socio-économiques de la population

	Effectifs (n = 166)	%
<i>Niveau d'étude</i>		
Sans diplôme	10	6,0
CAP/BEP	31	18,7
Baccalauréat	27	16,3
Enseignement supérieur	96	57,8
Autre	2	1,2
<i>Profession</i>		
Agriculteur / Exploitant	2	1,2
Artisan / Commerçant / Chef d'entreprise	5	3,0
Cadre / Profession intellectuelle supérieure	31	18,7
Profession intermédiaire	20	12,1
Employé	68	41,0
Sans activité professionnelle	40	24,0
<i>Addictions pendant la grossesse</i>		
Tabac	36	21,7
Alcool	10	6,0
Drogue	0	0,0

57,8 % de la population étudiée avait un niveau d'études supérieur au baccalauréat.
21,7 % des femmes ont consommé du tabac pendant leur grossesse.

2. Grossesse et accouchement

2.1. Généralités

Tableau II : Grossesse et accouchement.

	Effectifs (n = 166)	%
<i>Parité</i>		
Primipare	88	53,0
Multipare	78	47,0
<i>Grossesse</i>		
Souhaitée	146	88,0
Inopinée	20	12,0
Physiologique	114	68,7
<i>Suivi de la grossesse</i>		
Pas de suivi	1	0,6
Sage-Femme	11	6,6
Gynécologue	46	27,7
Médecin généraliste	1	0,6
Sage-Femme + Gynécologue	89	53,7
Sage-Femme + Gynécologue + Médecin généraliste	17	10,2
Gynécologue + Médecin généraliste	1	0,6
<i>Accouchement</i>		
Déclenché	39	23,5
Voie basse	103	62,0
Extraction instrumentale	22	13,3
Césarienne en urgence	29	17,5
Césarienne programmée	12	7,2

La grossesse était physiologique pour 68,7 % (n = 114) des patientes et pathologique pour 31,3 % (n = 52) des patientes.

70 % des patientes ont accouché par voie basse avec ou sans aide instrumentale. L'allaitement maternel a été choisi par 48,8 % des patientes (n = 80), 42,2 % des

patientes ont opté pour l'allaitement artificiel (n = 72) et 9 % ont choisi un allaitement mixte (n = 15).

2.2. Evaluation de la prise en charge du travail et de l'accouchement

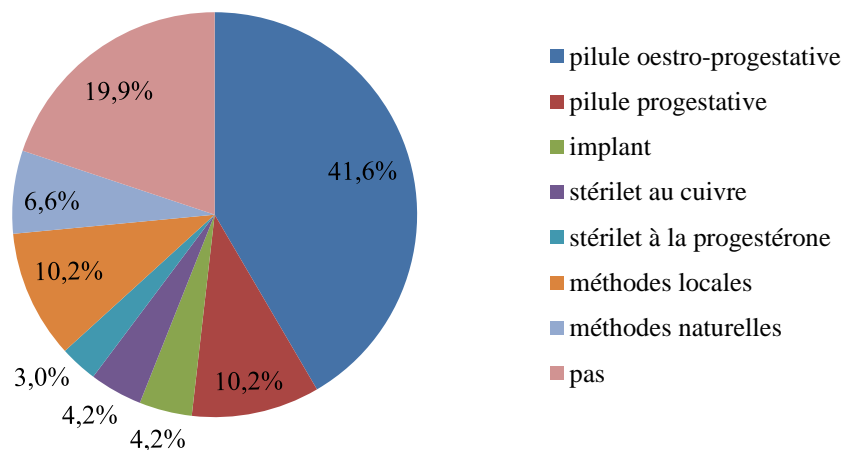
La note moyenne des patientes concernant la prise en charge de leur travail et de leur accouchement est de 8,6 sur 10 (1 – 10). Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée entre le mode d'accouchement (voie basse, extraction instrumentale ou césarienne) et la satisfaction de la prise en charge (p = 0,55).

A la question, *Selon vous comment qualifieriez-vous votre séjour en maternité (soins et conseils qui ont pu vous être donnés pour vous et votre bébé) ?* 62,7 % des patientes ont répondu être « très satisfaites » de leur prise en charge. Aucune patiente n'a décrit une forte insatisfaction durant son séjour..

3. Contraception

3.1. Avant la grossesse

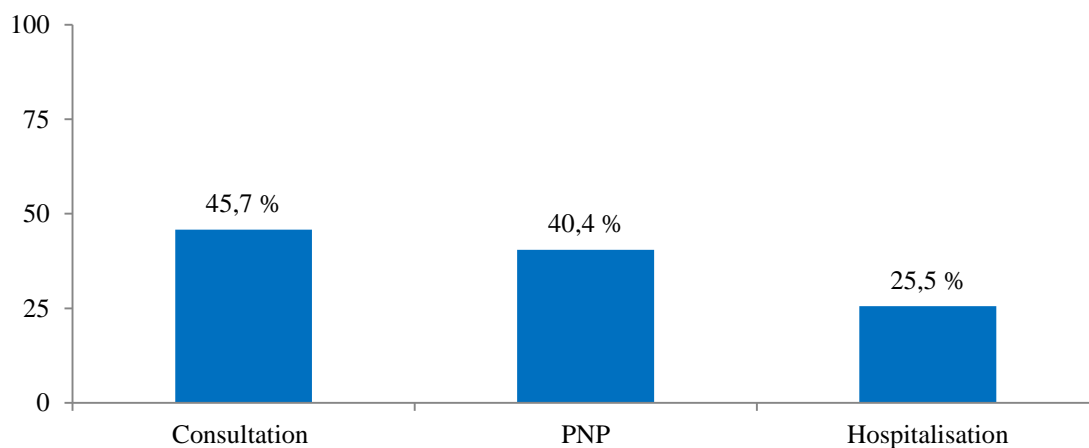
Figure 1 : Contraception avant la grossesse actuelle



41,6 % des femmes, prenaient une contraception oestroprogestative avant la grossesse. 5,4 % d'entre elles consommaient du tabac et avaient une contraception contenant des œstrogènes.

3.2. Pendant la grossesse

Figure 2 : A quel moment est abordée la contraception du post-partum pendant la grossesse ?



Pour 56,6 % des patientes, la contraception après l'accouchement a été abordée soit à l'initiative du professionnel de santé (51,8 %), soit à leur propre initiative (4,8%) pendant la grossesse. 45,7 % des patientes interrogées ont bénéficié d'une information lors d'une consultation prénatale et 40,4 % pendant un cours de préparation à la naissance et à la parentalité.

3.3. L'entretien contraception en post-partum

3.3.1. Déroulement

Tableau III : Professionnel de santé effectuant l'entretien contraception en maternité.

	Effectifs (n = 166)	%
Sage-Femme	107	64,5
Etudiant(e) sage-femme	49	29,5
Gynécologue-Obstétricien	2	1,2
Interne	1	0,6
Ne connaît pas le statut	7	4,2

94 % des entretiens sont effectués par les sages-femmes ou les étudiants sages-femmes.

3.3.2. Durée

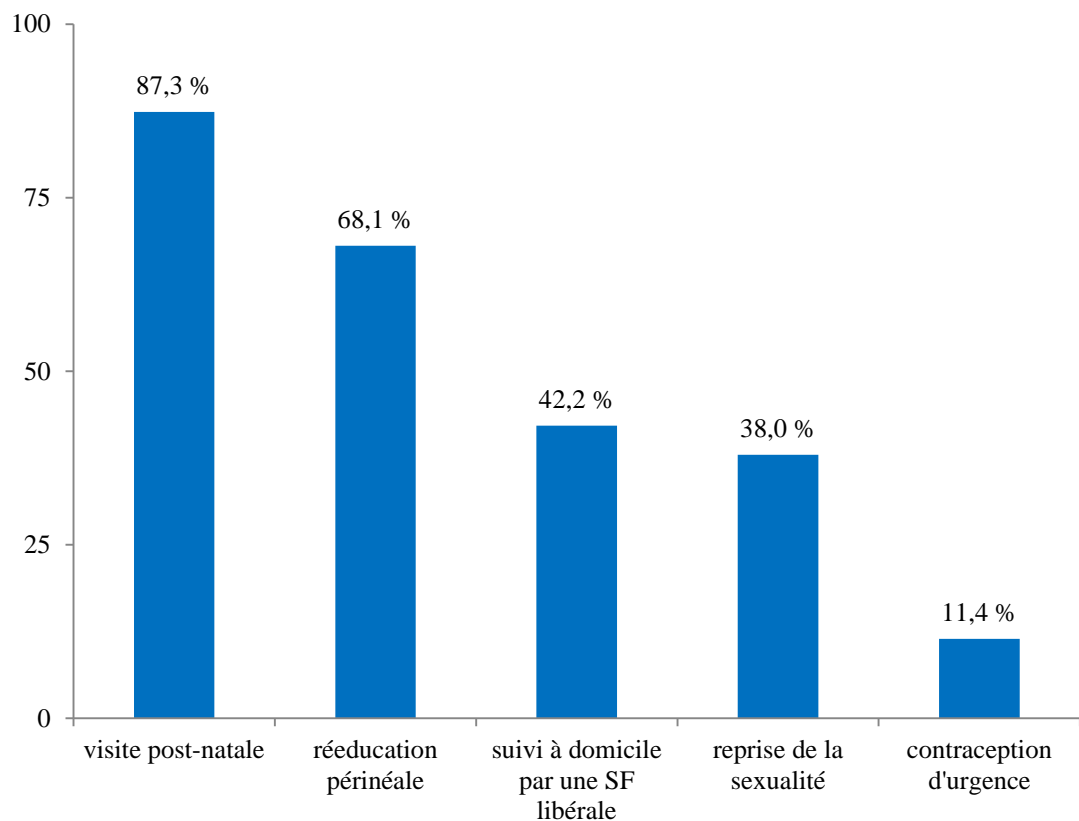
La durée moyenne de l'entretien contraceptif en suites de couches a été estimée, par les patientes, à 11 minutes, allant de 2 à 45 minutes.

3.3.3. Supports écrits

4,8 % des patientes (n=8) ont bénéficié de supports écrits (plaquettes d'information) pour étayer l'entretien.

3.3.4. Thèmes abordés

Figure 3 : Thèmes abordés lors de l'entretien contraceptif.



11,4 % des patientes ont déclaré avoir reçu une information sur la contraception d'urgence au cours de l'entretien. 38 % des entretiens évoquaient la sexualité.

Dans 87,3 % les thèmes abordés concernaient la visite post-natale, suivie par la rééducation périnéale (68,1%).

3.3.5. Opinion des femmes

Tableau IV : le point de vue des femmes.

	Effectifs (n = 166)	%
<i>Le couple</i>		
Sentiment de disponibilité	156	94,0
Implication du mari	113	68,1
<i>Le professionnel effectuant l'entretien</i>		
Interroge sur le mode de vie, les antécédents	140	84,3
Donne des informations claires et compréhensibles	162	97,6
Répond aux questions posées par la patiente	159	95,8
Donne des précisions sur la méthode choisie	100	60,2
<i>Critères de choix de la méthode</i>		
Aspect pratique	75	45,2
Fiabilité	70	42,2
Allaitement maternel	51	30,7
<i>Sentiment de participation au choix</i>	159	95,8

Concernant le déroulement de l'entretien, 94 % des patientes se sont senties disponibles et réceptives (n=156), alors que 6 % (n = 10) disent ne pas l'avoir été. Lorsqu'elles ne l'étaient pas, la raison principale évoquée était la fatigue.

Dans 86,7 % (n = 140) des cas, les patientes avaient le sentiment que le professionnel avait pris le temps d'évoquer avec elles leurs antécédents et leur mode de vie afin de leur conseiller la contraception qui leur conviendrait le mieux.

Dans 60,2 % des entretiens, une fois la méthode choisie, elle a été expliquée précisément à la patiente.

Préalablement au choix de la méthode contraceptive, 68,1 % des patientes (n = 113) avaient discuté du sujet avec leur conjoint. 1,8 % n'étaient pas concernées par cet item (n = 4).

4,9 % des patientes allaitant, déclarent avoir bénéficié d'une contraception oestroprogestative. 10 patientes sont sorties de la maternité sans contraception.

3.3.6. Satisfaction globale par rapport à l'entretien

❖ Note

Les patientes évaluent leur satisfaction autour de l'entretien contraceptif, à 7,8 sur une échelle de 0 à 10. 94 % des patientes, ont donné une note supérieure ou égale à la moyenne (5 sur 10) à cet entretien

❖ Facteurs influençant cette note

Les déterminants semblant influencer le degré de satisfaction donné par les patientes ont été étudiés. Il s'agit des suivants :

Tableau V : Les déterminants.

<i>Ce qui n'influence pas:</i>	<i>Valeur p</i>
Durée de l'entretien	p > 0,05
Qualification du professionnel effectuant l'entretien	p > 0,05
Informations données claires et compréhensibles	p > 0,05
<i>Ce qui influence:</i>	
Questions du professionnel sur le mode de vie, les ATCD	p < 0,05
Explications sur la méthode choisie	p < 0,05
Sentiment de participation de la patiente au choix de sa contraception	p < 0,05

Un test de Student a été réalisé afin de comparer la satisfaction aux réponses données par les patientes.

Lorsque les antécédents de la femme et son mode de vie sont évoqués avec le professionnel de santé, les patientes sont plus satisfaites et cette différence est statistiquement significative (p < 0,05).

Pour 97,6 % (n = 162) d'entre elles, les informations fournies ont été compréhensibles. Il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre le fait que, selon la patiente, les informations n'étaient pas claires et la satisfaction.

4,2 % des patientes (n = 7) ont eu le sentiment de ne pas participer au choix de leur contraception. Le fait que la patiente ait eu le sentiment de participer au choix de sa contraception, influence sa satisfaction concernant l'entretien. Cette différence est statistiquement significative (p < 0,05).

L'explication donnée par le professionnel de santé sur le moyen de contraception choisi (sa présentation, ses effets secondaires, que faire en cas d'oubli ...) influence positivement la satisfaction et cette différence est statistiquement significative ($p < 0,05$).

❖ La contraception choisie à la sortie de la maternité

Tableau VI : Contraception à la sortie de la maternité.

	Effectifs (n = 166)	%
Progestatifs	68	41,0
Oestroprogestatifs	24	14,5
Implant	10	6,0
Stérilet à la progestérone	5	3,0
Stérilet au cuivre	12	7,2
Méthodes locales	31	18,7
Méthodes naturelles	6	3,6
Absence de contraception	10	6,0

Il a été prescrit à 41 % des patientes une pilule microprogestative, type Cérazette® ou Microval®, à débiter au dixième jour après l'accouchement.

Pour les patientes prenant une contraception oestroprogestative, elles devaient la débiter le 21^{ème} jour après l'accouchement.

Les patientes souhaitant utiliser des méthodes locales, naturelles ou pas de méthode contraceptive ont été informées du risque de survenue d'une grossesse rapidement, du fait du retour de couches et d'une ovulation possible dès le 25^{ème} jour en l'absence d'allaitement maternel.

Les patientes ayant opté pour une méthode sur plus long terme (stérilet ou implant), la pose était prévue lors de la visite post-natale, sauf pour une patiente à qui il devait être posé en suites de couches (peur qu'elle ne revienne pas à la VPN).

Tableau VII : Méthode proposée en fonction de l'allaitement.

Contraception	AM % (n = 81)	AA % (n = 70)	Allaitement mixte % (n = 15)
Pilule oestroprogestative	4,9 (4)	30,0 (21)	6,7 (1)
Pilule progestative	53,1 (43)	25,7 (18)	33,3 (5)
Implant	3,7 (3)	7,1 (5)	13,3 (2)
Stérilet au cuivre	4,9 (4)	10,0 (7)	6,7 (1)
Stérilet à la progestérone	1,2 (1)	2,9 (2)	13,3 (2)
Méthodes locales	22,2 (18)	15,7 (11)	13,3 (2)
Méthodes naturelles	3,7 (3)	2,9 (2)	6,7 (1)
Pas de contraception	6,2 (5)	5,7 (4)	6,7 (1)

5 patientes ont répondu avoir eu une pilule oestroprogestative avec l'allaitement maternel.

DISCUSSION

1. Les limites de l'étude

1.1. Forces

Le fort taux de réponses (88,5 %) et nombre de questionnaires exploitables nous ont permis d'obtenir des résultats significatifs. Le caractère anonyme de l'étude a permis aux patientes de répondre sereinement même aux questions d'ordre intime.

1.2. Faiblesses

- *Biais de recrutement* : les patientes ne parlant pas le français ont été exclues mais elles constituent un groupe à risque d'une mauvaise utilisation de la contraception en raison d'une mauvaise compréhension des informations données [35].
- *Biais de sélection* : seules les patientes volontaires ont rempli le questionnaire et dans deux centres de la région seulement. Nous aurions pu pour augmenter la puissance de l'étude, en élargissant à tout le réseau périnatal d'Auvergne (RSPA) par exemple.
- *Biais de suivi ou d'information* : les patientes interrogées n'ont pas été suivies par les mêmes professionnels de santé et dans les mêmes centres hospitaliers. Ainsi, il est difficile de connaître exactement les informations reçues pendant la grossesse.
- *Biais de mémorisation* : les questions posées faisaient appel à des notions passées. Il est possible que les patientes ne se soient pas souvenues de certains sujets abordés.

Dans un souci de limiter les patientes perdues de vue, les questionnaires ont été distribués pendant le séjour en post-partum, vers le troisième jour. Or, il aurait pu être intéressant de connaître leur point de vue à distance, afin d'évaluer de façon optimale la contraception.

Le manque de puissance doit aussi être pris en compte et vient nuancer les résultats malgré un fort taux de participation.

2. Représentativité de la population par rapport à la population générale

Les caractéristiques de notre population d'étude ont été comparées aux caractéristiques générales de la population retrouvées dans l'enquête périnatale de 2010 [24, 25].

2.1. Age

La moyenne d'âge de notre population était de 29,8 ans (17-43), comparable à celle de la population de référence de l'enquête périnatale qui était de 29,9 ans.

La population étudiée était jeune, ce qui sous-entend qu'elle doit être informée et au courant des moyens de contraception qui s'offrent à elle. Les femmes étaient pour la plupart en couple, et avaient donc à priori une activité sexuelle pouvant être reprise rapidement. La possibilité d'une ovulation rapide doit être une notion donnée aux patientes pour prévenir le risque de grossesse non désirée, ce qui appuie l'importance de la contraception du post-partum.

2.2. Niveau d'études

Dans notre échantillon 57,8 % des patientes avaient un niveau d'études supérieur au baccalauréat contre 51,8 % dans la population de l'enquête périnatale. 6 % des patientes interrogées ont répondu ne pas avoir de diplôme.

Le pourcentage de patientes ayant un haut niveau d'études, laissait croire à une bonne compréhension des informations.

2.3. Addictions

21,7 % des patientes interrogées fumaient avant et pendant leur grossesse, contre 17,1 % dans l'enquête périnatale de 2010.

6 % d'entre elles ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours de la grossesse. Bien que la quantité d'alcool ingérée n'ait pas été précisée, ce pourcentage semble important au regard de la politique actuelle du « risque zéro ».

En connaissance de causes des effets du tabac et de l'alcool sur le risque malformatif et sur le développement fœtal, jusqu'où doit aller la démarche du professionnel de santé afin d'inciter la patiente à consulter ?

Les prescriptions de traitements de substitutions nicotiques sont possibles chez les femmes enceintes (patchs 16 heures pour éviter l'accumulation de la nicotine dans le liquide amniotique) et sont remboursés par la sécurité sociale à hauteur de 150 € par an [36].

2.4. Grossesse

53 % des patientes interrogées étaient des primipares, contre 43,4 % dans l'enquête périnatale de 2010.

Pour 12 % des femmes, la grossesse était survenue de façon inopinée (soit par absence de contraception, soit pas échec de la méthode). Les femmes interrogées lors de l'enquête périnatale, évoquaient un souhait de grossesse dans 75,5 % des cas.

64,4% des patientes, ont eu un suivi pluridisciplinaire (gynécologue, sage-femme et médecin généraliste). Les recommandations de l'HAS énoncent, afin d'assurer la continuité de la prise en charge, qu'il est préférable que le suivi des femmes soit assuré par un groupe restreint de professionnels, et idéalement par une même personne. Il est nécessaire de souligner l'importance de la coordination et de la collaboration entre les professionnels de santé afin de ne pas multiplier les intervenants, les consultations ou les examens. Le dossier médical permet, entre autres, ce relais [37].

Une enquête de 2008 réalisée par la DRESS avait mis en évidence le fait que les usagères des maternités étaient globalement satisfaites de leur suivi de grossesse [38].

2.5. Accouchement

2.5.1. Mode d'accouchement

4,8 % des accouchements étaient prématurés (< 37 SA) dans la population interrogée, contre 7,4 % dans l'enquête périnatale. Cette différence de pourcentage peut s'expliquer par les critères d'exclusion (nouveau-né hospitalisée en réanimation).

Les taux de césarienne (programmées ou en urgence), sont légèrement supérieurs dans l'enquête nationale périnatale pour ce qui concerne notre période d'étude.

2.5.2. Satisfaction lors du travail d'accouchement

La moyenne de la satisfaction est de 8,6 /10. Les patientes sont globalement satisfaites de l'accompagnement dont elles ont bénéficié lors de leur accouchement.

Il n'est pas retrouvé de différence statistiquement significative entre le mode d'accouchement et la satisfaction de la prise en charge ($p > 0,05$).

2.6. Séjour et allaitement

2.6.1. Satisfaction globale du séjour

62,7 % des patientes ont répondu être « très satisfaites » de leur séjour en maternité. Dans l'enquête de 2008 de la DRESS sur la satisfaction des usagères des maternités, 20 % étaient mécontentes de leur séjour en suites de naissances, des conseils et accompagnements proposés [38].

2.6.2. Allaitement

48,8 % des femmes de notre enquête ont choisi d'allaiter leur enfant contre 60,2 % dans la population générale.

3. La satisfaction des patientes sur l'information reçue

3.1. Le moment de l'information

3.1.1. Avant la grossesse

Concernant les méthodes contraceptives antérieures à la grossesse, 91,7 % prenaient un moyen de contraception dans l'enquête périnatale, contre 80,1 % dans notre population. Nous pouvons nous demander si la formulation de la question dans notre questionnaire était claire : « *Avant cette grossesse, quels moyens contraceptifs utilisiez-vous ?* ».

61,5 % prenaient une pilule comme moyen contraceptif. Contre 80,4 % dans l'enquête périnatale de 2010.

10,2 % des couples interrogés utilisaient des moyens locaux (regroupant entre autres, le préservatif). 9,1 % de couples utilisant le préservatif dans l'enquête périnatale.

3.1.2. Pendant la grossesse

L'HAS recommande d'aborder la contraception après l'accouchement dès la période prénatale [2, 27].

L'étude de Glasier a montré que pour délivrer une information de qualité et efficace sur la contraception, il fallait que celle-ci soit répétée [28]. Cela permet de retrouver des femmes en post-partum déjà sensibilisées. Or, dans notre étude, pour seulement 56,6 % d'entre elles, le thème de la contraception a été évoqué et pour 4,8 % à leur propre initiative.

Les cours de Préparation à la Naissance et la Parentalité sembleraient pourtant être un lieu d'échange propice aux questions générales (quand débiter, risque d'une nouvelle grossesse ...). Ou lors de l'entretien prénatal précoce qui s'effectue seule ou en couple, avec un professionnel de santé (majoritairement la sage-femme) et de façon individuelle. Il donne différentes informations à la femme et au couple. Cette séance permet d'identifier les besoins des couples et de lever certaines appréhensions [39].

3.1.3. Dans le post-partum : l'entretien contraception

Le séjour en suites de couches reste à l'heure actuelle, le moment où est le plus souvent abordée la contraception. Cet entretien a lieu vers le troisième jour, jour de la lactation et du « baby-blues » ... Est-ce le bon moment ?

❖ La durée

Le temps moyen de l'entretien dans nos questionnaires a été estimé à 11 minutes. D'après les recommandations, un entretien complet devrait durer vingt minutes [27].

❖ Le professionnel de santé effectuant l'entretien

L'information en suites de naissances est délivrée à 94 % par une sage-femme ou un(e) étudiant(e) sage-femme.

La sage-femme a donc un rôle primordial dans l'accompagnement de la femme et du couple à ce moment-là. Il est donc important que ces dernières soient spécialement formées. Et ce en formation initiale et en Développement Professionnel Continu (DPC) afin d'actualiser leurs connaissances en fonction des nouvelles recommandations, des nouvelles dispositions réglementaires et des nouvelles méthodes contraceptives. Se pose le problème du temps insuffisant consacré aux formations et du financement de celles-ci [21].

❖ Les thèmes abordés

L'entretien doit être mené selon un code plus ou moins défini : *le counseling et la démarche éducative*.

La méthode BERCER a été reconnue et doit être utilisée comme trame à tout entretien [18, 27, 28].

Lorsqu'est évoquée l'histoire de la patiente, ses antécédents, si la grossesse résulte d'un échec de contraception, il peut apparaître judicieux, de proposer une autre méthode.

Dans le contenu de l'entretien, il est recommandé d'aborder la reprise des rapports sexuels, avec les difficultés possibles dues à l'accouchement, afin de permettre au couple de mieux les appréhender. Ce sujet reste encore tabou dans certains couples, avec seulement 38 % dans nos questionnaires.

Les différents types de contraception pouvant convenir à la patiente et au couple sont abordés en tenant compte de leurs habitudes, leurs contraintes et des contre-indications pouvant exister ... La contraception orale (oestroprogestative et progestative) est celle qui est la plus fréquemment prescrite (56,1 % dans notre population à la sortie de la maternité). Il aurait pu être pertinent de demander dans le questionnaire à chaque patiente spécifiquement quels moyens de contraception étaient évoqués dans l'entretien. 4 patientes auraient eu comme contraception des oestroprogestatifs alors qu'elles allaitaient. L'OMS émet encore actuellement des réserves sur l'effet des œstrogènes sur le lait [14]. Cependant, il s'agit d'une enquête déclarative et les patientes peuvent se tromper sur le contraceptif réellement prescrit.

Le thème de la contraception d'urgence doit être abordé. En pratique, il l'est trop peu, 11,4 % dans notre étude. Les recommandations insistent sur le fait que lors de la prescription et de la délivrance d'une contraception, la femme soit préventivement informée des possibilités de rattrapage en cas de rapport non protégé, de leur efficacité et de leurs conditions d'accès. Il est également suggéré la possibilité de délivrer à la femme une ordonnance d'une méthode de rattrapage [2].

La sage-femme doit évoquer avec la femme, la visite post-natale en expliquant ses objectifs et en précisant que la contraception pourra être réévaluée à ce moment-là si certaines données ont changé (allaitement ...). C'est aussi lors de cette consultation que sera évaluée la tonicité périnéale de la femme et prescrite la rééducation du périnée. 33 % des femmes interrogées dans l'enquête de la DRESS « la satisfaction des usagères des maternités » déplorent ne pas avoir été informées sur la rééducation du périnée, elles sont 31,9 % dans notre étude. Ces résultats sont sensiblement identiques. La femme doit être informée de la nécessité de ces séances dans la prévention à long terme des troubles périnéo-sphinctériens [38].

Depuis peu, un dispositif a été mis en place par l'Assurance Maladie d'Auvergne. Il s'agit du PRADO (Programme de Retour à Domicile). Ce programme prévoit la visite d'une sage-femme après le retour à domicile [40]. Il est retrouvé que 64 % des établissements ne prévoient les visites à domicile par les sages-femmes libérales ou de la PMI que pour un nombre très restreint de femmes [24]. Or, ces moments d'échanges, plus intimes, pourraient permettre d'aborder la contraception, la sexualité ... Un peu plus à distance de l'accouchement et de retour à domicile, la femme pourrait être plus disponible et réceptive aux informations données.

4. Le score de satisfaction

Dans le questionnaire, les femmes devaient évaluer sur une échelle allant de 0 à 10, la satisfaction de l'entretien qu'elles avaient reçu.

Pour 94 % des patientes, la note donnée à l'entretien contraceptif était supérieure ou égale à 5 / 10 (5 étant notre seuil de satisfaction). Dans une étude de Fanello, sur la

satisfaction de l'entretien, 75,4 % des patientes avaient jugé l'information satisfaisante [18].

5. Les facteurs influençant la satisfaction

5.1. Le sentiment de disponibilité de la femme

Comme nous avons pu le lire dans les recommandations, une relation de confiance, d'écoute active et d'empathie doit s'installer. Le professionnel de santé, comme la patiente doivent être disponibles pour discuter et trouver ensemble un moment propice à l'échange [14]. Chose peu aisée du fait de la surcharge de travail des personnels soignants et des préoccupations de la nouvelle maman.

En effet, le sentiment de disponibilité de la femme influence de façon significative son évaluation de la satisfaction de cet entretien.

6 % des femmes interrogées ne se sont pas senties disponibles et donc moins réceptives. Une patiente disponible ne retiendra que mieux les informations données et sera plus à même de les appliquer.

5.2. Le fait d'évoquer les antécédents de la patiente

La prescription d'une contraception correspond à la délivrance d'un produit médical nécessitant des informations relevant parfois aussi de l'intimité. Elle confronte les antécédents familiaux et personnels de la femme, et sa vie intime de couple. Est soulignée ici la notion du secret médical (voisine de chambre, visites...). Le soignant doit tenir compte de l'histoire de la patiente, il doit respecter ses choix et ceux du couple. Il doit être en mesure d'exposer différentes méthodes, en fonction des éventuelles contre-indications, de l'échec d'une contraception antérieure, des contraintes soulignées par la femme ... [18].

Le professionnel de santé doit pour cela évaluer le niveau de connaissances de la femme, afin d'adapter son discours et obtenir l'adhésion et la compréhension de la patiente sur la méthode choisie. Les informations fournies par la sage-femme (ou autre professionnel de santé) doivent s'adapter à la patiente, à son degré de compréhension et à sa capacité à retenir. En effet, la compréhension et la clarté du discours sont des

composantes importantes de la satisfaction des patientes puisqu'elles interviennent de façon statistiquement significative sur l'opinion des femmes concernant cet entretien.

Pour certaines patientes, il est parfois nécessaire de reprendre l'anatomie génitale et les bases de l'éducation sexuelle (hormones, ovulation ...) avant d'expliquer les méthodes contraceptives.

5.3. L'explication de la méthode choisie

Dans 60,2 % des entretiens, le professionnel de santé a informé sur le type de contraception choisi. Les recommandations de l'HAS énoncent l'importance d'expliquer la méthode choisie par la femme et / ou le couple [2].

Les différentes contraceptions pouvant convenir ont été exposées et la patiente a choisi celle qui lui convenait au mieux. Il faut alors être en mesure de lui apporter des renseignements plus précis sur le mode de prise, les horaires, que faire en cas d'oubli si il ne s'agit pas d'une contraception sur le long terme, quels peuvent être les effets indésirables, les motifs éventuels de consultation ...

5.4. La participation au choix

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

Parfois, les préoccupations sont tellement éloignées de la sexualité ou bien après un accouchement traumatique (extraction instrumentale, déchirure importante ...), que le discours sur la contraception arrive trop précocement. Le séjour en maternité dure de moins en moins longtemps ce qui oblige les soignants à donner un amas d'information en un temps relativement court.

4,2 % des patientes ont eu le sentiment de ne pas participer réellement au choix de leur moyen de contraception. Cette notion a eu une influence significative sur la satisfaction de l'entretien.

L'important pour le professionnel de santé est de ressentir quelles sont les attentes du couple en matière de contraception. Autrement dit : comment serait vécue et gérée l'annonce d'une grossesse ? Leurs besoins sont-ils immédiats ou préfèrent-ils attendre la visite post-natale pour évaluer la contraception ? Tout en insistant sur le fait qu'une

ovulation est possible rapidement. Le respect de la femme et du couple dans leur intégrité, renforcé par les récentes dispositions réglementaires, est une valeur importante [1].

Les critères ayant orienté majoritairement le choix des patientes sont identiques à ceux explicités dans l'étude de Flanelle, à savoir la fiabilité et l'aspect pratique [18].

Par ailleurs, l'implication du mari reste trop faible (68,1 %), alors que l'on sait que sa participation est liée à une augmentation de l'observance de la contraception. Ce doit être un choix commun du couple accepté par les deux partenaires. On note un meilleur taux d'efficacité de la méthode contraceptive si le mari est présent et impliqué [41].

Le professionnel, après information et décision de la patiente, doit notifier sur l'ordonnance le jour de reprise du moyen de contraception.

6. Projet d'action

Il faut garantir aux femmes un choix libre et éclairé de leur méthode de contraception.

- **Proposer aux femmes une prescription d'une contraception d'urgence.**

Aborder de façon plus systématique la contraception d'urgence lors de l'entretien contraceptif en suites de couches. Estimer si la femme a des connaissances de ce qui existe en cas d'oubli, des délais ...

- **Mettre à disposition des femmes des plaquettes informatives sur la contraception avec des schémas.**

Les informations écrites avec des schémas explicatifs peuvent permettre aux patientes de visualiser leur corps et donc les aider dans leur réflexion.

- **Aborder le sujet de la contraception après l'accouchement, dès le début de grossesse (EPP, PNP, consultation de fin de grossesse).**

L'entretien prénatal précoce peut-être le moment pour évoquer les circonstances de survenue de la grossesse. Si celle-ci résulte d'un échec de contraception, il

faudra alors évoquer avec la femme d'autres moyens de contraception peut-être plus adaptés à son mode de vie.

- **Organiser des réunions d'information incluant les thèmes de la contraception, de la reprise de la sexualité, de la contraception d'urgence, de la visite post-natale et de la rééducation périnéale.**

Dans les maternités parfois, des réunions sont proposées aux couples afin d'avoir des informations d'ordre général sur le retour à la maison, l'allaitement, les biberons ... Il pourrait contenir une partie abordant le retour rapide d'une ovulation et la nécessité de prendre une contraception ou se protéger si une nouvelle grossesse n'est pas souhaitée immédiatement.

- **Appliquer la méthode BERGER**

Le professionnel de santé peut adopter une démarche éducative et pédagogique en s'adaptant à la patiente. Cet accompagnement et ces conseils vont permettre à la femme de se trouver dans une situation de confiance, propice à l'échange.

CONCLUSION

Au-delà de l'information sur la contraception, c'est de la démarche éducative et pédagogique dont il est question.

La difficulté des professionnels est de faire face à une charge de travail de plus en plus intense et complexe rendant parfois une approche personnalisée délicate, d'autant plus que la période est peu propice à l'intégration d'informations.

La prescription d'une contraception est actuellement au cœur du débat. Le post-partum représente une période de vulnérabilité où certaines méthodes hormonales peuvent révéler la présence d'une pathologie sous-jacente.

La recherche d'antécédents et l'information éclairée de la patiente apparaissent donc des étapes essentielles pour l'accompagner vers la méthode qui conviendra le mieux. Une démarche pédagogique sur l'éducation corporelle et sexuelle est parfois préalablement nécessaire à la prescription d'une contraception. Une fois la méthode choisie, la sage-femme doit être en mesure de l'expliquer à la patiente. Le temps consacré à l'entretien rend cependant difficile l'approche globale du problème. Le raccourcissement ou la non-réalisation de ces étapes peuvent être à l'origine d'échecs de contraception. Faute de connaissances et de compétences, la patiente n'aura pas acquis une autonomie suffisante pour gérer de façon satisfaisante sa contraception.

Il paraît donc incontournable aujourd'hui d'associer la prescription à une démarche de conseil et d'accompagnement en santé. L'utilisation de supports d'information et de présentation des moyens de contraception peuvent lever des représentations erronées au sujet de certaines méthodes ou dispositifs. De plus, ils peuvent contribuer à un apprentissage plus participatif de la femme voire du couple autour des moyens de contraception. La répétition des moments d'échanges, la formation des professionnels, la pratique de technique d'entretien conforme aux recommandations peuvent également participer à l'amélioration de l'accompagnement individualisé des patientes pour le choix d'une méthode contraceptive adaptée dans le post partum.

Cependant, cette étude n'a pas permis de mettre en évidence la satisfaction des patientes à distance concernant les méthodes contraceptives choisies durant la période des suites de couches . Il serait donc intéressant d'étudier l'opinion des patientes sur le sujet par exemple lors de la visite post-natale.

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Code de la santé publique. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- [2] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé et Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. 2004.
- [3] Lansac J, Berger C, Magnin G. Les suites de couches et leurs pathologies. In: Lansac J, Magnin G. Obstétrique. 5^{ème} éd. Paris : Masson ; 2008. p. 413.
- [4] Horovitz J, Guyon F, Roux D, Hocke C. Suites de couches normales et pathologiques. In : Cabrol D. éd. Traité d'obstétrique. Paris : Flammarion ; 2003. p.1057-67.
- [5] Cabrol D, Pons JC, Goffinet F. Traité d'obstétrique. 1ère éd. Paris : Médecine-sciences Flammarion ; 2005.
- [6] Virkus RA, Lokkegaard ECL, Bergholt T, Mogensen U, Langhoff-Roos J, Lidegaard Ø. Venous thromboembolism in pregnant and puerperal women in Denmark 1995-2005. A national cohort study. *Thromb. Haemost.* 2011 ; 106(2) : 304-309.
- [7] Abécassis E. Bongrand C. Le corset invisible. Albin Michel ; 2007.
- [8] Robin G, Massart P, Graizeau F, Guérin du Masgenet B. [Postpartum birth control: state-of-the-art]. *Gynecol Obstet Fertil.* 2008 ; 36(6) : 603-615.
- [9] Serfaty D. Contraception. 3^{ème} éd. Paris : Masson ; 2007.
- [10] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Allaitement maternel mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Paris. 2002.
- [11] Rowland M, Foxcroft L, Hopman WM, Patel R. Breastfeeding and sexuality immediately postpartum. *Can Fam Physician.* 2005; 51 : 1366-1367.
- [12] Handa VL. Sexual Function and Childbirth. *Seminars in Perinatology.* 2006 ; 30(5) : 253-256.

- [13] Langer B, Minetti A. Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie. *J Gynecol Obstet Biol Reprod. Paris*: 2006 ; 35 : 1S59-1S67
- [14] Département de reproduction santé Organisation mondiale de la santé. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. 3^{ème} éd. 2005.
- [15] Gomez C. La contraception : quel rôle pour la Sage-femme. Incidence des nouvelles dispositions légales. *Revue Sage-femme*. 2007 ; 6(2) : 74-89.
- [16] Update to CDC's U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2010 : Revised Recommendations for the Use of Contraceptive Methods During the Postpartum Period.
- [17] Collège National des Sages-femmes. La contraception et les sages-femmes. Paris : 2005.
- [18] Fanello S, Parat-Pateu V, Dagorne C, Hitoto H, Collet J, Routiot T, et al. La contraception du post-partum: les recommandations médicales, le point de vue des femmes. *Journal de Gynecol Obstet Biol Reprod. Paris* : 2007 ; 36(4) : 369-374.
- [19] Peters A, Jansen W, Van Driel F. The female condom: the international denial of a strong potential. *Reprod Health Matters*. 2010 ; 18(35) : 119-128.
- [20] Kulczycki A, Qu H, Bosarge PM, Shewchuk RM. Barriers to diaphragm use: the views of advanced practice nurses. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2010 ; 36(2) : 79-82.
- [21] Truitt ST, Fraser AB, Grimes DA, Gallo MF, Schulz KF. Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003 ; (2).
- [22] Comeau D. Quand ça saigne. *Le médecin du Québec*. 2006 ; 41(5) : 69-71.
- [23] Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Contraception: que savent les français? Connaissances et opinions sur les moyens de la contraception : états des lieux. Dossier de presse. 5 juin 2007.

[24] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les maternités en 2010, premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. DREES ; 2011 ; n°776.

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

[26] Bajos N, Aline Bohet A, Mireille Le Guen M, Caroline Moreau C. Enquête Fecond. Bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques. Population & Sociétés ; 2012 ; n°492.

[27] Haute Autorité de Santé. Recommandations pour la pratique clinique. 2005.

[28] Glasier AF, Logan J, McGlew TJ. Who gives advice about postpartum contraception? Contraception. 1996 ; 53(4) : 217-20.

[29] Johnson LK, Edelman A, Jensen J. Patient satisfaction and the impact of written material about postpartum contraceptive decisions. Gynecol Obstet. Paris : 2003 ; 188(5) : 1202-1204.

[30] Proctor A, Jenkins TR, Loeb T, Elliot M, Ryan A. Patient satisfaction with 3 methods of postpartum contraceptive counseling: a randomized, prospective trial. J Reprod Med. 2006 ; 51(5) : 377-382.

[31] Code de la santé publique. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. 2004-806 août 9, 2004.

[32] Réseau sentinelle AUDIPOG (Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie).

[33] Code de déontologie des Sages-femmes. Arrêté du 4 février 2013 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires.

[34] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé. Revue de la littérature médicale.

1996 ; p. 45.

[35] Phaneuf M. Deuxième partie : l'approche interculturelle, les particularismes des immigrants et les obstacles à la participation aux soins. p.1-25.

[36] Assurance Maladie. Prise en charge des substituts nicotiques pour les femmes enceintes. 2011.

[37] Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. 2007.

[38] Collet M. Etudes et résultats. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. DRESS ; 2008 ; 660.

[39] Ministère de la santé. Plan périnatalité 2005/2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité. 10 novembre 2007.

[40] Assurance Maladie. Dispositif PRADO maternité (Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile).

[41] Nciri M. La communication dans la relation médecin-malade. Espérance médicale. 16(164) : 582-585.

ANNEXES

ANNEXE I : Lettre explicative accompagnant le questionnaire distribué aux patientes.

Mademoiselle POURTIER Emilie

Etudiante Sage-femme

empourtier@gmail.com

06-76-33-87-07

Madame, Mademoiselle,

Actuellement étudiante Sage-femme en dernière année à Clermont-Fd, je réalise mon mémoire de fin d'études sur l'information relative à la contraception reçue par les patientes lors du séjour en maternité.

Je me permets de vous solliciter pour remplir le questionnaire ci-joint afin d'évaluer votre satisfaction concernant cette information.

A la fin du questionnaire, vous pouvez, si vous le souhaitez, me laisser un numéro de téléphone. Il est possible, en fonction de vos réponses, que je vous contacte.

En vous remerciant du temps que vous voudrez bien m'accorder, recevez, Madame, Mademoiselle, mes sincères salutations.

Emilie POURTIER.

ANNEXE II : Questionnaire

I. Renseignements généraux :

1. Votre année de naissance

2. Votre niveau d'études

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sans diplôme | <input type="checkbox"/> Enseignement supérieur |
| <input type="checkbox"/> CAP/BEP | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Baccalauréat | |

3. Votre profession

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agriculteur, exploitant | <input type="checkbox"/> Profession intermédiaire |
| <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant, chef d'entreprise | <input type="checkbox"/> Employé |
| <input type="checkbox"/> Cadre et profession intellectuelle supérieure | <input type="checkbox"/> Ouvrier |
| | <input type="checkbox"/> Retraité |
| | <input type="checkbox"/> Autre, personne sans activité professionnelle |

4. Pendant cette grossesse, vous est-il arrivé de consommer : (plusieurs réponses possibles)

- Tabac
- Alcool
- Drogue
- Médicaments (précisez).....
- ...

5. Avez-vous déjà des enfants ?

- | | |
|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui, combien ? | <input type="checkbox"/> Non |
| | |

II. Grossesse et accouchement :

6. Votre grossesse était-elle
- Souhaitée ? Inopinée ?
7. Quel(s) professionnel(s) de santé a effectué le suivi de cette grossesse (plusieurs réponses possibles):
- Une sage-femme Un médecin généraliste
 Un gynécologue-obstétricien Pas de suivi
8. Ce suivi a-t-il été régulier (c'est-à-dire environ une consultation médicale par mois et trois échographies minimum) ?
- Oui Non
9. Durant votre grossesse, avez-vous eu une ou plusieurs pathologies ? (diabète, hypertension, menace d'accouchement prématuré...)
- Oui Non
- Si oui, la ou lesquelles ?.....
.....
10. Quel était la date prévue de l'accouchement ? -- / -- (JJ / MM)
11. Quelle a été la date réelle de l'accouchement ? -- / -- (JJ / MM)
12. Votre accouchement-a-il était déclenché (à l'aide d'un gel vaginal, d'une perfusion...)?
- Oui Ne sais pas
 Non
13. Avez-vous accouché ? (plusieurs réponses possibles)
- Naturellement par voie basse
 Par voie basse mais à l'aide d'une ventouse ou d'un forceps
 Césarienne programmée avant le début du travail
 Césarienne en urgence réalisé alors que le travail avait commencé

14. Si vous deviez évaluer votre satisfaction générale par rapport à votre prise en charge (douleur, place du papa, accueil du bébé...) quelle note donneriez-vous ? (entourez votre note)

0

10

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

15. Comment alimentez-vous votre enfant ?

- Au sein Les deux
 Au biberon

16. Selon vous, comment qualifieriez-vous votre séjour en maternité (soins et conseils qui ont pu vous être donnés pour vous et votre bébé) ?

- Très satisfaisant
 Satisfaisant
 Assez satisfaisant
 Insatisfaisant
 Très insatisfaisant

III. Contraception :

17. Avant cette grossesse, quels moyens contraceptifs utilisiez-vous? (plusieurs réponses possibles)

- Pilule
 œstro-progestative
 progestative (Cérazette[®] ou Microval[®])
 Implant
 Stérilet au cuivre
 Stérilet progestatif (Mirena[®])
 Moyens locaux (préservatifs, spermicides, cape, diaphragme).....
 Autre
 (précisez).....
 Aucune

18. Pendant votre grossesse, la contraception après l'accouchement :

- A-t-elle été abordée à l'initiative d'un professionnel de santé ?
 A-t-elle été abordée à votre initiative ?
 N'a pas été abordée

- Si elle a été abordée, l'a-t-elle été :
 - Lors d'une consultation ?
 - Lors d'un cours de préparation à la naissance et la parentalité ?
 - Lors d'une hospitalisation ?
 - Autre
(précisez).....

19. Durant votre séjour après l'accouchement, avec quel professionnel de santé a eu lieu votre entretien contraception :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sage-femme | <input type="checkbox"/> Ne connais pas le statut du professionnel de santé |
| <input type="checkbox"/> Gynécologue | |
| <input type="checkbox"/> Etudiant(e) sage-femme | |
| <input type="checkbox"/> Autre (précisez)
..... | |

20. Avez-vous eu le sentiment d'avoir été disponible et réceptive à cet entretien ?

- Oui Non

➤ Si non, pour quelle raison (cochez une seule réponse) ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Visites | <input type="checkbox"/> Mari absent |
| <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Autre (précisez)
..... |
| <input type="checkbox"/> Pleurs de votre bébé | |

21. Combien de temps environ a duré votre entretien ? minutes

22. Avez-vous eu le sentiment que le professionnel de santé a pris le temps avec vous d'évoquer votre histoire personnelle (antécédents médicaux, habitudes de vie, anciennes méthodes contraceptives...) ?

- Oui Ne sais pas
 Non

23. Avant d'effectuer votre choix de contraception, avez-vous parlé de la méthode contraceptive envisagée avec votre conjoint ?

- Oui
 Non
 Non concernée

➤ Si non, auriez-vous souhaité en parler préalablement avec lui ?

- Oui Non

24. Des supports écrits (plaquettes d'information, guide d'utilisation) ont-ils été utilisés ?

Oui

Non

25. Les informations que vous avez reçues vous ont-elles parues compréhensibles?

Oui

Non

➤ Pourquoi ?
.....
.....

26. Le professionnel de santé a-t-il pu répondre à vos éventuelles questions sur le sujet ?

Oui

Non

27. Avez-vous l'impression d'avoir participé au choix de votre contraception ?

Oui

Non

28. Quels sont les critères qui ont orienté votre choix ?

Fiabilité

Remboursement
par la Sécurité
Sociale

Aspect pratique
de la méthode

Allaitement
maternel

Autres (précisez)
.....

Absence d'effets
secondaires

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

29. Une fois le moyen de contraception choisi, le professionnel de santé vous a-t-il donné des informations complémentaires sur ses conditions d'utilisation, ses effets secondaires, sur l'attitude à avoir en cas d'oubli... ?

Oui

Non

30. Quelle sera votre contraception à la sortie de la maternité ?

- Pilule classique
- Progestatif (Cérazette[®] ou Microval[®])
- Implant
- Stérilet au cuivre
- Stérilet progestatif (Mirena[®])
- Moyens locaux (Préservatifs, spermicides, capes, diaphragme)
- Autre
(précisez).....
- Aucune

Si vous deviez évaluer la qualité de cet entretien, quelle note donneriez-vous ?

0 10

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Je vous remercie de votre participation. Avant votre sortie, merci de bien vouloir remettre s'il vous plait le questionnaire rempli auprès des professionnels de santé du service.

Merci, bon séjour.

Emilie Pourtier
12, rue Malbourget
63260 THURET
06 76 33 89 07
empourtier@gmail.com

Résumé

La contraception du post-partum est un véritable enjeu de santé publique. Sa prescription s'inscrit dans une démarche de disponibilité, d'écoute et de respect de la femme et du couple.

Objectifs : Les objectifs de cette étude étaient de mesurer la satisfaction des patientes concernant l'entretien contraceptif proposé en post-partum et de déterminer les facteurs l'influençant.

Matériel et méthode : Une étude descriptive a été menée reposant sur la distribution de 200 questionnaires auprès de patientes hospitalisées, au troisième jour en suites de couches, au CHU Estaing de Clermont-Ferrand et au Pôle Femme-Enfant de Vichy.

Résultats et discussion : 94 % des femmes ont évalué l'entretien comme satisfaisant. Mais seulement 60% ont reçu des informations complémentaires une fois la méthode choisie. Dans 94 % des cas, l'information était délivrée par une sage-femme ou un(e) étudiant(e) sage-femme au cours d'un entretien d'une durée moyenne de 11 minutes. 61,3 % de l'effectif interrogé a bénéficié d'une méthode contraceptive dont 41 % d'un progestatif. Les thèmes comme la contraception d'urgence et la sexualité sont peu évoqués. La prise en compte des antécédents et du mode de vie, le sentiment de participation au choix de la méthode, et l'apport ciblé d'informations complémentaires semblent influencer positivement la satisfaction des patientes concernant l'entretien contraceptif.

Mots-clés : *Contraception – Post-partum – Entretien – Satisfaction.*

Summary

Post-partum contraception is a key public health issue. Its prescription is part of a process of availability, listening and respect for the woman and her couple.

Goals: The main objectives of this study were to gauge satisfaction of the patient about the post-partum interview dealing with contraceptives and to determine influencing factors.

Material and method: A descriptive study had been conducted based on the distribution of 200 surveys to patient admitted to the CHU Estaing at Clermont-Ferrand and to the Pôle Femme-Enfant at Vichy. The surveys were done 3 days after having given birth.

Results and discussion: 94% of the women evaluated the interview as satisfying. But only 60% of them were actually given additional information once the method was chosen. In 94%, information was delivered by a midwife or a learning midwife during an interview having an average duration of 11 minutes. 61.3% of interviewed women received a contraceptive method including, for 41% of them, a progestin. Topics as emergency contraception and sexuality were rarely mentioned. Take into consideration history and lifestyle has a positive influence on patients' satisfaction regarding this contraceptive interview. Furthermore, patients' satisfaction increases too when patients have a feeling to have participated of a contraception choice and when a health professional can give them more specific information.

Key-words: *Contraception – Postpartum – Interview – Satisfaction*

