

La contraception du post-partum : étude descriptive des connaissances des accouchées du 19 octobre au 26 novembre 2015 d'une maternité d'Auvergne de type trois sur leur contraception du post-partum

Julie Munéry

▶ **To cite this version:**

Julie Munéry. La contraception du post-partum : étude descriptive des connaissances des accouchées du 19 octobre au 26 novembre 2015 d'une maternité d'Auvergne de type trois sur leur contraception du post-partum. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01566880

HAL Id: dumas-01566880

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01566880

Submitted on 21 Jul 2017

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

ECOLE DE SAGES-FEMMES

DE

CLERMONT- FERRAND

Université d'Auvergne – Clermont 1

LA CONTRACEPTION DU POST-PARTUM

Étude descriptive des connaissances des accouchées du 19 octobre au 26 novembre 2015 d'une maternité d'Auvergne de type trois sur leur contraception du post-partum.

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Julie MUNÉRY

Née le 08 09 1992

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2016

UdA | Université d'Auvergne

MAÏEUTIQUE

ECOLE DE SAGES-FEMMES

DE

CLERMONT- FERRAND

Université d'Auvergne – Clermont 1

LA CONTRACEPTION DU POST-PARTUM

Étude descriptive des connaissances des accouchées du 19 octobre au 26 novembre 2015 d'une maternité d'Auvergne de type trois sur leur contraception du post-partum.

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Julie MUNÉRY

Née le 08 09 1992

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2016

UdA | Université d'Auvergne

Remerciements

En préambule de ce mémoire, je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont apportée leur aide et qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie tout particulièrement Séverine TAITHE, sage-femme enseignante, qui a été ma directrice de mémoire et sans qui celui-ci n'aurait pu aboutir. Merci pour votre soutien, votre disponibilité et votre aide précieuse.

Je remercie l'équipe de la maternité qui m'a autorisée à recueillir les adresses e-mail des accouchées.

Je remercie également toutes les femmes qui ont porté un intérêt à mon étude en acceptant de participer.

Je remercie toute l'équipe enseignante de l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand pour ces quatre années de formation.

Pour finir je tiens à remercier tous mes proches, que ce soit ma famille ou mes amis, qui m'ont toujours soutenue et encouragée pour en arriver là aujourd'hui.

Glossaire

DIU : Dispositif Intra Utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation en Santé

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LNG : LévoNorGestrel

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

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

UPA : UliPristal Acétate

Sommaire

Introduction 3

Revue de la littérature 5

I- Le post-partum 6

II- Les contraceptions du post-partum 9

III- Les connaissances 22

Objectif et méthode de l'étude 26

I- Objectif de l'étude 27

II- Méthode 27

Résultats 33

I- Taux de réponses au questionnaire 34

II- Caractéristiques de la population 36

III- Connaissances sur la contraception choisie en post-partum 45

IV- Analyse des différents scores de connaissances 50

Discussion 60

I- Atteinte de l'objectif 61

II- Limites et points forts de l'étude 61

III- Analyse des résultats 62

IV- Propositions d'action 74

Conclusion 75

Références bibliographiques

Annexes

Introduction

Aujourd'hui en France, de nombreuses contraceptions sont à la portée des couples. La couverture contraceptive des femmes françaises est l'une des plus élevée au monde avec seulement 3,1% des femmes concernées par la contraception qui n'utilisent aucun moyen contraceptif. Une femme est concernée par la contraception si elle est en âge d'avoir des enfants, si elle n'est pas stérile ou enceinte, si elle a des rapports hétérosexuels et qu'elle souhaite éviter une grossesse [1]. Malgré ce taux élevé, un tiers des grossesses françaises restent non prévues et dans six cas sur dix, elles se finissent par une Interruption volontaire de grossesse (IVG). Dans 40% des IVG la femme utilisait une contraception à forte efficacité théorique. Cependant l'efficacité rapportée à la vie quotidienne des femmes peut se trouver diminuée. On retrouve plusieurs facteurs qui peuvent être source d'un échec contraceptif avec notamment une utilisation incorrecte associée à des connaissances insuffisantes et la persistance d'idées reçues [2].

Le post-partum est également concerné par ces problèmes liés à la contraception. En effet 5,5% des IVG surviennent dans les six mois qui suivent un accouchement, cela représenterait 11 000 femmes chaque année. L'utilisation correcte d'une méthode contraceptive dans la période du post-partum est donc essentielle [3].

La plupart des études retrouvées s'intéressent aux connaissances des femmes sur les différents moyens de contraception existant. Seules quelques études se sont penchées sur la contraception utilisée lors du post-partum mais pas précisément sur les connaissances des accouchées concernant leur propre méthode contraceptive.

L'objectif de cette étude a donc été de réaliser un état des lieux des connaissances des accouchées sur la contraception qu'elles ont choisie d'utiliser lors du post-partum. La description de ces connaissances vise l'amélioration des informations dispensées à ce sujet par les professionnels de santé, et donc l'émergence de thèmes cibles permettant l'amélioration des pratiques.

Dans un premier temps une revue de la littérature a été réalisée. Les modifications du post-partum ont tout d'abord été abordées, suivi par les différentes recommandations concernant la contraception du post-partum et enfin un descriptif des connaissances a été établi. Dans un deuxième temps, il a été traité du travail de recherche concernant les connaissances des accouchées sur leur contraception du post-partum. Pour finir une discussion a été élaborée autour des résultats de ce travail de recherche et un plan d'amélioration des pratiques a été proposé.

Revue de la littérature

I- Le post-partum

1. Définition

Les deux heures qui suivent l'accouchement correspondent à la période du post-partum immédiat. Cette période est suivie par le post-partum qui se termine lors du retour de couches de la femme (retour de ses menstruations), soit environ six semaines après l'accouchement [4].

2. Les différentes modifications du post-partum

a. Les modifications anatomiques

Durant le post-partum a lieu l'involution utérine. Celle-ci est rapide durant les deux premières semaines puis elle se fait progressivement, l'utérus retrouve ainsi son état pré-gravide au bout de deux mois. Le segment inférieur lui disparaît en deux jours.

Quant au col utérin, il retrouve sa consistance ferme et sa longueur en une semaine. Son orifice interne se ferme au bout d'une semaine contrairement à son orifice externe qui reste perméable pendant les trois semaines suivant l'accouchement.

L'endomètre évolue en quatre phases. La première phase est celle de régression dans les cinq jours suivant l'accouchement. Vient ensuite la phase de cicatrisation qui a lieu du sixième au 25ème jour. La troisième phase correspond à la phase de prolifération du 25ème au 45ème jour, elle est suivie par une hémorragie de privation qui signe la reprise du cycle menstruel.

Le vagin ne retrouve sa trophicité qu'à partir du 25ème jour en raison de la stimulation hormonale. La vulve est béante le premier jour puis reprend sa tonicité par la suite [4].

b. Les modifications hormonales

Le taux d'œstrogènes s'effondre le lendemain de l'accouchement. Si la femme n'allaite pas, celui-ci va progressivement augmenter à partir du 25ème jour. En cas d'allaitement maternel cette augmentation se produira entre le 35ème et le 45ème jour.

Le taux de prolactine augmente aussitôt après l'accouchement en raison de la levée de son inhibition par les œstrogènes. En cas d'allaitement artificiel celui-ci commence à diminuer après le 15ème jour puis se normalise en quatre à six semaines [4].

c. Les modifications biologiques

La glycémie et les constantes lipidiques (triglycérides, cholestérol et lipoprotéines) se normalisent progressivement en trois mois.

L'hypercoagulabilité physiologique de la grossesse persiste environ deux semaines après l'accouchement. Les facteurs de coagulation ne retrouvent leurs valeurs normales qu'en trois à quatre semaines [4].

3. Le retour à la fertilité

La fonction ovarienne associée à la reprise des ovulations, est fonction du type d'allaitement choisi par la femme.

En effet si la femme a choisi de donner du lait artificiel à son enfant, la première ovulation peut avoir lieu à partir du 25ème jour du post-partum et les premières règles surviennent en général entre six et huit semaines après l'accouchement. Le premier cycle aboutissant au retour des menstruations peut être anovulatoire [5].

Si la femme allaite son nourrisson, la reprise de l'activité ovarienne est retardée. En effet, lors de chaque mise au sein la succion du mamelon par l'enfant provoque chez la mère un pic de prolactine. Ce pic entraîne un ralentissement des pulsations de GnRH, ce qui a pour conséquences une hyposécrétion des œstrogènes et une perturbation de la croissance des follicules. Tous ces phénomènes aboutissent à une anovulation. Cependant pour que ceux-ci soient réellement efficaces sur le blocage de l'ovulation, cela nécessite certaines conditions : l'allaitement doit être complet et exclusif avec au minimum six tétées par 24 heures, réparties régulièrement entre la nuit et le jour. Si ces conditions ne sont pas réunies, une ovulation peut avoir lieu [5-6].

4. Le retour de couches

Le retour de couches correspond au retour des menstruations après l'accouchement. En l'absence d'allaitement, celui-ci survient généralement entre six et huit semaines après l'accouchement mais il peut être absent jusqu'à trois mois sans que cela ne soit pathologique. Lorsque la femme allaite son enfant, le retour des règles peut précéder ou suivre l'arrêt de l'allaitement. Cependant même en cas d'allaitement maternel exclusif prolongé, le retour de couches se fait rarement au-delà du cinquième mois [4].

5. La reprise de la sexualité

On estime que plus de la moitié des femmes ont repris une activité sexuelle dans les cinq à six semaines du post-partum. Le post-partum est une période bouleversante dans la vie d'une femme et de nombreux facteurs entrent en compte pour expliquer les difficultés sexuelles fréquentes [7].

94% des femmes déclarent avoir un problème de santé dans l'année qui suit un accouchement. Ce problème peut être une incontinence urinaire ou anale, des douleurs périnéales ou dorsales et peut expliquer un retour difficile à une sexualité satisfaisante. La fatigue, la mauvaise image de soi et l'anxiété que peuvent présenter les mères interfèrent aussi dans la reprise d'une sexualité. L'allaitement maternel semble aussi avoir une influence néfaste sur la reprise des rapports sexuels en raison du désintérêt pour la sexualité qu'éprouvent ces mères, de la mauvaise image de soi et de la fatigue. La qualité de la relation de couple a aussi un rôle important dans le retour à la sexualité et il semble être le seul frein au-delà de six mois après l'accouchement [7].

II- Les contraceptions du post-partum

Le post-partum est une période sujette aux nombreux changements. C'est pourquoi les recommandations concernant la contraception sont différentes des recommandations habituelles.

L'efficacité d'une méthode contraceptive se mesure grâce à l'indice de Pearl. Il correspond au nombre de femmes sur 100 utilisant ce moyen contraceptif et présentant une grossesse dans l'année suivant le début de l'utilisation [8]. Il existe deux analyses de l'indice de Pearl : en fonction d'une utilisation dans des conditions optimales (c'est-à-dire une utilisation correcte et régulière) et en fonction d'une utilisation courante (c'est-à-dire comme elle est le plus souvent utilisée par les personnes). La méthode contraceptive est jugée très efficace lorsque cet indice se situe entre 0 et 0,9, efficace quand il se situe entre 1 et 9, modérément efficace lorsqu'il se trouve entre 10 et 25 et moins efficace quand il est entre 26 et 32. En comparatif, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié en 2011 le taux de grossesse sur une année lorsqu'aucune méthode de contraception n'est utilisée, celui-ci est de 85 grossesses pour 100 femmes sur un an [9].

1. La pilule contraceptive oestro-progestative

La pilule oestro-progestative contient deux types d'hormones : un œstrogène de synthèse qui est l'éthynilestradiol et un progestatif de synthèse qui varie d'une pilule à l'autre. Le progestatif de synthèse permet de classer les différentes pilules en quatre générations.

L'efficacité contraceptive de ce type de pilule est due à trois phénomènes : l'inhibition de l'ovulation, la modification de la glaire cervicale qui devient imperméable aux spermatozoïdes et la modification de l'endomètre qui empêche la nidation d'un éventuel œuf [9].

L'utilisation de ce type de contraception est envisageable en dehors de toute contre-indication parmi les suivantes :

- antécédent personnel ou familial de thrombose veineuse ou artérielle ;
- facteurs de risques de thrombose veineuse ou artérielle : anomalies de l'hémostase, valvulopathie, troubles du rythme thrombogène, diabète déséquilibré ou associé à des complications vasculaires, hypertension artérielle sévère et dyslipoprotéinémie sévère ;
- migraine avec aura ;
- tabagisme supérieur ou égal à 15 cigarettes par jour chez une femme de plus de 35 ans ;
- antécédent personnel de cancer oestrogénodépendant (cancer du sein ou de l'endomètre) ;
- maladie oestrogénodépendante (lupus érythémateux aigu disséminé) ;
- présence ou antécédent d'affection hépatique sévère avec bilan hépatique anormal ;
- hypersensibilité à l'un des composants [6, 9].

La pilule oestro-progestative ne doit pas être associée à certains médicaments, au risque de diminuer son efficacité contraceptive. Parmi ceux-ci on retrouve une plante anti-dépressive (le millepertuis), des antiépileptiques, des antirétroviraux, des antibiotiques (rifampicine, isoniazide et rifabutine), un antifongique (griseofulvine), un antihypertenseur pulmonaire (bosentan) ou encore un psychostimulant (modafinil) [6, 9-10].

Un bilan biologique contrôlant le cholestérol total, les triglycérides et la glycémie à jeun doit être réalisé dans les trois à six mois suivant la première prescription de pilule oestro-progestative. Il doit ensuite être renouvelé tous les cinq ans en cas de bilan normal et en l'absence de faits cliniques ou familiaux nouveaux. En cas d'antécédent familial d'hyperlipidémie il est recommandé de réaliser ce bilan biologique avant de débuter cette pilule [11].

La pilule oestro-progestative est jugée très efficace lorsqu'elle est utilisée dans des conditions optimales (indice de Pearl à 0,3). Cependant en utilisation courante elle est seulement jugée efficace (indice de Pearl à 8) [9]. Pour que l'utilisation d'une pilule oestro-progestative soit optimale, cela nécessite plusieurs règles.

La pilule doit être prise quotidiennement à heure régulière. Si la plaquette contient 21 comprimés, une interruption de la prise de pilule doit avoir lieu pendant une semaine entre les deux plaquettes. Si la plaquette contient 28 comprimés (21 comprimés actifs puis sept comprimés placebos ou 24 comprimés actifs puis quatre comprimés placebos), alors la femme doit prendre en continu sa pilule sans jamais faire d'arrêt entre les plaquettes [12].

En cas de survenue de vomissements ou de diarrhée sévère dans les quatre heures suivant la prise, un nouveau comprimé doit être pris. En effet ces troubles digestifs peuvent entraîner une inefficacité transitoire de la méthode. En cas de répétition de ces troubles sur plusieurs jours, il est recommandé d'associer une autre méthode contraceptive mécanique (préservatif, spermicides,…) jusqu'à la fin de la plaquette [13].

En cas d'oubli de moins de 12 heures par rapport à l'heure habituelle, le comprimé oublié doit être pris immédiatement et le prochain sera pris à l'heure habituelle. En cas d'oubli de plus de 12 heures la femme devra envisager une conduite à tenir spécifique. Tout d'abord le comprimé oublié doit être pris immédiatement et le prochain sera pris à l'heure habituelle. En cas de rapport sexuel dans les sept jours suivant cet oubli, une autre méthode contraceptive mécanique doit être associée (préservatifs,…). Si l'oubli concerne l'un des sept derniers comprimés actifs alors il faut enchaîner directement une nouvelle plaquette afin de ne pas faire d'arrêt entre les comprimés actifs. Si un rapport sexuel a eu lieu dans les cinq jours précédant l'oubli ou si l'oubli concerne au moins deux comprimés, alors une contraception d'urgence devra être utilisée [13].

Son utilisation dans la période du post-partum dépend de plusieurs conditions. Si la femme allaite, les oestro-progestatifs ne sont pas recommandés dans les six mois suivant l'accouchement. Les études concernant les effets sur le lait (passage, quantité et qualité) et les effets sur le nourrisson sont contradictoires, certaines retrouvant un effet néfaste et d'autres non. Si la femme n'allaite pas, les oestro-progestatifs ne sont utilisables qu'à partir de six semaines après l'accouchement en raison du risque thromboembolique augmenté durant cette période. Cependant l'OMS a autorisé ce moyen de contraception à partir de 21 jours après l'accouchement en l'absence de tout risque thromboembolique et en l'absence de toute autre contre-indication aux oestro-progestatifs. Les risques thromboemboliques identifiés peuvent être un antécédent personnel ou familial thromboembolique veineux ou artériel, une thrombophilie, un Indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30 kg/m², une immobilisation, une hémorragie du post-partum, une transfusion lors de l'accouchement, un accouchement par césarienne, une pré-éclampsie ou du tabagisme [14]. Seules les pilules microdosées contenant au maximum 30 microgrammes d'ethynilestradiol sont autorisées en post-partum. Celles contenant une dose supérieure sont contre-indiquées en raison du risque thromboembolique qu'engendrent ces oestrogènes [6].

2. La pilule contraceptive microprogestative

Il existe deux sortes de pilules microprogestatives : une contenant du désogestrel (CERAZETTE® et ses génériques) et une contenant du lévonorgestrel (MICROVAL®).

Les pilules au désogestrel permettent d'inhiber l'ovulation et d'augmenter la viscosité de la glaire cervicale. Alors que celles contenant du lévonorgestrel agissent uniquement au niveau de la glaire cervicale.

Les méthodes contraceptives à base de progestérone peuvent être utilisées si la patiente n'a aucune des contre-indications suivantes :

- hypersensibilité à l'un des composants ;
- accidents thromboemboliques veineux évolutifs ;
- présence ou antécédent d'affection hépatique sévère avec bilan hépatique anormal ;
- tumeurs malignes sensibles aux stéroïdes sexuels ;
- hémorragies génitales inexpliquées.

La pilule microprogestative est jugée très efficace lorsqu'elle est utilisée dans des conditions optimales (indice de Pearl à 0,3). Cependant en utilisation courante elle est seulement jugée efficace (indice de Pearl à 8).

Pour qu'une pilule microprogestative soit utilisée de manière optimale, certaines précautions d'emploi doivent être respectées. Elle doit être prise tous les jours à heure régulière, sans interruption entre les plaquettes [9]. La conduite à tenir concernant la survenue de vomissements ou de diarrhée est la même que pour une pilule oestro-progestative [13]. La tolérance en cas d'oubli varie d'une pilule à l'autre en raison de leur effet contraceptif différent. Pour CERAZETTE® et ses génériques, la pilule peut être prise dans les 12 heures suivant l'heure habituelle, contrairement à MICROVAL® pour laquelle ce délai est réduit à trois heures. La démarche à suivre en cas d'oubli est la même que pour une pilule oestro-progestative [9, 13].

L'un des principaux effets indésirables des contraceptions progestatives repose sur la perturbation des menstruations avec divers profils de saignements possibles (aménorrhée, irrégularités menstruelles, saignements intermenstruels ou spotting). Il est important d'informer la femme des effets indésirables afin qu'elle ne soit pas inquiète si ceux-ci surviennent [9].

La pilule microprogestative peut être utilisée dans la période du post-partum, que la femme allaite ou non. En effet celle-ci n'entraîne aucune modification sur la qualité et la quantité du lait maternel et n'a aucune influence néfaste sur le nourrisson. Il est recommandé de débuter sa prise entre le 10ème et le 21ème jour suivant l'accouchement [6, 14].

3. L'implant progestatif

L'implant progestatif (NEXPLANON®) se présente sous la forme d'un bâtonnet contenant de l'étonogestrel. Il est mis en place en sous cutanée au niveau du bras non dominant. Il a l'avantage d'être efficace pendant trois ans (si la femme a un IMC supérieur à 25 kg/m², la durée d'efficacité de l'implant sera diminuée, il faut donc le retirer avant trois ans). Il agit en délivrant une dose continue de progestatif qui permet une inhibition de l'ovulation et une modification de la glaire cervicale.

Il détient les mêmes contre-indications et les mêmes effets indésirables (modifications du profil de saignement) que la pilule microprogestative. Il est important avant la mise en place de l'implant, d'informer la femme de ces éventuelles perturbations.

L'implant progestatif est la contraception la plus efficace, que ce soit en utilisation optimale ou en utilisation courante (indice de Pearl à 0,05) [9].

L'implant peut être mis en place durant toute la période du post-partum. Dans certains contextes psycho-sociaux difficiles, l'équipe médicale peut poser l'implant avant la sortie de la maternité [6].

4. Le préservatif masculin

Le préservatif est à la fois un moyen contraceptif mécanique et un moyen de protection contre les infections sexuellement transmissibles [15]. Le préservatif masculin est jugé efficace lorsqu'il est utilisé dans des conditions optimales (indice de Pearl à 2). Cependant en utilisation courante il est seulement jugé comme modérément efficace (indice de Pearl à 15) [9].

Pour être utilisé de manière optimale le préservatif masculin doit être mis en place sur le sexe en érection avant toute pénétration et à tout moment du cycle menstruel de la femme. Lors de la pose il est nécessaire de laisser une place suffisante pour le réservoir en le pinçant entre le pouce et l'index. Si le préservatif est mis en place dans le mauvais sens, il faut alors le jeter et en prendre un autre. Il est nécessaire de le changer entre deux rapports sexuels [15].

Le préservatif masculin peut être un moyen de contraception utilisable pendant le post-partum. Il peut également être utilisé en complément de la méthode de l'Allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) ou des spermicides [5].

5. La MAMA

La MAMA peut être une méthode contraceptive adoptée par les femmes pendant les six premiers mois qui suivent l'accouchement. Cependant elle n'est efficace que si toutes les conditions nécessaires sont réunies. Pour cela l'allaitement maternel doit être exclusif, c'est-à-dire que l'enfant ne doit pas recevoir d'autres aliments que le lait de sa mère. Le nourrisson doit téter au minimum dix minutes, six fois par 24 heures, sans dépasser quatre heures le jour et six heures la nuit entre deux tétées. La dernière condition consiste pour la femme en l'absence totale de menstruations. En cas de non-respect d'une ou de plusieurs de ces conditions, il est conseillé à la femme d'avoir recours à un autre moyen de contraception [14].

La MAMA est jugée très efficace lorsqu'elle est utilisée dans des conditions optimales (indice de Pearl à 0,9). Cependant en utilisation courante elle est seulement jugée efficace (indice de Pearl à 2) [9].

En raison des conditions difficilement réalisables dans notre société actuelle, il est recommandé d'associer la MAMA à une contraception locale comme des préservatifs masculins ou des spermicides [6].

6. Les spermicides

Les spermicides font partie des méthodes contraceptives locales non hormonales. Leur effet contraceptif repose sur la mort des spermatozoïdes grâce à une molécule qui peut être le chlorure de benzalkonium ou le chlorure de myristalkonium. Les spermicides sont disponibles sous différentes formes : crème (avec applicateur ou en unidose), ovule, capsule et éponges/tampons. Les spermicides sont contre-indiqués en cas d'hypersensibilité au principe actif et en cas de lésions génitales. Concernant les spermicides au chlorure de myristalkonium, ils sont contre-indiqués en cas de risque ou de présence d'IST [5, 16].

L'efficacité des spermicides a été jugée par de nombreuses études. Cependant les études conduites aux Etats-Unis et servant de référence à l'OMS prenaient en compte uniquement l'efficacité des spermicides contenant du nonoxynol qui n'est pas commercialisé en France. Il en est ressorti que ceux-ci sont modérément efficaces lorsqu'ils sont utilisés dans des conditions optimales (indice de Pearl à 18) et moins efficaces en utilisation courante (indice de Pearl à 29). Une méta-anaylse portant sur 15 études conduites en France et en Europe, rapporte une meilleure efficacité des spermicides contenant du chlorure de benzalkonium ou de myristalkonium. En effet leur indice de Pearl est à 1,2 en conditions optimales et à 2,42 en utilisation courante.
Ces études restent critiquables sur certains points méthodologiques mais nous amènent cependant, à nous interroger sur une meilleure efficacité que celle rapportait par l'OMS [5, 9].

En raison des écarts observés concernant l'efficacité de cette méthode contraceptive, elle n'est pas indiquée en utilisation seule pour les femmes ne désirant absolument pas d'enfant. Elle est plutôt conseillée en association avec les préservatifs masculins ou féminins, les diaphragmes, les capes cervicales et les méthodes naturelles de contraception [5].

Pour une utilisation optimale des spermicides, la femme doit respecter certaines précautions d'emploi. Il faut tout d'abord respecter le délai d'action entre la mise en place des spermicides et le début du rapport sexuel. Ce délai est immédiat pour les crèmes et les éponges mais il est de cinq minutes pour les ovules et de dix minutes pour les capsules. La crème et les éponges n'ont pas d'indication particulière quant à leur mise en place contrairement aux ovules et aux capsules qui doivent être mises en place en position allongée. L'utilisatrice doit aussi connaitre la durée d'action de ses spermicides, qui est de 24 heures pour les éponges, de dix heures pour les crèmes et de quatre heures pour les ovules et les capsules. Après un rapport sexuel protégé par spermicides, la femme ne doit pas pratiquer d'irrigation vaginale (douche vaginale, bain et piscine) dans les deux heures qui suivent. Elle peut cependant pratiquer une toilette intime à l'eau claire, sans utiliser de savon anionique (car ceux-ci inactivent les spermicides). En cas de rapports sexuels répétés, les spermicides doivent être renouvelés sauf pour les éponges dont la durée d'efficacité est de 24 heures. En cas d'utilisation d'une éponge contraceptive, celle-ci doit être retirée dans les deux heures suivant le dernier rapport sexuel et au plus tard 24 heures après sa mise en place [5, 16].

Les spermicides bénéficient d'une indication privilégiée chez les femmes allaitantes. Cependant en cas d'allaitement maternel, seuls les spermicides à base de chlorure de benzalkonium ou de miristalkonium sont autorisés. En effet ceux contenant du nonoxynol sont contre-indiqués car ils sont retrouvés dans le lait maternel. Pour les femmes qui n'allaitent pas, cette méthode est envisageable lorsque les autres méthodes ne peuvent l'être [5].

7. La contraception d'urgence

La contraception d'urgence désigne une méthode de rattrapage utilisable dans les jours suivants un rapport sexuel non ou mal protégé, afin d'éviter une grossesse non prévue. Il existe trois contraceptions d'urgence : une au Lévonorgestrel (LNG) 1,5 mg (NORLEVO®), une à l'Ulipristal acétate (UPA) 30 mg (ELLAONE®) et le Dispositif intra utérin (DIU) au cuivre.

Les deux contraceptions d'urgence hormonales agissent en inhibant ou en retardant l'ovulation. Le DIU au cuivre agit grâce à son effet cytotoxique sur les gamètes, inhibant ainsi la fécondation. Son efficacité est également due à l'inflammation locale qu'il provoque, ce qui empêche l'implantation de l'ovocyte fécondé dans l'utérus.

La contraception d'urgence est d'autant plus efficace qu'elle est utilisée précocement après le rapport non ou mal protégé. Le comprimé au LNG ou à l'UPA doit donc être pris le plus tôt possible après ce rapport et à n'importe quel moment du cycle (excepté en cas de retard des règles). La contraception au LNG est utilisable jusqu'à 72 heures (trois jours) après le rapport à risque contre 120 heures (cinq jours) pour celle à l'UPA. Le DIU au cuivre doit être mis en place dans les cinq jours suivant le rapport afin d'obtenir son effet contraceptif urgent.

L'allaitement maternel n'est pas recommandé dans les huit heures suivant la prise du comprimé au LNG et pendant une semaine en cas de prise d'UPA. La prise de LNG est déconseillée chez les femmes présentant un risque de grossesse ectopique. Il n'est pas recommandé de prendre de l'UPA en cas d'insuffisance hépatique sévère et d'asthme sévère.

La prise d'un contraceptif hormonal urgent peut entrainer des perturbations des menstruations, notamment des spottings et un retard ou une avance des règles [17-18].

La contraception d'urgence est gratuite pour les mineures âgées d'au moins 15 ans et elle peut leur être délivrée en pharmacie, dans les lycées, dans les services de santé universitaire et dans les centres de planification. La contraception d'urgence hormonale peut être délivrée à la pharmacie sans ordonnance mais pour les majeures voulant être remboursées cela nécessite une ordonnance. Cependant celle-ci peut être délivrée gratuitement et sans ordonnance aux lycéennes majeures dans les infirmeries scolaires, aux étudiantes dans les services de santé universitaire et aux majeures sans couverture sociale dans les centres de planification.

Il est recommandé aux femmes ayant eu recours à une contraception d'urgence hormonale, d'utiliser en complémentarité de leur méthode contraceptive habituelle, des préservatifs jusqu'au début des règles suivantes [17-18].

8. Autres méthodes contraceptives non recommandées pendant le post-partum

a. Le DIU

Le DIU au cuivre est une méthode contraceptive très efficace, qui est mise en place dans la cavité utérine pour cinq ans et ne contient pas d'hormones, il n'y a donc pas de risque cardio-vasculaire. Son mode d'action principal est un effet cytotoxique du cuivre sur les spermatozoïdes. Le DIU au cuivre provoque également une inflammation locale de l'endomètre empêchant toute nidation [9].

Le DIU à la progestérone est une méthode contraceptive très efficace qui contient du lévonorgestrel. Il existe deux spécialités : MIRENA® qui est mis en place pour cinq ans et JAYDESS® qui est mis en place pour trois ans. Son effet contraceptif est dû à l'épaississement de la glaire cervicale qu'il provoque et à un effet local sur l'endomètre qui empêche la nidation. Pour la plupart des femmes, ce moyen de contraception peut entraîner des spottings, une oligoménorrhée voire une aménorrhée [9, 19].

Il est recommandé d'attendre au minimum quatre semaines après l'accouchement pour insérer un DIU. Cependant la pose dans les 48 heures du post-partum est possible en cas d'accouchement voie basse mais elle n'est que très peu pratiquée en France. En pratique courante, il est d'usage que celui-ci soit mis en place au-delà de la période du post-partum [6].

b. Autres contraceptions oestro-progestatives

Il existe une méthode contraceptive oestro-progestative transdermique par patch appelée EVRA®. Cette méthode a le même mécanisme d'action, les mêmes contre-indications et le même suivi biologique que la pilule oestro-progestative. Un patch doit être appliqué et laissé en place pendant une semaine durant trois semaines consécutives puis ces trois patchs sont suivis d'une semaine sans patch [9]. L'utilisation de cette contraception dans le post-partum n'a jamais été évaluée, il n'existe donc pas de données concernant le risque thromboembolique et le passage dans le lait maternel. Le patch EVRA® n'est donc pas recommandé pendant cette période [6].

Une autre contraception oestro-progestative existe sous forme d'anneau vaginal (NUVARING®). Son mécanisme d'action repose principalement sur l'inhibition de l'ovulation. Un anneau vaginal doit être laissé en place sans interruption pendant trois semaines puis il doit être retiré pendant une semaine. Il détient les mêmes contre-indications et le même suivi biologique que la pilule oestro-progestative [9]. Cette méthode contraceptive n'est pas recommandée dans le post-partum, car tout comme les patchs contraceptifs, son utilisation n'a jamais été évaluée durant cette période. De plus sa mise en place pourrait être rendue difficile en raison de la proximité de l'accouchement qui a pu entraîner des modifications vaginales et des éventuelles lésions. Il est donc recommandé d'attendre la fin de la rééducation du périnée pour utiliser ce moyen de contraception [6].

c. Autres contraceptions locales

Le préservatif féminin est à la fois une méthode contraceptive et un moyen de protection contre les IST. Cependant son utilisation pendant le post-partum n'est pas recommandée en raison de la difficulté de mise en place due aux modifications et aux éventuelles lésions vaginales consécutives à l'accouchement [6].

Il existe également deux autres méthodes contraceptives locales, la cape cervicale et le diaphragme. Ces deux méthodes sont modérément efficaces, c'est pourquoi il est recommandé de les associer à des spermicides afin d'augmenter leur efficacité contraceptive. L'un ou l'autre doit être mis en place au contact du col avant un rapport sexuel (dans les deux heures précédentes) afin d'empêcher le passage des spermatozoïdes vers l'intérieur de l'utérus. Après le rapport, il doit ensuite être laissé en place pendant minimum huit heures et retiré maximum 24 heures après [20-21]. Le diaphragme et la cape cervicale ne sont pas recommandés dans le post-partum en raison de la difficulté de mise en place due aux modifications et aux éventuelles lésions vaginales et cervicales consécutives à l'accouchement [6].

d. Autre contraception progestative

Il existe une contraception progestative injectable en intramusculaire, le DEPO PROREVA®, qui contient 150 mg d'acétate de médroxyprogestérone. C'est un contraceptif de longue durée d'action (trois mois) qui n'est recommandé que chez les patientes pour qui il n'est pas possible d'utiliser d'autres méthodes contraceptives. En effet cette méthode détient de nombreux effets secondaires (injection douloureuse, modifications du profil de saignements, altération du capital osseux, perturbations du métabolisme, un retour à la fertilité différé de trois à 12 mois,…). En raison de l'augmentation du risque thromboembolique qu'elle engendre, cette méthode n'est pas recommandée pendant le post-partum [6, 9].

e. Méthodes contraceptives naturelles

Il existe également d'autres méthodes contraceptives dites naturelles. Ces méthodes contraceptives sont classées parmi les moins efficaces en utilisation courante (indice de Pearl autour de 26) [9].

Parmi celles-ci on retrouve la méthode d'abstinence périodique (méthode Ogino), celle d'auto-évaluation de la glaire cervicale (méthode Billings) et la méthode des températures. Ces dernières ne sont pas applicables dans le post-partum en raison de la présence de lochies, de la reprise des cycles non prévisible, et des modifications cervicales et hormonales.

La méthode du retrait fait aussi partie de ces méthodes naturelles, mais en raison de son efficacité moindre, elle n'est pas recommandée comme choix d'une méthode contraceptive. Son utilisation comme moyen de contraception doit alors nécessiter l'acceptation par le couple d'une éventuelle grossesse non prévue [6, 14].

III- Les connaissances

1. Généralités sur les connaissances et leur acquisition

Une connaissance peut être définie comme un ensemble d'informations stockées par le biais de l'expérience ou de l'apprentissage. Les connaissances correspondent donc à la possession de multiples données interdépendantes [22].

Le terme connaissance fait référence au sujet lui-même, en effet ce sont les savoirs intégrés par l'apprenant, les connaissances sont par nature individuelles. On classe les connaissances en différents types : les connaissances déclaratives, procédurales, conditionnelles, implicites, explicites, contextualisées et générales [23].

Les connaissances déclaratives correspondent à des faits ou des règles que le sujet utilise dans son raisonnement ou ses actions (exemple : posologie d'un médicament). Les connaissances procédurales correspondent à des séquences d'actions construites, ce sont des connaissances dynamiques (exemple : adaptation d'une posologie en fonction du poids). Ces dernières peuvent devenir des automatismes si elles sont répétées, la mise en œuvre de ces connaissances devenant alors inconsciente. Il existe également des connaissances dites conditionnelles, elles sont elles aussi dynamiques et permettent de catégoriser, de comparer, de raisonner et de prendre des décisions. Les connaissances explicites sont celles dont l'individu a conscience et qu'il peut exprimer, leur contraire correspondant aux connaissances implicites (par exemple la façon de s'exprimer). Les connaissances peuvent être générales c'est-à-dire que leur élaboration est sociale (comme des connaissances scientifiques) ou elles peuvent être [individuelles c'est-à-dire propre à l'esprit de la personne. On distingue également des connaissances contextualisées c'est-à-dire qu'elles sont acquises dans un contexte particulier [23].

Pour acquérir une connaissance, l'apprenant doit mettre en œuvre trois de ses capacités : son attention, sa mémorisation et sa motivation. L'attention correspond à la capacité à sélectionner les informations afférentes. L'attention peut être réflexe (par exemple orientation réflexe lors d'un bruit inattendu) ou sélective (par exemple capacité à suivre une conversation dans un brouhaha). Pour capter l'attention le stimulus visuel est le plus efficace. La mémoire correspond à la conservation du passé. On distingue plusieurs types de mémoire : à court terme, de travail et à long terme. La mémoire à court terme peut être comparée à une trace s'effaçant rapidement dans le temps, elle permet de retenir au maximum six à sept éléments différents. La mémoire de travail permet de traiter consciemment des informations. La mémoire à long terme quant à elle est organisée, permanente et de capacité illimitée. Certains facteurs influencent la mémorisation. Il est par exemple plus facile de mémoriser un élément lorsque son apprentissage est réparti dans le temps. Plus les éléments sont répétés moins ce sera difficile de le réapprendre. Les premiers et les derniers éléments d'une liste sont mieux mémorisés. Plus les informations à mémoriser ont un sens pour la personne, plus facilement il arrivera à les retenir. La fatigue influence aussi les capacités de mémorisation. La qualité d'un apprentissage dépend également de la motivation de l'apprenant mais aussi de l'enseignant [24].

2. Connaissances sur la contraception

En 2007 l'Institut national de prévention et d'éducation en santé (INPES) a réalisé un état des lieux des connaissances et des opinions des français concernant les moyens de contraception. La quasi-totalité (95%) des utilisatrices d'un moyen de contraception se déclaraient satisfaites du moyen utilisé. La pilule, le préservatif masculin et le stérilet étaient connus par la quasi-totalité des français (de 93% à 97%). Les trois quarts des personnes interrogées connaissaient le préservatif féminin et le diaphragme. Les spermicides, les patchs, l'implant et l'anneau vaginal n'étaient connus que par la moitié des français. De nombreuses idées reçues concernant la contraception persistaient. En effet la moitié des français croyaient qu'une femme ne pouvait pas devenir enceinte si un rapport sexuel avait lieu pendant sa période de menstruations et 64% pensaient qu'il existait des jours sans aucun risque de grossesse. Le recours à une contraception d'urgence était encore assez méconnu des femmes. En effet en 2005, seules 35% des personnes connaissaient la contraception d'urgence, 11,7% connaissaient son délai d'efficacité et un quart ne savaient pas qu'elles pouvaient se la procurer sans ordonnance [1].

Lors d'une enquête sur la contraception réalisée auprès des français en 2007 par l'INPES, il a pu être mis en avant un certain nombre de dysfonctionnements. L'oubli de pilule survenait une ou plusieurs fois par mois pour 21% des utilisatrices et 35% des utilisatrices l'oubliaient entre une à trois fois dans l'année. Seules 34% des femmes disaient ne jamais l'oublier. La majorité des utilisatrices de pilule s'étaient donc déjà retrouvées dans la situation d'oubli d'un comprimé. Concernant leur réaction face à un oubli, un certain nombre d'utilisatrices ne semblaient pas connaître la démarche à suivre. En effet, 62% des femmes auraient pris la pilule oubliée et seulement 23% auraient utilisé un autre moyen de contraception [25].

Le nombre d'IVG en France stagne depuis 30 ans mais cependant le nombre d'IVG répétées a augmenté. C'est le même cas dans d'autres pays comme la Norvège, les États-Unis, l'Espagne et le Canada. C'est pourquoi une étude réalisée en 2000 en France a voulu savoir si cela n'était pas dû à un échec de contraception en raison d'une mauvaise utilisation. Au total 30 femmes ont été incluses dans l'étude. Neuf femmes ne savaient pas quoi faire après un oubli de pilule et la plupart avaient peu de notions concernant la contraception d'urgence. Cette étude a permis de conclure qu'acquérir une bonne connaissance pratique du moyen de contraception pouvait être une façon de réduire les grossesses indésirables. Une proposition a été faite quant à la mise en place d'une consultation spécialement dédiée à la contraception durant laquelle seront données diverses informations oralement et par écrit [26].

Une étude menée en 1999 à San Francisco a voulu démontrer les facteurs associés aux connaissances et à la bonne volonté qui amènent les femmes en post-partum à utiliser la contraception d'urgence. Parmi les 371 femmes incluses dans cette étude, 3% avaient déjà eu recours à une contraception d'urgence. Concernant leurs connaissances sur la contraception d'urgence, 6% en avaient déjà entendu parler mais seulement 19% pouvaient nommer ou décrire cette méthode et 7% connaissaient la période correcte pour l'utiliser. Les adolescentes connaissaient mieux la contraception d'urgence que les multipares. Parmi celles qui avaient entendu parler de contraception d'urgence, seules 44% pensaient que c'était sans risque et 32% pensaient que ce moyen induisait un avortement. La plupart savaient que cela n'empêchait pas les IST. Les principales sources d'informations étaient les professionnels de santé, les proches de ces femmes et les médias [27].

Une étude menée en 2010 en France s'intéressait à la contraception des femmes du post-abortum, du post-partum et de la population générale. 23% des accouchées pensaient qu'un risque de grossesse existait lors de l'arrêt entre deux plaquettes de pilule oestro-progestative. Environ la moitié des femmes connaissaient le délai possible maximum d'oubli de la pilule sans perte d'efficacité. La majorité des femmes avaient reçu l'information concernant la contraception du post-partum durant le séjour à la maternité et la moitié l'avaient également abordé durant la grossesse [28].

Objectif et méthode de l’étude

I- Objectif de l'étude

1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était de réaliser un état des lieux des connaissances des accouchées sur la contraception qu'elles avaient choisie d'utiliser dans la période du post-partum.

2. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était le pourcentage de réponses justes aux questions concernant la contraception choisie par la femme en post-partum.

II- Méthode

1. Type d'étude

Une étude observationnelle, descriptive et transversale a été réalisée.

2. Durée de l'étude

Le recueil de l'adresse e-mails de 300 accouchées a été réalisé durant six semaines, du 19 octobre 2015 au 26 novembre 2015. L'envoi de l'auto-questionnaire par e-mail aux patientes éligibles s'est effectué pendant neuf semaines, du 28 octobre 2015 au 30 décembre 2015. La collecte des réponses des questionnaires a été possible pendant 11 semaines, du 28 octobre 2015 au 13 janvier 2016.

L'étude a donc duré au total 12 semaines, du 19 octobre 2015 au 13 janvier 2016.

3. Lieu de l'étude

L'étude s'est déroulée au sein d'une maternité de type trois en région Auvergne.

4. Population

a. Population cible

La population cible était constituée des accouchées entre la deuxième semaine de leur post-partum et la semaine correspondant à la réalisation de leur consultation post-natale.

b. Population source

La population source comprenait les accouchées entre la deuxième semaine de leur post-partum et la semaine correspondant à la réalisation de leur consultation post-natale, ayant accouché dans la maternité de type trois en région Auvergne sur la période de l'étude.

c. Critères de sélection des sujets

Les critères d'inclusion des sujets pour cette étude étaient les suivants :

- les femmes qui avaient accouché au sein de la maternité de type trois en région Auvergne et qui avaient débuté leur deuxième semaine du post-partum ;
- les femmes qui possédaient une adresse e-mail et une connexion internet accessible ;
- les femmes qui avaient accepté de participer à l'étude.

Les critères d'exclusion des femmes pour cette étude étaient les suivants :

- les femmes mineures au moment de l'étude ;
- les femmes qui ne parlaient pas français ;
- les femmes qui ne savaient pas lire et/ou écrire ;
- les femmes qui avaient subi une stérilisation contraceptive ;
- les femmes qui avaient eu leur consultation post-natale ;
- les femmes qui n'utilisaient pas l'une des contraceptions recommandées pendant le post-partum : le DIU, le patch, l'anneau, le préservatif féminin, la cape cervicale, le diaphragme, les injections de progestérone ou les méthodes contraceptives naturelles (hors MAMA).

d. Recrutement

Les accouchées ont été recrutées au cours de leur séjour en hospitalisation mère-enfant dans la maternité de type trois en région Auvergne, après avoir reçu une information orale et écrite.

e. Echantillon

De par le mode de recrutement et la nécessité d'obtenir des résultats de manière rapide, un mode d'échantillonnage non probabiliste (sondage empirique) a été choisi. Avec un nombre d'accouchements estimé en moyenne à 315 par mois, le recrutement des participantes s'est effectué sur une période de six semaines afin d'obtenir un échantillon de taille suffisante pour l'analyse des résultats.

5. Le recueil des données

a. Les variables recueillies

Les variables recueillies étaient les suivantes :

- les données sociodémographiques (âge, origine géographique, situation familiale, niveau d'étude et catégorie socioprofessionnelle) ;
- les données sur la grossesse et les suites de l'accouchement (parité, types de grossesse(s), suivi de grossesse, préparation à la naissance, date d'accouchement, réalisation de la consultation post-natale et mode d'alimentation du nourrisson) ;
- les données sur les moyens de contraception (contraceptions antérieures, contraception du post-partum choisie, informations données et sentiment d'aise concernant l'utilisation de leur contraception du post-partum) ;
- les connaissances sur le risque de grossesse en post-partum ;
- les connaissances sur la contraception choisie en post-partum (pilule oestro-progestative, pilule microprogestative, préservatif masculin, implant, méthode MAMA ou spermicides).

b. Outil de recueil des données

Le recueil des données a été effectué à l'aide d'un auto-questionnaire écrit et anonyme, via internet (Annexe III). La dernière partie concernant les connaissances des accouchées sur leur contraception du post-partum était donc différente en fonction de la contraception que la femme avait choisie.

Cet auto-questionnaire a été testé auprès de cinq accouchées afin de s'assurer de la compréhension de chacune des questions. Les remarques (écrites et orales) ont ainsi été prises en compte dans l'élaboration finale de ce questionnaire.

c. Le circuit des données

Les patientes éligibles ont pu accéder au questionnaire via un site internet qui a préservé leur anonymat. Les adresses e-mails ont été collectées à la maternité après l'obtention de leur accord. Un e-mail contenant le lien du site internet où elles pouvaient accéder au questionnaire a été envoyé à chaque participante deux semaines après leur accouchement. Une relance par e-mail a été systématiquement effectuée, quatre semaines après la naissance de leur enfant.

6. L'informatisation

La saisie des données a été effectuée sur le logiciel Excel.

La vérification de l'absence de doublons a été effectuée.

7. L'analyse des données

L'analyse statistique des données a été effectuée avec l'outil BiostaTGV, disponible sur internet.

Les variables qualitatives ont été présentées en effectifs et pourcentages. Elles ont été étudiées avec la méthode du Chi² de Pearson lorsque les effectifs attendus étaient supérieurs à cinq. Dans le cas où les effectifs attendus étaient inférieurs à cinq, le test de Fisher a été utilisé. Les résultats étaient statistiquement significatifs lorsque la p-value était inférieure à 0,05.

8. Budget

Le budget a principalement résidé dans les frais d'impression des lettres d'informations et des feuilles de consentement des patientes.

9. Aspects éthique et règlementaire

Le sujet de cette étude a été accepté en décembre 2014 par un comité scientifique composé d'experts en santé publique et de responsables de travaux de recherches.

L'autorisation de récolte des adresses e-mails des accouchées a été donnée par les responsables de la maternité de type trois en Auvergne.

Les femmes ont été informées des intentions et du déroulement de cette étude via une lettre d'information (Annexe I). Cette lettre a été donnée lors du recueil des adresses e-mails et a été rappelée en préambule du questionnaire. De plus, lors du recueil des adresses e-mail, un formulaire de consentement a été signé en double exemplaire par chaque femme après lecture (Annexe II).

L'anonymat des patientes et la confidentialité des données ont été garantis et respectés tout au long de l'étude.

Résultats

I- Taux de réponses au questionnaire

300 femmes ont accepté de donner leur adresse e-mail dans le but de répondre au questionnaire. Sur les 300 questionnaires envoyés, 193 femmes ont répondu, soit un taux de réponses de 66,3%.

21 femmes ont été exclues de l'étude car elles n'avaient pas choisi une contraception recommandée par la Haute autorité de santé (HAS) pendant le post-partum. En effet 17 d'entre elles avaient choisi de ne pas utiliser de moyen de contraception dont deux désirant la pose d'un stérile à la consultation post-natale et quatre femmes avaient choisi des méthodes naturelles (hors MAMA). Deux femmes ont été exclues car elles avaient déjà eu leur consultation post-natale au moment de répondre au questionnaire (une avait choisi la pilule microprogestative et une la MAMA). Et enfin trois répondantes ont été exclues car leurs réponses aux questions n'étaient pas cohérentes. En effet deux avaient répondu utiliser la pilule oestro-progestative alors qu'elles allaitaient leur enfant et une la MAMA alors qu'elle n'allaitait pas.

L'étude a donc inclus un total de 167 femmes soit un taux de réponses incluses de 55,7%. Parmi celles-ci, 111 ont choisi la pilule microprogestative comme contraception du post-partum, 51 ont choisi le préservatif masculin, trois ont choisi la MAMA et deux ont choisi l'implant.

La figure 1 et la figure 2 présentent le processus d'inclusion et d'exclusion de la population dans cette étude.

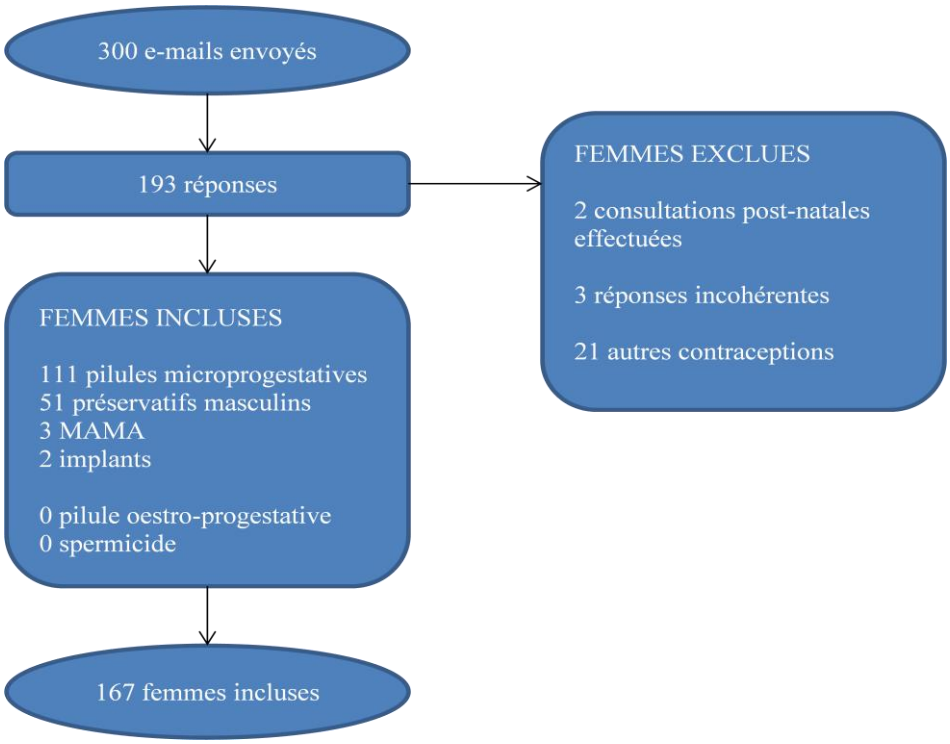


Figure 1 : Diagramme d'inclusion et d'exclusion de la population (flow-chart).

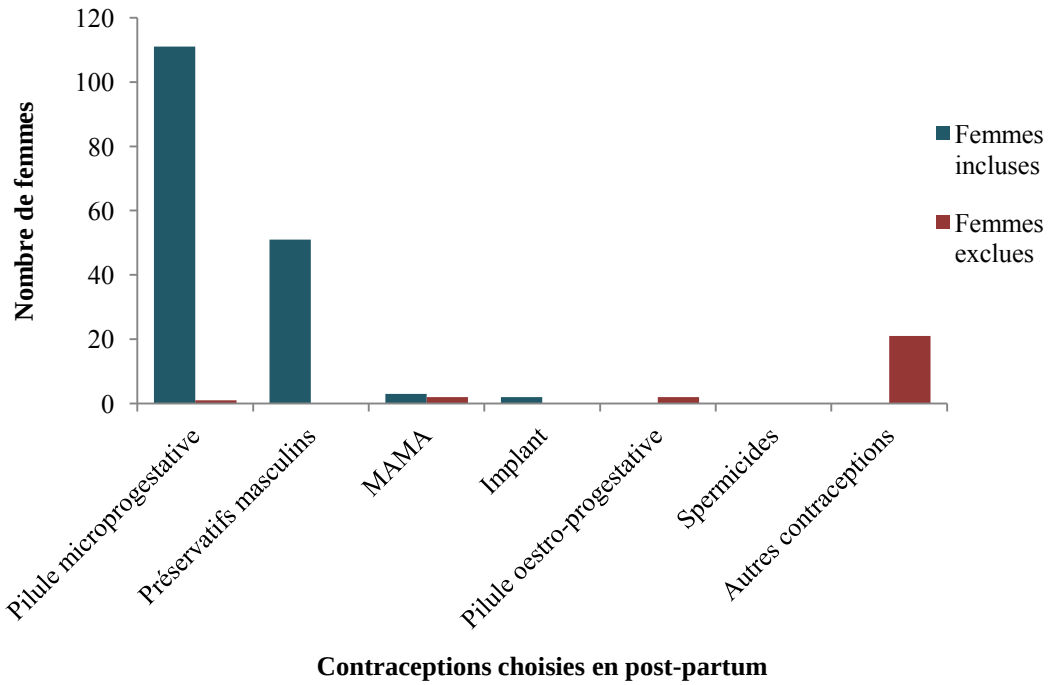


Figure 2 : Inclusion et exclusion des femmes participantes en fonction de leur contraception choisie pour le post-partum.

II- Caractéristiques de la population

1. Caractéristiques sociodémographiques

Le tableau I présente les caractéristiques sociodémographiques de la population générale et de chaque contraception étudiée c'est-à-dire la pilule microprogestative, le préservatif masculin, la MAMA et l'implant.

La moyenne d'âge de la population était de 30,5 ans. La majorité des femmes appartenaient à la classe d'âge 25-34 ans soit 69,5% de la population.

88,6% de la population était d'origine française. La quasi-totalité des femmes (96,8%) étaient en couple, mariées ou pacsées.

Les deux tiers des femmes (67,7%) avaient un niveau d'étude correspondant à l'enseignement supérieur. Les employés (32,9%) et les professions intermédiaires (30,5%) étaient les catégories socioprofessionnelles les plus représentées et 19,2% des femmes n'avaient pas d'activité professionnelle (Tableau I).

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques.

Critères	**Population**	**Pilule progestative**	**Préservatif**	**MAMA**	**Implant**
	n=167 (%)	n=111 (66,5%)	n=51 (30,5%)	n=3 (1,8%)	n=2 (1,2%)
Age					
Moyenne	30,5	30,0	30,4	27	28,5
< 25 ans	17 (10,2)	10 (9,0)	5 (9,8)	1 (33,3)	1 (50,0)
≥ 25 - < 35 ans	116 (69,5)	79 (71,2)	35 (68,6)	2 (67,7)	0 (0,0)
≥ 35 ans	34 (20,3)	22 (19,8)	11 (21,6)	0 (0,0)	1 (50,0)
Origine					
Française	148 (88,6)	100 (90,1)	44 (86,2)	2 (66,7)	2 (100)
Autre pays Européen	4 (2,4)	2 (1,8)	2 (3,9)	0 (0,0)	0 (0,0)
Afrique	8 (4,8)	4 (3,6)	3 (5,9)	1 (33,3)	0 (0,0)
Asie	4 (2,4)	3 (2,7)	1 (2,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Amérique	2 (1,2)	1 (0,9)	1 (2,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Océanie	1 (0,6)	1 (0,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Situation familiale					
Pacsée	44 (26,4)	30 (27,1)	14 (27,4)	0 (0,0)	0 (0,0)
Mariée	61 (36,5)	38 (34,2)	21 (41,2)	1 (33,3)	1 (50,0)
En couple	55 (32,9)	38 (34,2)	15 (29,4)	2 (66,7)	0 (0,0)
Célibataire	5 (3,0)	4 (3,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (50,0)
Divorcée	2 (0,2)	1 (0,9)	1 (2,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Niveau d'étude					
CAP-BEP	19 (11,4)	15 (13,5)	3 (5,9)	0 (0,0)	1 (50,0)
Baccalauréat	34 (20,3)	20 (18,0)	11 (21,6)	2 (66,7)	1 (50,0)
Enseignement supérieur	113 (67,7)	75 (67,6)	37 (72,5)	1 (33,3)	0 (0,0)
Sans diplôme	1 (0,6)	1 (0,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Catégorie socioprofessionnelle					
Artisans, commerçants	3 (1,8)	2 (1,8)	1 (2,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Professions intellectuelles	16 (9,6)	11 (9,9)	5 (9,8)	0 (0,0)	0 (0,0)
Professions intermédiaires	51 (30,5)	28 (25,2)	23 (45,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
Employés	55 (32,9)	41 (37,0)	13 (25,4)	1(33,3)	0 (0,0)
Ouvriers	7 (4,2)	7 (6,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100)
Sans activité professionnelle	32 (19,2)	20 (18,0)	8 (15,7)	2(66,7)	0 (0,0)
Etudiant	3 (1,8)	2 (1,8)	1 (2,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

2. Caractéristiques obstétricales et du post-partum

Le tableau II présente les caractéristiques obstétricales et du post-partum de la population générale puis de chaque type de contraception étudié.

Le taux de primipares et de multipares dans la population générale était semblable (50,3% contre 49,7%).

La majorité des femmes (93,4%) avaient déjà eu une ou plusieurs grossesses spontanées et souhaitées. Près d'un quart de la population étudiée avait déjà eu une ou plusieurs grossesses non prévues dont 29,3% en raison d'un échec de contraception.

La majorité des femmes (73 à 82%) avaient été suivies pendant la grossesse par une sage-femme ou un médecin ou les deux conjointement.

Une préparation à la naissance avait été effectuée pour cette dernière grossesse par la majorité des femmes soit 65,9% de la population.

Le taux d'allaitement maternel et d'allaitement artificiel était semblable (43,1% et 41,3%) (Tableau II).

Tableau II : Caractéristiques obsétricales et du post-partum.

Critères	**Population**	**Pilule progestative**	**Préservatif**	**MAMA**	**Implant**
	n=167 (%)	n=111 (66,5%)	n=51 (30,5%)	n=3 (1,8%)	n=2 (1,2%)
Parité					
Primipare	84 (50,3)	57 (51,4)	25 (49,0)	1 (33,3)	1 (50,0)
Multipare	83 (49 ,7)	54 (48,6)	26 (51,0)	2 (66,7)	1 (50,0)
Types de grossesse(s)					
Spontanée(s)	156 (93,4)	107 (96,4)	44 (86,3)	3 (100,0)	2 (100,0)
Induites(s)	12 (7,2)	5 (4,5)	7 (13,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Souhaitée(s)	156 (93,4)	103 (92,8)	50 (98,0)	3 (100,0)	0 (0,0)
Surprise(s)	41 (24,6)	29 (26,1)	8 (15,7)	2 (66,7)	2 (100,0)
Echec de Contraception					
Oui	12 (29,3)	6 (20,7)	5 (62,5)	1 (50,0)	0 (0,0)
Non	26 (63,4)	22 (75,9)	2 (25,0)	1 (50,0)	1 (50,0)
Non répondu	3 (7,3)	1 (3,4)	1 (12,5)	0 (0,0)	1 (50,0)
Suivi de grossesse					
Sage-femme	137 (82,0)	88 (79,3)	45 (88,2)	3 (100,0)	1 (50,0)
Gynécologue	122 (73,0)	83 (74,8)	36 (70,5)	2 (66,7)	1 (50,0)
Médecin généraliste	19 (11,4)	11 (9, 9)	8 (15,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Préparation à la naissance					
Oui	110 (65,9)	71 (64,0)	36 (70,6)	2 (66,7)	1 (50,0)
Non	57 (34,1)	40 (36,0)	15 (29,4)	1 (33,3)	1 (50,0)
Allaitement					
Maternel	72 (43,1)	47 (42,3)	22 (43,1)	3 (100,0)	0 (0,0)
Artificiel	69 (41,3)	48 (43,3)	20 (39,2)	0 (0,0)	1 (50,0)
Mixte	26 (15,6)	16 (14,4)	9 (17,7)	0 (0,0)	1 (50,0)

3. Caractéristiques des différents moyens de contraception

a. Les différentes contraceptions utilisées au cours de la vie

La figure 3 présente les différentes contraceptions utilisées par les femmes au cours de leur vie (avant cette dernière grossesse). Les contraceptions les plus utilisées par les participantes étaient le préservatif masculin (82%), la pilule oestro-progestative (59,3%) et la pilule microprogestative (54,5%). A noter que 3,6% des femmes n'utilisaient aucun moyen de contraception et 15% avaient déjà eu recours à la contraception d'urgence.

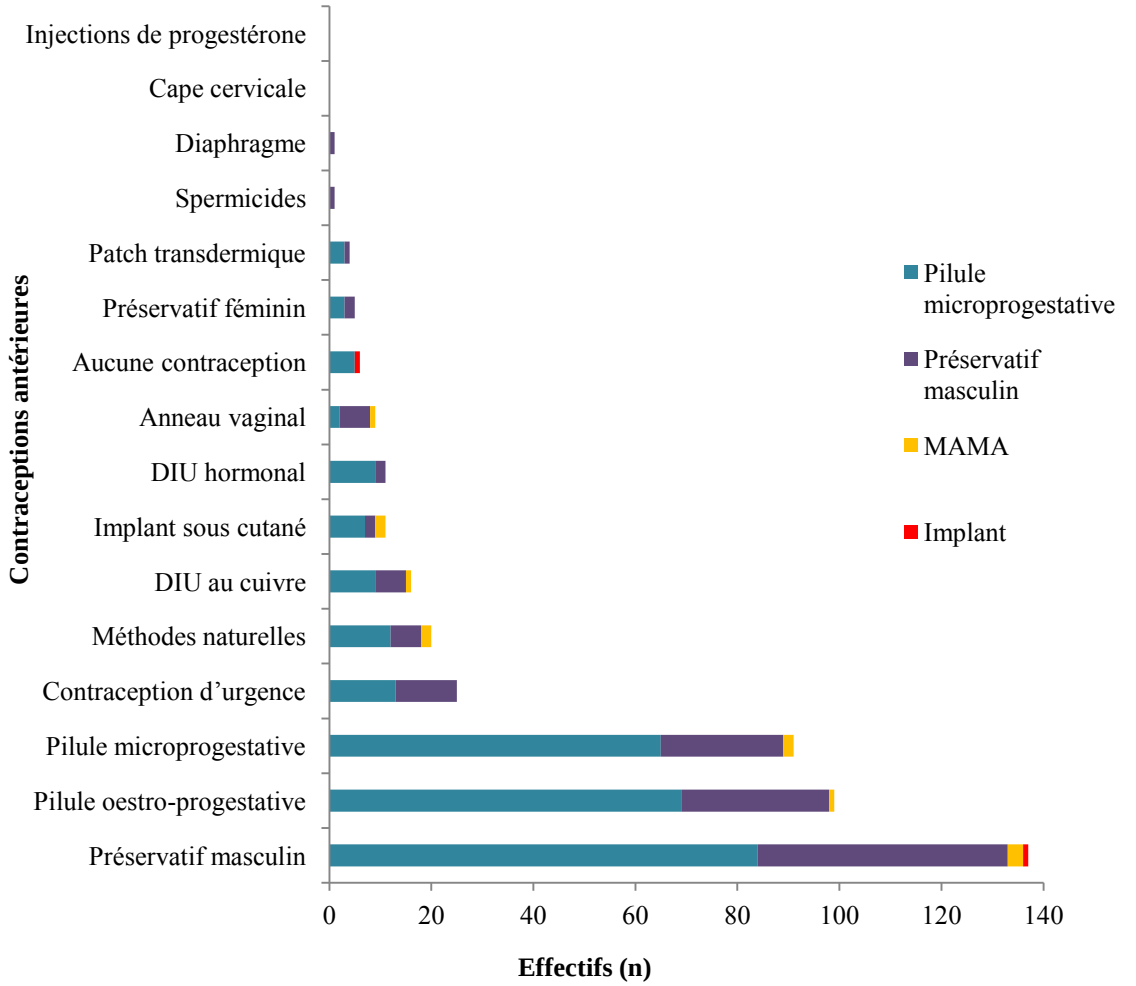


Figure 3 : Les contraceptions utilisées au cours de la vie des femmes et leur contraception actuelle.

La figure 4 nous montre si les femmes avaient déjà utilisé par le passé la contraception qu'elles avaient choisie pour le post-partum. Pour la pilule microprogestative, la majorité des femmes (65%) avaient déjà eu recours à cette méthode. La quasi-totalité (96%) des femmes ayant choisi le préservatif masculin l'avaient déjà utilisé par le passé. Pour la MAMA, deux femmes sur trois avaient déjà utilisé une méthode naturelle de contraception. Les deux femmes ayant choisi l'implant ne l'avaient jamais expérimenté par le passé.

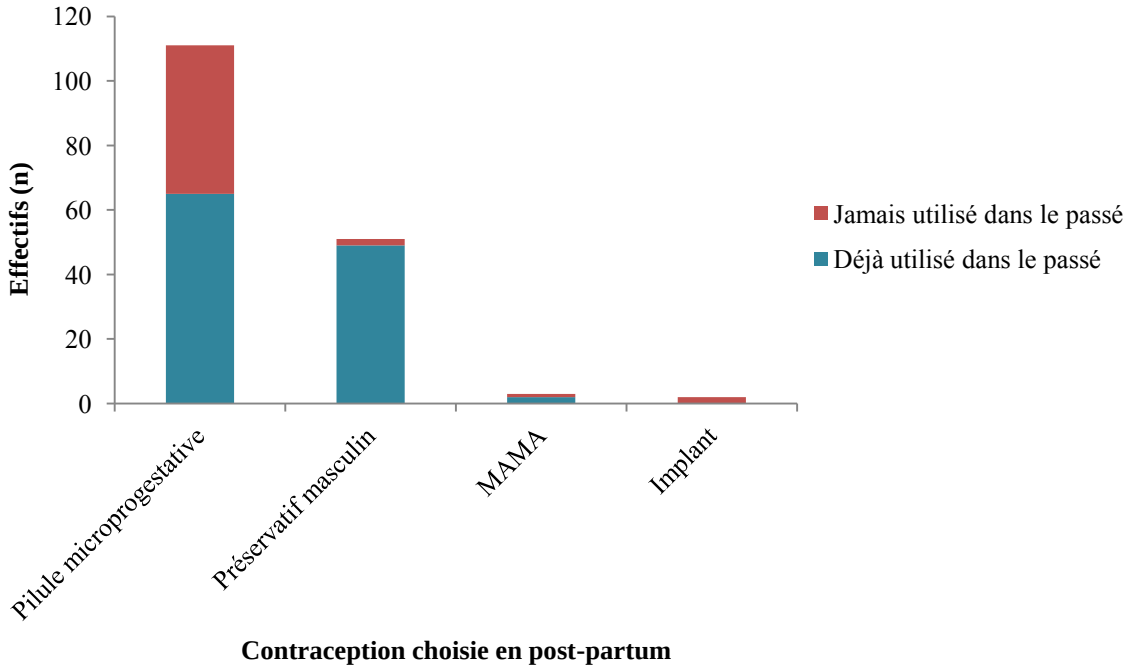


Figure 4 : Utilisation antérieure ou non de la contraception choisie pour le post-partum

b. Données sur la contraception du post-partum

Le tableau III présente les données concernant la contraception du post-partum de la population générale puis de chaque type de contraception étudiée.

La majorité des utilisatrices de la pilule microprogestative (77,5%) avaient commencé à l'utiliser lorsqu'elles ont répondu au questionnaire contre une minorité des utilisatrices du préservatif (13,7%) (Tableau III).

La quasi-totalité des personnes (92,8%) avaient reçu les informations concernant les différentes contraceptions possibles en post-partum, par un professionnel de santé lors du séjour à la maternité. Environ un tiers (36,5%) avaient reçu ces informations par un professionnel de santé pendant la grossesse et 12,6% en avaient été informées par une sage-femme lors d'une visite à domicile. Trois participantes n'avaient reçu aucun renseignement à ce sujet.

A propos du sentiment d'aise concernant l'utilisation de la contraception choisie pour le post-partum, environ deux tiers des femmes (68,9%) se sentaient à l'aise à très à l'aise dans l'utilisation de leur mode de contraception (Tableau III).

Tableau III : Données sur la contraception choisie en post-partum.

Critères	**Population**	**Pilule progestative**	**Préservatif**	**MAMA**	**Implant**
	n=167 (%)	n=111 (66,5%)	n=51 (30,5%)	n=3 (1,8%)	n=2 (1,2%)
A commencé à l'utiliser					
Oui	95 (56,9)	88 (77,5)	7 (13,7)	1 (33,3)	1 (50,0)
Non	72 (43,1)	25 (22,5)	44 (86,3)	2 (66,7)	1 (50,0)
Informations reçues					
Grossesse	61 (36,5)	33 (29,7)	25 (49,0)	0 (0,0)	1 (50,0)
Hospitalisation post-partum	155 (92,8)	109 (98,1)	41 (80,4)	2 (66,7)	2 (100,0)
Visite à domicile	21 (12,6)	9 (8,1)	11 (21,6)	1 (33,3)	1 (50,0)
Recherches personnelles	13 (7,8)	2 (1,8)	11 (21,6)	1 (33,3)	0 (0,0)
Aucune	3 (1,8)	1 (0,9)	1 (2,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Aise pour utiliser la contraception					
Pas du tout à l'aise	4 (2,4)	4 (3,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Peu à l'aise	10 (6,0)	6 (5,4)	4 (7,9)	0 (0,0)	0 (0,0)
Assez à l'aise	32 (19,2)	23 (20,7)	7 (13,7)	0 (0,0)	2 (100,0)
Â l'aise	51 (30,5)	33 (29,7)	17 (33,3)	1 (33,3)	0 (0,0)
Très à l'aise	64 (38,3)	42 (37,9)	22 (43,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
Non répondu	6 (3,6)	3 (2,7)	1 (2,0)	2 (66,7)	0 (0,0)

c. Description du sentiment d'aise

Deux groupes de comparaison ont été établis, un groupe rassemblant les personnes pas du tout à l'aise, peu à l'aise et assez à l'aise et un autre comprenant les utilisatrices à l'aise et très à l'aise concernant l'utilisation de leur contraception.

Les tableaux IV et V décrivent le sentiment d'aise des utilisatrices de la pilule microprogestative puis du préservatif masculin dans l'utilisation de leur méthode.

Le sentiment d'aise dans l'utilisation d'une contraception ne semblait pas lié à l'utilisation antérieure de ce moyen, ni aux différents moments et moyens d'informations et non plus au nombre de moyens et moments d'informations. Les différences ne sont pas statistiquement significatives (p-value > 0,05) (Tableau IV et V).

Tableau IV : Description du sentiment d'aise des utilisatrices de la pilule progestative dans l'utilisation de cette contraception.

Pilule progestative	**Pas du tout à l'aise à assez à l'aise** n=33 (%)	**A l'aise à très à l'aise** n=75 (%)	**Non répondu** n=3 (%)	**p-value**
Utilisation antérieure				
Oui	16 (48,5)	48 (64,0)	1 (33,3)	
Non	17 (51,5)	27 (36,0)	2 (66,7)	0,13*
Informations reçues				
Grossesse	8 (24,2)	24 (32,0)	1 (33,3)	
Hospitalisation post-partum	32 (97,0)	74 (98,7)	2 (66,7)	
Visite à domicile	4 (12,1)	5 (6,7)	0 (0,0)	0,74**
Recherches personnelles	0 (0,0)	2 (2,7)	0 (0,0)	
Aucune	0 (0,0)	1 (1,3)	0 (0,0)	
Nombre de moments ou moyens d'informations				
Un seul	25 (75,8)	43 (57,4)	2 (66,7)	
Plusieurs	8 (24,2)	31 (41,3)	1 (33,3)	0,12**
Aucuns	0 (0,0)	1 (1,3)	0 (0,0)	

* Test du Chi² ** Test de Fisher

Tableau V : Description du sentiment d'aise des utilisatrices du préservatif masculin dans l'utilisation de cette contraception.

Préservatif masculin	**Pas du tout à l'aise à assez à l'aise** n=11 (%)	**A l'aise à très à l'aise** n=39 (%)	**Non répondu** n=1 (%)	**p-value**
Utilisation antérieure				
Oui	11 (100,0)	37 (94,9)	1 (100,0)	
Non	0 (0,0)	2 (5,1)	0 (0,0)	1,00**
Informations reçues				
Grossesse	4 (36,4)	21 (53,8)	1 (100,0)	
Hospitalisation post-partum	8 (72,7)	33 (84,6)	0 (0,0)	
Visite à domicile	3 (27,3)	8 (20,5)	0 (0,0)	0,80**
Recherches personnelles	1 (9,1)	10 (25,6)	0 (0,0)	
Aucune	0 (0,0)	1 (2,6)	0 (0,0)	
Nombre de moments ou moyens d'informations				
Un seul	6 (54,5)	15 (38,5)	1 (100,0)	
Plusieurs	5 (45,5)	23 (59,9)	0 (0,0)	0,61**
Aucune	0 (0,0)	1 (2,6)	0 (0,0)	

****Test de Fisher**

4. Connaissances sur le risque de grossesse en post-partum.

Le tableau VI montre la connaissance des femmes concernant le risque de grossesse possible avant le retour de couches. La majorité des femmes (82,6%) connaissaient ce risque.

Tableau VI : Connaissance du possible retour à la fertilité avant le retour de couches.

Réponses	Population	Pilule progestative	Préservatif	MAMA	Implant
	n=167 (%)	n=111 (66,5%)	n=51 (30,5%)	n=3 (1,8%)	n=2 (1,2%)
Oui	138 (82,6)	91 (82,0)	44 (86,3)	2 (66,7)	1 (50,0)
Non	8 (4,8)	6 (5,4)	1 (2,0)	0 (0,0)	1 (50,0)
Ne sait pas	21 (12,6)	14 (12,6)	6 (11,8)	1 (33,3)	0 (0,0)

III- Connaissances sur la contraception choisie en post-partum

1. Connaissances sur la pilule microprogestative.

Le tableau VII traite des connaissances des utilisatrices de la pilule microprogestative sur leur moyen de contraception.

La majorité des femmes (85,6%) savaient qu'elles devaient débuter leur pilule dans les trois premières semaines après l'accouchement. La quasi-totalité des femmes (96,4%) avaient notion que la pilule devait être prise tous les jours à heure régulière. La majorité des femmes (91%) savaient qu'il ne fallait pas faire d'arrêt entre deux plaquettes de pilule microprogestative. La majorité des femmes (62,2%) avaient pour notion que la pilule microprogestative pouvait provoquer des spotting (Tableau VII).

80,2% des femmes connaissaient la conduite à tenir en cas d'oubli d'un comprimé depuis moins de 12 heures, c'est-à-dire prendre le comprimé immédiatement et le suivant à l'heure habituelle. En cas d'oubli d'un comprimé depuis plus de 12 heures, 61,3% des femmes savaient qu'il faut prendre le comprimé immédiatement et le suivant à l'heure habituelle et 46,8% savaient qu'il faut se protéger à l'aide de préservatifs pendant sept jours. Seulement 32,4% savaient qu'il fallait avoir recours à une contraception d'urgence en cas de rapport sexuel dans les cinq jours précédents. Au total seulement 16 personnes soit 14,4% connaissaient la démarche totale à suivre en cas d'oubli de plus de 12 heures (Tableau VII).

Seulement 27% des femmes connaissaient la conduite à tenir en cas de vomissements dans les quatre heures suivant la prise d'un comprimé de pilule, c'est-à-dire prendre un autre comprimé et prendre le suivant à l'heure habituelle. Uniquement 11,7% des femmes avaient connaissance de la conduite à tenir en cas de diarrhées survenant dans les quatre heures suivant la prise d'un comprimé (Tableau VII).

Tableau VII : Connaissances des utilisatrices de la pilule microprogestative sur leur contraception.

Questions sur la pilule microprogestative	**Réponses justes** n (%)	**Réponses fausses** n (%)	**Ne sait pas** n (%)	**Pas de réponses** n (%)
Début de la prise de la pilule	95 (85,6)	9 (8,1)	4 (3,6)	3 (2,7)
Fréquence des prises	107 (96,4)	4 (3,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
Arrêt entre les plaquettes	101 (91,0)	7 (6,3)	3 (2,7)	0 (0,0)
CAT* si oubli < 12 heures	89 (80,2)	10 (9,0)	11 (9,9)	1 (0,9)
CAT* si oubli > 12 heures	16 (14,4)	94 (84,7)	1 (0,9)	0 (0,0)
Reprise d'un comprimé	69 (61,3)			
Contraception d'urgence si rapport dans les 5 jours précédents	36 (32,4)			
Préservatifs pendant 7 jours	52 (46,8)			
CAT* si vomissements dans les 4 heures suivant la prise	30 (27,0)	78 (70,3)	1 (0,9)	2 (1,8)
CAT* si diarrhées dans les 4 heures suivant la prise	13 (11,7)	97 (87,4)	1 (0,9)	0 (0,0)
Réaction si présence de spotting	69 (62,2)	40 (36,0)	1 (0,9)	1 (0,9)

*CAT : Conduite à tenir

2. Connaissances sur le préservatif masculin

Le tableau VIII traite des connaissances des utilisatrices du préservatif masculin sur leur moyen de contraception.

La totalité des femmes savaient que pour être le plus efficace possible, le préservatif doit être mis avant la toute première pénétration. La majorité des utilisatrices (82,2%) savaient qu'il est nécessaire de laisser une place suffisante pour le réservoir du préservatif. La quasi-totalité des personnes (96%) changeraient de préservatif si jamais il était mis en place dans le mauvais sens. La totalité des femmes avaient connaissance de la nécessité de changer de préservatif entre deux rapports sexuels. En cas de rupture du préservatif, plus des deux tiers des personnes interrogées (70,6%) envisageraient une contraception d'urgence quelque soit la période du cycle. 62,8% des utilisatrices de préservatifs savaient qu'il est nécessaire d'utiliser un préservatif pendant les règles pour éviter une grossesse (Tableau VIII).

Tableau VIII : Connaissances des utilisatrices du préservatif masculin sur leur contraception.

Questions sur le préservatif masculin	**Réponses justes** n (%)	**Réponses fausses** n (%)	**Ne sait pas** n (%)	**Pas de réponses** n (%)
Moment de mise en place	51 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Place suffisante pour le réservoir	44 (82,2)	6 (11,8)	1 (2,0)	0 (0,0)
CAT* si mise en place dans le mauvais sens	49 (96,0)	2 (4,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Changement entre deux rapports sexuels	51 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
CAT* si le préservatif se déchire	36 (70,6)	15 (29,4)	0 (0,0)	0 (0,0)
Utilisation pendant les règles pour éviter une grossesse	30 (27,0)	78 (70,3)	1 (0,9)	2 (1,8)

*CAT : Conduite à tenir

3. Connaissances sur la MAMA

Le tableau IX traite des connaissances des utilisatrices de la MAMA sur leur moyen de contraception.

Une personne sur trois savait que le nombre minimum de tétées est de six par jour pour que cette méthode soit efficace.

Une personne sur trois connaissait le temps maximum entre deux tétées qui ne doit pas dépasser quatre heures le jour et six heures la nuit.

Deux interrogées sur trois savaient que cette méthode n'est plus efficace si l'enfant n'est pas nourri exclusivement au sein.

Deux utilisatrices sur trois avaient notion que cette méthode n'est plus efficace lorsque le retour de couches a eu lieu.

Deux femmes sur trois connaissaient le délai maximum d'efficacité de cette méthode qui est de six mois (Tableau IX).

Tableau IX : Connaissances des utilisatrices de la MAMA sur leur contraception.

Questions sur la MAMA	**Réponses justes** n (%)	**Réponses fausses** n (%)	**Ne sait pas** n (%)	**Pas de réponses** n (%)
Nombre minimum de tétées par jour	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	0 (0,0)
Temps maximum entre 2 tétées	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	0 (0,0)
Le jour	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	0 (0,0)
La nuit	1 (33,3)	0 (0,0)	1 (33,3)	1 (33,3)
Alimentation exclusive au sein	2 (66,7)	0 (0,0)	1 (33,3)	0 (0,0)
Pas de retour de couches	2 (66,7)	1 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Durée maximale d'utilisation	2 (66,7)	0 (0,0)	1 (33,3)	0 (0,0)

4. Connaissances sur l'implant

Le tableau X traite des connaissances des utilisatrices de l'implant sur leur moyen de contraception.

Les deux utilisatrices de l'implant savaient que celui-ci devra être changé dans trois ans.

Une femme sur les deux incluses savait qu'elle pourrait faire enlever son implant avant la date prévue.

Une personne sur deux n'aurait pas été inquiète en cas de spotting ou d'absence de règles car elle savait que cela pourrait être la conséquence de l'implant (Tableau X).

Tableau X : Connaissances des utilisatrices de l'implant sur leur contraception.

Questions sur l'implant	**Réponses justes** n (%)	**Réponses fausses** n (%)	**Ne sait pas** n (%)	**Pas de réponses** n (%)
Durée d'utilisation	2 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Possibilité de le retirer avant la date prévue	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Réaction si présence de spotting	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Réaction si absence de règles	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

IV- Analyse des différents scores de connaissances

1. Score de connaissances

a. Établissement du score de connaissances

Le score de connaissance a été établi de la manière suivante. Pour chaque question répondue correctement un point était attribué. Si plusieurs réponses étaient attendues pour une même question alors le point était divisé par bonne réponse. Par exemple si trois bonnes réponses étaient attendues alors 1/3 de point était accordé par réponse juste. Les points étaient ensuite additionnés et transcris en pourcentage. Pour la pilule microprogestative le score était sur huit points, pour le préservatif masculin il était sur six, pour la MAMA il était sur cinq et pour l'implant il était sur quatre.

b. Scores de connaissances pour chaque contraception

Le tableau XI présente quatre classifications de scores de connaissances en fonction des différentes contraceptions du post-partum.

Les utilisatrices de la pilule microprogestative avaient des scores de connaissances plus faibles que celles utilisant le préservatif masculin. En effet 39,2% des femmes utilisant le préservatif avaient une connaissance exacte de leur méthode contre seulement 2,7% des utilisatrices de la pilule microprogestative.

Tableau XI: Scores de connaissances pour chaque contraception.

Scores de connaissances	**Pilule progestative** n=111 (66,5%)	**Préservatif** n=51 (30,5%)	**MAMA** n=3 (1,8%)	**Implant** n=2 (1,2%)
< 50 % du score maximum	20 (18,0)	0 (0,0)	1 (33,3)	1 (50,0)
≥ 50 - < 75 % du score maximum	62 (55,9)	11 (21,6)	1 (33,3)	0 (0,0)
≥ 75 - < 100 % du score maximum	26 (23,4)	20 (39,2)	1 (33,3)	0 (0,0)
100 % du score maximum	3 (2,7)	20 (39,2)	0 (0,0)	1 (50,0)

2. Facteurs influençant le score de connaissances

a. Établissement de deux groupes de comparaison

Deux groupes de score de connaissances ont été créés : un groupe où le score est inférieur à 75% du score maximal et un groupe dont le score est supérieur ou égal à 75% du score maximal.

Ces deux groupes ont été comparés en fonction des caractéristiques sociodémographiques, des caractéristiques obstétricales, des critères concernant la contraception et en fonction de la connaissance du retour à la fertilité.

b. Facteurs influençant le score de connaissances pour la pilule microprogestative

La majorité des utilisatrices de la pilule microprogestative (73,9%), appartenait au groupe dont le score est inférieur à 75 % et la minorité (26,1%) appartenait au groupe dont le score est supérieur ou égal à 75% (Tableau XII).

Le tableau XII permet de comparer les deux scores de connaissances en fonction des critères sociodémographiques.

L'âge et l'origine géographique ne semblaient pas influencer le niveau de connaissances des utilisatrices de la pilule microprogestative, en effet les différences observables ne sont pas statistiquement significatives (p-value > 0,05). Le niveau d'étude quant à lui semblait être un facteur influençant les connaissances de ces femmes. En effet le groupe ayant obtenu un score supérieur à 75% avait un niveau d'étude supérieur à l'autre groupe. Ces différences observables sont statistiquement significatives (p-value < 0,05) (Tableau XII).

Tableau XII : Comparaison du score de connaissances pour la pilule microprogestative en fonction des critères sociodémographiques.

Critères	**Score < 75%** n=82 (73,9%)	**Score ≥ 75%** n=29 (26,1%)	**p-value**
Âge			
< 25 ans	10 (12,2)	0 (0,0)	
≥ 25 - < 35 ans	57 (69,5)	22 (75,9)	0,12**
≥ 35 ans	15 (18,3)	7 (24,1)	
Origine géographique			
Française	73 (89,0)	27 (93,1)	0,72*
Autre origine	9 (11,0)	2 (6,9)	
Niveau d'étude			
Sans diplôme	1 (1,2)	0 (0,0)	
CAP-BEP	12 (14,6)	3 (10,3)	**0,04****
Baccalauréat	15 (18,3)	5 (17,2)	
Enseignement supérieur	54 (65,9)	21 (72,4)	

*** Test du Chi² ** Test de Fisher**

Le tableau XIII établit la comparaison entre les deux niveaux de connaissances en fonction des critères obstétricaux.

La parité et le type de grossesse(s) ne semblaient pas influencer le niveau de connaissances des utilisatrices de la pilule microprogestative, en effet les différences ne sont pas statistiquement significatives (p-value > 0,05).

Le suivi de cours de préparation à la naissance pour cette dernière grossesse semblait être un facteur influençant les connaissances de ces femmes. En effet 79,3% des femmes ayant obtenu un score supérieur à 75% avaient participé à ces cours contre 58,5% pour l'autre groupe. Ces différences sont statistiquement significatives (p-value < 0,05) (Tableau XIII).

Tableau XIII : Comparaison du score de connaissances pour la pilule microprogestative en fonction des critères obstétricaux.

Critères	**Score < 75 %** n=82 (73,9 %)	**Score ≥ 75%** n=29 (26,1%)	**p-value**
Parité			
Primipare	39 (47,6)	18 (62,1)	0,18*
Multipare	43 (52,4)	11 (37,9)	
Types de grossesse(s)			
Prévue(s)	58 (70,7)	24 (82,8)	0,20*
Surprise(s)	24 (29,3)	5 (17,2)	
Préparation à la naissance			
Oui	48 (58,5)	23 (79,3)	**0,04***
Non	34 (41,5)	6 (20,7)	

*** Test du Chi² ** Test de Fisher**

Le tableau XIV compare les deux groupes de connaissances en fonction des critères concernant la contraception.

L'utilisation par le passé de cette contraception, le fait d'avoir commencé à l'utiliser et le sentiment d'aise de la femme concernant l'utilisation de la pilule microprogestative ne semblait pas être des facteurs influençant les connaissances des femmes.

Le moment où les informations sur la contraception du post-partum ont été données et le nombre de moyens ou de moments d'informations ne semblaient pas influencer le niveau de connaissances des utilisatrices de la pilule microprogestative. Les différences ne sont pas statistiquement significatives (p-value > 0,05) (Tableau XIV).

Tableau XIV : Comparaison du score de connaissances pour la pilule microprogestative en fonction des critères concernant la contraception.

Critères	**Score < 75 %** n=82 (73,9 %)	**Score ≥ 75%** n=29 (26,1%)	**p-value**
Contraception utilisée par le passé			
Oui	48 (58,5)	17 (58,6)	0,99*
Non	34 (41,5)	12 (41,4)	
Contraception en cours d'utilisation			
Oui	62 (75,6)	24 (82,8)	0,43*
Non	20 (24,4)	5 (17,2)	
Informations reçues			
Pendant la grossesse	23 (28,0)	10 (34,5)	
Pendant le séjour à la maternité	81 (98,8)	28 (96,5)	
Lors d'une visite à domicile	6 (7,3)	3 (10,3)	0,75**
La patiente a cherché elle-même	1 (1,2)	1 (3,4)	
Aucune information reçue	1 (1,2)	0 (0,0)	
Nombre de moments ou moyens d'informations			
Un seul	52 (63,4)	18 (62,1)	
Plusieurs	29 (35,4)	11 (37,9)	0,87**
Aucune information reçue	1 (1,2)	0 (0,0)	
Sentiment d'aise dans l'utilisation			
Pas du tout à assez à l'aise	26 (31,7)	7 (24,1)	
A l'aise à très à l'aise	53 (64,6)	22 (75,9)	0,77*
Non répondu	3 (3,7)	0 (0,0)	

*** Test du Chi² ** Test de Fisher**

Le tableau XV permet de comparer les deux scores de connaissances en fonction de la connaissance du retour à la fertilité avant le retour de couches.

La connaissance du retour à la fertilité avant le retour de couches ne semblait pas influencer le niveau de connaissances des utilisatrices de la pilule microprogestative. Les différences ne sont pas statistiquement significatives (p-value > 0,05). (Tableau XXV)

Tableau XV : Comparaison du score de connaissances pour la pilule microprogestative en fonction de la connaissance du retour à la fertilité avant le retour de couches.

Connaissance du retour à la fertilité	**Score < 75 %** n=82 (73,9 %)	**Score ≥ 75%** n=29 (26,1%)	**p-value**
Oui	65 (79,3)	26 (89,7)	0,21*
Non / Ne sait pas	17 (20,7)	3 (10,3)	

*** Test du Chi²**

c. Facteurs influençant le score de connaissances pour le préservatif masculin

La majorité des utilisatrices du préservatif (78,4%) appartenait au groupe dont le score est supérieur ou égal à 75 % et la minorité (21,6%) appartenait au groupe dont le score est inférieur à 75% (Tableau XVI).

Le tableau XVI permet de comparer les deux scores de connaissances en fonction des critères sociodémographiques.

L'âge, l'origine géographique et le niveau d'étude ne semblaient pas influencer le niveau de connaissances des utilisatrices du préservatif, en effet les différences ne sont pas statistiquement significatives (p-value > 0,05) (Tableau XVI).

Tableau XVI : Comparaison du score de connaissances pour le préservatif masculin en fonction des critères sociodémographiques.

Critères	**Score < 75 %** n=11 (21,6 %)	**Score ≥ 75%** n=40 (78,4%)	**p-value**
Age			
< 25 ans	0 (0,0)	5 (12,5)	
≥ 25 - < 35 ans	8 (72,7)	27 (67,5)	0,75**
≥35 ans	3 (27,3)	8 (20,0)	
Origine géographique			
Française	10 (90,9)	34 (85,0)	
Autre origine	1 (9,1)	6 (5,0)	1,00**
Niveau d'étude			
Sans diplôme	0 (0,0)	0 (0,0)	
CAP-BEP	0 (0,0)	3 (7,5)	0,32**
Baccalauréat	4 (36,4)	7 (17,5)	
Enseignement supérieur	7 (63,3)	30 (75,0)	

**** Test de Fisher**

Le tableau XVII permet de comparer les deux scores de connaissances en fonction des critères obstétricaux.

La parité, le type de grossesse(s) et le suivi de cours de préparation à la naissance pour cette dernière grossesse ne semblaient pas influencer le niveau de connaissances des utilisatrices du préservatif, en effet les différences ne sont pas statistiquement significatives (p-value > 0,05) (Tableau XVII).

Tableau XVII: Comparaison du score de connaissances pour le préservatif masculin en fonction des critères obstétricaux.

Critères	**Score < 75 %** n=11 (21,6 %)	**Score ≥ 75%** n=40 (78,4%)	**p-value**
Parité			
Primipare	4 (36,4)	21 (52,5)	0,34*
Multipare	7 (63,6)	19 (47,5)	
Types de grossesse(s)			
Prévue(s)	10 (90,9)	33 (82,5)	0,67**
Surprise(s)	1 (9,1)	7 (17,5)	
Préparation à la naissance			
Oui	9 (81,8)	27 (67,5)	0,47**
Non	2 (18,2)	13 (32,5)	

*** Test du Chi² ** Test de Fisher**

Le tableau XVIII permet de comparer les deux scores de connaissances en fonction des critères concernant la contraception.

L'utilisation par le passé de cette contraception, le fait d'avoir commencé à l'utiliser et le sentiment d'aise de la femme concernant l'utilisation de cette contraception ne semblaient pas être des facteurs influençant les connaissances des femmes. Le moment où les informations sur la contraception du post-partum avaient été données et le nombre de moments ou de moyens d'informations, ne semblaient pas influencer le niveau de connaissances des utilisatrices de préservatif. Les différences ne sont pas statistiquement significatives (p-value > 0,05) (Tableau XVIII).

Tableau XVIII : Comparaison du score de connaissances pour le préservatif masculin en fonction des critères concernant la contraception.

Critères	**Score < 75 %** n=11 (21,6 %)	**Score ≥ 75%** n=40 (78,4%)	**p-value**
Contraception utilisée par le passé			0,39**
Oui	10 (90,9)	39 (97,5)	
Non	1 (9,1)	1 (2,5)	
Contraception en cours d'utilisation			0,64**
Oui	2 (18,2)	5 (12,5)	
Non	9 (81,8)	35 (87,5)	
Informations reçues			
Pendant la grossesse	4 (36,4)	21 (52,5)	
Pendant le séjour à la maternité	10 (90,9)	31 (77,5)	
Lors d'une visite à domicile	4 (36,4)	7 (17,5)	0,20**
La patiente a cherché elle-même	1 (9,1)	10 (25,0)	
Aucune information reçue	1 (9,1)	0 (0,0)	
Nombre de moments ou moyens d'informations			
Un seul	3 (27,3)	19 (47,5)	
Plusieurs	7 (63,6)	21 (52,5)	0,17**
Aucune information reçue	1 (9,1)	0 (0,0)	
Sentiment d'aise dans l'utilisation			
Pas du tout à assez à l'aise	3 (27,3)	8 (20,0)	
A l'aise à très à l'aise	8 (72,7)	31 (77,5)	0,69**
Non répondu	0 (0,0)	1 (2,5)	

*** Test du Chi² ** Test de Fisher**

Le tableau XIX permet de comparer les deux scores de connaissances en fonction de la connaissance du retour à la fertilité avant le retour de couches.

La connaissance du retour à la fertilité avant le retour de couches semblait être un facteur influençant les connaissances de ces femmes. En effet, 92,5% des femmes appartenant au groupe ayant obtenu un score supérieur à 75% en avaient connaissance contre 63,6% pour l'autre groupe. Ces différences sont statistiquement significatives (p-value < 0,05) (Tableau XIX).

Tableau XIX : Comparaison du score de connaissances pour le préservatif masculin en fonction de la connaissance du retour à la fertilité avant le retour de couches.

Connaissance du retour à la fertilité	**Score < 75 %** n=11 (21,6 %)	**Score ≥ 75%** n=40 (78,4%)	**p-value**
Oui	7 (63,6)	37 (92,5)	**0,03****
Non / Ne sait pas	4 (36,3)	3 (7,5)	

**** Test de Fisher**

Discussion

I- Atteinte de l'objectif

L'objectif principal de cette étude a été atteint. En effet il a bien été réalisé un état des lieux des connaissances des accouchées sur la contraception qu'elles avaient choisie d'utiliser dans la période du post-partum.

II- Limites et points forts de l'étude

1. Limites de l'étude

L'étude a été réalisée dans une seule maternité ayant ses propres pratiques en matière de prescription de contraceptions du post-partum.

Les moyens humains étant limités, 300 accouchées ont été recrutées sur la période définie avec 167 femmes incluses, ce qui a aboutit à un manque de puissance de l'étude. Toutes les contraceptions autorisées dans le post-partum n'ont pas été suffisamment représentées dans la population, avec seulement trois femmes incluses pour la MAMA, deux pour l'implant et aucune pour la pilule oestro-progestative et les spermicides. Ces faibles échantillons n'ont pas permis une comparaison des connaissances pour ces contraceptions.

Les femmes ne parlant et/ou n'écrivant pas français ont été exclues. Cependant elles constituaient un groupe à risque concernant une mauvaise utilisation de la contraception du post-partum. En effet les difficultés de communication entre les professionnels de santé et ces femmes ont pu entraîner un manque d'informations pouvant aboutir à une mauvaise utilisation de la contraception.

Un biais de non réponse a pu intervenir dans l'analyse des résultats. En effet les non répondantes étaient peut-être des personnes peu à l'aise dans leur mode de contraception ou peu sensibles à ce sujet.

Au final, la constitution d'un échantillon par sondage empirique de convenance n'a pas permis une extrapolation des données. Une étude multicentrique, de durée plus importante et avec un sondage aléatoire serait à envisager dans des études futures.

2. Points forts de l'étude

Le taux de participation de 66,3% était satisfaisant.

Les femmes étaient interrogées à distance des possibles informations reçues pendant la grossesse et/ou le post-partum.

Le questionnaire sur internet a permis à toutes les questions d'être exploitables. En effet lorsqu'une seule réponse était attendue, la femme ne pouvait en cocher qu'une. De plus la participante ne pouvait passer à la question suivante sans avoir répondu à la précédente.

Les connaissances des femmes sur leur propre moyen de contraception est un sujet peu étudié. Pourtant celui-ci s'intègre totalement dans la vie des femmes et des professionnels de santé. En effet il est dans l'intérêt de tous que les professionnels sachent sur quels points les connaissances des femmes sont insuffisantes afin d'adapter leurs pratiques.

III- Analyse des résultats

1. Discussion sur les différentes contraceptions du post-partum retrouvées dans cette étude

Les contraceptions du post-partum les plus utilisées dans cette étude étaient la pilule microprogestative (58,0%) et le préservatif (26,4%). Quant aux autres contraceptions elles n'étaient que peu voire pas représentées. Seulement 1,0% des femmes avaient choisi l'implant, 2,0% la MAMA et aucune femme n'avait choisi les spermicides ou la pilule oestro-progestative. 10,7% des femmes n'utilisaient pas une contraception recommandée pendant le post-partum. Le taux exact de femmes ne désirant pas de contraception dans les suites de l'accouchement était difficilement estimable dans cette étude car certaines ont pu refuser de participer pour cette raison. Elles pouvaient ne pas voir l'intérêt de répondre au questionnaire alors qu'elles n'avaient pas choisi de contraception.

Les résultats de cette étude étaient globalement en accord avec ceux d'une étude menée en 2010 à Nantes. Celle-ci cherchait à savoir si les 600 patientes incluses suivaient les prescriptions de contraception faites à la sortie de la maternité, le but final était d'améliorer les pratiques en matière de prescription de la contraception du post-partum. Une contraception a été prescrite à la sortie de la maternité pour 92,4% des femmes. 63,5% des accouchées avaient opté pour une pilule microprogestative, 14,5% pour le préservatif, 6% pour un implant (dont la majorité posés pendant le séjour à la maternité), 3,8% pour une pilule oestro-progestative, 0,3% pour les spermicides et 0,2% pour la méthode MAMA [3]. On remarque que la pilule oestro-progestative et les spermicides ont été choisis par quelques femmes dans l'étude de Nantes, ce qui n'était pas le cas dans l'étude de ce mémoire. Cependant cet écart observé peut être expliqué par la différence de taille entre leur population de 600 femmes et celle de 193 femmes de cette étude.

Toutes les contraceptions utilisables pendant le post-partum n'étaient pas représentées dans cette étude. Une étude réalisée au Mans a pu mettre en avant que toutes les contraceptions recommandées dans les post-partum ne semblaient pas être proposées par les prescripteurs. Celle-ci avait pour objectif l'évaluation des connaissances et des attentes des femmes sur leur contraception du post-partum et de confronter les pratiques médicales aux recommandations de bonne pratique. Durant le séjour à la maternité, la pilule était la contraception la plus évoquée par l'équipe médicale, suivi du DIU puis des méthodes barrières. Quant à l'information concernant les méthodes naturelles (notamment la MAMA), elle était quasi nulle. Au final dans l'étude du Mans, la moitié des patientes ne se voyaient proposer aucun moyen de contraception et l'autre moitié une contraception hormonale [29].

Ne pas proposer toutes les contraceptions possibles et adaptées à chaque femme reflète un manque de personnalisation dans la prescription d'une contraception, cela pourrait avoir plusieurs raisons.

Une étude réalisée en 1997 au Royaume-Uni, a mis en avant que certaines des sages-femmes ne parlaient à leurs patientes que des contraceptions qu'elles maîtrisaient le mieux [30].

Une autre étude s'est intéressée aux informations données par des étudiantes sages-femmes de dernière année aux accouchées en ce qui concerne la contraception du post-partum. La plupart des étudiantes manquaient de confiance et de connaissances dans leurs propos sur la contraception. Par conséquent, elles se contentaient de donner des informations d'ordre général ou de référer les femmes à d'autres professionnels. Le manque de connaissances de ces étudiantes était la cause majeure de ces informations insuffisantes données aux femmes. Les étudiantes soulignaient un temps d'apprentissage trop court dans ce domaine par rapport à leur besoin de confiance dans l'acquisition de cette compétence. La multiplication de situations cliniques pratiques et théoriques sous l'égide d'un mentor serait une des solutions à apporter à ces difficultés [31].

La maitrise de la contraception est donc complexe, elle nécessite un investissement important de la part de la personne détentrice du savoir et celle qui souhaite l'acquérir. Si l'on transpose ce schéma d'apprentissage au duo professionnel de santé-patiente, cela montre l'intérêt d'augmenter la fréquence des entretiens sur ce thème, et surtout de les faire reposer sur des moments où chacun est prêt et disponible pour l'échange à ce sujet. C'est aussi ce qu'a conclu une étude menée en Ecosse en 1996. Celle-ci s'intéressait aux conseils donnés aux femmes en matière de contraception du post-partum [32].

Dans l'étude d'Angers, seulement 70,9% des femmes revenaient à la visite post-natale avec une prescription de contraception en cours. Ces résultats amènent à supposer que les femmes n'étaient pas prévenues des effets secondaires et des contraintes liées à cette méthode contraceptive ou que celle-ci ne leur était pas adaptée. Cela pourrait expliquer le manque de personnalisation de la prescription d'une contraception du post-partum qui aurait comme conséquence un manque d'observance de la part des accouchées [3].

Il est important que chaque professionnel engagé dans l'information concernant la contraception du post-partum amène la femme à choisir le moyen contraceptif le plus adapté à cette période spécifique de sa vie. Cette information doit permettre à la patiente de faire le « bon » choix et de l'utiliser de façon optimale. Chaque femme devrait donc être informée de toutes les contraceptions possibles pour elle et des contraintes et effets secondaires de celles-ci.

Cependant la formation initiale et continue des sages-femmes en matière de contraception semblait insuffisante. Un enseignement et une mise à jour des connaissances en matière de contraception seraient nécessaires pour les sages-femmes [30].

2. Discussion sur les résultats principaux concernant l'état des connaissances pour chaque contraception du post-partum

a. Discussion des connaissances sur la pilule microprogestative

Dans cette étude, la grande majorité des femmes avaient de bonnes connaissances en ce qui concerne les notions fondamentales de prise de la pilule c'est-à-dire le début de la prise, la fréquence et la continuité. La conduite à tenir en cas d'oubli inférieur à 12 heures, était connue par la plupart des femmes. Cependant ces résultats montrent qu'entre 3,6% et 19,8% des femmes seraient à risque d'un échec contraceptif en raison de la mauvaise utilisation potentielle de cette contraception.

Le principal effet secondaire de la pilule microprogestative était connu de la majorité des femmes, cependant environ un tiers aurait été surpris de la présence de spotting. La méconnaissance de cet effet pourrait entraîner une inquiétude et une consultation chez un spécialiste voire l'arrêt brutal du moyen de contraception. Si la femme en est avertie avant l'utilisation, ces derniers problèmes se trouvent diminués.

La majorité des femmes avaient des connaissances erronées en ce qui concerne les situations inhabituelles comme la conduite à tenir en cas d'oubli de plus de 12 heures ou en cas de vomissements ou de diarrhées. Ces situations, bien qu'inhabituelles, peuvent arriver à n'importe quelle femme. La majorité ne sachant pas la démarche à suivre, risquerait une grossesse non désirée.

L'étude GRECO s'était intéressée en 2004, aux femmes enceintes alors qu'elles prenaient une contraception orale. La cause la plus fréquente d'échec de cette contraception était l'oubli supérieur à 12 heures d'un ou plusieurs comprimés. D'autres causes étaient également retrouvées comme la présence de vomissements, de diarrhées ou encore d'interactions médicamenteuses. Cette étude a prouvé que ces oublis concernaient tout type de femmes et notamment les femmes plus âgées, mariées, nullipares et avec un bon niveau socio-économique [33].

Dans l'étude réalisée dans ce mémoire, seulement 2,7% des utilisatrices de la pilule microprogestative avaient toutes les notions nécessaires pour utiliser leur contraception. La quasi-totalité des femmes pourraient s'exposer à un risque de grossesse en raison du mésusage de leur contraception. Deux facteurs pouvant influencer les connaissances des femmes ont été retrouvés dans cette étude. Les femmes ayant un niveau d'étude plus élevé et celles ayant participé à des cours de préparation à la naissance pendant la grossesse avaient de meilleures connaissances. Une étude menée en 2012 à New York s'était penchée sur l'impact de messages journaliers sur les connaissances des jeunes filles à propos de leur contraception orale. Cette étude a permis de relever les facteurs influençant les connaissances des femmes qui sont l'âge, l'éducation, l'origine géographique et l'emploi des femmes. En effet les femmes jeunes, ayant moins d'éducation, d'origine géographique étrangère et ne travaillant pas avaient de moins bonnes connaissances [34].

Dans notre étude, les femmes ayant un niveau de connaissances plus élevé (score ≥75%) se sentaient plus à l'aise dans l'utilisation de leur contraception (75,9%) que celles ayant un niveau inférieur (score <75%) (64,6%). Ce sentiment d'aise semblait être plus important chez les femmes ayant déjà utilisé ce moyen de contraception et chez celles ayant reçu plusieurs moments ou moyens d'informations. Cependant les différences observables entre les deux groupes ne permettaient pas de conclure à une différence significative (p-value > 0,05).

b. Discussion des connaissances sur le préservatif masculin

La quasi-totalité des femmes savaient quand et comment mettre en place un préservatif, ces connaissances correspondent aux notions fondamentales d'utilisation de cette contraception.

La majorité des accouchées avaient des connaissances exactes en ce qui concerne les situations inhabituelles comme la conduite à tenir en cas de déchirure ou l'utilisation nécessaire pendant les menstruations. Cependant le taux de bonnes réponses était moins important pour ce type de connaissances.

73,9% des femmes avaient un niveau de connaissance plus élevé (score ≥75%) en ce qui concerne le préservatif dont 39,2% avec une connaissance exacte de leur mode de contraception. Sachant que dans une utilisation optimale l'indice de Pearl pour le préservatif masculin est à 2 et qu'il passe à 15 en utilisation courante, on peut considérer que la majorité des utilisatrices du préservatif (60,8%) avaient un risque de grossesse plus élevé que celles l'utilisant de manière optimale.

Un seul facteur influençant les connaissances des utilisatrices du préservatif a été démontré dans cette étude : il s'agit de la connaissance du retour à la fertilité avant le retour de couches. Cependant les faibles effectifs des femmes ayant un niveau de connaissances inférieur (score <75%) sur le préservatif, n'ont pas permis de mettre en évidence d'autres facteurs influençant les connaissances.

Les femmes ayant un niveau de connaissances plus élevé (score ≥75%) se sentaient plus à l'aise dans l'utilisation de leur contraception (77,5%) que celles ayant un niveau inférieur (score <75%) (72,7%). Ce sentiment d'aise semblait être plus important chez les femmes ayant reçu plusieurs moments ou moyens d'informations. Cependant les différences observables entre les deux groupes ne permettaient pas de conclure à une différence significative (p-value > 0,05).

c. Discussion des connaissances sur la MAMA

Dans ce faible échantillon des utilisatrices de la MAMA (n=3), une seule avait un niveau de connaissances plus élevé (score ≥75%).

Les conditions concernant la fréquence des tétées n'étaient connues que par une seule personne. Les trois autres conditions nécessaires (alimentation exclusive, aménorrhée et durée maximale d'utilisation) étaient connues par deux femmes. Or pour que cette méthode soit très efficace, toutes ces conditions doivent être respectées et donc connues.

Cette méthode est peu représentée dans l'étude de ce mémoire malgré un taux d'allaitement maternel exclusif à 43,1%. Les patientes potentiellement éligibles pour ce moyen de contraception sont réparties en proportion quasi-identique entre la pilule (42,3%) et le préservatif (43,1%). Nous pouvons donc nous demander si la faible adoption de cette méthode naturelle est due à des fausses croyances persistantes sur son inefficacité (ce qu'avait supposé aussi l'étude réalisée en Ecosse [32]), à un manque de confiance des professionnels pour informer ou à une difficulté de la part des femmes à se l'approprier.

d. Discussion des connaissances sur l'implant

Une utilisatrice de l'implant avait toutes les connaissances nécessaires à l'utilisation de cette contraception.

L'autre personne connaissait uniquement la durée d'utilisation. La méconnaissance des effets secondaires pourrait entraîner une inquiétude et une consultation chez un spécialiste voir l'ablation du moyen de contraception prématurément. Si la femme en est avertie avant l'utilisation ces derniers problèmes se poseraient moins.

3. Le rôle de l'information dans la construction des connaissances

a. Eléments à prendre en compte dans la construction des connaissances

Le type de connaissances le mieux maîtrisé par les femmes était celui des connaissances déclaratives. Elles correspondaient par exemple à prendre la pilule microprogestative à heure régulière ou encore à la mise en place du préservatif masculin avant la toute première pénétration. Ce type de connaissances se rapportait aux notions fondamentales concernant l'utilisation du moyen de contraception.

Les connaissances de type procédurales et conditionnelles sont celles qui posaient le plus problèmes aux femmes. Ces connaissances correspondaient à des situations inhabituelles comme par exemple la conduite à tenir en cas d'oubli supérieur à 12 heures d'un comprimé ou la conduite à tenir en cas de rupture de préservatif. En effet ces types de connaissances sont plus difficiles à assimiler et nécessitent d'être répétés de nombreuses fois pour devenir des automatismes [23].

Comme il a été vu dans la première partie de ce mémoire, l'acquisition d'une connaissance nécessite trois capacités : l'attention, la mémorisation et la motivation [24].

Lorsqu'un professionnel de santé donne des informations sur la contraception à une femme, il doit capter son attention. La femme doit être attentive aux informations données [24]. Cependant lors du séjour à la maternité, la femme peut éprouver des difficultés à être attentive. En effet le séjour est de plus en plus court et les préoccupations principales d'une femme les jours suivant l'accouchement concernent son enfant et sa nouvelle vie de mère. Elle pourrait oublier qu'elle n'en reste pas moins une femme qui reprendra des rapports sexuels et s'exposera ainsi à une nouvelle grossesse si elle n'était pas protégée [32]. Le professionnel de santé doit être conscient du peu d'attention que peut lui consacrer la femme et doit tout faire pour la capter. On sait par exemple que le stimulus visuel est un des plus efficaces pour saisir cette attention. Ce stimulus visuel pourrait être dans ce cas là des modèles de contraceptifs associés à des schémas explicatifs.

La motivation de la femme à recevoir des informations mais aussi la motivation du professionnel à les donner sont tout aussi importantes [24]. En effet une femme qui n'aura pas envie d'écouter les propos du soignant ne retiendra pas ce qu'il lui a dit. Ce risque est bien présent en post-partum, période durant laquelle la femme est dans un état psychologique particulier, avec notamment l'apparition du baby blues dans les jours suivant la naissance. Un professionnel qui donne des informations sans enthousiasme ne retiendra pas l'attention de la femme [32].

Les informations reçues par l'accouchée doivent être mémorisées non pas à court terme mais à long terme. On sait que pour cela, l'apprentissage doit être répété et réparti dans le temps. Donner des informations concernant la contraception uniquement lors du séjour à la maternité, ne semblerait pas être en faveur d'une mémorisation à long terme. On sait aussi que plus les notions à mémoriser ont un sens pour la personne plus elle arrivera à les mémoriser. Donner un sens à une contraception pourrait se faire grâce aux explications données à l'aide des modèles de contraception et de schémas explicatifs. La fatigue est un élément ne facilitant pas la mémorisation or celle-ci est relativement présente chez les femmes les jours suivant leur accouchement [24].

Cette étude n'ayant pas montré de facteurs communs pouvant influencer les connaissances, il peut en être conclu que toute femme doit être considérée comme à risque d'avoir des connaissances erronées. Celles-ci pourraient entraîner un mésusage de leur contraception. Il est donc nécessaire de donner toutes les informations à chaque femme, en s'adaptant bien sûr à sa capacité de compréhension qui peut différer d'une femme à l'autre. Même si une femme semble en apparence à l'aise avec le contraceptif qu'elle souhaite, il est conseillé de vérifier sa compréhension de l'utilisation de ce dernier.

b. Moment de la délivrance des informations

Le post-partum ne semble pas être la meilleure période pour aborder un sujet aussi important que la contraception, or la quasi-totalité des femmes reçoivent une information à ce moment là. Dans cette étude, un tiers des femmes avaient reçu des informations pendant la grossesse et 12,6% lors d'une visite à domicile dans les suites de l'accouchement.

Dans l'étude de Nantes, les femmes pensaient que l'information sur la contraception devrait se faire en anténatal, avant la période de suites de couches car celle-ci est souvent brève [3]. L'étude réalisée au Mans avait mis en avant que la majorité des femmes ne souhaitent pas d'information de groupe durant leur séjour mais seulement un tiers souhaitent être informées durant les cours de préparation à l'accouchement [29].

Les informations sur la contraception nécessitent d'être répétées dans le temps afin que la femme puisse les mémoriser. Les différents moments opportuns pour délivrer ces informations seraient la grossesse, le séjour de suites de couches et la visite à domicile après le retour à la maison.

Dans cette étude il a été démontré que les femmes ayant suivi des cours de préparation à la naissance pour leur dernière grossesse avaient de meilleures connaissances sur leur pilule microprogestative. La préparation à la naissance semblerait être le moment opportun pour sensibiliser les femmes à l'intérêt de choisir le contraceptif adéquat à leur période du post-partum. Le risque d'une grossesse avant le retour de couches devrait également être abordé pendant cette préparation. Cependant toutes les femmes ne participent pas à ces cours. Dans un cadre de prévention, l'idéal serait une consultation spécialement dédiée à la contraception dans les semaines précédant la naissance. Donner des informations pour la deuxième fois aux femmes pendant le séjour à la maternité est nécessaire malgré le déficit d'attention que peuvent présenter les mères à ce moment là. En effet c'est à la sortie de la maternité que les femmes repartent avec une ordonnance de contraception. Il est donc nécessaire qu'elles aient effectué leur choix en matière de contraception après avoir reçu les informations utiles. La troisième répétition pourrait se faire durant une visite à domicile dans les jours suivant le retour à la maison. La femme est alors dans son milieu et a pu prendre ses repères en tant que mère, elle pourra alors être plus attentive.

c. Moyens de délivrance des informations

La prescription d'une contraception est encadrée par de nombreuses recommandations. Il est préconisé d'effectuer une consultation entièrement dédiée à la contraception lors d'une première demande contraceptive. Cette consultation doit être un moment d'écoute, d'échange et de dialogue. Une méthode a été mise en place par l'OMS pour aider les professionnels de santé à conduire une consultation de contraception : la méthode BERCER. Cette méthode se déroule en six étapes : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour [13, 21].

La première étape (Bienvenue) vise à accueillir la patiente, à se présenter et à la rassurer. Pour cela le professionnel l'informe de la confidentialité de cet entretien et explique le rôle, les objectifs et le déroulement de la consultation.

La deuxième étape (Entretien) vise à recueillir les informations concernant la femme, c'est-à-dire son état de santé, son expérience en matière de contraception mais aussi ses besoins, son contexte de vie et ses éventuels problèmes. C'est un temps d'expression de la femme.

La troisième étape (Renseignement) consiste en la délivrance par le soignant d'informations sur les différentes méthodes disponibles et adaptées à la personne demandeuse. Son discours doit être clair et adapté au rythme et aux connaissances de la femme.

La quatrième étape (Choix) consiste au choix final de la femme. La méthode prescrite doit être celle choisie par la femme. Cette méthode doit être la plus adaptée et la plus acceptable pour elle, en fonction de ses préférences, de son état de santé, de ses habitudes de vie et de sa situation psychologique, sociologique et économique. En effet lorsqu'une personne a choisi son moyen de contraception, cela engendre une plus grande satisfaction et une utilisation plus efficace de cette méthode. Ceci est d'autant plus renforcé si le conjoint adhère au moyen choisi. Pour aider la femme dans sa décision, le professionnel peut l'inciter à réfléchir sur sa situation de famille, sur ses préférences (et celles de son partenaire), sur les conséquences de son choix et sur les bénéfices et les risques des différentes méthodes.

La cinquième étape (Explication) est la phase d'explication plus détaillée de la méthode choisie. Le professionnel doit notamment expliquer le mode d'emploi de cette contraception, le mieux étant de faire une démonstration de la contraception choisie. Les autres informations à fournir sont les différentes possibilités de rattrapage en cas d'oubli ou de rapport non protégé, les effets indésirables possibles, l'efficacité de la méthode, les contre-indications, les avantages et le coût. Il est également important de leur parler de la prévention des IST. La délivrance de documents écrits peut constituer une aide pour la femme [13, 21].

La sixième étape (Retour) permet de planifier une prochaine consultation. A chaque consultation de suivi, la méthode contraceptive doit être réévaluée en vérifiant qu'elle est toujours adaptée à la personne, que les connaissances et l'observance de cette contraception sont correctes. Les conseils sur la conduite à tenir en cas d'oubli et sur la contraception d'urgence doivent être réitérés à chaque consultation tout comme la prévention des IST [13, 21].

La phase de renseignement des différentes méthodes puis la phase d'explications de la méthode choisie pourraient être accompagnées des différents modèles contraceptifs et de schémas explicatifs. Ceci permettrait de capter l'attention de la femme et de donner du sens aux explications données, dans le but d'augmenter la mémorisation de ces données.

Il apparaît important de vérifier que la femme a compris les informations transmises. Pour cela il pourrait être intéressant de la faire répéter ou de lui faire faire des exercices pour vérifier sa compréhension.

Il est essentiel de proposer à la femme des moyens ou personnes à contacter en cas de besoin concernant leur méthode contraceptive. Ces personnes peuvent être leur sage-femme libérale, le personnel du planning familial ou encore le pharmacien. Le site de l'INPES « choisir**sa**contraception.fr » peut également répondre à certaines interrogations des femmes.

Le schéma idéal comportant plusieurs moments d'information sur la contraception du post-partum pourrait être difficile à réaliser pour toutes les patientes. L'information durant le séjour à la maternité est quasiment toujours effectuée. C'est pourquoi un support écrit récapitulant toutes les informations nécessaires à l'utilisation du moyen contraceptif choisi améliorerait la prise en charge des femmes. Il pourrait également être inséré sur ce support, la conduite à tenir en cas de recours à une contraception d'urgence et les référents à contacter en cas de besoin.

IV- Propositions d'action

La sensibilisation des femmes au sujet de l'importance de choisir le contraceptif adapté à leur mode de vie en post-natal, semble nécessaire dès la période anténatale. Ce thème peut être abordé au cours des séances de préparation à la naissance ou de consultations de grossesse le cas échéant.

A noter que la multiplication des moments d'échange avec un programme spécifique à la structure de la prise en charge et défini en amont (faire évoluer les thèmes en fonction du moment de la délivrance du message), serait un moyen d'action intéressant pour lutter contre l'échec.

Des programmes de développement professionnel continu sont à proposer régulièrement aux professionnels impliqués dans ce domaine. Ces programmes, en plus des mises à jour relatives aux recommandations en vigueur, doivent comprendre également la manière de délivrer l'information et présenter des outils pédagogiques facilitant la conduite des entretiens de contraception.

La pratique de la méthode BERCER (référence OMS), associée à des modèles de contraception et à des schémas didactiques peuvent influencer de façon positive l'acquisition des connaissances par les femmes. Ainsi donner un sens au message, augmenter la fréquence des interactions et vérifier la compréhension par la reformulation, permettraient d'ancrer les connaissances dans la mémoire à long terme.

Proposer un support écrit sur la contraception choisie pour le post-partum serait utile. Il permettrait ainsi d'avoir un rappel écrit de tout ce qui lui a été dit oralement. Ce support comprendrait les informations utiles concernant l'utilisation de la contraception choisie mais aussi la démarche à suivre en cas d'inefficacité de leur moyen de contraception ainsi que les référents à joindre en cas de besoin.

Conclusion

Cette étude a permis de mettre en avant le manque de connaissances de la majorité des femmes sur leur contraception du post-partum. La plus grande partie des utilisatrices du préservatif masculin avaient un niveau de connaissances plus élevé (score ≥75%) que celles utilisant la pilule microprogestative. Les connaissances concernant l'utilisation courante sont mieux assimilées que celles concernant les situations inhabituelles. Certains facteurs tel qu'un niveau d'étude plus élevé, la participation à des séances de préparation à la naissance et la connaissance du retour à la fertilité semblaient influencer positivement le niveau de connaissances des accouchées.

Toutes les contraceptions recommandées durant le post-partum n'étaient pas représentées dans cette étude. Les professionnels semblaient ne pas proposer à chaque accouchée toutes les méthodes qui pourraient lui être adaptées. Ce manque de personnalisation de la contraception pourrait être à l'origine d'un mésusage voir d'un arrêt de la contraception inopportun. C'est pourquoi favoriser le développement professionnel continu chez les professionnels de santé concernant la contraception de cette période spécifique du post-partum est nécessaire.

Pour qu'une femme ait les connaissances nécessaires à l'utilisation optimale de sa contraception, cela demanderait certains réajustements dans les informations données par les professionnels. Celles-ci devraient systématiquement se faire sur plusieurs périodes qui seraient la grossesse (cours de préparation à la naissance et/ou consultation), le séjour à la maternité et une visite à domicile dans les jours suivant l'accouchement. Il est recommandé aux professionnels de santé de s'aider de la méthode BERCER lors d'une prescription de contraception. Cette méthode permet de prescrire le moyen contraceptif le plus adapté pour la femme. Pour soutenir leurs propos, les soignants pourraient s'accompagner de modèles de contraceptions et de schémas explicatifs. De plus un support écrit distribué aux accouchées, pourrait les aider à améliorer l'utilisation de leur contraception, notamment en leur rappelant la démarche à suivre dans certaines situations et les référents à contacter en cas de besoin.

Il serait intéressant de réaliser d'autres études sur la contraception du post-partum. Une étude multicentrique avec sondage aléatoire reprenant le même sujet que ce mémoire permettrait de mettre en avant certains facteurs influençant les connaissances des accouchées. Une étude comparant les connaissances des femmes ayant reçu un support écrit et celles n'ayant pas reçu de support écrit pourrait être utile. Une étude se penchant sur les croyances concernant la MAMA, permettrait de comprendre pourquoi ce moyen est peu pratiqué par les femmes malgré qu'elle soit jugée efficace.

Références bibliographiques

[1] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Contraception : que savent les français ? [Internet]. 2007 [cité le 01/12/2014]. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_contraception_que_savent_les_francais.pdf

[2] Institut nationale de prévention et d'éducation pour la santé. Contraception, IVG et grossesses non désirées [Internet]. s.d. [cité le 02/02/2016]. Disponible sur : http://www.inpes.sante.fr/50000/pdf/votre_pratique/2010-contraception.pdf

[3] 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 & fertilité [En ligne]. 2013 [cité le 21/11/2015] ; 41 (9) : 499-504. Disponible sur : http://www.em-premium.com.sicd.clermont-universite.fr/article/832271/resultatrecherche/5

[4] Horovitz J, Guyon F, Roux D, Hocke C. Suites de couches normales et pathologiques (non compris les syndromes neuroendocriniens). Encycl Méd Chir, Obstétrique, 5-110-A-10 ; 2001 [En ligne]. [cité le 03/02/2016]. Disponible sur : http://www.em-premium.com.sicd.clermontuniversite.fr/article/7982/resultatrecherche/1

[5] Serfaty D. Contraception des femmes allaitantes : place des spermicides. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction [En ligne]. 2015 [cité le 25/01/2016] ; 44 (1) : 18-27. Disponible sur : http://www.em-premium.com.sicd.clermont-universite.fr/article/946724/resultatrecherche/2

[6] Robin G, Massart P, Graizeau F, Guérin du Masgenet B. La contraception du post-partum : état des connaissances. La revue sage-femme [En ligne]. 2010 [cité le 21/11/2015] ; 9 (1) : 31-43. Disponible sur : http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1637408810000027

[7] Colson M-H. Sexualité féminine et étapes de la parentalité. Gynécologie obstétrique & fertilité [En ligne]. 2014 [cité le 03/02/2016] ; 42 (10) : 714-720. Disponible sur http://www.sciencedirect.com.sicd.clermont-universite.fr/science/article/pii/S1297958914002690

[8] Assurance maladie. L'efficacité des moyens contraceptifs [Internet]. 2016 [cité le 15/03/2016]. Disponible sur : http://www.ameli-sante.fr/contraception/efficacite-des-moyens-contraceptifs.html

[9] Haute autorité de santé. Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. 2015 [cité le 01/12/2014]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf

[10] Ricous B. Interactions médicamenteuses [Internet]. 2013 [cité le 12/02/2016]. Disponible sur : http://www.e-pilule.fr/interactions/diminution

[11] Haute autorité de santé. Contraception : prescriptions et conseil aux femmes [Internet]. 2015 [cité le 20/01/2016]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception_prescription-conseil-femmes-060215.pdf

[12] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. La pilule [Internet]. 2015 [cité le 25/01/2016]. Disponible sur : http://www.choisirsacontraception.fr/moyens-de-contraception/la-pilule/

[13] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme [Internet]. 2004 [cité le 27/11/2015]. Disponible sur : http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/04/dp041207.pdf

[14] La haute autorité de santé. Contraception chez la femme en post-partum [Internet]. 2015 [cité le 03/10/2015]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj-contraception-post-partum-060215.pdf

[15] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Préservatif masculin mode d'emploi [Internet]. s.d. [cité le 30/01/2016]. Disponible sur : http://preservatif-masculin.inpes.fr/

[16] Aubeny E. Les contraceptions locales : les spermicides [Internet]. 2014 [cité le 21/11/2015]. Disponible sur : http://www.contraceptions.org/contraceptions/les-contraceptions-locales/spermicides-tab

[17] La haute autorité de santé. Contraception d'urgence [Internet]. 2015 [Cité le 15/02/2016]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-urgence.pdf

[18] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. La contraception d'urgence hormonale [Internet]. 2015 [cité le 15/02/2016]. Disponible sur : http://www.choisirsacontraception.fr/urgences/la-contraception-d-urgence/la-contraception-d-urgence-hormonale.htm

[19] Vidal. JAYDESS 13,5 mg syst diffus intra-utérin [Internet]. 2016 [cité le 20/02/2016]. Disponible sur : http://www.evidal.fr.sicd.clermont-universite.fr/showProduct.html?productId=133035

[20] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. La cape cervicale [Internet]. 2015 [cité le 25/01/2016]. Disponible sur : http://www.choisirsacontraception.fr/moyens-de-contraception/la-cape-cervicale.htm

[21] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Le diaphragme. [Internet]. 2015 [cité le 25/01/2016]. Disponible sur : http://www.choisirsacontraception.fr/moyens-de-contraception/le-diaphragme.htm

[22] Le dico des définitions. Définition de connaissance [Internet]. s.d. [cité le12/02/2016]. Disponible sur : http://lesdefinitions.fr/connaissance

[23] Bernard J-L, Reyes P. Apprendre, en médecine (1ère partie). Pédagogie médicale [En ligne]. 2001 [cité le 12/02/2016] ; 2 : 163-169. Disponible sur : http://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2001/03/pmed20012p163.pdf

[24] Bernard J-L, Reyes P. Apprendre, en médecine (2ère partie). Pédagogie médicale [En ligne]. 2001 [cité le 12/02/2016] ; 2 : 235-241. Disponible sur : http://www.pedagogie-medicale.org/articles/pmed/pdf/2001/04/pmed20012p235.pdf

[25] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Les français et la contraception [Internet]. 2007 [cité le 01/12/2014]. Disponible sur : http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/francais_et_contraception.pdf

[26] Alouini S, Uzan M, Meningaud J-P, Hervé C. Knowledge about contraception in women undergoing repeat voluntary abortions, and means of prevention. European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology [En ligne]. 2002 [cité le 20/01/2016] ; 104 (1) : 43-48. Disponible sur : http://www.sciencedirect.com.sicd.clermont-universite.fr/science/article/pii/S030121150200060X

[27] Jackson R, Bimla Schwarz E, Freedman L, Darney P. Knowledge and willingness to use emergency contraception among low-income post-partum women. Contraception [En ligne]. 2000 [cité le 27/11/2015] ; 61 (6) : 351-357. Disponible sur : http://www.sciencedirect.com.sicd.clermont-universite.fr/science/article/pii/S0010782400001177

[28] Michelon S. De la relation de la femme à la contraception : intégration de l'information contraceptive au cours des différentes périodes de la vie génitale [Mémoire] Angers : école de sages-femmes ; 2009.

[29] 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 gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction [En ligne]. 2007 [cité le 25/01/2016] ; 36 (4) : 369-374. Disponible sur : http://www.em-premium.com.sicd.clermont-universite.fr/article/118085/resultatrecherche/3

[30] Contraceptive education bulletin. Midwives and contraception : more support needed. Midwifery [En ligne]. 1997 [cité le 05/03/2016] ; 13 (3) : 154. Disponible sur : http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138%2897%2990010-3/abstract

[31] Walker S, Davis G. Knowledge and reported confidence of final year midwifery students regarding giving advice on contraception and sexual health. Midwifery [En ligne]. 2014 [cité le 10/03/2016] ; 30 (5) 169-176. Disponible sur : http://www.sciencedirect.com.sicd.clermont-universite.fr/science/article/pii/S0266613814000412

[32] Glasier A, Logan J, McGlew T-J. Who gives advice about postpartum contraception ? Contraception [En ligne]. 1996 [cité le 11/03/2016] ; 53 (4) 217-220. Disponible sur : http://www.sciencedirect.com.sicd.clermont-universite.fr/science/article/pii/0010782496000406

[33] Barjot P, Graesslin O, Cohen D, Vaillant P, Clerson P, Hoffet M. Grossesses survenant sous contraception orale : les leçons de l'étude GRECO. Gynécologie, obsétrique & fertilité [En ligne]. 2006 [cité le 05/03/2016] ; 34 (2) : 120-126. Disponible sur : http://www.sciencedirect.com.sicd.clermont-universite.fr/science/article/pii/S1297958906000191

[34] Stidham Hall C, Westhoff C, Castano P. The impact of an educational text message intervention on young urban women's knowledge of oral contraception. Contraception [En ligne]. 2013 [cité le 10/03/2016] ; 87 (4) 449-454. Disponible sur : http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010782412008141

Annexes

Annexe I : Lettre d'information distribuée aux femmes.

LETTRE D'INFORMATION

Etat des lieux des connaissances des accouchées sur leur contraception du post-partum.

Investigateurs :

- Mademoiselle MUNÉRY Julie, étudiante sage-femme à Clermont-Ferrand

- sous la direction de Madame TAITHE Séverine, enseignante sage-femme

Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à nous contacter :

- soit par mail julie.munery@etu.udamail.fr ou smachebeuf@chu-clermontferrand.fr

- soit par téléphone au xx xx xx xx xx.

Madame,

Vous avez été invitée à participer à une étude appelée "Etat des lieux des connaissances des accouchées sur leur contraception du post-partum".

Une étude sur l'état des lieux des connaissances des accouchées sur leur contraception du post-partum est engagée au sein du service de maternité du CHU Estaing. Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité de Madame TAITHE Séverine, sage-femme enseignante.

1. Pourquoi cette étude

A travers cette étude l'étudiante sage-femme cherche à explorer les connaissances des femmes ayant accouché récemment, au sujet de leur contraception du post-partum. Le post-partum est la période qui s'étend de l'accouchement au retour de couches (c'est-à-dire au retour des règles, soit environ 6 à 8 semaines après l'accouchement). A terme, les résultats de cette étude permettraient d'améliorer nos pratiques en tant que professionnels de santé et notamment dans la transmission d'informations sur la contraception.

2. L'étude en pratique

Votre adresse e-mail vous est demandée afin que l'étudiante sage-femme vous envoie le lien de son questionnaire auquel il faudra répondre via internet. Celui-ci vous sera envoyé 2 semaines après votre date d'accouchement et vous aurez 4 semaines pour y répondre. Les réponses aux questions via le site internet seront anonymes. Les questions seront tout d'abord d'ordre général puis s'intéresseront ensuite à vos connaissances sur votre mode de contraception. Ce questionnaire vous prendra une dizaine de minutes.

3. Confidentialité et sécurité des données

Vos données personnelles seront identifiées par un numéro d'anonymat.

Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978),vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

4. Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 7 août 2004, vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement la destruction de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à :

Madame TAITHE Séverine
Site des UFR de médecine et de pharmacie - 5ème étage -R1
28 place Henri Dunant-BP 38
63001 CLERMONT-FERRAND CEDEX 1.

5. Obtention d'informations complémentaires

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires :

- Mademoiselle MUNÉRY Julie, étudiante sage-femme : xx xx xx xx xx ou julie.munery@etu.udamail.fr

- Madame TAITHE Séverine, enseignante sage-femme : xx xx xx xx xx ou

smachebeuf@chu-clermontferrand.fr

Si vous décidez de participer à cette recherche, nous vous demanderons de signer un formulaire de consentement. Cette signature confirmera votre accord pour participer à cette étude.

Annexe II : Formulaire de consentement.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Etat des lieux des connaissances des accouchées sur leur contraception du post-partum.

Investigateur : MUNÉRY Julie (julie.munery@etu.udamail.fr)

Directeur du mémoire : TAITHE Séverine (smachebeuf@chu-clermontferrand.fr)

L'étudiante sage-femme, MUNÉRY Julie,

Adresse : Ecole de sages-femmes, U.F.R. de médecine et pharmacie

28 place Henri DUNANT,

63001 Clermont-Ferrand BP 38.

Tél : 04 73 75 03 15

M'a proposée de participer à l'étude intitulée : **"Etat des lieux des connaissances des accouchées sur leur contraception du post-partum."**

J'ai lu et compris la lettre d'information dont j'ai reçu un exemplaire. J'ai compris les informations écrites et orales qui m'ont été communiquées. L'étudiante sage-femme a répondu à toutes mes questions concernant l'étude. J'ai bien noté que je pourrai à tout moment, poser des questions ou demander des informations complémentaires à l'étudiante sage-femme qui m'a présentée l'étude.

J'ai eu le temps nécessaire pour réfléchir à mon implication dans cette étude. Je suis consciente que ma participation est entièrement libre et volontaire. J'ai compris que les frais spécifiques à l'étude ne seront pas à ma charge.

Je peux à tout moment décider de quitter l'étude sans motiver ma décision et sans qu'elle n'entraîne de conséquences dans la qualité de ma prise en charge et sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

J'ai compris que les données collectées à l'occasion de cette recherche seront protégées dans le respect de la confidentialité. Elles pourront uniquement être consultées par les personnes soumises au secret professionnel appartenant à l'équipe de l'étude de l'étudiante sage-femme.

J’accepte le traitement informatisé des données à caractère personnel me concernant dans les conditions prévues par la loi informatique et liberté. J’ai été informée de mon droit d’accès et de rectification des données me concernant par simple demande auprès de l'étudiante sage-femme responsable de l'étude.

J'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche, dans les conditions établies par la loi, et telles que précisées dans la lettre d'information qui m'a été remise.

J’ai compris que je n’ai pas le droit de citer quelqu’un nominativement (nom et/ou prénom) afin de garantir l’anonymat de ces personnes.

☐ **J'accepte** de participer à l'étude intitulée : **"Etat des lieux des connaissances des accouchées sur leur contraception du post-partum"**

- Noms : Prénoms :

- Date d’accouchement : / /

- Courriel :

☐ **Je refuse** de participer à l'étude intitulée : **"Etat des lieux des connaissances des accouchées sur leur contraception du post-partum"**

Fait (en double exemplaire) à :

Le :

Signatures

Fait en deux exemplaires originaux

Annexe III : Auto-questionnaire.

Questionnaire sur l'état des lieux des connaissances des accouchées sur leur contraception du post-partum.

Madame,

Actuellement étudiante sage-femme en dernière année à l'école de Clermont-Ferrand, je réalise mon mémoire de fin d'études sur les connaissances des accouchées sur leur contraception du post-partum. Le post-partum est la période qui s'étend de l'accouchement au retour de couches (c'est-à-dire au retour des règles, soit environ 6 à 8 semaines après l'accouchement). A travers cette étude je cherche à explorer les connaissances des femmes ayant accouché récemment, au sujet de leur contraception choisie pour cette période. A terme, les résultats de cette étude permettraient d'améliorer nos pratiques en tant que professionnels de santé et notamment dans la transmission d'informations sur la contraception.

Pour mener à bien mon projet, j'ai élaboré ce questionnaire qui ne vous prendra que quelques minutes. Celui-ci comporte différentes questions : pour certaines une seule réponse sera possible parmi celles proposées et pour d'autres plusieurs réponses seront possibles (ceci sera précisé à la fin de chaque question). Je vous demanderai donc de cocher la ou les bonnes réponses et éventuellement de compléter vos réponses.

Je vous remercie par avance de votre collaboration et du temps que vous vous voudrez bien m'accorder. Je reste à votre disposition pour tous renseignements complémentaires.

Madame, mes sincères salutations.

Julie MUNÉRY

Quelle est la date d'aujourd'hui ? . . / . . / . .

Afin de mieux vous connaitre, j'aurai besoin de renseignements concernant votre vie personnelle.

Quel âge avez-vous ? . . .

Quelle est votre origine géographique ? (une seule réponse possible)

- Française
- Autre pays Européen
- Afrique
- Asie
- Amérique
- Océanie

Quelle est votre situation familiale ? (une seule réponse possible)

- Pacsée
- Mariée
- En couple
- Célibataire
- Divorcée
- Veuve

Quel est votre niveau d'étude ? (une seule réponse possible)

- Primaire-collège
- CAP-BEP
- Baccalauréat
- Enseignement supérieur
- Sans diplôme
- Autre : ……

Quelle est votre catégorie socioprofessionnelle ? (une seule réponse possible)

- □ Agriculteurs exploitants
- □ Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- □ Cadres et professions intellectuelles supérieures
- □ Professions intermédiaires (enseignement, santé, social,..)
- □ Employés
- □ Ouvriers
- □ Sans activité professionnelle
- □ Etudiant
- □ Autre, précisez : …….

Questions sur la grossesse et les suites de l'accouchement.

Combien d'enfant(s) avez-vous ? (une seule réponse possible)

- □ 1
- □ 2
- □ 3
- □ 4
- □ ≥ 5

Avez-vous déjà eu une ou plusieurs grossesse(s)… ? (plusieurs réponses possibles)

- □ Souhaitée(s)
- □ Surprise(s), non prévue(s)
- □ Spontanée(s) (sans aide médicale)
- □ Induite(s) par assistance médicale à la procréation (insémination artificielle, FIV, transfert d'embryon,…)

Si vous avez déjà eu une ou plusieurs grossese(s) surprise(s), non prévue(s), merci de préciser si cela était du à un échec de contraception :

- □ Oui
- □ Non

Quel(s) professionnel(s) de santé a (ont) effectué le suivi de votre grossesse ? (plusieurs réponses possibles)

- □ Une sage-femme
- □ Un gynécologue
- □ Un médecin généraliste
- □ Aucun suivi
- □ Autre : …….

Avez-vous suivi des cours de préparation à la naissance pour cette dernière grossesse ? (une seule réponse possible)

- □ Oui
- □ Non

A quelle date avez-vous accouché ? . . / . . / . .

Avez-vous eu votre consultation post-natale (consultation 6 à 8 semaines après cet accouchement qui se déroule avec un médecin ou une sage-femme) ? (une seule réponse possible)

- □ Oui
- □ Non

Comment alimentez-vous votre enfant ? (une seule réponse possible)

- □ Au sein
- □ Au biberon
- □ Au sein et au biberon

Questions sur les contraceptions utilisées au cours de votre vie et celle que vous avez choisie à ce jour pour le post-partum

Merci de cocher toutes les contraceptions que vous avez utilisées AU COURS DE VOTRE VIE (avant cette dernière grossesse).

*Merci de vérifier la composition de votre pilule si doute.

- ☐ Préservatif masculin
- ☐ Préservatif féminin
- ☐ Pilule oestro-progestative* (contient 2 types d'hormones)
- ☐ Pilule microprogestative* (contient 1 seul type d'hormone : MICROVAL®, CÉRAZETTE®, OPTIMIZETTE®, ANTIGONE GÉ®, CLARÉAL GÉ®, DESOPOP®, DIAMILLA®)
- ☐ Anneau vaginal (NUVARING®)
- ☐ Patch transdermique (EVRA ®)
- ☐ Implant sous cutané (NEXPLANON®)
- ☐ Injections intramusculaires de progestérone
- ☐ Dispositif intra-utérin (stérilet) au cuivre
- ☐ Dispositif intra-utérin (stérilet) hormonal (MIRENA®)
- ☐ Diaphragme
- ☐ Cape cervicale
- ☐ Spermicides (crème, ovule, capsule, tampons/éponges)
- ☐ Méthodes naturelles (MAMA, abstinence périodique, retrait, auto-observation de la glaire cervicale,…)
- ☐ Contraception d'urgence (NORLEVO®, ELLAONE®, stérilet au cuivre)
- ☐ Aucune contraception
- ☐ Autre : ……

Merci de cocher la contraception que vous avez choisie d'utiliser pour le POST-PARTUM (c'est-à-dire de cet accouchement jusqu'à la visite post-natale)

*Merci de vérifier la composition de votre pilule si doute.

- ☐ Préservatif masculin
- ☐ Préservatif féminin
- ☐ Pilule oestro-progestative* (contient 2 types d'hormones)
- ☐ Pilule microprogestative* (contient 1 seul type d'hormone : MICROVAL®, CÉRAZETTE®, OPTIMIZETTE®, ANTIGONE GÉ®, CLARÉAL GÉ®, DESOPOP®, DIAMILLA®)
- ☐ Anneau vaginal (NUVARING®)
- ☐ Patch transdermique (EVRA ®)
- ☐ Implant sous cutané (NEXPLANON®)
- ☐ Injections intramusculaires de progestérone
- ☐ Dispositif intra-utérin (stérilet) au cuivre
- ☐ Dispositif intra-utérin (stérilet) hormonal (MIRENA®)
- ☐ Diaphragme
- ☐ Cape cervicale
- ☐ Spermicides (crème, ovule, capsule, tampons/éponges)
- ☐ Méthodes naturelles (MAMA, abstinence périodique, retrait, auto-observation de la glaire cervicale,…)
- ☐ Contraception d'urgence (NORLEVO®, ELLAONE®, stérilet au cuivre)
- ☐ Aucune contraception
- ☐ Autre : ……

Avez-vous déjà commencé à utiliser cette contraception choisie pour le post-partum ? (une seule réponse possible)

- ☐ Oui
- ☐ Non

Qui vous a donné des informations concernant la contraception que l'on peut utiliser suite à un accouchement ? (Plusieurs réponses possibles)

- Une sage-femme pendant la grossesse (durant une consultation, une hospitalisation ou une séance de préparation à la naissance)
- Un médecin pendant la grossesse (durant une consultation ou une hospitalisation)
- Une sage-femme après l'accouchement lors du séjour à la maternité
- Un médecin après l'accouchement lors du séjour à la maternité
- Une sage-femme lors d'une visite à votre domicile
- Vous avez vous-même cherché des informations (via internet, des livres, des magazines, ou via un autre support)
- On ne vous a pas donné d'informations à ce sujet
- Autre : ……

Vous sentez-vous à l'aise pour utiliser la contraception que vous avez choisie pour le post-partum ? (une seule réponse possible)

- Pas du tout l'aise
- Peu à l'aise
- Assez à l'aise
- A l'aise
- Très à l'aise

Une femme ayant accouché peut-elle devenir enceinte avant d'avoir eu le retour de ses règles ? (une seule réponse possible)

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Autre : ……

Questions sur vos connaissances par rapport à votre contraception choisie à ce jour.

Merci de cocher une nouvelle fois la CONTRACEPTION que vous avez choisie d'utiliser pour le POST-PARTUM (c'est-à-dire de cet accouchement jusqu'à la visite post-natale), afin de pouvoir accéder aux questions correspondantes.

- ☐ Pilule microprogestative à base de désogestrel (CÉRAZETTE®, OPTIMIZETTE®, ANTIGONE GÉ®, CLARÉAL GÉ®, DESOPOP®, DIAMILLA®)
- ☐ Pilule oestro-progestative (constituée de 2 hormones)
- ☐ Préservatif masculin
- ☐ Implant (NEXPLANON®)
- ☐ Méthode MAMA (méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée)
- ☐ Spermicides sous forme de crème
- ☐ Spermicides sous forme d'ovule
- ☐ Spermicides sous forme de capsule
- ☐ Spermicides sous forme de tampon ou d'éponge
- ☐ Aucune contraception
- ☐ Autre : ……

Connaissances sur votre pilule microprogestative à base de désogestrel.

Quand allez-vous débuter cette pilule ? (une seule réponse possible)

- ☐ Dans les 3 premières semaines après l'accouchement
- ☐ 1 mois après l'accouchement
- ☐ 2 mois après l'accouchement
- ☐ A partir du retour des règles
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Autre : ……..

Quand allez-vous prendre votre pilule ? (une seule réponse possible)

- ☐ Tous les jours à heure régulière
- ☐ Tous les jours mais peu importe l'heure
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Autre : ……..

Allez-vous faire un arrêt d'une semaine entre vos 2 plaquettes de pilule ? (une seule réponse possible)

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Autre : ……..

Si vous aviez oublié de prendre un comprimé sur votre plaquette depuis MOINS de 12 heures, que feriez-vous ? (une seule réponse possible)

- ☐ Vous prendriez le comprimé immédiatement et vous prendriez le suivant à l'heure habituelle
- ☐ Vous prendriez le comprimé immédiatement et vous prendriez le suivant 24 heures après celui-ci
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Autre : ……

Si vous aviez oublié de prendre un comprimé de votre plaquette depuis PLUS de 12 heures, que feriez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- Vous prendriez le comprimé immédiatement et vous prendriez le suivant à l'heure habituelle
- Vous prendriez le comprimé immédiatement et vous prendriez le suivant 24 heures après celui-ci
- Si vous aviez eu un rapport sexuel dans les 5 jours précédant vous prendriez une contraception d'urgence
- Vous vous protégeriez à l'aide de préservatifs pendant 7 jours
- Vous ne feriez rien de particulier
- Autre : ……..

Si vous vomissiez dans les 4 heures suivant la prise de votre pilule, que feriez-vous ? (une seule réponse possible)

- Vous prendriez un autre comprimé et vous prendriez le suivant à l'heure habituelle
- Vous prendriez un autre comprimé et vous prendriez le suivant 24 heures après
- Vous ne feriez rien de particulier
- Autre : ……

Si vous aviez la diarrhée dans les 4 heures suivant la prise de votre pilule, que feriez-vous ? (une seule réponse possible)

- Vous prendriez un autre comprimé et vous prendriez le suivant à l'heure habituelle
- Vous prendriez un autre comprimé et vous prendriez le suivant 24 heures après
- Vous ne feriez rien de particulier
- Autre : ……

Si après quelques semaines d'utilisation vous observiez des petits saignements (spotting) quelle serait votre réaction ? (une seule réponse possible)

- Vous seriez inquiète car cela ne devrait pas arriver
- Vous ne seriez pas inquiète car ceci pourrait être la conséquence de cette pilule
- Vous ne seriez pas inquiète mais vous ne sauriez pas pourquoi cela arrive
- Autre : …….

Connaissances sur votre pilule oestro-progestative.

Quand allez-vous débuter cette pilule ? (une seule réponse possible)

- ☐ Dans les 3 premières semaines après l'accouchement
- ☐ 1 mois après l'accouchement
- ☐ 2 mois après l'accouchement
- ☐ A partir du retour des règles
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Autre : ……..

Quand allez-vous prendre votre pilule ? (une seule réponse possible)

- ☐ Tous les jours à heure régulière
- ☐ Tous les jours mais peu importe l'heure
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Autre : ……..

Si vous aviez oublié de prendre un comprimé sur votre plaquette depuis MOINS de 12 heures, que feriez-vous ? (une seule réponse possible)

- ☐ Vous prendriez le comprimé immédiatement et vous prendriez le suivant à l'heure habituelle
- ☐ Vous prendriez le comprimé immédiatement et vous prendriez le suivant 24 heures après celui-ci
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Autre : ……

Si vous aviez oublié de prendre un comprimé de votre plaquette depuis PLUS de 12 heures, que feriez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Vous prendriez le comprimé immédiatement et vous prendriez le suivant à l'heure habituelle
- ☐ Vous prendriez le comprimé immédiatement et vous prendriez le suivant 24 heures après celui-ci
- ☐ Si vous aviez eu un rapport sexuel dans les 5 jours précédant vous prendriez une contraception d'urgence
- ☐ Vous vous protégeriez à l'aide de préservatifs pendant 7 jours
- ☐ Vous ne feriez rien de particulier
- ☐ Autre : ……..

Si vous vomissiez dans les 4 heures suivant la prise de votre pilule, que feriez-vous ? (une seule réponse possible)

- ☐ Vous prendriez un autre comprimé et vous prendriez le suivant à l'heure habituelle
- ☐ Vous prendriez un autre comprimé et vous prendriez le suivant 24 heures après
- ☐ Vous ne feriez rien de particulier
- ☐ Autre : ……

Si vous aviez la diarrhée dans les 4 heures suivant la prise de votre pilule, que feriez-vous ? (une seule réponse possible)

- ☐ Vous prendriez un autre comprimé et vous prendriez le suivant à l'heure habituelle
- ☐ Vous prendriez un autre comprimé et vous prendriez le suivant 24 heures après
- ☐ Vous ne feriez rien de particulier
- ☐ Autre : ……

Connaissances sur le préservatif masculin.

Quand doit-être mis le préservatif pour être le plus efficace possible ? (une seule réponse possible)

- ☐ Avant la toute première pénétration
- ☐ Juste avant l'éjaculation du partenaire
- ☐ A n'importe lequel de ces moments
- ☐ Autre : …….

Lors de la pose du préservatif est-il nécessaire de laisser une place suffisante pour le réservoir ? (une seule réponse possible)

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Autre : …….

Si vous vous aperceviez que le préservatif est mis en place dans le mauvais sens, que feriez-vous ? (une seule réponse possible)

- ☐ Vous le tourneriez de sens et le dérouleriez
- ☐ Vous changeriez de préservatif
- ☐ Vous ne feriez rien
- ☐ Autre : …….

Est-t-il nécessaire de changer de préservatif entre deux rapports sexuels ? (une seule réponse possible)

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Autre : …….

Si le préservatif se déchirait que feriez-vous ? (une seule réponse possible)

- ☐ Quelque soit la période du cycle, vous envisageriez une contraception d'urgence
- ☐ En fonction de la période du cycle vous envisageriez ou non une contraception d'urgence
- ☐ Vous ne feriez rien de particulier
- ☐ Autre : …….

Est-il nécessaire d'utiliser un préservatif pendant les règles pour éviter une grossesse ? (une seule réponse possible)

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Autre : …….

Connaissances sur votre implant (NEXPLANON®).

Dans combien de temps devez-vous changer votre implant ? (une seule réponse possible)

- ☐ Dans 1 an
- ☐ Dans 2 ans
- ☐ Dans 3 ans
- ☐ Dans 4 ans
- ☐ Dans 5 ans
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Autre : …….

Pourrez-vous faire enlever votre implant avant la date prévue ? (une seule réponse possible)

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Autre : …….

Si après quelques semaines d'utilisation vous observiez des petits saignements (spotting) quelle serait votre réaction ? (une seule réponse possible)

- ☐ Vous seriez inquiète car cela ne devrait pas arriver
- ☐ Vous ne seriez pas inquiète car cela pourrait être la conséquence de l'implant
- ☐ Vous ne seriez pas inquiète mais vous ne sauriez pas pourquoi cela arrive
- ☐ Autre : …….

Votre implant a été mis en place depuis plusieurs mois et si vous vous rendiez compte que vous n'avez plus vos règles, quelle serait votre réaction ? (une seule réponse possible)

- ☐ Vous seriez inquiète car vous auriez du avoir vos règles
- ☐ Vous ne seriez pas inquiète car cela pourrait être la conséquence de l'implant
- ☐ Vous ne seriez pas inquiète mais vous ne sauriez pas pourquoi cela arrive
- ☐ Autre : …….

Connaissances sur la méthode MAMA (méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée).

Pour que cette méthode soit efficace, combien de tétées doit-il y avoir par jour ? (une seule réponse possible)

- ☐ Au minimum 4 tétées par jour
- ☐ Au minimum 6 tétées par jour
- ☐ Au maximum 8 tétées par jour
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Autre : …….

Pour que cette méthode soit efficace, combien de temps maximum doit-il y avoir entre deux tétées ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Le temps entre deux tétées le JOUR ne doit pas dépasser 4 heures
- ☐ Le temps entre deux tétées le JOUR ne doit pas dépasser 6heures
- ☐ Le temps entre deux tétées la NUIT ne doit pas dépasser 4 heures
- ☐ Le temps entre deux tétées la NUIT ne doit pas dépasser 6 heures
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Autre : ……..

Cette méthode reste-t-elle efficace si votre enfant n'est pas nourri exclusivement au sein (mise en place d'aliments ou de biberons) ? (une seule réponse possible)

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Autre : …….

Cette méthode reste-t-elle efficace si vous avez eu votre retour de couches (retour des règles) ? (une seule réponse possible)

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Autre : …….

Si toutes les recommandations de cette méthode sont respectées, jusqu'à quand est-il possible de l'utiliser comme moyen de contraception ? (une seule réponse possible)

- ☐ 3 mois
- ☐ 6 mois
- ☐ 1 an
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Autre : …….

Connaissances sur les spermicides sous forme de crème.

Combien de temps minimum doit-on laisser agir le spermicide avant le rapport ? (une seule réponse possible)

- ☐ Efficacité immédiate
- ☐ 5 minutes
- ☐ 10 minutes
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Autre : …….

Dans quelle position devez-vous mettre en place ce spermicide ? (une seule réponse possible)

- ☐ Debout
- ☐ Allongée
- ☐ Peu importe la position
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Autre : …….

Quelle est la durée d'action de ce spermicide ? (une seule réponse possible)

- ☐ 1 heure
- ☐ 4 heures
- ☐ 10 heures
- ☐ 24 heures
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Autre : …….

Une toilette intime est-elle possible uniquement à l'eau claire après un rapport protégé par ce spermicide ? (une seule réponse possible)

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Autre : …….

Une toilette intime est-elle possible avec n'importe quel savon après un rapport protégé par ce spermicide ? (une seule réponse possible)

- □ Oui
- □ Non
- □ Ne sait pas
- □ Autre : …….

Pouvez-vous pratiquer une irrigation vaginale (douche vaginale, bain, piscine) suite à un rapport protégé par ce spermicide ? (une seule réponse possible)

- □ Oui
- □ Non pas dans les 15 minutes qui suivent
- □ Non pas dans l'heure qui suit
- □ Non pas dans les 2 heures qui suivent
- □ Non pas dans les 6 heures qui suivent
- □ Autre : …….

Faut-il renouveler ce spermicide pour chaque nouveau rapport sexuel ? (une seule réponse possible)

- □ Oui
- □ Non
- □ Ne sait pas
- □ Autre : …….

Connaissances sur les spermicides sous forme d'ovule.

Combien de temps minimum doit-on laisser agir le spermicide avant le rapport ? (une seule réponse possible)

- □ Efficacité immédiate
- □ 5 minutes
- □ 10 minutes
- □ Ne sait pas
- □ Autre : …….

Dans quelle position devez-vous mettre en place ce spermicide ? (une seule réponse possible)

- Debout
- Allongée
- Peu importe la position
- Ne sait pas
- Autre : …….

Quelle est la durée d'action de ce spermicide ? (une seule réponse possible)

- 1 heure
- 4 heures
- 10 heures
- 24 heures
- Ne sait pas
- Autre : …….

Une toilette intime est-elle possible uniquement à l'eau claire après un rapport protégé par ce spermicide ? (une seule réponse possible)

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Autre : …….

Une toilette intime est-elle possible avec n'importe quel savon après un rapport protégé par ce spermicide ? (une seule réponse possible)

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Autre : …….

Pouvez-vous pratiquer une irrigation vaginale (douche vaginale, bain, piscine) suite à un rapport protégé par ce spermicide ? (une seule réponse possible)

- Oui
- Non pas dans les 15 minutes qui suivent
- Non pas dans l'heure qui suit
- Non pas dans les 2 heures qui suivent
- Non pas dans les 6 heures qui suivent
- Autre : …….

Faut-il renouveler ce spermicide pour chaque nouveau rapport sexuel ? (une seule réponse possible)

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Autre : …….

Connaissances sur les spermicides sous forme de capsule.

Combien de temps minimum doit-on laisser agir le spermicide avant le rapport ? (une seule réponse possible)

- Efficacité immédiate
- 5 minutes
- 10 minutes
- Ne sait pas
- Autre : …….

Dans quelle position devez-vous mettre en place ce spermicide ? (une seule réponse possible)

- Debout
- Allongée
- Peu importe la position
- Ne sait pas
- Autre : …….

Quelle est la durée d'action de ce spermicide ? (une seule réponse possible)

- 1 heure
- 4 heures
- 10 heures
- 24 heures
- Ne sait pas
- Autre : …….

Une toilette intime est-elle possible uniquement à l'eau claire après un rapport protégé par ce spermicide ? (une seule réponse possible)

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Autre : …….

Une toilette intime est-elle possible avec n'importe quel savon après un rapport protégé par ce spermicide ? (une seule réponse possible)

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Autre : …….

Pouvez-vous pratiquer une irrigation vaginale (douche vaginale, bain, piscine) suite à un rapport protégé par ce spermicide ? (une seule réponse possible)

- Oui
- Non pas dans les 15 minutes qui suivent
- Non pas dans l'heure qui suit
- Non pas dans les 2 heures qui suivent
- Non pas dans les 6 heures qui suivent
- Autre : …….

Faut-il renouveler ce spermicide pour chaque nouveau rapport sexuel ? (une seule réponse possible)

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Autre : …….

Connaissances sur les spermicides sous forme de tampon ou éponge.

Combien de temps minimum doit-on laisser agir le spermicide avant le rapport ? (une seule réponse possible)

- ☐ Efficacité immédiate
- ☐ 5 minutes
- ☐ 10 minutes
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Autre : …….

Dans quelle position devez-vous mettre en place ce spermicide ? (une seule réponse possible)

- ☐ Debout
- ☐ Allongée
- ☐ Peu importe la position
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Autre : …….

Quelle est la durée d'action de ce spermicide ? (une seule réponse possible)

- ☐ 1 heure
- ☐ 4 heures
- ☐ 10 heures
- ☐ 24 heures
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Autre : ……...

Une toilette intime est-elle possible uniquement à l'eau claire après un rapport protégé par ce spermicide ? (une seule réponse possible)

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Autre : …….

Une toilette intime est-elle possible avec n'importe quel savon après un rapport protégé par ce spermicide ? (une seule réponse possible)

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Autre : …….

Pouvez-vous pratiquer une irrigation vaginale (douche vaginale, bain, piscine) suite à un rapport protégé par ce spermicide ? (une seule réponse possible)

- ☐ Oui
- ☐ Non pas dans les 15 minutes qui suivent
- ☐ Non pas dans l'heure qui suit
- ☐ Non pas dans les 2 heures qui suivent
- ☐ Non pas dans les 6 heures qui suivent
- ☐ Autre : …….

Faut-il renouveler ce spermicide pour chaque nouveau rapport sexuel ? (une seule réponse possible)

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Autre : …….

Je vous remercie pour vos réponses !

Résumé

Introduction : La quasi-totalité des femmes concernées par la contraception utilisent un moyen contraceptif. Les échecs de contraception sont fréquents et résultent notamment d'une utilisation incorrecte de celle-ci. Le post-partum est également une période concernée par ces problèmes. Cette étude s'est donc intéressée aux connaissances des accouchées sur leur contraception du post-partum.

Population et méthode : Une étude descriptive transversale a été réalisée du 19 octobre 2015 au 13 janvier 2016. 300 accouchées ont été recrutées dans une maternité de type trois de la région Auvergne. 193 femmes ont répondu à un auto-questionnaire en ligne entre la deuxième semaine suivant leur accouchement et la semaine de leur consultation post-natale. Les femmes incluses étaient celles ayant choisi une contraception recommandée dans le post-partum (pilule oestro-progestative, pilule microprogestative, préservatif masculin, implant, MAMA ou spermicides).

Résultats : 167 femmes ont été incluses : 111 avaient choisi la pilule microprogestative, 51 le préservatif masculin, trois la MAMA et deux l'implant. La majorité des utilisatrices du préservatif (78,4%) avaient un niveau de connaissances élevé (score ≥75%) contrairement aux utilisatrices de la pilule microprogestative qui étaient seulement 21,7% à avoir un niveau identique. Le niveau d'étude, la préparation à la naissance et la connaissance du retour à la fertilité semblaient influencer favorablement le niveau de connaissances.

Discussion : Toutes les contraceptions recommandées durant le post-partum n'étaient pas représentées dans cette étude. La majorité des femmes n'avaient pas toutes les connaissances nécessaires à une utilisation optimale de leur contraception du post-partum. La multiplication de messages sur ce thème, une information orale spécifique inspirée de la méthode BERCER et associée à des outils didactiques sont à préconiser.

Mots-clés : Connaissances - Contraception - Post-partum

Abstract

Background : Almost all women who have access to contraception use a form of birth control. Contraceptive failure is very frequent and is due to a misuse of birth control methods. These problems are very common during the postpartum period. Therefore this study has focused on what the women who have recently given birth know about contraception during the postpartum period.

Study design : A descriptive and cross-sectional study was conducted from 19th October 2015 to 13th January 2016. 300 women who have recently given birth in a type three maternity ward agreed to participate. 193 women completed the self-assessment questionnaire between the second week after childbirth and the week before postnatal consultation. The women included in the study chose a birth control method recommended during the postpartum period (oestroprogestogen pill, progestogen-only pill, condom, contraceptive implant, Lactational Amenorrhea Method (LAM) or spermicides).

Results : A total of 167 women are included: 111 chose the progestogen-only pill, 51 condoms, three the LAM, and two the contraceptive implant. The majority of women who use condoms (78,4%) had good knowledge of their birth control method (≥75% score) whereas only 21,7% of the women who used progestogen-only pills had the same score. Education, preparation for childbirth and knowledge about return of fertility seem to have a positive influence on their knowledge.

Discussion : Not all types of birth control recommended during the postpartum period are included in this study. The majority of women did not have the knowledge necessary to ensure optimal use of their postpartum birth control method. Communication about this subject and a specific verbal information inspired by the BERCER method and associated with didactic tools are recommended.

Keywords : Knowledge – Birth control – Postpartum period