



HAL
open science

État des lieux de l'information reçue par les femmes sur la contraception du post-partum lors du séjour en suites de couches

Émeline Genton

► **To cite this version:**

Émeline Genton. État des lieux de l'information reçue par les femmes sur la contraception du post-partum lors du séjour en suites de couches. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01240020

HAL Id: dumas-01240020

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01240020>

Submitted on 8 Dec 2015

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

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



SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université
Joseph Fourier** 
GRENOBLE
MEDECINE

AVERTISSEMENT

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

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

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

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

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

ÉTAT DES LIEUX DE L'INFORMATION REÇUE PAR LES FEMMES SUR LA CONTRACEPTION DU POST-PARTUM LORS DU SEJOUR EN SUITES DE COUCHES

Mémoire soutenu le mercredi 10 juin 2015

Par GENTON Émeline

Née le 4 mai 1991

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

Année universitaire 2014-2015

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

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

ÉTAT DES LIEUX DE L'INFORMATION REÇUE PAR LES FEMMES SUR LA CONTRACEPTION DU POST-PARTUM LORS DU SEJOUR EN SUITES DE COUCHES

Mémoire soutenu le mercredi 10 juin 2015

Par GENTON Émeline

Née le 4 mai 1991

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

Année universitaire 2014-2015

Je remercie les membres du jury :

- Mme Nadine VASSORT, Présidente du jury, sage-femme enseignante - Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble ;
- Pr Pascale HOFFMANN, Co-présidente, PU-PH en gynécologie obstétrique – Hôpital Couple Enfant, CHU de Grenoble ;
- Mr Pierre CARQUILLAT, Sage-femme enseignant - Haute Ecole de Santé de Genève ;
- Mme Françoise SCOUARNEC, Directrice de mémoire, sage-femme - Centre d'Orthogénie et de Planification du CHU de Grenoble ;
- Mme Claire BAUDON, Sage-femme enseignante et guidante - Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble.

Je remercie plus particulièrement :

- Mme Françoise SCOUARNEC, directrice de ce mémoire,
Pour son aide et sa patience dans l'élaboration et la rédaction de ce travail ;

- Mme Claire BAUDON, guidante de ce mémoire,
Pour ses conseils et sa disponibilité au cours de ce travail ;

- Le personnel de l'Unité Mère Enfant du CHU de Grenoble,
Pour son aide dans la récupération des questionnaires ;

- Ma mère,
Pour son soutien tout au long de mes études ;

- Mes amies d'école,
Pour tous ces souvenirs depuis cinq ans.

Table des matières

Liste des abréviations	1
I – Introduction.....	2
II – Matériels et méthodes	3
1) Etude et population.....	3
2) Variables utilisées et recueil de données.....	3
3) Critères de jugement	4
4) Analyse statistique.....	5
III – Résultats	6
1) Diagramme d’inclusion des patientes	6
2) Caractéristiques de la population.....	7
3) Caractéristiques de l’information reçue.....	9
4) Comparaison en fonction des caractéristiques des femmes.....	13
IV – Discussion	14
1) Biais et limites.....	14
2) Discussion des résultats	15
a. <i>Caractéristiques de la population.....</i>	<i>15</i>
b. <i>Caractéristiques de l’information reçue.....</i>	<i>16</i>
c. <i>Par rapport aux caractéristiques des patientes.....</i>	<i>19</i>
V – Conclusion.....	22
Références bibliographiques	23
ANNEXES	25
<i>Annexe I : Lettre remise aux patientes avec le questionnaire</i>	<i>25</i>
<i>Annexe II : Questionnaire distribué aux patientes</i>	<i>26</i>
<i>Annexe III : Proposition d’ordonnance pour la pilule progestative</i>	<i>29</i>

Liste des abréviations

C.H.U. = Centre Hospitalier Universitaire

D.I.U. = Dispositif Intra-Utérin

H.A.S. = Haute Autorité de Santé

H.C.E. = Hôpital Couple-Enfant

I.V.G. = Interruption Volontaire de Grossesse

P.N.P. = Préparation à la Naissance et à la Parentalité

U.M.E. = Unité Mère-Enfant

I – Introduction

L'élargissement des compétences des sages-femmes en matière de contraception a été introduit par la loi Hôpital Patients Santé Territoires du 21 juillet 2009. Cette loi les autorise à réaliser la prescription et la surveillance de la contraception tout au long de la vie des femmes, sous réserve d'adresser la patiente à un médecin en cas de situation pathologique.

Ces nouvelles compétences s'inscrivent notamment au cours de la période du post-partum, durant laquelle la sage-femme tient un rôle d'information important auprès des patientes dans le but de prévenir les grossesses rapprochées et/ou non désirées. En effet, il a été démontré une augmentation de la morbidité périnatale en cas de grossesses rapprochées (retard de croissance intra-utérin, prématurité, mortalité périnatale) (1) (2) et cinq pour cent des interruptions volontaires de grossesses (IVG) en France ont lieu dans les six mois du post-partum (3). De plus, une étude a mis en évidence que 53% des femmes oubliaient régulièrement leur méthode contraceptive durant l'année du post-partum dont deux tiers l'oubliaient déjà avant la grossesse (4).

Ces différents constats doivent nous amener à prendre conscience de l'importance de l'information donnée aux femmes sur la contraception du post-partum. En effet, un choix libre et éclairé permettrait une utilisation plus longue et plus effective d'une méthode contraceptive (5).

Une de nos hypothèses est que l'information reçue en suites de couches par les femmes sur la contraception du post-partum n'est pas optimale (6) et qu'elle ne correspond pas aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS). Une autre hypothèse est que cette information reçue est différente en fonction de la situation, du contexte et des antécédents de la patiente (7).

L'objectif principal de notre étude est de déterminer ce que les patientes ont retenu de l'information sur la contraception du post-partum délivrée lors du séjour en suite de couches et de le comparer aux recommandations de l'HAS.

L'objectif secondaire est de comparer cette information en fonction des caractéristiques des patientes.

II – Matériels et méthodes

1) Etude et population

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, rétrospective et monocentrique. Elle a été réalisée à l'Hôpital Couple-Enfant (HCE) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Grenoble en Isère, maternité de niveau III, au sein de l'Unité Mère-Enfant (UME), du 29 novembre au 24 décembre 2014.

Toutes les femmes présentes en UME lors de la période d'enquête ont été évaluées pour l'éligibilité. Seules les femmes présentes dans le service d'UME les jours de distribution des questionnaires ont été incluses. Ont été exclues de l'étude les patientes ne parlant pas français, ayant eu une hystérectomie ou une ligature des trompes ou celles refusant de participer.

2) Variables utilisées et recueil de données

Les variables recueillies par l'auto-questionnaire ont été :

- Les données socio-démographiques (âge, niveau d'études, sécurité sociale, situation familiale, profession)
- Les données concernant la grossesse, le séjour et l'allaitement (gestité, parité, planification de la grossesse, suivi, prématurité, type d'allaitement)
- Les données du suivi gynécologique et de la contraception antérieure (professionnel du suivi, fréquence, type de contraception)
- Les données concernant l'information sur la contraception du post-partum reçue lors du séjour en UME (information anténatale, information en UME, date de l'information, professionnel qui a donné l'information, critères de l'HAS)

Les critères retenus pour analyser l'information reçue par les patientes ont été extraits des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) concernant l'information aux femmes enceintes (8), la contraception chez la femme en période de post-partum (9) et la prescription et les conseils aux femmes pour la contraception (10). Ils ont été résumés ainsi :

- Concernant la forme de l'information, le professionnel doit :
 - Consacrer du temps à l'information de la femme ou du couple
 - Prendre en compte les attentes de la femme ou du couple par une écoute attentive
 - Permettre à la femme ou au couple de poser des questions et d'aborder les problèmes rencontrés
 - Utiliser un langage et/ou un support adapté
 - Fournir des informations écrites, ou à défaut, indiquer où en trouver
- Concernant le fond de l'information, le professionnel doit informer sur :
 - La reprise de l'ovulation possible 21 jours après l'accouchement
 - La procédure d'instauration des différentes méthodes contraceptives
 - Les risques et effets indésirables possibles selon les méthodes
 - Les possibilités de rattrapage en cas de rapport non ou mal protégé
 - La visite du post-partum, qui permet de confirmer le choix contraceptif

Sur la base de cela nous avons défini un score de conformité en attribuant un point pour chaque critère présent ce qui donne un score noté de zéro jusqu'à dix et pondéré en fonction des réponses manquantes pour chaque patiente.

Le recueil de données a été effectué par auto-questionnaire distribué aux patientes le jour de leur sortie du service d'UME. Les questionnaires étaient distribués au moment du petit-déjeuner, en mains propres, et les patientes avaient la possibilité de le remplir jusqu'au moment de leur départ du service en fonction des différentes visites et soins. Ils étaient ensuite récupérés par le personnel du service lors du ménage des chambres.

3) Critères de jugement

Le critère de jugement principal est la présence ou non de chaque critère extrait des recommandations de l'HAS dans l'information sur la contraception du post-partum reçue dans le service par les patientes d'UME, mesuré par le score de conformité décrit précédemment.

Pour le critère de jugement secondaire, nous avons comparé ce score en fonction de certaines caractéristiques de l'échantillon.

4) Analyse statistique

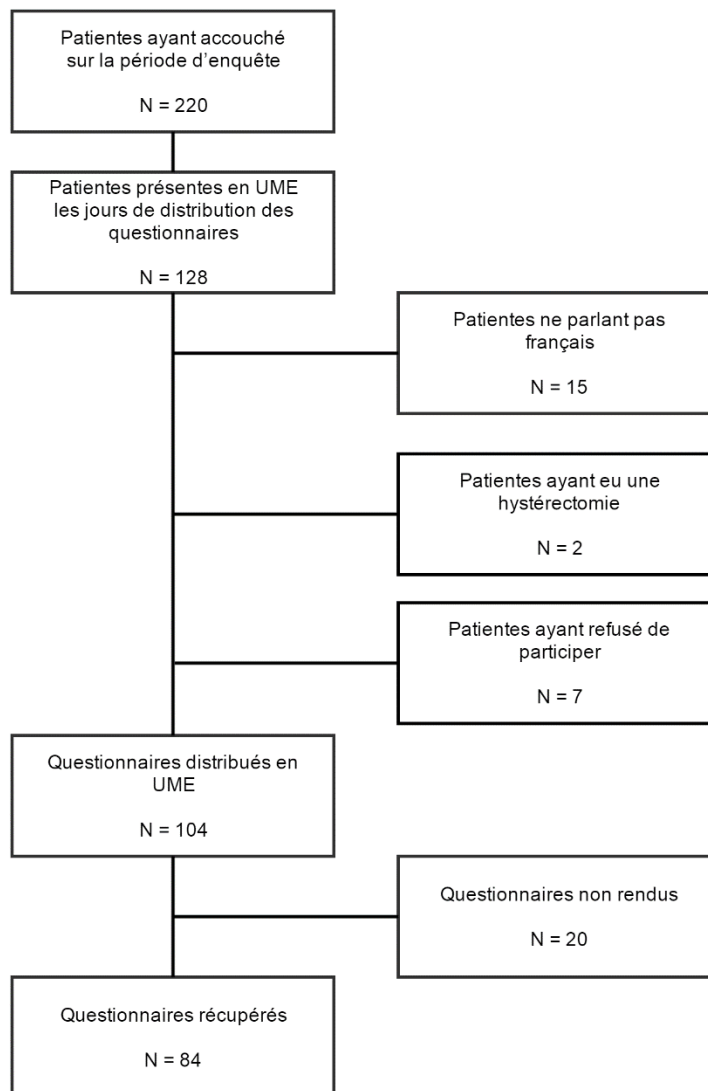
Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et le pourcentage et les variables quantitatives par la médiane et le 25^{ème} et 75^{ème} percentile.

Le test de Student a été utilisé pour la comparaison d'une variable quantitative avec une variable qualitative à deux groupes. Le seuil de signification statistique a été fixé à 0,05 (5%). Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel d'analyse statistique StatView.

III – Résultats

1) Diagramme d'inclusion des patientes

Figure 1. Diagramme d'inclusion des femmes à l'enquête



Sur la période d'enquête, 220 patientes ont accouché à la maternité du CHU de Grenoble. Cent-vingt-huit étaient présentes dans le service d'UME lors des seize jours de distribution des questionnaires. Vingt-quatre patientes ont été exclues, quinze car elles ne parlaient pas français, deux car elles avaient eu une hystérectomie dans les suites de leur accouchement après une hémorragie du post-partum et sept qui n'ont pas souhaité participer à l'étude. Au final, 104 questionnaires ont été distribués et 84 ont été récupérés remplis soit 20 questionnaires non rendus.

2) Caractéristiques de la population

Tableau I. Caractéristiques des femmes à l'inclusion

	Échantillon N = 84
Âge en années, m [Q25-Q75]	31 [28-35]
Niveau d'études	
<i>CAP/BEP, n [%]</i>	15 [17,9]
<i>Baccalauréat, n [%]</i>	17 [20,2]
<i>Enseignement supérieur, n [%]</i>	52 [61,9]
Patientes en couple, n [%]	79 [94,0]
Profession	
<i>Artisans, commerçants et chefs d'entreprise, n [%]</i>	2 [2,4]
<i>Cadres et professions intellectuelles supérieures, n [%]</i>	19 [22,6]
<i>Professions intermédiaires, n [%]</i>	18 [21,4]
<i>Employés, n [%]</i>	34 [40,5]
<i>Ouvriers, n [%]</i>	2 [2,4]
<i>Sans activité professionnelle, n [%]</i>	9 [10,7]
Gestité en nombre de grossesses, m [Q25-Q75]	2 [1-3]
Parité en nombre d'enfants, m [Q25-Q75]	2 [1-2]
Accouchement prématuré, n [%]	7 [8,5]
Type d'allaitement	
<i>Allaitement maternel, n [%]</i>	56 [66,7]
<i>Allaitement artificiel, n [%]</i>	18 [21,4]
<i>Allaitement mixte, n [%]</i>	10 [11,9]
Contraception utilisée avant la grossesse	
<i>Œstroprogestatifs, n [%]</i>	19 [25,7]
<i>Progestatifs, n [%]</i>	16 [21,6]
<i>Dispositifs intra-utérins, n [%]</i>	4 [5,4]
<i>Préservatifs, n [%]</i>	15 [20,3]
<i>Méthodes naturelles, n [%]</i>	2 [2,7]
<i>Pas de contraception, n [%]</i>	18 [24,3]

m = médiane, Q25-Q75 = 25^{ème} et 75^{ème} percentile, n = effectif, % = pourcentage

Les données n'étaient pas renseignées pour l'âge (n=1), la gestité (n=3), l'accouchement prématuré (n=2) et la contraception antérieure (n=10).

Les caractéristiques des femmes à l'inclusion ont été résumées dans le tableau I. L'âge médian était de 31 ans avec un minimum de 20 ans et un maximum de 41 ans. La majorité des patientes (61,9%) avait atteint un niveau d'étude supérieur au

baccalauréat. Quatre-vingt-quatorze pour cent vivaient en couple. Elles occupaient une profession en dehors de leur grossesse dans 89,3% des cas dont une majorité d'employées (40,5%).

La gestité médiane était de deux grossesses par femme avec une gestité maximale à six. La parité médiane était de deux enfants par femme avec une parité maximale à quatre. Plus de 91% avaient accouché à terme c'est-à-dire à plus de 37 semaines d'aménorrhée. Concernant l'allaitement, durant le séjour en UME, 66,7% des patientes avaient choisi l'allaitement maternel, 21,4% l'allaitement artificiel et 11,9% l'allaitement mixte.

Avant leur grossesse, les femmes utilisaient majoritairement la pilule œstro-progestative (20,3%) et les préservatifs (20,3%). La pilule progestative était utilisée par 13,5% des femmes. Plus de cinq pour cent bénéficiaient d'une contraception par dispositifs intra-utérins (4% utilisaient un DIU hormonal et 1,4% un DIU au cuivre). L'anneau vaginal était utilisé par 1,3% des femmes, le patch transdermique par 4,1%, et l'implant par 8,1%. Les méthodes naturelles (aménorrhée lactationnelle, retrait, méthodes d'abstinence périodique et d'auto-observation) représentaient 2,7% des femmes. Vingt-quatre pour cent n'utilisaient pas de moyen de contraception.

3) Caractéristiques de l'information reçue

Tableau II. . Caractéristiques de l'information reçue par les femmes en UME

	Échantillon N = 84
Patientes ayant reçu une information en anténatal, n [%]	37 [47,4]
<i>Lors des consultations de suivi de grossesse, n [%]</i>	26 [33,3]
<i>Lors des séances de préparation à la naissance, n [%]</i>	25 [43,1]
Patientes ayant reçu une information en UME, n [%]	76 [91,6]
Durée du séjour à la maternité en jours, m [Q25-Q75]	3 [3-4]
Jour de l'information lors du séjour en UME, m [Q25-Q75]	3 [2-3]
Information délivrée par une sage-femme ou un étudiant, n [%]	70 [95,9]
Score de conformité global, noté sur 10, m [Q25-Q75]	6 [5-8]
<i>Score de conformité sur la forme noté sur 5, m [Q25-Q75]</i>	4 [4-5]
<i>Score de conformité sur le fond noté sur 5, m [Q25-Q75]</i>	2 [1-3]
Critères de l'information	
<i>Professionnel a consacré du temps, n [%]</i>	66 [88,0]
<i>Professionnel a pris en compte les attentes, n [%]</i>	66 [89,2]
<i>Patiente a pu poser des questions, n [%]</i>	67 [91,8]
<i>Professionnel a utilisé un langage adapté, n [%]</i>	70 [95,9]
<i>Patiente a reçu des informations écrites, n [%]</i>	23 [31,1]
<i>Information sur la reprise de l'ovulation, n [%]</i>	31 [41,3]
<i>Information sur les modalités de prise, n [%]</i>	43 [58,1]
<i>Information sur les effets indésirables, n [%]</i>	21 [29,2]
<i>Information sur les possibilités de rattrapages, n [%]</i>	19 [27,1]
<i>Information sur la visite post-natale, n [%]</i>	46 [63,0]
Moyen de contraception prescrit à la sortie	
<i>Œstroprogestatifs, n [%]</i>	5 [7,5]
<i>Pilule œstro-progestative, n [%]</i>	3 [4,5]
<i>Patch transdermique, n [%]</i>	2 [3,0]
<i>Progestatifs, n [%]</i>	36 [53,7]
<i>Pilule progestative, n [%]</i>	29 [43,3]
<i>Implant sous-cutané, n [%]</i>	7 [10,4]
<i>Dispositifs intra-utérins au cuivre, n [%]</i>	1 [1,5]
<i>Contraception sans ordonnance, n [%]</i>	15 [22,4]
<i>Ne souhaite pas de contraception, n [%]</i>	8 [11,9]
<i>Aurait souhaité une contraception mais non proposé, n [%]</i>	2 [3,0]

m = médiane, Q25-Q75 = 25^{ème} et 75^{ème} percentile, n = effectif, % = pourcentage

Les données n'étaient pas renseignées pour l'information lors du suivi de grossesse (n=6), l'information lors de la préparation à la naissance (n=6), l'information lors du séjour en UME (n=1), la durée du séjour en UME (n=1), le jour de l'information (n=2), le professionnel ayant donné l'information (n=3), le score de conformité (n=8), le score sur

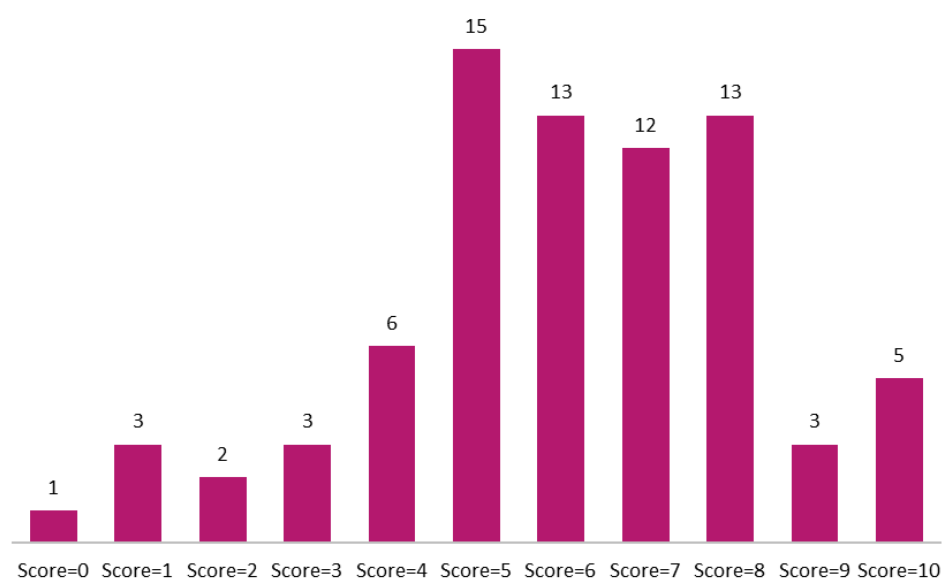
la forme (n=9), le score sur le fond (n=9), les critères de l'information (dans l'ordre : n=2, n=3, n=4, n=4, n=3, n=2, n=3, n=5, n=7 et n=4) et la prescription à la sortie (n=5).

Quarante-sept pour cent des patientes avaient reçu une information sur la contraception durant leur grossesse, 33,3% durant les consultations de suivi et 43,1% lors des séances de préparation pour les patientes qui y participaient (74,4%).

Lors du séjour en UME, 91,6% des patientes ont reçu une information sur la contraception. Cette information était délivrée en majorité par une sage-femme ou un étudiant sage-femme (95,9%), en moyenne à J3 de l'hospitalisation pour un séjour médian de 3 jours.

Le score de conformité médian, calculé en fonction de la présence ou non des dix critères extraits des recommandations de l'HAS, était établi à six sur dix, avec un score minimum à zéro et un score maximum à dix. Deux autres scores ont pu être calculés en prenant en compte d'une part les cinq critères portant sur la forme de l'information et d'autre part les cinq critères portant sur le fond de l'information. Ainsi pour la forme de l'information reçue par les femmes, le score médian a été calculé à quatre sur cinq et pour le fond de l'information, le score médian a été calculé à deux sur cinq.

Figure 2. Répartition du score de conformité global



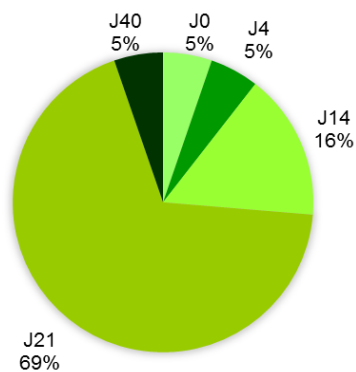
Concernant la répartition de ce score de conformité global, un quart des femmes avait un score inférieur à cinq sur dix et ce même score était supérieur à huit sur dix pour un autre quart des femmes. Pour la forme de l'information, trois quart des femmes avaient un score supérieur à quatre sur cinq. Pour le fond de l'information, trois quart des femmes avaient un score inférieur à trois sur cinq et ce score tombait en dessous de un sur cinq pour un quart des femmes.

Concernant les critères de l'information, classés du plus fréquent au moins fréquent, on retrouvait :

- l'utilisation d'un langage adapté par le professionnel (95,9%),
- le fait que la patiente ait pu poser des questions (91,8%),
- le fait que le professionnel ait pris en compte les attentes (89,2%),
- le fait que le professionnel ait consacré du temps (88%),
- l'information sur la visite post-natale (63%),
- l'information sur les modalités de prise (58,1%),
- l'information sur la reprise de l'ovulation (41,3%),
- la remise d'informations écrites (31,1%),
- l'information sur les effets indésirables (29,2%)
- l'information sur les possibilités de rattrapages en cas d'oubli (27,1%).

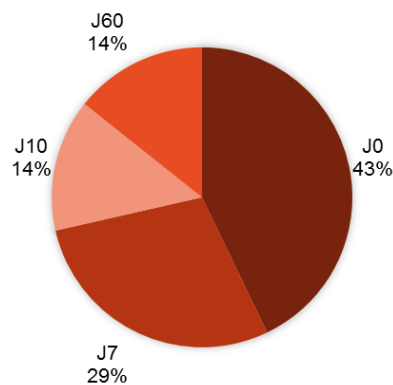
A leur sortie de la maternité, 64,6% des patientes ont eu une ordonnance pour un moyen de contraception qui était une pilule progestative dans 43,3% des cas. Dix pour cent des patientes ont bénéficié d'une contraception progestative par implant sous-cutané mise en place dans le service d'UME avant leur retour à domicile. Parmi les patientes n'ayant pas reçu d'ordonnance, 22,4% souhaitaient utiliser une contraception sans ordonnance (méthodes barrières ou naturelles), 11,9% ne souhaitaient pas utiliser de contraception et 3% auraient souhaité une ordonnance sans que cela leur soit proposé.

Figure 3. Date déclarée par les femmes pour la reprise de la pilule progestative



Parmi les femmes ayant reçu une ordonnance pour une contraception par pilule progestative et ayant déclaré avoir été informées sur les modalités de prise et d'instauration de cette méthode, 69% ont déclaré pouvoir la reprendre à partir de 21 jours après l'accouchement, 26% déclaraient pouvoir la reprendre avant le 21^{ème} jour et 5% pensaient ne pas pouvoir la reprendre avant le 40^{ème} jour après l'accouchement.

Figure 4. Délai déclaré pour l'instauration de la protection contraceptive



Ces mêmes femmes ont déclaré à 43% qu'elles seraient protégées dès le premier jour de la prise de cette contraception progestative, 29% au bout de 7 jours de prise, 14% au bout de 10 jours et 14% au bout de 60 jours de prise.

4) Comparaison en fonction des caractéristiques des femmes

Tableau III. Comparaison des scores de conformité en fonction des caractéristiques des femmes à l'inclusion

	Score de conformité	p-value
En fonction de la parité		0,8636
<i>Primipare, m [Q25-Q75]</i>	6 [5-7,5]	
<i>Multipare, m [Q25-Q75]</i>	6 [5-8]	
En fonction de la situation familiale		<u>0,0182</u>
<i>Célibataire, m [Q25-Q75]</i>	2,5 [0,5-6,5]	
<i>En couple, m [Q25-Q75]</i>	6 [5-8]	
En fonction de l'information reçue en anténatal		<u>0,0074</u>
<i>Présence d'informations en anténatal, m [Q25-Q75]</i>	7 [5,3-8]	
<i>Absence d'information en anténatal, m [Q25-Q75]</i>	5,7 [4,3-7]	

m = médiane, Q25-Q75 = 25^{ème} et 75^{ème} percentile

Les données n'étaient pas renseignées pour l'information reçue en anténatal (n=8).

Concernant la parité des femmes à l'inclusion, il n'a pas été mis en évidence de différence statistiquement significative entre les femmes primipares et les femmes multipares concernant le score de conformité global ($p = 0,8636$).

Concernant la situation familiale des femmes à l'inclusion, il existe une différence statistiquement significative ($p = 0,0182$) entre les femmes célibataires (score de conformité médian = 2,5/10) et les femmes en couple (score de conformité médian = 6/10).

Concernant l'information reçue en anténatal, il existe une différence statistiquement significative ($p = 0,0074$) entre les femmes ayant reçu une information lors des consultations de suivi de grossesse ou les cours de préparation à la naissance et à la parentalité (score de conformité médian = 7/10) et les femmes n'ayant pas reçu d'information en anténatal (score de conformité médian = 5,7/10).

IV – Discussion

1) Biais et limites

La principale limite de cette étude était le biais de sélection. De par le recueil de données à l'aide d'un questionnaire, les patientes ne parlant pas français ont été exclues de l'étude soit 15 femmes ou près de 12% de notre population de départ. Ces femmes sont cependant celles présentant le plus fort risque de mauvaise utilisation des moyens de contraception à cause d'une mauvaise compréhension des conseils donnés (11).

On retrouve aussi un biais de déclaration car l'information que les patientes déclarent avoir reçue peut ne pas correspondre à l'information donnée par le professionnel. Ceci à cause d'une mauvaise compréhension ou d'un biais de mémorisation. En effet, entre le moment où elles ont reçu l'information et le moment où elles ont rempli le questionnaire, les femmes ont pu en oublier une partie, d'autant plus que les informations et les conseils (allaitement, soins de puériculture...) sont abondants lors du séjour en UME (7). De même, les patientes retiennent ce qui les intéresse en opérant une sélection de l'information en fonction de leurs préoccupations du moment.

Dans cette étude, nous avons souhaité analyser ce que les patientes avaient reçu comme information et donc ce qu'elles en avaient retenu en utilisant un score de conformité à partir de critères extraits des recommandations de l'HAS. Ces critères étant difficiles à évaluer, ce score est donc approximatif et purement informatif. Une analyse croisée couplant un audit des pratiques cliniques, pour étudier l'information délivrée par le professionnel de santé, au questionnaire distribué aux patientes permettrait de comparer l'information donnée par le professionnel et l'information comprise par les femmes. Cela afin de mettre en évidence et d'étudier la différence qui peut exister entre ces deux informations dans le but d'améliorer nos pratiques à travers une adaptation du discours.

Sur les 220 patientes ayant accouché sur notre période d'enquête, 108 questionnaires ont été distribués soit un faible taux de distribution de 49% expliqué par la distribution des questionnaires sur uniquement 16 jours de la période totale

d'enquête de 26 jours (figure 1) en raison d'un manque de disponibilité. En revanche, 84 questionnaires ont été récupérés soit un taux de participation de plus de 77% traduisant une bonne participation autant des patientes que de l'équipe du service d'UME.

2) Discussion des résultats

a. Caractéristiques de la population

Les caractéristiques de notre échantillon ont été comparées aux caractéristiques des femmes de l'enquête périnatale de 2010 (12). Les données concernant la parité, la situation familiale, le niveau d'étude, la catégorie socio-professionnelle, le type d'allaitement et la prématurité étaient similaires. En revanche les femmes de notre étude étaient moins jeunes (25% avaient moins de 28 ans à leur inclusion contre 44% dans l'enquête périnatale) et le séjour en UME était plus court (trois jours contre quatre dans l'enquête périnatale). Les données concernant les pathologies en cours de grossesse ou sur les modalités de l'accouchement n'ont pas pu être comparées car elles n'ont pas été demandées lors du recueil de données. Nous pouvons néanmoins conclure que notre population se rapprochait de celle de l'enquête périnatale de 2010.

Notre étude étant cependant monocentrique et l'information sur la contraception du post-partum étant délivrée de façon différente en fonction des maternités (entretien en face à face, réunion de groupes, intervenants extérieurs...), notre étude est donc difficilement extrapolable à d'autres maternités.

Concernant les méthodes contraceptives utilisées par les femmes avant leur grossesse, nos résultats sont différents de ceux retrouvés dans l'étude de Bajos de 2010 (13). En effet, seulement un quart des femmes de notre population utilisaient une contraception par pilule contre près de la moitié des femmes françaises. Le constat était le même pour les autres méthodes contraceptives. On retrouvait de plus un taux de femmes n'utilisant aucune contraception bien supérieur au taux national puisque cela concernait un quart des femmes dans notre étude contre trois pour cent des femmes françaises. Cette différence s'explique probablement plus par une mauvaise

compréhension du questionnaire que par une difficulté d'accès à la contraception. En effet, la question portant sur la contraception antérieure a pu être interprétée comme concernant les mois précédant la grossesse, hors la majorité des femmes de notre étude avait planifié leur grossesse et n'utilisait donc plus de moyen de contraception à ce moment-là.

b. Caractéristiques de l'information reçue

Notre objectif principal était de dresser un état des lieux de l'information reçue par les femmes sur la contraception du post-partum lors de leur séjour en UME. Nous avons donc étudié les caractéristiques de cette information pour chaque femme (tableau II). Une de nos hypothèses était que cette information n'était pas optimale.

Nous avons donc établi que l'information sur la contraception du post-partum était délivrée à plus de 91% des femmes séjournant dans le service d'UME par une sage-femme ou un étudiant sage-femme. Ces résultats étaient comparables à ceux d'autres enquêtes. Ainsi une étude réalisée par Laurent au CHU de Nancy retrouvait un taux d'information des patientes à 95% (14). Et dans l'étude de Danneels (15), cette information était donnée à plus de 91% par une sage-femme.

Concernant le moment de l'information, au CHU de Grenoble, elle était majoritairement délivrée le jour de la sortie du service. Dans l'étude de Danneels, près de 23% des patientes aussi informées à ce moment trouvait que ce n'était pas optimal en invoquant l'abondance d'informations données, ajoutée à la fatigue, ce qui les rendaient moins réceptives et moins attentives (15).

Parmi les patientes informées, près de la moitié avait aussi reçu une information avant la naissance. Ce taux était supérieur à celui retrouvé par Danneels mesuré à 39% (15) ou celui de Cwiak mesuré à moins de 30% (16). Les femmes de notre population avaient donc plus facilement accès à une information sur la contraception avant leur accouchement, soit au cours des consultations de suivi de grossesse, soit au moment des cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP).

Concernant l'information en elle-même, les femmes de notre étude étaient globalement satisfaites du comportement du professionnel de santé. Elles trouvaient

à environ 90% qu'il avait su leur consacrer du temps en prenant en compte leurs attentes et en leur permettant de poser des questions, le tout en adoptant un langage adapté. Ainsi, la forme de l'information reçue par les femmes était conforme aux recommandations de l'HAS puisque le score de conformité de la forme était supérieur ou égal à quatre critères présents sur cinq pour plus de la moitié des patientes (tableau II).

Malgré tout seulement un tiers des patientes de notre étude avait reçu une information écrite en plus de l'information orale délivrée par le professionnel. Ce résultat est plus élevé que celui retrouvé dans l'étude de Danneels mesuré à 12% (15) mais reste cependant insuffisant quand on sait que la majorité des patientes aurait aimé recevoir un support écrit pour pouvoir s'y référer plus tard en cas de doute ou de questions (17) et que, quand l'information orale est associée à une information écrite, 61% des patientes retiennent la totalité des informations données contre 36% sans support écrit (15). La remise d'une information écrite en plus de l'information orale permet donc de mieux mémoriser et d'intégrer les conseils et informations donnés par le professionnel de santé.

Les autres critères de l'information, concernant son contenu, étaient moins fréquemment satisfaits. Ainsi, 58% des femmes avaient déclaré avoir reçu une information sur les modalités d'instauration et de prise de la méthode contraceptive choisie. Néanmoins, parmi ces femmes, près des deux tiers ne savaient en réalité pas quand reprendre leur pilule progestative et plus de la moitié ne connaissait pas le délai d'instauration de la protection contraceptive. Les femmes retiennent donc trop peu et/ou mal ces informations et cela peut se traduire par un échec de contraception, avec notamment l'oubli de pilule ou l'échec de préservatif, qui est aujourd'hui la principale cause des IVG réalisés dans la période du post-partum (7).

De plus, seulement 27% déclaraient avoir été informées sur les possibilités de rattrapage en cas d'échec. D'autres études mettaient en évidence que les modalités de prise de la contraception d'urgence n'étaient expliquées qu'à seulement 7% des femmes (15) et que 92% des sages-femmes ne la prescrivait jamais (14) alors même que d'autres études avaient établi que sa prescription systématique à toutes les femmes était sûre et justifiée par une augmentation de son utilisation en cas de besoin (17% contre 4%) sans influence sur l'observance de la contraception orale (18).

Dans son étude, Flaux avait mis en évidence que la troisième cause de non-observance de la contraception était l'apparition d'effets secondaires (19), notamment à type de spotting ou de céphalées pour la pilule progestative. Les femmes de cette étude étaient 48% à avoir été informées sur les effets indésirables possibles. Dans notre étude, cette proportion est de 29%. Il apparaît donc important d'informer les femmes sur la possible survenue de ces effets car cela joue un rôle sur la tolérance du moyen de contraception et donc sur son observance.

Concernant l'information sur la visite post-natale qui doit être réalisée six à huit semaines après l'accouchement, 63% des femmes de notre étude ont déclaré avoir été informées à ce sujet. Cela signifie donc que plus d'un tiers des femmes ne reçoit pas cette information et risque alors de passer à côté de cette visite qui est capitale dans le suivi de la contraception afin de s'assurer qu'elle est bien tolérée et bien adaptée à la nouvelle situation de la femme et éventuellement d'envisager une autre méthode.

Le contenu, et donc le fond de l'information, n'est pas en conformité avec les recommandations de l'HAS puisque le score de conformité du fond de l'information est inférieur à trois critères présents sur cinq pour les trois quarts des femmes de notre étude (tableau II). Avec ces résultats concernant le contenu de l'information reçue par les femmes, nos résultats rejoignent ceux de l'étude de Blangis concluant que cette information est souvent brève, limitée et trop tardive dans le séjour des femmes en UME (20) malgré une forme globalement satisfaisante, à l'exception de la présence d'informations écrites.

Au total, l'information reçue par les femmes dans le service d'UME reste donc peu conforme aux recommandations avec un score global de conformité inférieur à six critères présents sur dix pour la moitié des patientes.

Au vu de ces résultats et de la littérature, il semble donc important d'envisager la remise d'une information écrite aux femmes en plus de l'information orale déjà en place et satisfaisante dans sa forme. Pour la pilule progestative, ce support écrit pourrait prendre la forme d'une ordonnance complète reprenant, en plus de la dénomination de la pilule choisie, les conseils sur les modalités d'instauration et de prise et les possibilités de rattrapage en cas d'oubli. En effet, actuellement à l'HCE, les femmes reçoivent une ordonnance leur précisant uniquement à partir de quand et comment prendre leur pilule contraceptive, sans aucune mention de la conduite à tenir

en cas d'oubli. La femme pourrait ainsi, au moment de reprendre sa contraception à distance de l'accouchement, se référer à cette ordonnance complète pour retrouver toutes les informations qu'elle aurait pu oublier depuis son séjour en UME. Un rappel pour effectuer la visite post-natale pourrait aussi figurer sur cette ordonnance.

En effet, cela permettrait d'insister à nouveau sur la nécessité de cette visite, tant sur le plan de la contraception que sur le plan clinique et pour envisager la rééducation du périnée. Cependant, comme il a pu être observé dans l'étude d'Evans (21), il ne faut pas que l'information la plus complète sur la contraception du post-partum soit donnée à l'occasion de cette visite. En effet, selon diverses études, la majorité des couples reprennent une activité sexuelle aux alentours de la septième semaine après l'accouchement (22) et 62% ont déjà eu au moins un rapport sexuel à deux mois du post-partum (23), soit au moment de la visite post-natale. Il est donc primordial que les femmes disposent d'une information sur la contraception avant cette visite qui doit uniquement servir à évaluer cette contraception et éventuellement envisager un autre mode mieux adapté à la femme et au couple.

A leur sortie de la maternité, 43% des patientes souhaitent utiliser une contraception orale progestative et 22% une contraception mécanique par préservatifs. Ces pourcentages étaient semblables à ceux retrouvés dans l'étude de Glazener (23).

c. Par rapport aux caractéristiques des patientes

Afin de réaliser notre objectif secondaire qui était de comparer l'information reçue en fonction des caractéristiques des femmes, nous avons choisi de comparer les scores de conformité en fonction de trois de ces caractéristiques (tableau III).

Nous avons étudié la parité dans un premier temps. Nous avons deux hypothèses à ce sujet, soit le professionnel donnant l'information aurait pu être plus évasif en partant du principe que la femme multipare avait déjà des connaissances et une expérience par rapport à la contraception du post-partum, soit que les femmes multipares, déjà sensibilisées à ce sujet lors de leur(s) grossesse(s) précédente(s), auraient été moins sujettes au biais de mémorisation.

Au final, aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence entre ces deux groupes de femmes et nos hypothèses ont donc été infirmées.

Nous avons ensuite étudié la situation familiale avec comme hypothèse que les femmes célibataires se sentaient moins concernées par la nécessité de reprendre une contraception dans le post-partum et étaient donc moins réceptives à cette information. Nous avons mis en évidence une différence statistiquement significative entre les femmes célibataires et les femmes vivant en couple, les femmes célibataires ayant un score de conformité plus bas (inférieur à deux et demi pour la moitié d'entre elles).

En raison du faible effectif de patientes célibataires dans notre étude (5 femmes sur 84), ce résultat ne permet cependant pas de valider notre hypothèse en raison de l'existence probable d'un biais.

Nous avons enfin étudié la présence d'une information sur la contraception en anténatal, lors des consultations de suivi de grossesse ou lors des cours de PNP. Notre hypothèse était que les femmes ayant déjà eu une information avant leur accouchement étaient déjà sensibilisées et donc plus réceptives et moins sensibles au biais de mémorisation que les autres. Nous avons mis en évidence une différence statistiquement significative avec un score de conformité plus élevé pour les femmes ayant été informées en anténatal (la moitié avait un score supérieur à sept sur dix contre cinq sur dix chez celles n'ayant pas été informées en anténatal).

Ce résultat permettrait donc d'affirmer notre hypothèse. Dans d'autres études, les auteurs sont aussi arrivés aux conclusions que les femmes étaient plus disponibles en anténatal (16) et que cela constituait un moment adapté selon les patientes (15) en leur permettant de disposer de plus de temps pour se préparer et anticiper avant l'accouchement (24)..

Ces conclusions restent néanmoins à nuancer car la population participant aux cours de PNP n'est pas représentative de la population générale. En effet, il s'agit majoritairement d'une population ayant un niveau d'étude supérieur au baccalauréat et donc plus éduquée et moins sujette au biais de mémorisation mais aussi d'une population désireuse d'obtenir des renseignements sur la grossesse en général et donc plus réceptive aux informations (25).

Malgré tout, il convient de continuer à valoriser et encourager la participation des femmes et des couples aux cours de PNP. Ainsi dans ses recommandations, l'HAS préconise de débiter l'information sur la contraception du post-partum dès la grossesse (9).

V – Conclusion

L'information sur la contraception du post-partum reçue par notre population était conforme aux recommandations de l'HAS dans seulement 25% des cas. Malgré l'existence d'un biais de mémorisation et d'un biais de déclaration, ce résultat mettait donc en évidence des manques et des lacunes dans la dispensation de cette information auprès des femmes dans le service d'UME. Dans la quasi-totalité des cas, cette information était délivrée par une sage-femme ce qui place donc notre profession au cœur de cette problématique.

La forme de cette information étant satisfaisante dans plus de trois quarts de cas, il convient donc de mettre l'accent sur le fond de cette information. Ainsi, la remise d'une ordonnance complète reprenant, en plus de la dénomination de la contraception choisie, les modalités de prise et les conseils en cas d'oubli (annexe III) pourrait permettre de s'affranchir, ou du moins de limiter, le biais de mémorisation et de sélection des informations par les patientes.

Les femmes ayant reçu une information en anténatal étant plus réceptives à l'information donnée en suites de couches, il apparaît important de réaffirmer l'importance des cours de préparation à la naissance et de proposer éventuellement une formation en gynécologie et notamment sur la contraception aux sages-femmes libérales animant ces séances. En effet, en raison des changements dans les programmes de formation, les sages-femmes de nouvelles générations ont bénéficiées d'unités d'enseignements en gynécologie et contraception à la différence des générations de sages-femmes plus anciennes. Cela permettrait aussi de renforcer le rôle des sages-femmes libérales qui pourraient rediscuter de la contraception avec les femmes au moment du retour à domicile, lors des deux visites remboursées par la sécurité sociale ou plus tard, lors de la visite post-natale.

Références bibliographiques

1. Dedecker F, Graesslin O, Ceccaldi P-F, Baudelot E, Montilla F, Derniaux E, et al. Grossesses rapprochées : facteurs de risques et conséquences périnatales. 2008 Sep 3;
2. Vandenbroucke L, Lavoué V, Voltzenlogel M-C, Le Guellec M, Lassel L, Isly H, et al. Facteurs de risques et conséquences périnatales des grossesses rapprochées : étude cas-témoin rétrospective. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2013 Apr;42(2):166–73.
3. Mulet F, Descamps P. Après une grossesse, interrompue ou non : prévoir une méthode provisoire avant d'élargir le choix. *Concours Méd.* 2006;128(25-26):1059–62.
4. 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. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2007 Jun;36(4):369–74.
5. Gallen M, Lettenmaier C, Green CP. Counseling makes a difference. *Popul Rep Ser J.* 1987;35:2–31.
6. McCance K, Cameron S. Midwives' experiences and views of giving postpartum contraceptive advice and providing long-acting reversible contraception: a qualitative study. *J Fam Plan Reprod Health Care Fac Fam Plan Reprod Health Care R Coll Obstet Gynaecol.* 2014 Jul;40(3):177–83.
7. Bertaud M. L'interruption volontaire de grossesse (IVG) dans l'année suivant un accouchement. [Limoges, France]; 2014.
8. Haute Autorité de Santé (HAS). Comment mieux informer les femmes enceintes ? 2005 Avril.
9. Haute Autorité de Santé (HAS). Contraception chez la femme en post-partum. 2013 Juillet.
10. Haute Autorité de Santé (HAS). Contraception : prescriptions et conseils aux femmes. 2013 Mars.
11. Phaneuf M. 2e partie : L'approche interculturelle, les particularismes des immigrants et les obstacles à la participation aux soins [Internet]. *Prendre Soins.* 2009 [cited 2015 Feb 1]. Available from: <http://www.prendresoin.org/?p=2475>
12. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010. 2011 Oct. Report No.: INSERM - U.953.

13. Bajos N. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Institut National d'Etudes Démographiques (INED); 2012 Sep. Report No.: 492.
14. Laurent M. L'entretien de contraception lors du séjour de suites de couches: enquête de satisfaction auprès de 183 patientes et évaluation des pratiques professionnelles auprès de 13 sages-femmes à la maternité régionale universitaire de Nancy. Nancy, France; 2014.
15. Danneels J. La contraception du post-partum : les stratégies d'information, le point de vue des femmes. 2014 Apr 9;XI-66.
16. Cwiak C, Gellasch T, Zieman M. Peripartum contraceptive attitudes and practices. *Contraception*. 2004 Nov;70(5):383-6.
17. Glasier AF, Logan J, McGlew TJ. Who gives advice about postpartum contraception? *Contraception*. 1996 Apr;53(4):217-20.
18. Jackson RA, Bimla Schwarz E, Freedman L, Darney P. Advance supply of emergency contraception: effect on use and usual contraception—a randomized trial. *Obstet Gynecol*. 2003 Jul;102(1):8-16.
19. Flaux M, Vernier C. Observance de la contraception du post-partum: causes de non-observance. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2013.
20. Blangis F, Lopes P, Branger B, Garnier P, Philippe H-J, Ploteau S. La contraception du post-partum : à propos de 600 patientes dont 129 revues à la consultation post-natale. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2013 Sep;41(9):499-504.
21. Evans A. Postpartum contraception. *Womens Health Med*. 2005 Sep;2(5):23-6.
22. Medico D. Sexualité, grossesse et post-partum. Genève: Université de Genève; 2006 Jan.
23. Glazener CMA. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 1997 Mar 1;104(3):330-5.
24. Kennedy KI. 2 Post-partum contraception. *Baillières Clin Obstet Gynaecol*. 1996 Apr;10(1):25-41.
25. Poirier P. La préparation à la naissance et à la parentalité, ce qu'en savent les futurs parents. 2011 Mar 1;83.

ANNEXES

Annexe I : Lettre remise aux patientes avec le questionnaire

Emeline GENTON

Etudiante sage-femme

emeline.genton@neuf.fr

06.84.92.24.52

Madame, Mademoiselle,

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

Je me permets de vous solliciter pour répondre aux questions de mon questionnaire afin d'étudier les caractéristiques de cette information.

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

Emeline GENTON

Annexe II : Questionnaire distribué aux patientes

RENSEIGNEMENTS :

1. Quelle est votre âge ? _____
2. Quel est votre niveau d'études ?
 - Sans diplôme
 - CAP/BEP
 - Baccalauréat
 - Enseignement supérieur
 - Autre : _____
3. Quelle est votre situation familiale ?
 - Mariée / en couple
 - Célibataire
4. De quel niveau de protection sociale bénéficiez-vous ?
(plusieurs réponses possibles)
 - Sécurité Sociale
 - Mutuelle
 - CMU
 - AME
 - Sans
5. Quelle est votre profession ? _____

CARACTERISTIQUES DE LA GROSSESSE :

6. Combien de fois avez-vous été enceinte ? _____
7. Combien d'enfants avez-vous ? _____
8. S'agissait-il d'une grossesse :
 - Planifiée ?
 - Inopinée ?
9. Par qui avez-vous fait suivre votre grossesse ?
(plusieurs réponses possibles)
 - Une sage-femme
 - Un gynécologue-obstétricien
 - Un médecin généraliste
 - Pas de suivi ou suivi irrégulier
10. Quelle était votre date prévue d'accouchement ? ____ / ____ / ____
11. A quelle date avez-vous accouché ? ____ / ____ / ____
12. A quelle date sortez-vous de la maternité ? ____ / ____ / ____
13. Comment alimentez-vous votre enfant ?
 - Au sein
 - Au biberon

SUIVI GYNECOLOGIQUE :

14. Quelle contraception utilisiez-vous avant d'être enceinte ?
- Pilule, précisez son nom : _____ (Je ne sais plus/pas)
 - Anneau vaginal
 - Patch transdermique
 - Implant sous-cutané
 - Injection intramusculaire
 - Stérilet au cuivre
 - Stérilet hormonal
 - Méthodes barrières (préservatifs, diaphragme, cape, spermicides)
 - Méthodes naturelles (MAMA, retrait, abstinence, auto-observation)
 - Aucune
15. Qui consultiez-vous pour votre suivi gynécologique :
- Gynécologue
 - Sage-femme
 - Centre de planification / Planning familial
 - Médecin généraliste
 - Pas de suivi ou suivi irrégulier
16. Quelle était la fréquence de votre suivi gynécologique ?
- Plus d'une visite / an
 - Une visite / an
 - Tous les 2 ans
 - Tous les 3 ans
 - Moins d'une fois / 3 ans

CONTRACEPTION DU POST-PARTUM :

17. La contraception a-t-elle été abordée pendant votre grossesse ?
- Lors des consultations de suivi ?
- Oui Non
- Lors des séances de préparation à la naissance ?
- Oui Non Je n'ai pas suivi de préparation
18. Avez-vous reçu une information sur la contraception après l'accouchement lors de votre séjour à la maternité ?
- Oui :
 - Par une sage-femme
 - Par un gynécologue-obstétricien
 - Par un étudiant sage-femme
 - Par un étudiant médecin
 - Je ne sais pas / plus
 - Autres : _____
 - Non
19. A quel moment avez-vous reçue cette information ?
- A J0 = le jour de l'accouchement
 - A J1
 - A J2
 - A J3
 - A J4
 - A J5
 - Plus tard

20. Concernant cette information sur la contraception, avez-vous :

Eu le sentiment que le professionnel vous avait consacré du temps ?

- Oui Non

Eu le sentiment qu'il avait pris en compte vos attentes ?

- Oui Non

Pu poser des questions ?

- Oui Non

Trouvé que le professionnel avait utilisé un langage adapté ?

- Oui Non

Reçu des informations écrites ou à défaut où en trouver ?

- Oui Non

21. Le professionnel de santé vous-a-t-il informé sur :

La reprise de l'ovulation ?

- Oui Non

La date et les modalités de la reprise de la contraception ?

- Oui Non

A partir de quand pouvez-vous la reprendre ? _____

Au bout de combien de temps serez-vous protégé ? _____

Les effets indésirables possibles ?

- Oui Non

Les possibilités de rattrapages en cas de rapport non ou mal protégé ?

- Oui Non

La visite post-natale ?

- Oui Non

22. Vous-a-t-on prescrit une contraception pour la sortie de la maternité ?

Oui :

- Pilule, précisez son nom : _____ (Je ne sais plus/pas)
- Anneau vaginal
- Patch transdermique
- Implant sous-cutané
- Injection intramusculaire
- Stérilet au cuivre
- Stérilet hormonal

Non :

- Je compte utiliser des méthodes barrières ou naturelles qui sont délivrées sans ordonnance
- Je ne compte pas utiliser de moyens de contraception
- Cela ne m'a pas été proposé mais j'aurais souhaité une ordonnance

Annexe III : Proposition d'ordonnance pour la pilule progestative

Nom et prénom de la patiente
Date de naissance de la patiente

Date de la prescription

1) DESOGESTREL 75µg, plaquette de 28 comprimés, QSP 3 mois

- A prendre à partir de 21 jours après l'accouchement soit à partir du ___ / ___ / ___ (si vous commencez plus tard, utiliser une méthode contraceptive complémentaire (préservatifs par exemple) pendant les 7 premiers jours de prise)
- Prendre régulièrement, et sans oubli, 1 comprimé par jour à la même heure sans interruption entre 2 plaquettes
- En cas d'oubli d'un comprimé :
 - Prendre immédiatement le comprimé oublié (même si 2 comprimés doivent être pris le même jour voire en même temps)
 - Continuer à l'heure habituelle pour les comprimés suivants
 - Si le retard est de plus de 12h :
 - Utiliser simultanément une seconde méthode (préservatifs par exemple) pendant 7 jours
 - Utiliser une contraception d'urgence s'il y a eu des rapports dans les 5 jours précédents (ou si l'oubli concerne au moins 2 comprimés)
- En cas de diarrhée ou de vomissements dans les 4h suivant la prise du comprimé, prendre un autre comprimé

2) LEVONORGESTREL 1,5mg, boîte de 1 comprimé, contraception d'urgence

- A prendre le plus rapidement possible après un oubli de pilule de plus de 12h s'il y a eu des rapports dans les 5 jours précédents ou si l'oubli concerne plus de 2 comprimés
- Faire un test de grossesse 3 semaines après la prise du comprimé car cette contraception d'urgence n'est pas efficace à 100% et une grossesse peut quand même survenir

La consultation du post-partum, à réaliser 6 à 8 semaines après l'accouchement, permettra de confirmer votre choix contraceptif, son renouvellement éventuel, sa surveillance ou la pose d'un dispositif de longue durée (stérilet, implant).

Nom de la sage-femme
Numéro d'identification

RÉSUMÉ

Objectifs : L'objectif de notre étude était d'établir un état des lieux de l'information sur la contraception du post-partum reçue par les femmes lors de leur séjour en suites de couches et de comparer ces résultats aux recommandations de l'HAS et en fonction des caractéristiques des patientes.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude observationnelle, descriptive, rétrospective et monocentrique réalisée à la maternité du CHU de Grenoble en Isère auprès des patientes au moment de leur sortie du service des suites de couches. Le critère de jugement principal était la présence ou non de critères extraits des recommandations de l'HAS, mesurée par un score de conformité.

Résultats : Lors de leur séjour, 91% des patientes avaient reçu une information sur la contraception du post-partum, délivrée par une sage-femme dans 95% des cas. La forme de l'information était conforme aux recommandations de l'HAS dans près de trois quart des cas mais le fond était conforme pour moins d'un quart des patientes. De plus, les femmes ayant reçu une information en anténatal avait un score de conformité plus élevé.

Conclusion : Pour améliorer l'information reçue par les femmes, la remise d'une ordonnance pour la pilule progestative reprenant les conseils de prise et les modalités en cas d'oubli pourrait permettre de limiter le biais de mémorisation et de sélection des informations par les patientes. La formation des sages-femmes représente aussi une autre piste d'amélioration pour renforcer l'information en anténatal.

Mots-clés : contraception – post-partum – information