



HAL
open science

La contraception dans le post-partum

Barbara Alvy

► **To cite this version:**

Barbara Alvy. La contraception dans le post-partum. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01826416

HAL Id: dumas-01826416

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01826416>

Submitted on 29 Jun 2018

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

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

**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

LA CONTRACEPTION DANS LE POST-PARTUM

*Etude descriptive des connaissances des post-parturientes d'une maternité
d'Auvergne de type trois sur la conduite à tenir en cas d'incident de contraception*

**MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR
Barbara ALVY**

Née le 18 07 1994

**DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
Année 2017**



**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

LA CONTRACEPTION DANS LE POST-PARTUM

*Etude descriptive des connaissances des post-parturientes d'une maternité
d'Auvergne de type trois sur la conduite à tenir en cas d'incident de contraception*

**MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR
Barbara ALVY**

Née le 18 07 1994

**DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
Année 2017**



Remerciements

Je souhaiterais tout d'abord adresser des remerciements aux personnes m'ayant apporté leur aide pour l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie tout particulièrement Delphine Poumeyrol, sage-femme enseignante, qui a été ma directrice de mémoire et qui a été d'une aide précieuse. Merci pour votre soutien et pour m'avoir guidée dans la réalisation de ce mémoire.

Je remercie l'équipe de la maternité qui m'a autorisée à réaliser cette étude et qui m'a également apporté son aide dans la collecte de questionnaires.

Je remercie également les femmes qui ont participé à l'étude sans qui celle-ci n'aurait pu aboutir.

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

Pour finir, je remercie plus précisément ma famille et ma promotion pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de ces quatre années.

Glossaire

DIU : Dispositif intra-utérin
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
IVG : Interruption volontaire de grossesse
FSH : Hormone folliculo-stimulante
LH : Hormone lutéinisante
GnRH: Gonadolibérine
MAMA : Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
OMS : Organisation mondiale de la santé
HAS : Haute Autorité de Santé
HTA : Hypertension artérielle
AMM : Autorisation de mise sur le marché
CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens
IST : Infection sexuellement transmissible
PCU : Pilule de contraception d'urgence
LNG : Lévonorgestrel
CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes
DGS : Direction Générale de la Santé
MAP : Menace d'accouchement prématuré
AMP : Assistance médicale à la procréation
CIL : Conseil Informatiques et Libertés
CNIL : Commission Nationale de l'Information et des Libertés
OP : Œstroprogestative
MP : Microprogestative
VPN : Visite post-natale
CAT : Conduite à tenir
RS : Rapports sexuels
PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité
PRADO : Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile

Sommaire

Introduction	2
Revue de la littérature	4
I- La période du post-partum.....	4
II- La contraception dans le post-partum.....	9
III- Conduite à tenir en cas d'incident contraceptif.....	25
IV- Grossesses rapprochées.....	35
Matériel et méthode	37
I- Objectifs de l'étude.....	37
II- Méthode.....	38
Résultats	44
I- Taux de réponses au questionnaire.....	44
II- Caractéristiques de la population.....	45
III- Connaissances sur la conduite à tenir en cas d'incident contraceptif et sur la contraception d'urgence.....	55
IV- Connaissances sur le retour à la fertilité.....	62
V- Analyse des différents scores de connaissances.....	65
Discussion	78
I- Atteinte de l'objectif.....	78
II- Limites et points forts de l'étude.....	78
III- Analyse des résultats.....	82
IV- L'information.....	89
V- Propositions d'action.....	92
Conclusion	94
Références bibliographiques	
Annexes	

Introduction

Après la controverse sur les pilules de troisième et quatrième générations en 2012, un recul du recours à la pilule a été observé et de nouvelles inégalités sociales de recours à la contraception sont apparues. Trois pourcents des femmes seulement en France n'utilisent pas de contraception. D'autres méthodes ont été adoptées après cette « crise » : le dispositif intra-utérin (DIU), le préservatif et les méthodes dites naturelles (1).

La contraception orale reste aujourd'hui la plus utilisée en France bien qu'une hausse du recours aux méthodes moins efficaces a été observée. Il a également été montré que les catégories sociales les plus précaires se sont tournées vers une couverture contraceptive moins efficace avec un moindre recours à la pilule et ont plus tendance à utiliser les méthodes naturelles (1).

La France a certes le taux de diffusion de contraception le plus élevé et la plus forte prévalence en matière de contraception selon l'Institut National de Prévention et d'Education pour la santé (INPES), un tiers des grossesses sont non désirées et dans six cas sur dix, elles aboutissent à une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG). Dans près de la moitié des cas (40 %) les femmes utilisaient une contraception à forte efficacité théorique (2).

Le post-partum marqué par des bouleversements physiques, psychiques et familiaux, est concerné par ces difficultés liées à la contraception. La sage-femme a un rôle primordial pour aborder la contraception durant cette période particulière. L'information sur la contraception dans le post-partum se fait dans une démarche d'éducation à la santé, d'accompagnement, de conseils et de prévention. L'utilisation correcte de la contraception ainsi que des connaissances en cas de situations inhabituelles reste importante dans les suites de couches. L'objectif étant de prévenir les grossesses non désirées et rapprochées. En effet, cinq pourcents des IVG surviennent dans les six mois qui suivent l'accouchement ce qui représente 11000 femmes par an (3).

Les études publiées s'intéressent davantage aux connaissances sur les moyens de contraception, la satisfaction des femmes sur l'entretien contraceptif en maternité et les conséquences materno-foetales des grossesses rapprochées.

L'objectif principal de cette étude était alors d'évaluer l'état des connaissances des femmes accouchées sur la conduite à tenir en cas de rapport sexuel non ou mal protégé dans le post-partum. Un état des connaissances permet d'améliorer les informations dispensées par les professionnels de santé en particulier dans la période du post-partum durant laquelle les femmes reçoivent de nombreuses informations.

Une revue de la littérature sur le sujet a tout d'abord été réalisée. La période du post-partum et ses modifications ont été étudiées. Les recommandations concernant la contraception du post-partum et la contraception d'urgence ont été abordées. Dans un deuxième temps, un travail de recherche a été présenté avec une partie population et méthode et une partie résultats. Enfin, une discussion a été élaborée autour des résultats de ce travail et un plan d'action a été proposé.

Revue de la littérature

I. La période du post-partum

1. Définition

Le terme Suites De Couches ou post-partum caractérise la période qui s'étend de la délivrance au retour de couches (ou retour de la menstruation). Elle est d'environ 45 jours, soit six à huit semaines après l'accouchement en l'absence de contraception hormonale. C'est une période de bouleversements physiques et psychiques dominée par deux phénomènes physiologiques essentiels : le retour de l'organisme à son état antérieur à la grossesse, notamment au niveau de l'appareil génital et l'établissement de la lactation (4).

2. Sur le plan anatomique

a) L'utérus

L'utérus se rétracte, se contracte et involue rapidement après la délivrance. Cette involution est favorisée par la lactation immédiate après l'accouchement grâce à l'ocytocine. Son volume diminue rapidement ainsi que son poids (d'un kilo et demi après l'accouchement à 70 grammes au huitième jour, c'est-à-dire la taille d'une orange). L'involution est très rapide les deux premières semaines, puis plus lente par la suite. Elle n'est totale qu'au bout de deux mois minimum moment où l'utérus reprend sa taille normale d'environ six centimètres et un poids de 50 grammes (taille d'une figue). Durant l'involution, le segment inférieur disparaît et le col se reconstitue pour retrouver sa consistance et sa longueur en une semaine environ. Après dix jours, l'orifice interne se referme tandis que l'orifice externe demeure légèrement déhiscent jusqu'au vingtième jour. Sur le plan histologique, l'involution utérine s'explique par la disparition de l'œdème, le retour à la normale de la longueur des fibres musculaires et une dégénérescence des fibres musculaires néoformées (4-5).

La régénération de la muqueuse endométriale se fait elle aussi en plusieurs temps : une phase de régression, de l'accouchement au cinquième jour, une phase de cicatrisation (indépendante des sécrétions hormonales) du sixième au vingt-cinquième jour, une phase hormonale de régénération, du vingt-cinquième au quarante-cinquième jour sous l'effet des œstrogènes et une phase de reprise du cycle menstruel. En l'absence de lactation, cette dernière phase peut s'observer à partir du quarante-cinquième jour (4-5).

Les premiers et plus rarement deuxièmes cycles qui suivent l'accouchement sont habituellement anovulatoires et le retour de couches correspond en fait à une hémorragie de privation. Si la femme allaite, le retour de couches est décalé avec une phase d'aménorrhée pendant les quatre premiers mois environ puis des menstruations possibles au-delà même si l'allaitement est poursuivi. En revanche, si l'allaitement n'est pas exclusif ou dès son arrêt, les premières menstruations surviennent dans les semaines suivantes (4-5).

b) Les voies génitales basses

Durant les jours qui suivent l'accouchement, il y a une atrophie au niveau vaginal. Il retrouve cependant rapidement sa tonicité et sa trophicité sous l'influence des œstrogènes. Les érosions superficielles cicatrisent en quelques jours et les plus profondes (déchirures, épisiotomie) se réépithélialisent spontanément. La vulve peut rester béante quelques jours mais reprend sa tonicité et perd son aspect congestif dès le deuxième jour. Les muscles périnéaux et les releveurs reprennent leur tonus en six à huit semaines s'ils n'ont pas été lésés pendant l'accouchement (4-5).

c) Les glandes mammaires

Dès l'accouchement, les cellules alvéolaires s'hypertrophient et se différencient par un contrôle hormonal ; la chute des hormones stéroïdiennes gravidiques et la succion fréquente du mamelon qui va engendrer une sécrétion de prolactine et d'ocytocine hypophysaires, permettent la production lactée avec dans un premier temps la sécrétion de colostrum. À partir de 48-72 heures après la naissance, une congestion mammaire passagère d'environ 24 heures correspondant à la galactogénèse de stade deux peut s'accompagner d'une élévation transitoire de la température à 38°C. Ce phénomène transitoire correspond à la « montée de lait », la composition du lait est alors modifiée en lait mature (4-5).

3. Sur le plan biologique

Les taux de lipides, de protides, la tolérance aux glucides, le taux de globules rouges et blancs observés pendant la grossesse reviennent progressivement à des taux normaux après l'accouchement. L'hypercoagulabilité se normalise en deux à trois semaines sauf pour le fibrinogène (deux mois) ce qui rend cette période propice à l'apparition d'accidents thrombo-emboliques (4).

Face à ce retour lent aux normes, les bilans biologiques de glycémie à jeûn, triglycérides et cholestérol recommandés lors de la prescription d'une contraception orale œstroprogestative ou autres examens sanguins complémentaires ne devront pas être prescrits avant le troisième mois du post-partum (4).

4. Sur le plan hormonal

L'accouchement est suivi de la chute brutale des œstrogènes et de la progestérone, en revanche le taux de prolactine reste élevé (4).

Chez la femme non allaitante, la prolactine disparaît au bout de dix à douze jours. L'hormone folliculo-stimulante (FSH) retrouve un taux normal vers la fin de la troisième semaine induisant une croissance folliculaire et donc une élévation progressive des œstrogènes. De même, le taux d'hormone lutéinisante (LH) augmente à nouveau progressivement au bout d'un mois (4).

Chez la femme allaitante, la tétée induit des pics de prolactine. Ces taux élevés maintiennent un blocage de l'axe hypothalamo-hypophysaire et retardent l'apparition des premières menstruations puis ces taux de prolactine se normalisent en moyenne vers trois mois et demi (4).

5. Le retour à la fertilité

La fonction ovarienne est en partie dépendante du type l'allaitement. Il est difficile de préciser la date exacte de la première ovulation dans le post-partum.

Si la femme n'allaite pas, la première ovulation est possible à partir du vingt-cinquième jour après l'accouchement. Le retour de couches survient alors entre 45 et 69 jours soit six à huit semaines après l'accouchement. Ce retour de couches est précédé d'une ovulation pour 20 à 71 % des femmes. Le premier cycle aboutissant aux menstruations peut être anovulatoire (6-8).

Chez la femme qui allaite, la reprise de l'activité ovarienne est habituellement retardée par rapport aux femmes qui n'allaitent pas. Elle est dépendante des caractéristiques de l'allaitement : durée, fréquence, exclusivité ou non. En effet, lors des tétées, la succion entraîne des pics de prolactine qui ralentissent la synthèse de gonadolibérine (GnRH). Il y a une mise au repos des fonctions ovariennes donc une anovulation. Pour un blocage efficace de la fonction ovarienne, une fréquence minimale de six tétées par 24 heures est nécessaire ainsi que d'autres conditions. Cette méthode de contraception naturelle est appelée MAMA : méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (6-7).

Cependant, une ovulation peut précéder le retour de couches. Il est recommandé de débiter une contraception efficace au plus tard 21 jours après l'accouchement, compte tenu du délai de retour à la fertilité chez les femmes ne souhaitant pas de grossesse rapprochée. Selon un accord professionnel, il est recommandé de prescrire une contraception efficace à la sortie de la maternité (6-8).

6. La reprise de la sexualité dans le post-partum

La reprise de la sexualité va nécessiter un temps d'adaptation variable, fonction du déroulement de l'accouchement, des sutures et complications éventuelles, de la fatigue et de la relation du couple. Cela peut s'expliquer par les modifications vaginales et périnéales responsables de sécheresse vaginale, mais également par des dyspareunies, des douleurs périnéales, par une baisse de la libido et par une absence d'information sur la reprise des rapports sexuels comme l'ont mis en avant des études sur la contraception du post-partum en 2015, sur les effets de la grossesse et de l'accouchement sur la fonction sexuelle, sur l'allaitement et la sexualité (8-12).

De plus, la présence du nouveau-né devient la première préoccupation maternelle. Plusieurs raisons peuvent l'expliquer. Dans un premier temps, le couple en tant que tel n'existe plus puisque la relation à deux va laisser place à un trio, relation triangulaire, où bien souvent, la relation mère-bébé est privilégiée. C'est ce que Donald Wood Winnicott définit comme la « préoccupation maternelle primaire » à savoir un état d'hypersensibilité qui va permettre à la mère de mettre tous ses sens en éveil afin de répondre aux besoins de son bébé, l'essentiel de ses pensées étant alors tourné vers son enfant (9).

En moyenne, la reprise des rapports sexuels semble survenir dans les cinq à sept semaines qui suivent l'accouchement. On estime que plus de la moitié des femmes ont repris une activité sexuelle dans les cinq à six semaines du post-partum soit avant la visite post-natale. D'autres auteurs affirment qu'environ 60 % des couples auront eu au moins un rapport sexuel un mois après l'accouchement (6, 8).

De nombreuses femmes rencontrent des difficultés sexuelles et des douleurs dans l'année suivant un accouchement. Ainsi, deux mois après l'accouchement, 51% des femmes se plaignent toujours de douleurs périnéales et 81% des femmes qui allaitent sont peu intéressées par la sexualité (8, 11, 12).

Un autre facteur intervient également dans la reprise de la sexualité : le type d'allaitement. En effet, une étude concernant l'allaitement et la sexualité a montré que l'allaitement maternel avait tendance à diminuer le désir sexuel. Plusieurs hypothèses expliquent cette tendance, tout d'abord la fatigue occasionnée par le rythme de l'allaitement à la demande, l'hypoœstrogénie prolongée chez la femme qui allaite entraîne une sécheresse vaginale, l'hyperprolactinémie et la diminution des taux d'œstrogènes et de progestérone peuvent être responsables d'une baisse du désir sexuel et des changements d'humeur (12).

Intervient aussi le mode d'accouchement. Les femmes accouchant par voie basse avec un périnée intact ou ayant une déchirure simple ont tendance à avoir moins de douleurs, moins de dyspareunies et à reprendre les rapports plus rapidement, en comparaison à celles accouchant par voie basse instrumentale ou ayant une déchirure du

troisième ou quatrième degré. Ainsi, une information sur la survenue de difficultés sexuelles après un accouchement pourrait leur permettre d'appréhender plus facilement cette période (11).

L'accouchement, qu'il se soit déroulé par voie basse ou par césarienne laisse des séquelles même minimales. La plupart du temps, la femme a une image dévalorisée de son corps et elle appréhende la reprise des rapports sexuels d'autant plus s'il y a eu une déchirure vaginale ou une épisiotomie. Enfin, on constate que les jeunes mères ne disposent pas toujours d'une information sur la sexualité, que ce soit pendant la grossesse ou dans le post-partum. Or, cette absence d'information peut aggraver la diminution du désir ou la peur de la reprise d'une activité sexuelle (10-11).

Le post-partum laisse donc peu de place à l'expression de la libido qui devient secondaire. Ce nouveau statut de mère occulte fréquemment la femme qui se trouve plongée dans un climat général d'incertitude.

Comment avec tous ces bouleversements tant psychiques que physiques, la femme est-elle alors en mesure d'anticiper la reprise des rapports sexuels et donc la question de la contraception qui lui est intrinsèquement liée ?

II. La contraception dans le post-partum

1. L'information

a) L'entretien contraceptif

Une consultation de contraception se bâtit en théorie sur le counseling et le modèle BERGER. Il est difficile d'appliquer cet entretien lors de la période du post-partum. En effet celle-ci est peu propice à l'écoute attentive d'informations et les femmes doivent faire face à des difficultés pour se projeter dans l'avenir contraceptif (13).

Le counseling consiste à orienter, aider, informer et soutenir la patiente. Il y a des principes à un bon counseling : bien traiter toutes les patientes, interagir avec la patiente, donner des informations appropriées selon les recommandations professionnelles, sur mesure et personnalisées, fournir la méthode que souhaite la patiente et l'aider à se rappeler des instructions (13-14).

La méthode BERCER se définit en plusieurs temps :

- Bienvenue : ce temps est nécessaire pour aider la patiente à se sentir en confiance, l'encourager à poser des questions (13).
- Entretien : il est important de faire s'exprimer la femme. L'entretien doit être dirigé mais non directif. Ce temps permet de recueillir les informations administratives, médicales (antécédents médicaux et personnels en ciblant les contre-indications aux contraceptifs) mais aussi les informations sociales et culturelles. Pour cela on utilise des questions ouvertes, fermées, variables et qualitatives. Il faut ne poser qu'une question à la fois et attendre la réponse avec intérêt (13). C'est aussi dans ce temps là qu'il faut répondre aux croyances et aux fausses idées et faire émerger les non-dits.
- Renseignement : donner les informations concernant les méthodes contraceptives avec un exposé clair, sur mesure en précisant les contre-indications, le mode d'emploi, l'efficacité, le coût, les effets secondaires (13).
- Choix : la décision appartient à la patiente mais le professionnel de santé l'aide à réfléchir et à choisir. Ce choix peut se faire par préférence ou élimination. La bonne contraception est celle que l'on choisit (13).
- Explication : informations complémentaires sur la méthode choisie : début, rattrapage en cas de décalage ou d'oubli, effets indésirables. Au mieux on fournit un document écrit (13).
- Retour : consultation de suivi de contraception pour aider la patiente à réfléchir de nouveau à sa décision, faire un nouveau choix si elle le désire. Faire un débriefing par rapport à la méthode utilisée : observance, tolérance et satisfaction (13).

L'activité des professionnels de santé et les difficultés à se projeter dans l'avenir contraceptif durant la période du post-partum rendent délicat la réalisation d'un entretien tel qu'il est décrit ci-dessus. Cette méthode s'applique davantage lors des consultations de contraception en dehors de cette période qui est par ailleurs caractérisée par des modifications anatomiques, biologiques et hormonales particulières. Les patientes semblent néanmoins satisfaites de l'information reçue en maternité sur la contraception dans le post-partum (15).

2. La contraception du post-partum

a) Particularités

La planification familiale se définit comme un élément crucial des soins de santé dispensés pendant la période prénatale, après l'accouchement et pendant la première année suivant l'accouchement. La planification du post-partum se définit alors comme la prévention des grossesses non désirées et des grossesses rapprochées durant les 12 premiers mois suivant un accouchement. Les femmes durant cette période sont celles qui ont le plus besoin des services de planification familiale (16).

Selon une analyse des données provenant d'enquêtes démographiques et sanitaires de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans 27 pays : 95 % des femmes durant les 12 premiers mois suivant un accouchement veulent éviter une grossesse dans les 24 mois suivants. L'objectif de cette planification familiale est d'aider les femmes à choisir le moyen de contraception, à démarrer l'utilisation et à la poursuivre selon l'intention des femmes et des couples (16).

Dans de nombreux cas la contraception du post-partum est initiée à la visite post natale à six semaines de l'accouchement ce qui n'est pas le cas en France ; la Haute Autorité de Santé (HAS) préconise de l'aborder et de la prescrire dès le séjour en maternité. Beaucoup de femmes sont sexuellement actives avant cette visite post-natale et il existe un retour à la fertilité entre le vingt-et-unième et le vingt-cinquième jour après l'accouchement (8, 17).

b) Recommandations

Le changement du mode de vie durant le post-partum peut inciter les femmes à changer de moyen de contraception ainsi, le risque d'incident contraceptif en raison des nouvelles conditions et du délai de prise est plus élevé. Il existe des recommandations particulières en ce qui concerne la contraception dans le post-partum. Ces recommandations servent de référence au prescripteur. Seront citées celles de la HAS et de l'OMS. Elles restent générales et laissent au prescripteur la possibilité de s'adapter à la patiente et au couple afin que la contraception soit choisie par la femme (16-17).

De plus, il existe de nombreuses particularités chez la femme en post-partum. Le choix de la méthode doit prendre en compte : l'allaitement, le risque thrombo-embolique veineux qui est majoré pendant la grossesse et jusqu'à 42 jours dans le post-partum. En effet, l'incidence des maladies thrombo-emboliques veineuses est quatre à dix fois plus importante par rapport à l'incidence observée chez une population non enceinte (6, 8). Ce choix doit également tenir compte des pathologies survenues durant la grossesse : hypertension artérielle gravidique (HTAG), prééclampsie, diabète gestationnel, phlébite.... (17).

La HAS préconise d'aborder la contraception et d'informer les femmes sur les méthodes possibles au cours de la grossesse et la proposer en post-partum «immédiat». La consultation post-natale qui a lieu six à huit semaines après l'accouchement doit permettre de confirmer ce choix contraceptif, de le renouveler, de le surveiller ou de poser un dispositif de longue durée comme le DIU ou l'implant (17).

Il faut également informer sur la reprise de l'ovulation : il n'y a pas de reprise de l'ovulation avant le vingt-et-unième jour après l'accouchement : une contraception n'est donc pas nécessaire avant ce délai. A partir du vingt-et-unième jour et étant donné l'incertitude qu'il existe autour de ce délai, une contraception devient nécessaire (17).

Les informations doivent porter sur les méthodes contraceptives utilisables chez la femme qui allaite ou non : leur mode d'emploi, leur efficacité en pratique courante, leur durée d'utilisation, leurs contre-indications, leurs risques, leurs effets indésirables possibles et leurs effets sur l'enfant allaité et le volume de lait. Des informations sur les avantages non contraceptifs, les procédures d'instauration et d'arrêt, le coût et le remboursement doivent également être apportées (17).

c) Méthodes utilisables

1) Hormonales

i. *Méthodes œstroprogestatives : pilule, anneau vaginal et patch transdermique*

Les pilules œstroprogestatives ou combinées contiennent de l'éthinylœstradiol avec des doses variant de 15 microgrammes à 50 microgrammes et un progestatif. Le type de progestatif permet de classer les pilules en générations (8, 17).

Ce type de pilule agit à trois niveaux : inhibition de l'ovulation, modification de la glaire cervicale qui devient imperméable aux spermatozoïdes et modification de l'endomètre empêchant la nidation d'un éventuel œuf (8). L'utilisation de la pilule œstroprogestative est contre-indiquée en cas de :

- antécédent personnel ou familial de thrombose veineuse ou artérielle ;
- facteurs de risque 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 dyslipoprotéïnémie sévère ;
- migraines avec aura ;
- tabagisme supérieur ou égal à 15 cigarettes par jour chez une femme de plus de 35 ans ;
- antécédent personnel de cancer oestrogéno-dépendant (cancer du sein ou de l'endomètre) ;
- maladie oestrogéno-dépendante (lupus érythémateux aigu disséminé) ;

- présence ou antécédent d'affection hépatique sévère avec bilan hépatique anormal ;
- hypersensibilité à l'un des composants (18, 20).

L'efficacité des méthodes œstroprogestatives est diminuée lors de l'interaction avec certains médicaments. Ces associations sont donc déconseillées : millepertuis, anticonvulsivants, antiprotéases, rifampicine, rifabutine, bosentan, griséofulvine, modafinil, orlistat (17, 20).

Chez la femme qui allaite, les œstroprogestatifs ne sont pas recommandés dans les six mois qui suivent l'accouchement en raison de la réduction de production de lait qu'ils induisent (8, 17).

Chez la femme qui n'allait pas, ces méthodes sont utilisables à partir de 42 jours après l'accouchement, au moment de la visite post natale en l'absence de contre-indications citées ci-dessus et en prenant en compte les facteurs de risque de thrombose : antécédents personnels ou familiaux de thrombose veineuse ou artérielle, thrombophilie biologique, immobilisation prolongée (césarienne), obésité, âge supérieur à 35 ans, hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie, tabagisme, migraine. Selon l'OMS, ce délai peut être raccourci à 21 jours en l'absence de facteurs de risque thrombo-emboliques veineux cités ci-dessus, de transfusion lors de l'accouchement, d'hémorragie du post-partum, de pré éclampsie, de tabagisme et en l'absence des contre-indications habituelles. Seules les pilules dites micro-dosées contenant au maximum 30 microgrammes d'éthinylestradiol sont autorisées en post-partum. Celles contenant une dose supérieure sont contre-indiquées en raison du risque thrombo-embolique qu'engendrent ces œstrogènes (8, 17).

Plusieurs voies d'administration sont possibles : pilule, anneau et patch transdermique qui ont les mêmes contre-indications. Il est recommandé de prescrire en première intention une pilule combinée contenant du lévonorgestrel, et moins de 50 microgrammes d'éthinylestradiol (pilule de deuxième génération). La littérature fait état d'une possible augmentation du risque thrombo-embolique veineux et artériel en fonction des doses d'éthinylestradiol.

Les autres méthodes œstroprogestatives dont anneaux et patchs ne devraient être réservées qu'aux cas d'intolérance aux pilules de deuxième génération et aux femmes pour lesquelles un autre type de contraception n'est pas possible (8, 17, 18).

Il y a des précautions d'utilisation à respecter pour une utilisation optimale selon leur voie d'administration. Pour la contraception orale œstroprogestative c'est une prise quotidienne toujours au même moment de la journée avec un arrêt de sept jours entre les plaquettes s'il y a 21 comprimés, sans arrêt entre les plaquettes s'il y en a 24 ou 28 avec des comprimés placebo. Il est nécessaire d'informer sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule, de diarrhées ou vomissements suite à la prise ainsi que sur la contraception d'urgence (8).

Il faut également informer les femmes sur l'efficacité contraceptive de ces méthodes, le risque d'accidents thrombo-emboliques veineux ou artériels qui est le principal risque des méthodes œstroprogestatives surtout la première année après l'instauration de la méthode ou après une interruption et une reprise. Il est nécessaire d'informer sur les complications et les symptômes qui doivent amener à consulter : œdème, douleur au niveau du mollet, dyspnée, douleur thoracique, hémoptysie, apparition ou aggravation de céphalées, déformation de la bouche, hémiparésie, dysphasie. Il est important de signaler à tout médecin la prise d'une contraception hormonale en cas de traitement intercurrent, d'intervention chirurgicale, d'immobilisation prolongée (6, 17, 18).

Il y a possibilité de faire renouveler une fois le contraceptif oral pour une période supplémentaire de six mois par un pharmacien ou une infirmière sur présentation d'une ordonnance datant de moins d'un an (17).

L'anneau vaginal Nuvaring ® délivre quotidiennement 120 microgrammes d'étonogestrel (progestatif de troisième génération) et 20 microgrammes d'éthinylestradiol. Cet anneau est mis en place par la patiente pour une durée de trois semaines et est retiré pendant sept jours avant la mise en place d'un nouveau dispositif. L'anneau obéit aux mêmes contre-indications notamment vasculaires que les formes orales. De plus, la présence de lochies fréquentes et les réticences du partenaire n'encouragent pas à prescrire cette méthode en post-partum.

Si la patiente souhaite néanmoins avoir recours à l'anneau, il est conseillé d'attendre la fin de la rééducation périnéale ou au moins six semaines jusqu'à la visite post-natale en raison des risques vasculaires et de l'informer que ce dispositif n'est pas remboursé par la sécurité sociale. Son prix est d'environ 16 euros par mois (6).

Le patch Evra ® délivre quotidiennement 150 microgrammes de norelgestromine (progestatif de troisième génération) et 20 microgrammes d'éthinylœstradiol. Il est mis en place pour une semaine pendant trois semaines consécutives sur quatre. Son efficacité est comparable à celle des œstroprogestatifs par voie orale pour un poids inférieur à 90 kilogrammes. Bien qu'il puisse améliorer l'observance en particulier durant cette période à risque d'oubli qu'est le post-partum, il est recommandé de ne pas prescrire le patch en raison d'une œstradiolémie plus élevée dans les jours qui suivent la pose comparativement aux œstroprogestatifs oraux mini-dosés et en raison du peu de données concernant son utilisation dans le post-partum (notamment en ce qui concerne le passage dans le lait maternel). Ce dispositif n'est pas non plus remboursé par la sécurité sociale. Une boîte de trois patches coûte environ 15 euros (6, 17).

ii. Méthodes progestatives : pilule, implant sous-cutané et injection intra-musculaire

▪ Pilules micro-progestatives

Il existe deux types de pilules micro-progestatives : une contenant du désogestrel (Cérazette ® et ses génériques) et une contenant du lévonorgestrel (Microval ®). Les pilules au désogestrel peuvent inhiber l'ovulation et agissent au niveau de la glaire cervicale en augmentant sa viscosité. Les pilules au lévonorgestrel agissent uniquement au niveau de la glaire cervicale (8, 17).

Les progestatifs sont utilisables chez la femme en post-partum ne présentant pas de contre-indication notamment accidents thrombo-emboliques veineux évolutifs, saignements génitaux inexplicables, cancer du sein ou de l'utérus, pathologie hépatique sévère actuelle ou ancienne et hypersensibilité à l'un des composants. Ils n'occasionnent pas un sur-risque thrombo-embolique (6, 18).

Les pilules micro-progestatives font encore référence en contraception du post-partum notamment en cas d'allaitement maternel. Elles ne modifient pas la quantité et la qualité du lait maternel. Que la femme allaite ou non dans le post-partum, cette contraception hormonale est utilisable à partir de 21 jours après l'accouchement. En pratique, le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) recommande de débiter les progestatifs par voie orale plus tôt après l'accouchement, à partir du dixième jour avec un délai variable selon les maternités (6, 8).

Plusieurs voies d'administration sont possibles: les pilules micro-progestatives: lévonorgestrel : Microval® ou désogestrel : Cérazette®, Optimizette®, Antigone Gé®, les injections d'acétate de médorogestérone. Ces injections qui se font tous les trois mois ont une indication limitée aux cas pour lesquels il n'est pas possible d'utiliser d'autres méthodes. Compte tenu des risques potentiels (thrombose veineuse, diminution de la densité minérale osseuse, prise de poids) leur utilisation est limitée dans le temps. Les macro-progestatifs per os ne disposent pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans l'indication de contraception (8, 17).

Certaines précautions sont à respecter pour ce type de pilule : prise quotidienne à la même heure sans arrêt entre les plaquettes. Le retard de prise de la pilule ne doit pas dépasser trois heures pour le lévonorgestrel Microval ®, 12 heures pour le désogestrel donc pour Cérazette® et ses génériques. Les femmes doivent également être informées sur la conduite à tenir en cas d'oubli de la pilule ou de diarrhées ou de vomissements suite à la prise ainsi que sur le recours à la contraception d'urgence. Cette conduite à tenir est la même que pour les pilules oestroprogestatives (6, 17).

Il faut également informer sur l'efficacité contraceptive de ces méthodes (indice de pearl). La perturbation du cycle menstruel avec des profils de saignements différents selon les femmes : aménorrhée, saignements « anarchiques » intermenstruels ou spotting sont un des principaux effets indésirables qui ne doivent pas faire arrêter la contraception sans l'avis d'un professionnel, c'est pourquoi il est important d'informer les femmes à propos de cette possible perturbation du cycle. Le taux d'abandon des micro-progestatifs reste important. Il y a un risque important de diminution d'efficacité avec certains médicaments : millepertuis, anticonvulsivants, antiprotéases, rifampicine, rifabutine, bosentan, griséofulvine, modafinil, orlistat (6, 17).

Les utilisatrices de ce type de contraceptif oral peuvent faire renouveler une fois leur contraceptif pour une période supplémentaire de six mois par un pharmacien ou une infirmière sur présentation d'une ordonnance datant de moins d'un an (17).

- L'implant sous-cutané

L'implant progestatif (NEXPLANON®) se présente sous la forme d'un bâtonnet contenant de l'étonogestrel. Il est mis en place en sous-cutané au niveau du bras non dominant. Il a l'avantage d'être efficace pendant trois ans, néanmoins en cas de surpoids ou obésité il y a une diminution de l'efficacité, il faut donc le retirer avant trois ans (6, 19). Il agit en délivrant une dose continue de progestatif qui entraîne une modification de la glaire cervicale en augmentant sa viscosité et peut également inhiber l'ovulation chez certaines femmes (6, 8).

Il détient les mêmes contre-indications et les mêmes effets indésirables notamment au niveau des modifications du profil de saignements que la pilule micro-progestative. 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 (8, 18).

Il est recommandé de poser l'implant 15 jours après l'accouchement. Cependant dans certains contextes psycho-sociaux difficiles, l'équipe médicale peut poser l'implant avant la sortie de la maternité (6, 8).

2) Dispositifs intra-utérins au cuivre et au lévonorgestrel

Les DIU sont des dispositifs contraceptifs à long terme. Il en existe deux types : un non hormonal au Cuivre et un au lévonorgestrel. Le DIU au cuivre est très efficace et ne contient pas d'hormone (pas d'augmentation du risque cardio-vasculaire). Son mode d'action principal est un effet cytotoxique sur les spermatozoïdes, il provoque également une inflammation locale de l'endomètre empêchant ainsi la nidation (6). Le DIU au lévonorgestrel est à privilégier en cas de ménorragies fonctionnelles ou de saignements abondants avec un DIU au cuivre, à condition que les femmes acceptent de ne plus avoir

de règles. Le DIU Mirena® peut être laissé en place cinq ans et le DIU Jaydess®, de taille réduite trois ans. Ils agissent au niveau de la glaire cervicale en l'épaississant et ont un effet local au niveau de l'endomètre (6, 17). Ils sont utilisables après avoir évalué et écarté le risque infectieux : rechercher une infection à *Chlamydiae Trachomatis* et *Nisseria gonorrhoeae* avant la pose notamment en cas d'infection sexuellement transmissible (IST), d'infection génitale haute en cours ou récente, d'âge inférieur à 25 ans, de partenaires multiples. Ces recherches se réalisent généralement en dehors de la période du post-partum (6, 7, 17).

La pose d'un DIU est formellement contre-indiquée en cas de malformation utérine et/ou cervicale, d'infection génitale haute en cours ou datant de moins de trois mois, de suspicion de pathologie endocavitaire ou encore d'hypersensibilité à l'un des composants (18). Les contre-indications pour le DIU au lévonorgestrel sont à la fois celles des progestatifs et celles du DIU..

Les femmes doivent être informées sur : l'efficacité contraceptive de ces méthodes, leur longue durée d'action (cinq à dix ans pour les DIU au cuivre et trois à cinq ans pour les DIU au lévonorgestrel), leurs risques potentiels : expulsion, perforation, migration le plus souvent exceptionnels mais augmentés chez la femme qui allaite, ainsi que sur leur impact sur les menstruations : plus importantes avec le DIU au cuivre ; spotting, oligoménorrhée ou aménorrhée avec le DIU au lévonorgestrel (6, 17).

Il est conseillé aux femmes de consulter un à trois mois après la pose puis annuellement ainsi qu'en cas de douleurs pelviennes, de saignements, de fièvre inexpliquée ou autre trouble gynécologique (17).

En ce qui concerne le post-partum, il existe un délai minimum pour la pose d'un DIU qu'il soit au cuivre ou au lévonorgestrel. Selon un rapport de l'OMS de 2005 et une étude de 2015 sur la contraception du post-partum, si l'accouchement remonte à au moins quatre semaines, le DIU peut être posé, que la femme ait eu son retour de couches ou qu'elle soit toujours en aménorrhée et qu'elle allaite ou non (8). Cela est aussi valable pour une césarienne. Certaines études sur la contraception du post-partum n'ont pas trouvé de risque plus élevé de complications notamment infectieuses, de perforation, métrorragies en cas de pose du dispositif précocement dans le post-partum (dans les 48 heures ou lors de la césarienne dans certains contextes).

En revanche, le risque d'expulsion est plus important comparativement à une pose plus tardive après quatre semaines, et les risques de perforation et de migration restent majorés chez les femmes allaitantes. Les recommandations actuelles en France sont de le prescrire lors du séjour en maternité pour permettre la pose au moment de la visite post-natale (la pose dans les 48 heures n'est pas d'usage courant en France) (6-8).

3) Méthodes barrières : préservatifs masculins et féminins, diaphragme et cape cervicale, spermicides

Ces méthodes ont une efficacité moindre que celle de la contraception hormonale ou du DIU. Elles nécessitent que les deux partenaires soient motivés, aient bien compris leur utilisation après un apprentissage spécifique ; elles doivent être utilisées lors de tous les rapports sexuels quelle que soit la date du cycle. Compte tenu du taux élevé d'échecs, l'éventualité d'une grossesse non prévue doit être acceptable, sinon préférer une autre méthode (17-19).

i. Préservatifs masculins et féminins

C'est la seule méthode de contraception efficace contre les IST et le SIDA. Le préservatif est à privilégier si une méthode barrière doit être choisie en post-partum. Les préservatifs en latex sont recommandés de préférence à ceux en polyuréthane (risque de rupture ou de glissement) sauf s'il existe une allergie au latex. En outre, il faut utiliser uniquement des lubrifiants aqueux avec des préservatifs (6, 8, 17).

Le préservatif féminin en raison de son maniement intra-vaginal est d'utilisation délicate en particulier dans les semaines qui suivent l'accouchement (6).

Il est nécessaire d' informer sur le mode d'emploi des deux types de préservatifs et sur la conduite à tenir en cas de rupture/glissement ainsi que sur la contraception d'urgence (17).

Le préservatif n'est donc pas à recommander seul en première intention dans le post-partum en raison de son efficacité moindre que les méthodes hormonales. En revanche, il peut être utilisé en complément de la MAMA pour potentialiser l'efficacité de celle-ci. En pratique, ce moyen est très utilisé en première intention durant la période du post-partum (6-8).

ii. *Diaphragme et spermicides*

L'efficacité du diaphragme est améliorée par l'association à un spermicide. La détermination de la taille du diaphragme se fait au préalable par le praticien (médecin ou sage-femme) et l'apprentissage de ces dispositifs se fait en consultation (17).

En cas d'utilisation d'un diaphragme avant la grossesse, la taille de celui-ci doit être réévaluée après un accouchement. Cependant, il est déconseillé avant six semaines après l'accouchement, le temps nécessaire aux structures anatomiques de retrouver leur position, taille et forme (6, 17).

En ce qui concerne les spermicides, ils peuvent être utilisés avec le préservatif et/ou la MAMA pour en augmenter l'efficacité contraceptive. Cette méthode peut être envisagée dans le post-partum. Les femmes doivent être informées de leur moindre efficacité. Les spermicides s'achètent en pharmacie sans prescription (6-8).

4) **Méthodes naturelles : aménorrhée lactationnelle, retrait, abstinence périodique et auto-observation**

i. *MAMA : Méthode de l'Allaitement maternel et de l'aménorrhée*

L'allaitement peut avoir un effet contraceptif jusqu'à six mois après l'accouchement avec un risque de grossesse à un an de sept pourcents (8). Cependant, elle n'est efficace que si toutes les conditions suivantes sont réunies : l'allaitement maternel doit être exclusif, avec au minimum six tétées par jour, pas plus de six heures entre deux tétées la nuit et pas plus de quatre heures le jour.

L'aménorrhée doit être persistante (8, 17). Il convient d'utiliser une autre méthode de contraception en cas de retour des menstruations, de réduction de la fréquence ou de la durée des tétées, d'introduction de compléments de lait artificiel ou d'un biberon ou dès que la nourrisson atteint l'âge de six mois. Il est important d'informer la patiente sur la nécessité de respecter ces conditions et qu' un allaitement non exclusif n'est pas contraceptif (8, 17).

Il est toutefois recommandé d'associer à la MAMA une contraception locale de type préservatifs ou spermicides étant donné les conditions nécessaires à l'effet contraceptif de cette méthode (6, 8, 17).

ii. *Abstinence périodique et auto-observation*

L'abstinence périodique et l'auto-observation ne sont utilisables qu'après le retour de couches. En effet, il est nécessaire d'avoir eu des menstruations à trois reprises et d'avoir des cycles réguliers. Leur efficacité est diminuée par rapport à celle des méthodes hormonales, mécaniques ou barrières. Elles peuvent convenir à des femmes connaissant bien leur cycle, ayant des règles régulières et maîtrisant bien l'utilisation de la méthode (17).

Compte tenu du taux élevé d'échecs, l'éventualité d'une grossesse non prévue doit être acceptable, sinon il est préférable d'envisager une autre méthode. La femme doit être informée de ce risque. Une formation spécifique de la femme et/ou du couple est nécessaire (17).

Ces méthodes dites naturelles ne sont pas à recommander en première intention en post-partum en raison de la régularité des cycles qu'elles nécessitent et de leur efficacité diminuée par rapport aux autres moyens de contraception (6, 8).

5) Méthodes de stérilisation

Elles peuvent apporter une réponse contraceptive appropriée dans certaines situations. Deux méthodes sont possibles, la première est l'insertion d'un dispositif intra-tubaire par hystérocopie qui est réalisable à partir de la sixième semaine après l'accouchement ou la césarienne, il s'agit du dispositif Essure ®. La seconde regroupe la ligature des trompes et autres méthodes (électrocoagulation, pose d'anneaux ou de clips), elles peuvent être réalisées soit dans les sept jours après l'accouchement soit à partir de 42 jours après l'accouchement ou la césarienne en raison du délai de l'involution utérine (17).

Il faut les présenter comme irréversibles. Un délai légal de réflexion de quatre mois doit être respecté entre la demande initiale et la confirmation du choix avant la réalisation de la stérilisation (17).

d) Méthodes utilisées

En France, la pilule reste le moyen de contraception le plus prescrit tout au long de la vie de la femme. Après les débats sur les pilules en 2012, un nouveau paysage contraceptif est apparu en France. En effet il y a eu une hausse de l'utilisation du DIU mais également des méthodes moins efficaces comme celle de l'auto-observation et du retrait. Ce nouveau paysage s'applique-t-il à la période du post-partum ? (1)

Plusieurs études ont montré que la pilule micro-progestative était la plus utilisée durant cette période. Or, le problème de l'oubli est fréquent et est retrouvé dans le post-partum. Le préservatif est aussi largement utilisé. Une étude sur la contraception du post-partum parue dans le Journal de Gynécologie et Biologie de la Reproduction en 2007 a d'ailleurs montré les résultats suivants : la grande majorité des femmes utilisent une pilule contraceptive en post-natal. Arrivent en deuxième position celles qui n'utilisent aucun moyen contraceptif, soit un pourcentage non négligeable de 20,9 %. Viennent ensuite les femmes qui ont recours aux préservatifs. De plus, cette étude montre également que pour les femmes qui ont choisi la pilule ou le préservatif, l'inconvénient majeur de ces moyens de contraception réside dans l'oubli évoqué par deux tiers d'entre elles. Enfin si l'on considère la contraception proposée à la sortie des suites de couches, l'étude démontre que 35 % des femmes se voient proposer une pilule, 12 % le préservatif et une majorité de 47 %, aucune contraception (3, 21).

Au regard de cette étude, on peut donc constater que les méthodes de contraception utilisées dans le post-partum ne sont pas les plus adaptées par rapport au problème de l'oubli. C'est là que la contraception d'urgence dans le post-partum prend son sens (21).

3. L'efficacité des méthodes contraceptives

L'indice de pearl permet de mesurer l'efficacité des méthodes contraceptives. Cette indice correspond au nombre de grossesses sur 100 femmes utilisant le moyen contraceptif dans l'année suivant le début de l'utilisation de ce moyen (22).

Il y a deux analyses différentes de l'indice de pearl. L'efficacité théorique, dans des conditions optimales (avec une utilisation correcte et régulière) est comparée à l'efficacité pratique (en utilisation courante avec des oublis et/ou un usage incorrect notamment). Cette comparaison permet d'évaluer le risque de grossesse propre au moyen contraceptif lui-même et le risque propre à son utilisation dans la vie courante. Le moyen est très efficace si l'indice est compris entre 0 et 0,9, efficace entre 1 et 9, modérément efficace entre 10 et 25 (22).

La méthode la plus efficace est l'implant en théorie (0,05) et en pratique (0,05) étant donné qu'il est mis en place pour trois ans. Les DIU hormonaux (0,2) et au cuivre (0,6 vs 0,8) sont également des méthodes très efficaces. Les contraceptifs hormonaux qui sont très efficaces en théorie (0,3), ne sont en pratique courante qu'une contraception classée efficace (8) en raison des oublis notamment. L'écart entre l'efficacité théorique et pratique est également important pour les préservatifs : 2 vs 15. Il en est de même pour les méthodes naturelles (1 à 9 vs 20). La MAMA est jugée très efficace en théorie (0,9) mais seulement efficace (2) dans la pratique en raison des conditions nécessaires à son efficacité (22).

En comparatif, l'OMS a publié en 2011 que le taux de grossesses lorsqu' aucune méthode de contraception n'est utilisée est de 85 grossesses pour 100 femmes en un an (20). De plus l'efficacité de ces méthodes n'a jamais été évaluée en pratique durant la période du post-partum ; il n'existe pas d'indice de pearl concernant cette période.

III. Conduite à tenir en cas d'incident contraceptif

1. Incidents contraceptifs

Il existe de nombreux incidents contraceptifs ou usages défectueux du moyen contraceptif.

- déchirure, glissement ou utilisation incorrecte du préservatif;
- oubli du contraceptif oral associé à deux reprises ;
- prise de la pilule à progestatif seul avec plus de 12 heures de retard (ou plus de trois heures pour la pilule au lévonorgestrel seul Microval ®) ;
- prise de la pilule œstroprogestative avec plus de 12 heures de retard ;
- déplacement, mise en place tardive ou retrait trop précoce d'un anneau vaginal ou d'un dispositif transdermique contenant une hormone contraceptive ;
- déplacement, rupture, déchirure ou retrait trop précoce d'un diaphragme ou d'une cape cervicale ;
- échec du retrait (par exemple éjaculation dans le vagin ou au niveau des organes génitaux externes) ;
- comprimé ou film spermicide dissous avant le rapport ;
- erreur de calcul de la période d'abstinence périodique ou pas d'abstinence ou pas de contraception mécanique pendant la période de fécondité ;
- expulsion du DIU (23).

Certaines de ces situations ne s'appliquent pas durant la période du post-partum si les recommandations de la HAS vis-à-vis de la contraception sont suivies. En revanche certaines de ces difficultés sont retrouvées dans la période étudiée ; en effet plus de la moitié des utilisatrices de la pilule microprogestative l'oublie dans le post-partum (3, 21).

2. Conduite à tenir en cas d'oubli ou de décalage de la prise par rapport à l'heure habituelle

Il est important de rappeler aux jeunes mères la procédure à suivre en cas d'oubli de pilule, ou encore les modalités d'utilisation de la contraception d'urgence selon les recommandations en vigueur de la HAS et de l'INPES (17).

Si l'oubli est inférieur ou égal à 12 heures pour une pilule microprogestative (sauf pour la pilule au lévonorgestrel seul Microval ® pour laquelle le délai est de trois heures) ou pour une pilule œstroprogestative, il faut prendre immédiatement le comprimé oublié et poursuivre le traitement à l'heure habituelle même si deux comprimés doivent être pris le même jour (24-25).

Si l'oubli est supérieur à 12 heures pour une pilule microprogestative (sauf pour la pilule au lévonorgestrel) ou pour une pilule œstroprogestative, il faut prendre immédiatement le comprimé oublié et poursuivre le traitement à l'heure habituelle même si deux comprimés doivent être pris le même jour. Dans cette situation et en cas de rapport sexuel dans les sept jours suivants, utiliser en plus une seconde méthode contraceptive non hormonale (préservatifs). Si la période de sécurité des sept jours s'étend au-delà du dernier comprimé actif de la plaquette en cours : supprimer l'intervalle libre et démarrer la plaquette suivante le jour suivant la prise du dernier comprimé actif. Par précaution si un rapport sexuel a eu lieu dans les cinq jours précédents l'oubli ou si l'oubli concerne au moins deux comprimés, il est conseillé d'utiliser une contraception d'urgence si le délai d'efficacité de cette méthode n'est pas dépassé (24-25).

3. Moyens d'informations

Il existe différents moyens pour les femmes de trouver les informations sur les oublis de pilule ou autre incident de contraception. Il est important de les connaître en tant que professionnel de santé pour pouvoir guider les femmes.

Les notices de pilules dans la partie « instructions en cas d'omissions d'une ou plusieurs doses » donnent certaines informations mais incomplètes, elles ne contiennent pas les recommandations de la HAS et ne mentionnent pas la contraception d'urgence (24).

Internet est aussi un moyen d'information facilement accessible mais il faut être vigilant quant aux sites et s'assurer que les informations proviennent de sources sûres.

- www.choisirsacontraception.fr qui a été réalisé par des médecins généralistes et des gynécologues rappelle les recommandations de la HAS (26).
- www.g-oubliepilule.com par l'INPES, rappelle lui aussi les recommandations de la HAS (27).
- Carte de l'INPES que les professionnels de santé peuvent distribuer au moment de la prescription d'une pilule contraceptive (Annexe I)

Les professionnels de santé : sage-femmes, gynécologues, médecins généralistes et pharmaciens doivent donner ces informations selon les recommandations, mais en cas de doute sur une situation, la femme peut prendre contact avec ces professionnels.

4. Contraception d'urgence

a) Définition

La contraception d'urgence désigne une contraception de rattrapage utilisable par les femmes en situation d'urgence dans les trois à cinq jours qui suivent un rapport sexuel non ou mal protégé pour éviter une grossesse non prévue. Elle n'est pas efficace à 100 % et son efficacité est d'autant plus grande que la prise a eu lieu plus précocement après le rapport non protégé (28).

Elle n'est pas destinée à être utilisée de façon régulière en raison du risque d'échec plus grand qu'avec les autres contraceptifs. Deux méthodes de contraception d'urgence sont disponibles : la pilule de contraception d'urgence (PCU) et le DIU au cuivre (28).

La PCU est disponible en pharmacie sans prescription médicale en France depuis 1999. Si elle est délivrée sans ordonnance, elle n'est pas remboursée pour les femmes majeures. Si elle est prescrite, elle est remboursée à 65% (28).

Cette contraception d'urgence reste un moyen de prévention des grossesses non désirées. En effet, les échecs de contraception sont fréquents puisque une grossesse sur trois est une grossesse non prévue (2).

b) Les différents moyens de contraception d'urgence

1) Norlevo 1,5mg®, Lévonorgestrel (Biogaran 1500 mcg)

Cette contraception d'urgence est utilisable dans les 72 heures après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive mais, plus elle est prise tôt plus elle est efficace (28).

Son mode d'action empêche ou retarde l'ovulation en retardant le pic de LH. Elle agit sur la muqueuse cervicale et sur la capacité des spermatozoïdes à se fixer sur l'ovule. Cette pilule n'est plus efficace une fois la nidation commencée, elle ne provoque pas l'évacuation de l'œuf. Il ne s'agit pas d'une pilule abortive (28).

Elle se prend en un seul comprimé. En cas de vomissements survenant dans les trois heures suivant la prise du comprimé, il est recommandé de reprendre immédiatement un comprimé. Il peut être pris à n'importe quelle période du cycle menstruel sauf en cas de retard de règles (28). Après l'utilisation de la contraception d'urgence il est recommandé d'utiliser un moyen contraceptif local (préservatif, diaphragme) jusqu'au retour des règles suivantes (28).

Les effets indésirables suivants peuvent se manifester suite à la prise du comprimé : vertiges, céphalées, nausées, douleurs abdominales, tension mammaire, troubles du cycle, fatigue (28).

En ce qui concerne la délivrance: pour les adultes, elle peut être délivrée en pharmacie sans prescription médicale, non remboursée dans ce cas. Le remboursement à 65 % n'est possible qu'après prescription du médecin ou de la sage-femme. Pour les mineures, la délivrance anonyme et gratuite est possible en pharmacie, dans les centres de planning familial et d'éducation familiale ou par les infirmières scolaires. Pour les étudiants, elle est anonyme et gratuite dans les services de santé universitaires et inter-universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé. Son prix est de 6,34 euros (28-29).

Il n'existe qu'une contre-indication : l'hypersensibilité au lévonorgestrel. Il y a toutefois des précautions d'emploi. En effet, Norlevo® est déconseillé chez les femmes à risque de grossesse extra-utérine (antécédent de salpingite). Il n'est pas recommandé de l'utiliser en cas d'atteinte hépatique sévère ou de malabsorption. Il faut également prendre en compte les facteurs de risque thrombo-emboliques préexistants en particulier un antécédent de thrombophilie. L'utilisation à plusieurs reprises du lévonorgestrel 1,5mg est possible mais expose la patiente à des perturbations importantes du cycle menstruel et à un risque de grossesse cumulatif à chaque prise, l'efficacité n'étant pas de 100 %. Il faut également prendre en compte la présence de lactose (28-29).

Il n'y a pas d'effet abortif et pas de risque malformatif chez le fœtus en cas d'utilisation pendant une grossesse. Le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT) ne contre-indique pas l'allaitement mais selon le Vidal, il est conseillé de ne pas allaiter pendant les six heures suivant la prise du comprimé. Il n'y a pas non plus d'effet sur la fertilité (29-30).

Il y a de nombreuses interactions notamment avec les inducteurs enzymatiques : anticonvulsivants, phénobarbital, phénytoïne, primidone, carbamazépine, rifabutine, rifampicine, griséofulvine, ritonavir, millepertuis (29).

2) EllaOne®: ulipristal acétate 30 mg

Cette contraception d'urgence est utilisable dans les 120 heures après un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec de méthode contraceptive mais comme pour Norlevo®, plus elle est prise tôt, plus elle est efficace (28, 31).

C'est un modulateur sélectif des récepteurs de la progestérone agissant par inhibition ou retardement de l'ovulation en reportant le pic de LH (28).

Son efficacité est mesurée par le taux de grossesses observées correspondant au taux d'échec : 2,1 %(32).

Cette contraception se prend elle aussi en un seul comprimé. En cas de vomissements dans les trois heures suivant la prise du comprimé, la conduite à tenir est la même que pour Norlevo ®. Il peut être pris à n'importe quel moment du cycle menstruel sauf en cas de retard de règles (31).

Comme pour Norlevo ®, après l'utilisation de la contraception d'urgence il est recommandé d'utiliser un moyen contraceptif local (préservatif, diaphragme) jusqu'aux règles suivantes (28, 31).

Les effets indésirables suivants peuvent se manifester suite à la prise du comprimé : troubles de l'humeur, céphalées, vertiges, nausées, vomissements, douleurs abdominales, myalgies, douleurs dorsales, troubles du cycle, douleurs pelviennes, tension mammaire, fatigue (28).

En ce qui concerne la délivrance, elle ne nécessite plus de prescription médicale depuis 2015. Une prescription médicale reste nécessaire pour le remboursement par l'Assurance Maladie. Son prix est de 19,77 euros (31).

Les contre-indications sont une hypersensibilité aux constituants et la grossesse. Les précautions d'emploi sont les suivantes : sa prise n'est pas recommandée en cas d'atteinte hépatique sévère. L'utilisation à plusieurs reprises de l'ulipristal acétate 30mg est possible mais comme pour le lévonorgestrel 1,5 mg, expose la patiente à des perturbations importantes du cycle menstruel et à un risque de grossesse cumulatif à chaque prise, l'efficacité n'étant pas de 100 %. Il faut prendre en compte la présence de lactose (28, 31).

En ce qui concerne une prise pendant la grossesse : les données d'exposition au fœtus sont limitées. Le CRAT ne recommande pas une suspension de l'allaitement maternel alors que dans le Vidal, il est conseillé de ne pas allaiter pendant 36 heures après la prise du comprimé (31, 33).

Il existe de nombreuses interactions avec les inducteurs du CYP3A4 comme la rifampicine, la phénytoïne, la carbamazépine, le millepertuis, avec une utilisation prolongée du ritonavir et la contraception d'urgence au lévonorgestrel. Des interactions ont été retrouvées avec des médicaments altérant le pH gastrique comme l'ésoméprazole (31).

L'ulipristal acétate se lie aux récepteurs de la progestérone avec une forte affinité, il peut interférer avec l'action de médicaments qui contiennent un progestatif. L'efficacité des contraceptifs hormonaux combinés et de la contraception par progestatif seul peut être réduite (28, 31).

c) Efficacité de la contraception d'urgence hormonale

Sur la base des rapports de neuf études portant sur 10 500 femmes, la posologie recommandée par l'OMS pour le lévonorgestrel a une efficacité de 52 à 94% pour éviter la grossesse. Pour les deux types de contraception hormonale : plus elle est prise précocement après le rapport non ou mal protégé plus elle est efficace (32).

Une étude a démontré la non infériorité d'Ellaone® ainsi que sa supériorité par rapport au Norlevo® dans leur utilisation dans les 72 heures (32).

d) Le DIU au Cuivre

C'est la plus efficace des méthodes de contraception d'urgence. Le cuivre a un effet cytotoxique sur les gamètes inhibant ainsi la fécondation. Le DIU au cuivre provoque aussi une inflammation locale de l'endomètre empêchant l'implantation dans l'utérus de l'ovocyte fécondé. Il peut être mis en place jusqu'à 120 heures soit cinq jours après le rapport non ou mal protégé (28, 34).

Les contre-indications sont celles des DIU en particulier malformations utérines, infections en cours ou saignements génitaux inexplicables. La nulliparité ou nulligestité n'est pas une contre-indication (28).

Il faut évaluer et écarter un risque infectieux mais en situation d'urgence un prélèvement génital n'est effectué qu'au moment de la pose du DIU alors que dans le cadre de la pose classique, le prélèvement est réalisé préalablement (28, 34).

Les effets indésirables sont ceux propres au DIU en général : le risque d'expulsion, de perforation lié à la pose (exceptionnelle), de complications infectieuses et d'effets sur les menstruations : augmentation du flux menstruel ou dysménorrhées. Il n'y a pas d'interaction médicamenteuse (28).

Sa délivrance nécessite une prescription par un médecin ou une sage-femme, le remboursement est à 65% (prix de 30,50 euros). Il est gratuit et la délivrance est anonyme pour les mineures âgées d'au moins 15 ans sur prescription (28, 34).

e) Informations complémentaires

Concernant les pilules orales de contraception d'urgence, des informations et conseils supplémentaires peuvent être donnés aux femmes. Il est conseillé d'adopter une méthode contraceptive supplémentaire (préservatifs) jusqu'au début des règles suivantes (28). Il est important d'informer sur la possibilité de l'avance ou du retard des règles et de réaliser un test de grossesse si elles ne surviennent pas dans les cinq à sept jours après la date attendue, en cas de saignements anormaux à la date prévue ou en cas de signes évocateurs de grossesse. En cas de vomissements ou diarrhées dans les trois heures suivant la prise du comprimé, il est recommandé de reprendre immédiatement un comprimé. Il s'agit également de proposer une consultation dédiée concernant les méthodes de contraception régulières (28).

Concernant le DIU : il est important de rappeler que la pose d'un DIU dans le cadre de la contraception d'urgence représente une méthode de contraception régulière et efficace et de longue durée (28). Des complications potentielles et les symptômes les évoquant : douleurs pelviennes, fièvre inexplicée, saignements ou tout autre trouble gynécologique doivent amener à consulter (28, 34).

Malgré le contexte d'urgence il est important de programmer une consultation un à trois mois après la pose puis annuellement (28).

Il faut aussi informer sur la prévention des infections sexuellement transmissibles /SIDA et proposer un dépistage ainsi qu'au(x) partenaire(s) (28, 34).

5. La question d'une prescription à l'avance

Une des mesures envisagées pour augmenter le recours à la contraception d'urgence et réduire l'incidence des grossesses non prévues, est la prescription à l'avance de la PCU, de manière à pouvoir en disposer immédiatement en cas de besoin. La HAS a été saisie par la Direction Générale de la Santé (DGS) afin d'évaluer la pertinence et les risques d'une prescription à l'avance d'une PCU à titre systématique, en particulier les risques de moindre observance et de moindre mise en œuvre d'une contraception régulière et de comportements sexuels à risque en terme d'IST. Pour cela une analyse des revues de la littérature a été présentée par la HAS (35).

Quatre revues de la littérature ont étudié l'efficacité et les risques de la fourniture à l'avance de la PCU. La majorité des essais ont été réalisés aux Etats-Unis (aucun en France). Les essais disponibles et les méta-analyses d'essais contrôlés randomisés n'ont pas démontré que la fourniture à l'avance de la PCU réduisait les grossesses non prévues à l'échelle d'une population. En revanche, les femmes ayant reçu la PCU à l'avance étaient significativement plus susceptibles de l'utiliser et ce dans des délais plus courts. Aucun effet pervers n'a été démontré sur les rapports sexuels non protégés, les IST ou sur l'utilisation de la contraception régulière (35).

Cette stratégie n'a pas eu les effets escomptés à l'échelle de la population comme vu ci-dessus alors que la PCU a prouvé son efficacité clinique et que sa fourniture à l'avance augmente son utilisation et raccourcit les délais d'utilisation. Plusieurs raisons sont à considérer. Premièrement, un certain nombre de femmes peuvent ne pas évaluer correctement leur risque de grossesse et dès lors ne pas utiliser la PCU même si elles l'ont à disposition. Par ailleurs, il est possible que ce soient les femmes le moins à risque de grossesse qui soient les plus susceptibles de l'utiliser (35).

Parmi les 14 recommandations de pratique clinique en langue française ou anglaise traitant de la contraception d'urgence identifiées, trois recommandent une prescription ou une fourniture à l'avance systématique en routine de la PCU : la Société française de gynécologie, l'OMS qui cible les pays où l'accès à la PCU est difficile et une société savante américaine qui mentionne par ailleurs spécifiquement les femmes ayant des difficultés d'accès à une pharmacie. Sans la recommander formellement, sept recommandations préconisent d'envisager une prescription à l'avance au cas par cas ou

dans certaines situations particulières. Les situations citées sont les suivantes : les femmes utilisant des méthodes barrières, les adolescentes, les femmes vivant avec le VIH, les femmes voyageant à l'étranger, les femmes vivant en milieu rural où l'accès à une pharmacie est difficile, et plus généralement les femmes ayant des difficultés d'accès à la contraception d'urgence pour quelque raison que ce soit (35).

En 2010, une femme en âge de procréer sur quatre avait déjà utilisé la pilule de contraception d'urgence au cours de sa vie. Dans plus de 90 % des cas, la délivrance de cette pilule a eu lieu directement en pharmacie sans prescription médicale. Les raisons principales de recours à cette méthode d'urgence sont les échecs de contraception régulière ; ceux qui reviennent le plus souvent sont les oublis de pilule et la rupture de préservatifs. Il n'y avait aucune méthode dans 17 % des cas (35).

Les principaux freins au recours à la contraception d'urgence sont un manque de perception du risque de grossesse par les femmes et un manque de connaissances de la contraception d'urgence, de son délai d'utilisation et des moyens d'accès. On relève également des attitudes négatives vis-à-vis de la contraception d'urgence comme la crainte du regard social. Il existe aussi des freins du côté des professionnels de santé : un manque de perception de l'utilité de la contraception d'urgence, un manque d'informations fournies par les cliniciens aux femmes, une méconnaissance de la contraception d'urgence et des attitudes moralisatrices (35).

Ainsi la HAS envisage une prescription à l'avance de la pilule de contraception d'urgence au cas par cas mais ne la recommande pas à titre systématique (8, 33). Cependant la période du post-partum avec ses nombreuses particularités concernant la contraception peut être une période à risque à laquelle les professionnels de santé doivent être attentifs .

IV. Grossesses rapprochées

1. Facteurs de risque

Il est difficile de connaître précisément la date de la première ovulation après l'accouchement. Cette incertitude amène à considérer toutes les femmes fertiles dès la troisième semaine qui suit l'accouchement. C'est pourquoi il est recommandé de prescrire une contraception aux femmes si elles le souhaitent (6-8).

Les femmes désirent en moyenne espacer leur grossesse de deux à trois ans. Cependant, un certain nombre d'entre elles sont enceintes dans l'année qui suit un accouchement. Le terme de "grossesses rapprochées" correspond à deux grossesses consécutives séparées d'un intervalle de six mois ou moins (36). La prévalence des grossesses rapprochées en France est difficile à déterminer car peu d'études épidémiologiques sont disponibles. Dans une étude réalisée de 2008 à 2011 au Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand, la prévalence de grossesses rapprochées était de 20% (37). De plus selon le Syndicat National des Gynécologues-Obstétriciens Français, cinq pourcents des IVG ont lieu dans les six mois qui suivent un accouchement ce qui représente environ 11 000 femmes par an (3). Au-delà de ces grossesses rapprochées, l'INPES a repris une étude de l'INSERM de 2007 qui a révélé que dans les cinq dernières années, un tiers des femmes ne souhaitaient pas leur dernière grossesse (38). Les données françaises les plus récentes (2015) montrent qu'environ deux pourcents des femmes ayant eu recours à une IVG ont eu une naissance vivante dans les six mois précédents l'IVG et quatre pourcents ont eu un enfant six à douze mois auparavant (8).

Selon les données de la littérature, le risque de grossesses rapprochées est augmenté chez les femmes avec un niveau socio-économique défavorable, sans profession, les femmes célibataires (6, 36). Le jeune âge maternel, la grande multiparité et gestité constituent également des facteurs de risque. L'une des causes principales de ces grossesses rapprochées est une contraception peu adaptée avec des difficultés d'observance ou une absence de contraception dans le post-partum (6, 36, 37).

2. Complications maternelles et fœtales

La morbidité maternelle et fœtale est augmentée.

La littérature a décrit plusieurs complications maternelles. La menace d'accouchement prématuré (MAP) est une de ces complications ainsi que la rupture prématurée des membranes dans une moindre mesure. Le risque d'anémie gravidique a également été retrouvé. Un antécédent de césarienne lors du premier accouchement expose à un risque de rupture utérine plus élevé en cas de grossesses rapprochées (36).

La prématurité est une des principales complications fœtales en particulier si la grossesse survient dans les six mois après un accouchement. Les risques de retard de croissance intra-utérin, de petit poids pour l'âge gestationnel et de mortalité périnatale sont augmentés (36).

Matériel et méthode

I. Objectifs de l'étude

1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était de réaliser un état des lieux des connaissances des post-parturientes sur la conduite à tenir en cas d'incident contraceptif dans le post-partum.

2. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était le pourcentage de réponses correctes aux questions concernant le retour à la fertilité et la conduite à tenir en cas de rapport sexuel mal ou non protégé dans le post-partum.

3. Objectifs secondaires

Le premier de ces objectifs secondaires était d'évaluer les connaissances des accouchées sur la contraception d'urgence, le second était de déterminer la présence d'une prescription anticipée ou non d'une contraception d'urgence auprès de ces femmes.

4. Critères de jugement secondaires

Le premier critère de jugement secondaire était le pourcentage de réponses justes aux questions concernant la contraception d'urgence.

Le deuxième critère de jugement secondaire était le pourcentage d'ordonnances de contraception d'urgence délivrées à la maternité.

II. Méthode

1. Type d'étude

Une étude observationnelle, descriptive et transversale a été réalisée.

2. Durée de l'étude

Le recueil des données auprès des accouchées a été réalisé pendant dix semaines du 12 septembre au 18 novembre 2016. La collecte des réponses aux questionnaires a été possible du 12 novembre 2016 au 17 janvier 2017.

L'étude a donc duré au total 18 semaines.

3. Lieu de l'étude

L'étude s'est déroulée au sein de la maternité de type trois de la région Auvergne.

4. Population

a) Population cible

La population cible comprenait des accouchées à partir du troisième jour après l'accouchement.

b) Population source

La population source était constituée des post-parturientes à partir du troisième jour du post-partum, ayant accouché à 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 femmes ayant accouché dans la maternité de type trois en région Auvergne à partir du troisième jour après l'accouchement ;
- les femmes ayant accouché d'un enfant vivant et non hospitalisé en réanimation néonatale ;
- les femmes ayant accouché d'un enfant unique ou de jumeaux ;
- les femmes ayant accouché par césarienne.

Les critères d'exclusion des sujets pour cette étude étaient :

- les femmes qui avaient refusé de participer à l'étude ;
- les femmes mineures au moment de l'étude ;
- les femmes qui ne parlaient pas français ;
- les femmes qui ne savaient pas le lire et/ou l'écrire ;
- les femmes qui avaient eu recours aux services d'Aide Médicale à la Procréation (AMP) lors de cette grossesse ;
- les femmes ayant une pathologie grave connue avant la grossesse et ayant des contre-indications avec certains contraceptifs hormonaux.

d) Recrutement

Les femmes ont été recrutées au cours de leur séjour (à partir du troisième jour) dans le secteur hospitalisation mère-enfant de la maternité de type trois de la région Auvergne, après avoir reçu une information orale et écrite et après avoir recueilli un consentement oral.

e) Echantillon

Un sondage empirique a été choisi pour des raisons de pratique. La maternité de type trois de la région Auvergne choisie pour l'étude compte environ 320 à 330 accouchements par mois. Le recrutement des participantes s'est déroulé sur dix semaines en vue d'obtenir un échantillon de taille suffisante pour l'analyse des données.

5. Le recueil des données

a) Les variables recueillies

Les variables recueillies étaient :

- les données socio-démographiques (âge, origine géographique, situation familiale, niveau d'études et catégorie socio-professionnelle, type de protection sociale) ;
- les données concernant la grossesse et le post-partum (parité, antécédents obstétricaux, type de grossesse, pathologies de la grossesse, date et mode d'accouchement, mode d'alimentation du nouveau-né) ;
- les données sur les moyens de contraception (contraceptions antérieures, contraception du post-partum, difficultés antérieures liée à la contraception) ;
- les connaissances sur le retour à la fertilité et le risque de grossesse ;

- les connaissances sur la conduite à tenir en cas d'incident contraceptif (oubli de pilule, rupture de préservatif, méthode naturelle avec difficulté...) ainsi que sur la contraception d'urgence, informations reçues.

b) Outil de recueil des données

Le recueil des données a été réalisé par un auto-questionnaire écrit et anonyme distribué aux femmes par l'étudiante sage-femme lors du séjour en hospitalisation mère-enfant à partir du troisième jour après l'accouchement. (Annexe III)

Le questionnaire a été testé auprès de neuf accouchées afin de s'assurer de la clarté et de la compréhension des questions. Les remarques ont été prises en compte avant l'élaboration finale.

c) Le circuit des données

Le questionnaire a été distribué par l'étudiante sage-femme aux patientes éligibles à partir du troisième jour après l'accouchement après avoir eu les informations concernant la contraception lors du deuxième jour de leur séjour (une question vérifiait que les femmes avaient bien eu une information sur la contraception). Les femmes recevaient une information orale et écrite concernant l'étude et leur consentement oral était recueilli avant de participer.

Les questionnaires étaient récupérés auprès des femmes le lendemain si elles n'étaient pas sorties de la maternité. Ils étaient recueillis dans une pochette auprès des sages-femmes du secteur, auxquelles les patientes avaient remis le questionnaire lorsqu'il n'était pas possible de revoir les participantes.

6. L'informatisation

La saisie des données a été réalisée sur le logiciel Libre Office Calc.

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

7. L'analyse des données

L'analyse statistique des données a été effectuée avec le logiciel Biostats TGV disponible sur Internet.

Les variables quantitatives telles que l'âge et le score de connaissances ont été exprimées en moyenne et en classes par la suite afin d'établir des groupes de comparaison. Les variables qualitatives ont été exprimées en effectifs et pourcentages. Les tests statistiques utilisés pour l'analyse des données étaient le test du Chi carré de Pearson et le test de Fischer lorsque les effectifs attendus étaient inférieurs à cinq. Lorsque la p-value était inférieure à 0,05, les résultats étaient statistiquement significatifs.

8. Budget

Un budget a été nécessaire pour l'impression des questionnaires et des lettres d'information.

9. Aspect éthique et réglementaire

Le sujet de l'étude a été validé par un comité scientifique en décembre 2015. Ce comité étant composé d'experts en santé publique et de responsables en travaux de recherche.

L'étude a fait l'objet d'une déclaration auprès du Correspondant Informatique et Libertés (CIL) et n'a pas nécessité de déclaration supplémentaire auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Le CIL a déclaré qu'un consentement oral serait à récupérer auprès des patientes.

En effet, l'anonymat et la confidentialité des patientes ont été respectés tout au long de l'étude.

L'autorisation écrite de distribution des questionnaires aux accouchées a été donnée par les responsables du Pôle Femme Enfant de la maternité de type trois de la région Auvergne.

Les femmes recevaient une information à la fois orale et écrite (Annexe II) sur l'étude et ses objectifs avant d'y participer. Puis un consentement était récupéré auprès des accouchées souhaitant participer à l'étude.

Résultats

I. Taux de réponses au questionnaire

286 femmes ont accepté de répondre au questionnaire après avoir été informées. Sur 286 questionnaires distribués, 207 ont répondu, soit un taux de réponses de 72,4 %.

12 femmes ont été exclues car elles avaient eu recours à des services d'AMP lors de la grossesse actuelle. 4 femmes avaient des pathologies graves connues avant la grossesse : thrombophilie, greffe rénale, cardiopathie et obésité sévère, ces femmes ont été exclues. 21 répondantes ont été exclues car les questionnaires étaient incomplets, elles n'avaient pas répondu à de nombreuses questions, ils n'étaient donc pas exploitables.

Cette étude a donc inclus 170 femmes, soit un taux de réponses incluses de 59,4 %.

La figure 1 représente le diagramme d'inclusion et d'exclusion de la population de l'étude.

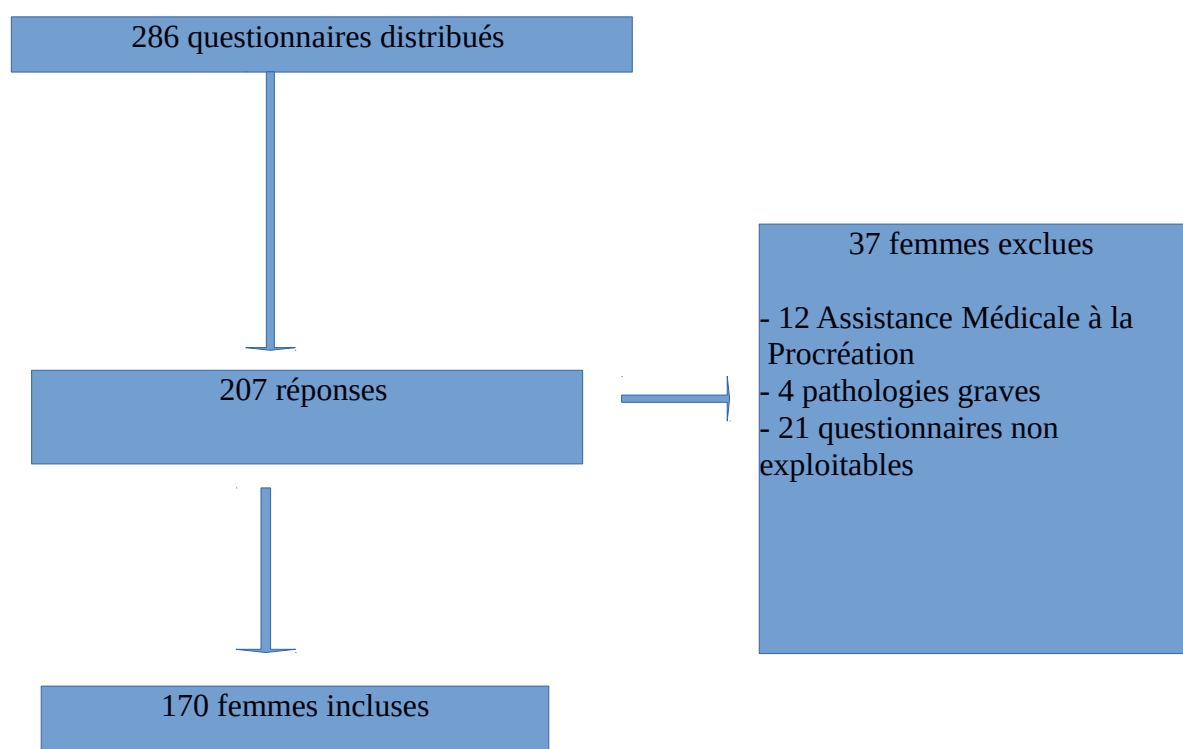


Figure 1 : Diagramme d'inclusion et d'exclusion de la population

II. Caractéristiques de la population

1. Caractéristiques sociodémographiques

Le tableau I présente les caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée.

La moyenne d'âge de la population était de 29,4 ans. 43,5 % de la population appartenait à la classe d'âge 25-30 ans et 30 % appartenait à la classe d'âge 31-35 ans.

87,6% de la population était d'origine française. La majorité des femmes vivaient en couple, étaient mariées ou pacsées soit 93,5 %.

La moitié des femmes avaient un niveau d'étude correspondant à l'enseignement supérieur : 52,9 %. Les employés étaient la catégorie socio-professionnelle la plus représentée (39,4%). 28,8 % des femmes n'avaient pas d'activité professionnelle.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques

Critères	Population n=170 (%)
Age	
Moyenne	29,4
< 25 ans	26 (15,3)
≥ 25 ans - ≤ 30 ans	74 (43,5)
≥ 31 ans - ≤ 35 ans	51 (30,0)
> 35 ans	19 (11,2)
Origine	
Française	149 (87,6)
Europe	4 (2,4)
Afrique du Nord	8 (4,7)
Afrique	5 (2,9)
Asie	3 (1,8)
Amérique du Sud	1 (0,6)
Amérique du Nord	0 (0,0)
Océanie	0 (0,0)
Situation familiale	
Mariée	55 (32,4)
En couple	62 (36,5)
Pacsée	42 (24,7)
Célibataire	11 (6,5)
Divorcée	0 (0,0)
Veuve	0 (0,0)
Niveau d'études	
CAP-BEP	49 (28,8)
Baccalauréat	23 (13,5)
Enseignement supérieur	90 (52,9)
Sans diplôme	8 (4,7)
Catégorie socio-professionnelle	
Artisans, commerçants	9 (5,3)
Cadres et professions intellectuelles supérieures	22 (12,9)
Professions intermédiaires	23 (23,5)
Employées	67 (39,4)
Ouvrières	0 (0,0)
Sans activité professionnelle	49 (28,8)

2. Caractéristiques obstétricales

Les tableaux II et III représentent les caractéristiques obstétricales et du post-partum de la population étudiée.

Plus de la moitié des femmes étaient des primipares (53,5%). 14,7% des femmes avaient eu des grossesses sur deux années consécutives ou avaient eu une grossesse en 2015. Un quart de ces grossesses séparées d'un an ou moins étaient inopinées (24,0%).

Concernant la gestité, 18,8 % des femmes déclaraient avoir eu une IVG dans leurs antécédents. 15,9 % avaient déjà eu une ou plusieurs grossesses non désirées et parmi elles 81,5 % avaient réalisé une IVG. Ces grossesses inattendues étaient dues à des échecs d'utilisation de préservatif et de pilule dans de nombreux cas (70,4%). 18,8 % de la population déclarait que la grossesse actuelle était inopinée.

La contraception avait été abordée pour 76,5 % de la population.

20,6% des femmes avaient présenté une pathologie gravidique. Il s'agissait de diabète gestationnel pour presque la moitié d'entre elles (45,7%) soit 9,4 % de la population.

La majorité des femmes (60,6%) avaient accouché par voie basse. Le taux de césariennes en urgence était de 17,6 %.

Les taux d'allaitement maternel et artificiel étaient respectivement 45,9 % et 35,9 %.

Tableau II : Caractéristiques obstétricales

Critères	Population n=170 (%)
Parité	
Primipares	91 (53,5)
Multipares	79 (46,5)
ATCD de grossesses rapprochées ou grossesse rapprochée actuelle	25 (14,7)
	n=25
- grossesse inopinée	6 (24,0)
- grossesse souhaitée	19 (76,0)
Type de grossesse actuelle	
Souhaitée	138 (81,1)
Inopinée	32 (18,8)
Induite	Exclues n=12
Spontanée	170 (100,0)
ATCD de grossesse(s) inopinée(s)	
OUI	27 (15,9)
	n= 27
- échec d'utilisation du préservatif	12 (44,4)
- pilule OP	6 (22,2)
- pilule MP	1 (3,7)
- méthode du retrait	2 (7,4)
- anneau vaginal	1 (3,7)
- DIU (type non précisé)	2 (7,4)
- non répondu	3 (11,1)
NON	143 (84,1)
ATCD d'IVG	
OUI	32 (18,8)
NON	138 (81,2)
Contraception abordée	
OUI	130 (76,5)
A l'initiative de :	n=130
- professionnel de santé	111 (85,4)
- patiente	19 (14,6)
NON	40 (23,5)

Tableau III : Caractéristiques obstétricales

Critères	Population n=170 (%)
Pathologie de la grossesse	35 (20,6)
Diabète gestationnel	16 (8,2)
MAP	9 (5,3)
Préclampsie	2 (1,2)
MAP et Préclampsie	2 (1,2)
Cholestase	1 (0,6)
Pyélonéphrite	1 (0,6)
Hypothyroïdie (avant grossesse)	3 (1,8)
Maladie de Basedow	1 (0,6)
Accouchement	
Voie basse	103 (60,6)
Voie basse instrumentale	28 (16,5)
Césarienne programmée	9 (5,3)
Césarienne en urgence	30 (17,6)
Allaitement	
Maternel	78 (45,9)
Artificiel	61 (35,9)
Mixte	31 (18,2)

3. Caractéristiques de la contraception

a) Les moyens de contraception antérieurs

La figure 2 représente les différentes contraceptions utilisées avant cette grossesse. La contraception la plus utilisée était la pilule œstroprogestative (26,5 %), les moyens locaux (préservatifs) et les méthodes dites « naturelles » : 12,9 % et 12,4 %. 20 % des femmes n'utilisaient aucune méthode contraceptive.

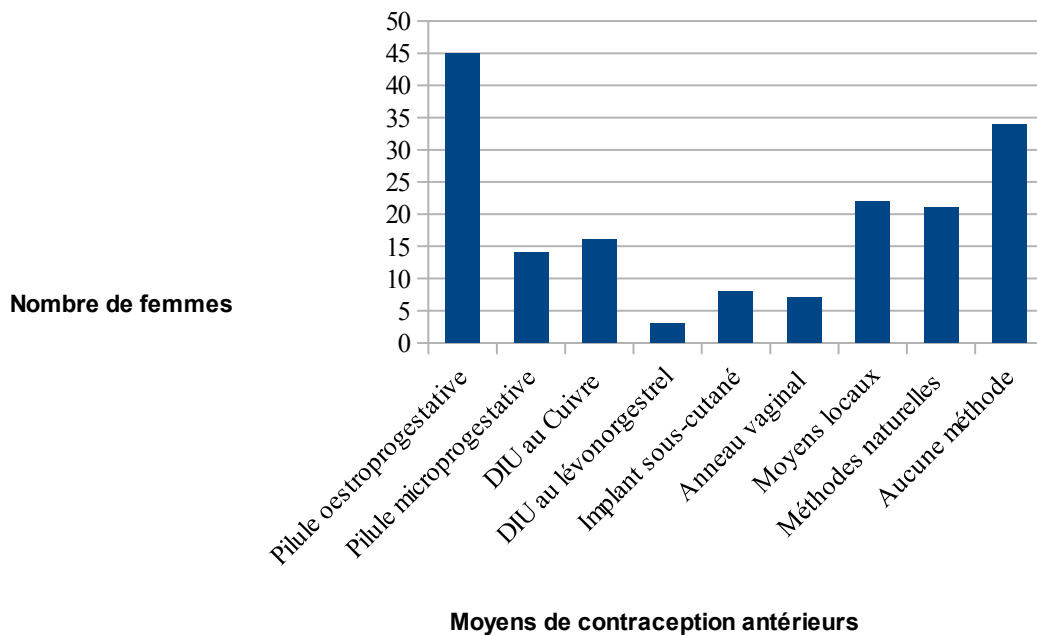


Figure 2 : Les moyens de contraception antérieurs à la grossesse actuelle

La figure 3 représente l'utilisation par le passé ou non de la contraception choisie par la femme en post-partum. Pour la pilule progestative, une majorité des femmes (42 sur 81 soit 51,9%) ne l'avaient jamais utilisée antérieurement. 17 femmes sur 40 soit 42,5 % des femmes ayant choisi le préservatif avaient déjà utilisé cette méthode avant la grossesse actuelle. Pour l'implant, aucune des femmes l'ayant choisi n'y avaient déjà eu recours avant cette grossesse. Les femmes ayant choisi une méthode dite « naturelle » avaient déjà toutes utilisé cette méthode avant la grossesse. Une majorité de femmes (8 sur 13 soit 61,5%) ne souhaitant pas de contraception dans le post-partum n'utilisaient aucune méthode avant cette grossesse.

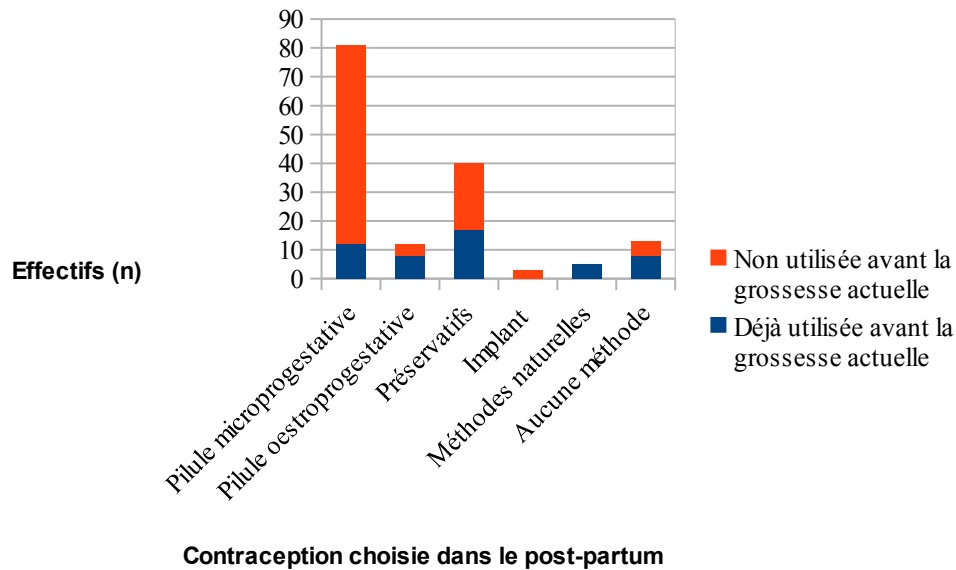


Figure 3 : Utilisation antérieure de la contraception choisie dans le post-partum

b) Données sur la contraception du post-partum

Le tableau IV représente les caractéristiques de la contraception du post-partum de la population.

Pendant la grossesse, pour une majorité des personnes (65,3%) la contraception après l'accouchement avait été abordée par un professionnel de santé. Pour 11,2 % des femmes, cette information avait été demandée à l'initiative de la patiente. Pour près d'un quart de la population (23,6%), ce sujet n'avait pas été abordé pendant la grossesse.

La quasi-totalité des femmes (90,6%) avaient reçu une information concernant le choix de la contraception du post-partum lors du séjour en maternité. 5,3 % disaient ne pas avoir reçu d'information à ce sujet. 4,1 % des femmes ne savaient pas si elle avaient eu des renseignements concernant la contraception. Ces femmes qui n'avaient pas eu d'information ou qui ne savaient pas si elles avaient eu un entretien de contraception, envisageaient pour la moitié une méthode barrière de type préservatif (56,3 %).

Près de la moitié des participantes (47,6%) envisageaient d'avoir recours à la pilule microprogestative. Le préservatif était la deuxième méthode choisie par les femmes (23,5%). Près de 10 % de la population ne souhaitaient aucune méthode contraceptive durant la période du post-partum. Bien que non recommandée dans la période du post-partum, 7,1 % femmes envisageaient d'avoir recours à la pilule œstroprogestative. L'implant était envisagé par 1,8 % des femmes et aucune femme ne souhaitait recourir à la MAMA dans cette étude. 5,9 % des participantes ne savaient pas quel moyen de contraception envisager durant cette période.

Tableau IV : Caractéristiques de la contraception du post-partum

Critères	Population n=170 (%)
Contraception abordée pendant la grossesse	
- par un professionnel de santé	111 (65,3)
- à l'initiative de la femme	19 (11,2)
- non abordée	40 (23,6)
Information sur la contraception lors du séjour en maternité	
OUI	154 (90,6)
NON	9 (5,3)
Ne sais pas	7 (4,1)
Contraception chez ces femmes	n=16
- préservatifs	9 (56,3)
- aucune méthode	3 (18,8)
- ne sais pas	2 (12,5)
- pilule microprogestative	2 (12,5)
Contraception envisagée ou prescrite	
Pilule microprogestative	81 (47,6)
Pilule oestroprogestative	12 (7,1)
Patch dermique	0 (0,0)
Anneau vaginal	0 (0,0)
DIU au cuivre	5 (2,9)
DIU au lévonorgestrel	1 (0,6)
Implant sous-cutané	3 (1,8)
Préservatifs	40 (23,5)
Diaphragme	0 (0,0)
Spermicides	0 (0,0)
MAMA	0 (0,0)
Méthodes naturelles	5 (2,9)
Aucune méthode contraceptive	13 (7,6)
Ne sais pas	10 (5,9)

Les tableaux V et VI présentent les données pour les méthodes de contraception choisies par les femmes. Ils représentent également les femmes qui ne savaient quelle contraception envisager ou les femmes n'utilisant aucune méthode.

Presque la moitié de la population (45,9%) ne savait pas dans quel délai débiter la contraception envisagée. Plus d'un quart des femmes (28,4%) qui envisageaient la pilule microprogestative savaient qu'elles allaient débiter leur contraception autour du douzième jour après l'accouchement. La moitié de la population (50,6%) envisageant cette méthode ne savait pas quand la débiter après l'accouchement. Les femmes envisageant le préservatif identifiaient pour près de la moitié d'entre elles (42,5%) la reprise des rapports sexuels comme le moment de « débiter » cette protection. Les autres personnes envisageant ce moyen ne savaient pas pour la plupart à quel moment elle l'utiliseraient à nouveau. Les femmes souhaitant la pilule œstroprogestative, pensaient débiter cette contraception pour un tiers d'entre elles (33,3%) à la sortie de la maternité ou ne savaient quand la débiter pour 41,7 % d'entre elles.

Près de 10 % (9,9%) des participantes envisageant la pilule microprogestative pensaient faire un arrêt entre les plaquettes. La majorité des femmes (66,7%) utilisant la pilule œstroprogestative pensaient avoir un arrêt d'une semaine entre les plaquettes, cela dépend du type de pilule œstroprogestative.

Les femmes envisageant le DIU au Cuivre (n=5) le feraient poser au moment de la visite post-natale ou après pour trois d'entre elles.

Tableau V : Délai et prise des différentes contraceptions du post-partum

Critères	Population n=170 (%)	Pilule MP n=81 (47,6%)	Pilule OP n=12 (7,1%)	Préservatifs n=40 (23,5%)	Implant n=3 (1,8%)	Méthodes naturelles n=5 (2,9%)
Début						
Sortie	23 (13,5)	14 (17,3)	4 (33,3)	4 (10,0)	1 (33,3)	0 (0,0)
J21	4 (2,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (33,3)	0 (0,0)
J12	24 (14,1)	23 (28,4)	0 (0,0)	1 (2,5)	0 (0,0)	0 (0,0)
VPN	14 (8,2)	1 (1,9)	3 (25,0)	4 (10,0)	1 (33,3)	0 (0,0)
Ne sais pas	83 (48,8)	41 (50,6)	5 (41,7)	14 (35,0)	0 (0,0)	2 (40,0)
Autre						
- Reprise RS	20 (11,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	17 (42,5)	0 (0,0)	3 (60,0)
- 1 mois après l'accouchement	1 (0,6)	1 (1,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
- Retour de couches	1 (0,6)	1 (1,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Prise						
En continu	77 (45,3)	73 (90,1)	4 (33,3)	*	*	*
Arrêt	16 (9,4)	8 (9,9)	8 (66,7)	*	*	*

Tableau VI : Délai et prise des différentes contraceptions du post-partum

Critères	Population n=170 (%)	DIU Cuivre n=5 (2,9%)	DIU LNG n=1 (0,6%)	Aucune méthode n=13 (7,6%)	Ne sais pas n=10 (5,9%)
Début					
Sortie	23 (13,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
J21	4 (2,4)	2 (40,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
J12	24 (14,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
VPN	14 (8,2)	3 (70,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (20,0)
Ne sais pas	83 (48,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	13 (100,0)	8 (80,0)
Autre					
- Reprise RS	20 (11,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
- 1 mois après l'accouchement	1 (0,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
- Retour de couches	1 (0,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Prise					
En continu	77 (45,3)	*	*	*	*
Arrêt	16 (9,4)	*	*	*	*

III. Connaissances sur la conduite à tenir en cas d'incident contraceptif et la contraception d'urgence

Le tableau VII représente les données concernant les difficultés en particulier celles liées à la contraception orale et au préservatif qui sont les méthodes les plus utilisées dans la période du post-partum et concernant le recours antérieur à la contraception d'urgence.

Plus d'un tiers de la population (34, 1%) avait déjà rencontré des difficultés lors de la prise d'une contraception. Parmi les femmes ayant connu des difficultés avec la contraception, environ un tiers (34,5%) avaient déjà eu une ou plusieurs IVG. L'oubli était la difficulté principale (62,1%).

La quasi-totalité des participantes (90,6 %) connaissaient l'existence de la contraception d'urgence hormonale. Près de la moitié des femmes (40,6%) y avaient déjà eu recours.

Aucune ordonnance de pilule de contraception d'urgence n'avait été remise à la maternité chez les femmes interrogées.

Le tableau VIII représente les données concernant les informations sur la conduite à tenir en cas d'incident contraceptif. Lors de la prescription d'un contraceptif dans le cadre du suivi gynécologique, plus de la moitié de la population (52,9%) n'avait pas reçu d'informations sur l'oubli de pilule et l'utilisation des préservatifs en cas d'incident contraceptif (54,1%). Lorsqu'une information avait été réalisée, elle était pour la davantage orale (76,3% et 70,5%). Peu de femmes avaient été informées sur la conduite à tenir en cas de vomissements ou de diarrhées suite à la prise d'un comprimé (12,9%) et sur les interactions avec certains médicaments (12,9%).

Plus de deux tiers des participantes (70,6%) s'étaient déjà informées personnellement sur les oublis, les décalages de pilule et les ruptures de préservatifs et ce par différents moyens. Le contact auprès d'un professionnel de santé (67,5%) et les sites internet (43,3%) étaient les moyens d'information les plus utilisés.

Le tableau IX décrit les connaissances sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule. La moitié des participantes (49,4%) pensaient que le délai d'oubli de la pilule était de 24 heures et plus d'un tiers (35,9%) estimaient que ce délai était de 12 heures. Près de la moitié des femmes (45,3%) connaissaient la conduite à tenir correcte en cas d'oubli de pilule inférieur à 12 heures. Un tiers (34,1%) avaient répondu qu'elles prenaient le comprimé oublié, poursuivaient la plaquette et utilisaient en plus des préservatifs. Pour la conduite à tenir en cas d'oubli supérieur à 12 heures, 15,3% des femmes connaissaient la conduite à tenir correcte (prise du comprimé oublié, poursuite de la plaquette avec utilisation de préservatifs et contraception d'urgence si rapport sexuel récent). Un quart des femmes (24,7%) avaient une réponse correcte: elles prenaient le comprimé oublié et poursuivaient la plaquette avec des préservatifs. 35,3% avaient aussi une réponse parmi les deux attendues : elles avaient recours à la contraception d'urgence s'il y avait eu un rapport sexuel récent (dans les cinq jours précédents).

A la question libre: "En cas de doute sur un risque de grossesse ou si vous n'êtes pas sûres d'avoir bien appliqué les consignes pour récupérer l'oubli de pilule, que faites-vous?". Plus d'un tiers des participantes (35,3%) répondaient qu'elles contactaient un professionnel de santé: 45% contactaient leur médecin généraliste, 35,0% leur gynécologue et 20,0% leur sage-femme. Près d'un quart des femmes n'ont pas répondu à la question (22,4%).

Le tableau X représente les connaissances sur la contraception d'urgence et l'estimation personnelle du niveau de connaissances. Plus d'un quart des femmes (25,9%) ne savaient pas quels étaient les moyens de contraception d'urgence. 23,5% avaient identifié correctement deux moyens de contraception d'urgence : Norlevo® et EllaOne®. Venait ensuite le préservatif avec 17,1% des participantes qui pensaient que ce moyen local était une contraception d'urgence.

88,2% des femmes avaient répondu qu'il fallait prendre la contraception d'urgence le plus tôt possible; cela comprenait les femmes qui n'avaient répondu que cet item ou cette réponse et d'autres réponses. Une minorité de femmes (5,3%) avaient répondu qu'elles prenaient la contraception d'urgence uniquement le lendemain du rapport sexuel non protégé.

Près de la moitié des femmes (44,1%) ne savaient pas si la pilule d'urgence était efficace à 100% ou non. Trois quarts des participantes (74,1%) savaient que la contraception d'urgence ne nécessitait pas obligatoirement une ordonnance.

La moitié des participantes (49,4%) estimaient qu'elles étaient correctement informées sur la conduite à tenir en cas d'incident contraceptif et sur la contraception d'urgence.

Tableau VII : Données sur les difficultés antérieures et le recours à la contraception d'urgence

Critères	Population n=170 (%)
Difficultés antérieures	
OUI	58 (34,1)
	n=58
oubli	36 (62,1)
intolérance/effets indésirables	13 (22,4)
coût	2 (3,4)
non adapté au mode de vie	5 (8,6)
délocalisation DIU	2 (3,4)
ATCD d'IVG chez ces femmes	20 (34,5)
NON	112 (65,9)
Connaissance de la contraception d'urgence	
OUI	154 (90,6)
NON	16 (9,4)
Recours à la contraception d'urgence	
OUI	69 (40,6)
NON	101 (59,4)
	n=101
pas besoin	93 (92,1)
pas pensé	5 (5,0)
ne savais pas l'utiliser	1 (1,0)
contre	2 (2,0)
Ordonnance de contraception d'urgence	0 (0,0)

Tableau VIII: Données concernant les informations sur la conduite à tenir en cas d'incident contraceptif

Critères	Population n=170 (%)
Informations sur l'oubli de pilule lors du suivi gynécologique	
OUI	80 (47,1)
orale	61 (76,3)
écrite	6 (7,5)
orale et écrite	13 (16,3)
NON	90 (52,9)
Informations sur l'utilisation des préservatifs	
OUI	78 (45,9)
orale	55 (70,5)
écrite	6 (7,7)
orale et écrite	17 (21,8)
NON	92 (54,1)
Informations sur les vomissements/diarrhées après la prise	
OUI	22 (12,9)
orale	12 (54,5)
écrite	5 (22,7)
orale et écrite	5 (22,7)
NON	148 (87,1)
Informations sur les interactions médicamenteuses	
OUI	22 (12,9)
orale	14 (63,6)
écrite	2 (9,1)
orale et écrite	6 (27,2)
NON	148 (87,1)
Informations personnelles	
OUI*	120 (70,6)
sites médicaux	52 (43,3)
forums internet	14 (11,7)
en pharmacie	25 (20,8)
planning familial	4 (3,3)
auprès d'un professionnel de santé	81 (67,5)
en milieu scolaire	3 (2,5)
notices	2 (1,7)
NON	50 (29,4)

* Certaines participantes avaient utilisé plusieurs moyens d'information

Tableau IX : Connaissances sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule

Critères	Population n=170 (%)
Délai d'oubli	
3 heures	10 (5,9)
6 heures	15 (8,8)
12 heures	61 (35,9)
24 heures	84 (49,4)
CAT si oubli < 12 heures (1 réponse possible)	
Prise du comprimé oublié et poursuite plaquette	77 (45,3)
Prise du comprimé oublié et poursuite plaquette avec préservatifs	58 (34,1)
Contraception d'urgence si rapport sexuel récent	23 (12,4)
Arrêt plaquette	12 (7,1)
CAT si oubli > 12 heures (plusieurs réponses possibles)	
Prise du comprimé oublié et poursuite plaquette	23 (13,5)
Prise du comprimé oublié et poursuite plaquette avec préservatifs	68 (40,0)
Contraception d'urgence si rapport sexuel récent	86 (50,6)
Arrêt plaquette	20 (11,8)
CAT correcte	
	26 (15,3)
Uniquement réponse 2	
	42 (24,7)
Uniquement réponse 3	
	60 (35,3)
Réponse libre	
Contact avec un professionnel de santé	60 (35,3)
<ul style="list-style-type: none"> • gynécologue-obstétricien • sage-femme • médecin généraliste 	21 (35,0)
	12 (20,0)
	27 (45,0)
Test de grossesse	16 (9,4)
Contraception d'urgence	13 (7,6)
Ne sais pas	9 (5,3)
Pharmacie	13 (7,6)
Attente des prochaines règles	3 (1,8)
Utilisation de préservatifs en plus de la plaquette de pilule	6 (3,5)
Sites internet	2 (1,2)
Notices de la pilule	2 (1,2)
Pas de rapport sexuel jusqu'aux prochaines règles	1 (0,6)
Aucune conduite particulière	7 (4,1)
Pas répondu	38 (22,4)

Tableau X : Connaissances sur la contraception d'urgence et estimation du niveau de connaissances par les femmes

Critères	Population n=170 (%)
Moyens de contraception d'urgence (plusieurs réponses possibles)	
Uniquement Norlevo®	16 (9,4)
Uniquement EllaOne®	2 (1,2)
Uniquement DIU au cuivre	2 (1,2)
Norlevo®+ EllaOne®	40 (23,5)
Norlevo® ou EllaOne®+ DIU au cuivre	6 (3,7)
Norlevo®+ EllaOne®+ DIU au cuivre	3 (1,8)
Patch dermique	1 (0,6)
Anneau vaginal	1 (0,6)
Uniquement préservatifs	29 (17,1)
Préservatifs + un moyen correct parmi les 3	17 (10,0)
Pilule classique	3 (1,8)
Ne sais pas	44 (25,9)
Autres réponses incorrectes	6 (3,5)
Délai de prise (plusieurs réponses possibles)*	
Le plus tôt possible	150 (88,2)
Uniquement le lendemain du rapport sexuel	9 (5,3)
Jusqu'à 72 heures	33 (19,4)
Jusqu'à 5 jours	13 (7,6)
Efficacité	
100 %	38 (22,4)
Pas à 100 %	57 (33,5)
Ne sais pas	75 (44,1)
Ordonnance	
Sans	126 (74,1)
Avec ordonnance obligatoire	6 (3,5)
Ne sais pas	38 (22,4)
Estimation personnelle des connaissances	
Pas du tout	13 (7,7)
Insuffisamment	68 (40,0)
Correctement	84 (49,4)
Parfaitement	5 (2,9)

* Lorsque plusieurs réponses étaient possibles, la somme des effectifs ne correspond pas à l'effectif total étant donné qu'une même participante pouvait choisir plusieurs réponses.

IV. Connaissances sur le retour à la fertilité

Les tableaux XI et XII décrivent les connaissances des post-parturientes sur le retour à la fertilité dans le post-partum et le risque de grossesse avant le retour de couches.

Les femmes connaissaient le risque de grossesse en post-partum si elles avaient répondu qu'une ovulation était possible tout de suite après l'accouchement, au bout de trois semaines/un mois après l'accouchement et/ou avant le retour de couches.

Une majorité de femmes (61,8%) connaissaient ce risque. 20 % des participantes savaient qu'il existait un retour de l'ovulation possible à partir de trois semaines, un mois après l'accouchement. Ainsi, près d'un quart des femmes (22,9%) connaissaient le risque de grossesse avant le retour de couches.

28,4 % des femmes envisageant la pilule progestative avaient des connaissances erronées sur le retour à la fertilité et 12,3 % ne connaissaient pas ce risque de grossesse avant le retour de couches. Un tiers des participantes souhaitant une pilule œstroprogestative (33,3%) n'identifiaient pas correctement le délai de retour à une ovulation. La quasi-totalité des accouchées (90,0%) envisageant le préservatif connaissaient ce risque.

80% des participantes qui ne savaient pas quelle contraception elles envisageaient dans le post-partum, ne connaissaient pas ou avaient des connaissances erronées quant à ce retour à la fertilité avant le retour de couches.

Les post-parturientes ne souhaitant pas de contraception ne savaient pas si un risque de grossesse était possible avant le retour de couches pour plus de la moitié d'entre elles (53,8%). Celles qui envisageaient la pose d'un DIU au cuivre ne savaient pas pour près de la moitié d'entre elles (40,0%) qu'un retour à la fertilité était possible avant le retour de couches.

Tableau XI : Connaissances sur le retour à la fertilité avant le retour de couches

Critères	Population n=170 (%)	Pilule MP n=81 (47,6%)	Pilule OP n=12 (7,1%)	Préservatifs n=40 (23,5 %)	Implant n=3 (1,8%)	Méthodes naturelles n=5 (2,9%)
Retour à la fertilité*						
OUI	105 (61,8)	48 (59,3)	8 (66,7)	36 (90,0)	2 (66,7)	0 (0,0)
NON	38 (22,4)	23 (28,4)	4 (33,3)	1 (2,5)	1 (33,3)	3 (60,0)
Ne sais pas	27 (15,9)	10 (12,3)	0 (0,0)	3 (7,5)	0 (0,0)	2 (40,0)
Tout de suite après	56 (32,9)	26 (32,1)	3 (25,0)	16 (40,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
3semaines/1 mois	34 (20,0)	21 (25,9)	5 (41,7)	7 (17,5)	1 (33,3)	0 (0,0)
Avant le retour de couches	39 (22,9)	18 (22,2)	0 (0,0)	20 (50,0)	1 (33,3)	0 (0,0)
Après le retour de couches	35 (20,6)	22 (27,2)	4 (33,3)	1 (2,5)	0 (0,0)	2 (40,0)
Pendant l'allaitement	39 (22,9)	15 (27,8)	0 (0,0)	17 (42,5)	1 (33,3)	0 (0,0)
Seulement après l'allaitement	3 (1,8)	2 (3,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (20,0)

* Lorsque plusieurs réponses étaient possibles, la somme des effectifs ne correspond pas à l'effectif total étant donné qu'une même participante pouvait choisir plusieurs réponses

Tableau XII : Connaissances sur le retour à la fertilité avant le retour de couches

Critères	Population n=170 (%)	DIU cuivre n=5 (2,9%)	DIU LNG n=1 (0,6%)	Aucune méthode n=13 (7,6%)	Ne sais pas n=10 (5,9%)
Retour à la fertilité*					
OUI	105 (61,8)	2 (40,0)	1 (100,0)	6 (46,2)	2 (20,0)
NON	38 (22,4)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (50,0)
Ne sais pas	27 (15,9)	2 (40,0)	0 (0,0)	7 (53,8)	3 (30,0)
Tout de suite après	56 (32,9)	2 (40,0)	1 (100,0)	6 (46,2)	2 (20,0)
3semaines/1 mois	34 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Avant le retour de couches	39 (22,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Après le retour de couches	35 (20,6)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (50,0)
Pendant l'allaitement	39 (22,9)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	5 (50,0)
Seulement après l'allaitement	3 (1,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

* Lorsque plusieurs réponses étaient possibles, la somme des effectifs ne correspond pas à l'effectif total étant donné qu'une même participante pouvait choisir plusieurs réponses

V. Analyse des différents scores de connaissances

1. Score de connaissances

a) Etablissement du score de connaissances

Pour chaque question à réponse unique correcte, un point était attribué. Si plusieurs réponses étaient attendues pour une même question alors un point était attribué par bonne réponse sur le total de réponses correctes. Par exemple, si trois bonnes réponses étaient attendues, le total était sur trois et un point était donné par réponse juste. Le score total était sur 16. Il y avait une exception pour la question 22 sur le délai de prise de la contraception d'urgence, la réponse "le plus tôt possible" était sur deux points. Les points étaient additionnés et transcrits en pourcentage.

Pour le délai d'oubli, le score était sur un ainsi que pour la conduite à tenir en cas d'oubli inférieur à 12 heures, pour l'efficacité et la prescription sans ordonnance. Pour l'oubli supérieur à 12 heures, le score était sur deux. Le retour à la fertilité et les différents moyens de contraception d'urgence étaient scorés sur trois. Enfin, pour le délai de prise de la contraception d'urgence, le score était sur quatre.

b) Score de connaissances pour les différentes contraceptions

Les tableaux XIII et XIV présentent trois classifications de scores de connaissances en fonction des différentes contraceptions et des données sur la contraception.

Les utilisatrices du préservatif avaient des scores de connaissances plus élevés que celle utilisant la pilule progestative ou la pilule œstroprogestative. En effet, 60% des femmes souhaitant utiliser le préservatif avaient des scores de connaissances entre 50 et 75% du score maximum contre moins de la moitié des utilisatrices de la pilule progestative (46,9%) et de la pilule œstroprogestative (41,7%).

La quasi-totalité des participantes (90,0%) qui ne savaient pas quelle contraception envisager dans le post-partum connaissaient peu la conduite à tenir en cas d'incident contraceptif (score inférieur à 50%).

Les femmes n'utilisant aucune contraception avaient pour trois quarts d'entre elles (76,9%) un score de connaissances inférieur à 50%.

La moyenne du score de connaissances de la population était 7,0/16 avec un écart type de 2,8. Les moyennes du score pour chaque type de contraception n'ont pas été calculées car des comparaisons entre les différents groupes de scores ont été établies par la suite.

Tableau XIII : Scores de connaissances en fonction des données sur la contraception

Critères	Population n=170 (%)	Pilule MP n=81 (47,6%)	Pilule OP n=12 (7,1%)	Préservatifs n=40 (23,5 %)	Implant n=3 (1,8%)	Méthodes naturelles n=5 (2,9%)
< 50 % du score max	92 (54,1)	42 (51,9)	7 (58,3)	15 (37,5)	1 (33,3)	5 (100,0)
≥ 50-<75 % du score max	74 (43,5)	38 (46,9)	5 (41,7)	24 (60,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
≥ 75 % du score max	4 (2,4)	1 (1,2)	0 (0,0)	1 (2,5)	2 (66,7)	0 (0,0)
Moyenne	7,0/16	*	*	*	*	*
Ecart type	2,8	*	*	*	*	*

Tableau XIV : Scores de connaissances en fonction des données sur la contraception

Critères	Population n=170 (%)	DIU cuivre n=5 (2,9%)	DIU LNG n=1 (0,6%)	Aucune méthode n=13 (7,6%)	Ne sais pas n=10 (5,9%)
< 50 % du score max	92 (54,1)	3 (60,0)	0 (0,0)	10 (76,9)	9 (90,0)
≥ 50-<75 % du score max	74 (43,5)	2 (40,0)	1 (100,0)	3 (23,1)	1 (10,0)
≥ 75 % du score max	4 (2,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Moyenne	7,0/16	*	*	*	*
Ecart type	2,8	*	*	*	*

2. Facteurs influençant le score de connaissances

a) Etablissement de deux groupes de comparaison

Deux groupes de score de connaissances ont été comparés : un groupe dans lequel le score est inférieur à 50% du score maximum avec 92 participantes et un groupe dans lequel le score est supérieur ou égal à 50% du score maximum avec 78 participantes.

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

b) Score de connaissances en fonction des caractéristiques sociodémographiques

Le tableau XV permet de comparer les deux scores de connaissances en fonction des caractéristiques sociodémographiques

L'âge ne semblait pas influencer le niveau de connaissances des participantes, en effet les différences ne sont pas statistiquement significatives (p-value > 0,05).

L'origine géographique, le niveau d'études et la catégorie socio-professionnelle semblaient être des facteurs influençant les connaissances des post-parturientes. En effet dans le groupe ayant plus de connaissances sur la conduite à tenir en cas d'incident contraceptif et sur la contraception d'urgence, on observait plus de femmes d'origine française. De plus, le groupe ayant un score supérieur ou égal à 50% du score maximum avait un niveau d'études supérieur à l'autre groupe mais étaient pour une majorité (43,6%) des employées. Ces différences sont statistiquement significatives (p-value < 0,05).

Tableau XV: Comparaison des scores de connaissances en fonction des critères sociodemographiques

Critères	Score < 50 % n=92 (54,1%)	Score ≥ 50 % n=78 (45,9%)	p-value
Age			
< 25 ans	18 (19,6)	8 (10,3)	
≥ 25 ans - ≤ 30 ans	37 (40,2)	37 (47,4)	0,14*
≥ 31 ans - ≤ 35 ans	24 (26,1)	27 (34,6)	
> 35 ans	13 (14,1)	6 (7,7)	
Origine géographique			
Française	73 (79,3)	76 (97,4)	0,0003**
Autre origine	19 (20,7)	2 (2,6)	
Niveau d'étude			
Sans diplôme	8 (8,7)	0 (0,0)	
CAP-BEP	37 (40,2)	12 (15,4)	1,3x10 ⁻⁵ **
Baccalauréat	8 (8,7)	15 (19,2)	
Enseignement supérieur	39 (42,4)	51 (65,4)	
Catégorie socio-professionnelle			
Artisans, commerçants	0 (0,0)	9 (11,5)	
Employée	33 (35,9)	34 (43,6)	
Profession intermédiaire	8 (8,7)	15 (19,2)	2,6x10 ⁻¹⁰ **
Cadre, profession intellectuelle supérieure	7 (7,6)	15 (19,2)	
Sans profession	44 (47,8)	5 (6,4)	

* Test du Chi² ** Test de Fisher

c) Score de connaissances en fonction des caractéristiques obstétricales

Le tableau XVI compare les deux scores de connaissances en fonction des caractéristiques obstétricales.

La parité semblait influencer le score de connaissances des femmes. En effet, dans le groupe ayant un score supérieur ou égal à 50% du score maximum on observait plus de primipares (62,8%) que dans l'autre groupe (45,7%). Ces différences sont statistiquement significatives (p-value < 0,05).

La présence d'une pathologie pendant la grossesse ainsi que la voie d'accouchement ne semblaient pas influencer le score de connaissances. Les différences observées ne sont pas statistiquement significatives (p-value > 0,05).

Le type de grossesse, les antécédents de grossesse inopinée et d'IVG ainsi que des grossesses séparées d'un délai d'un an ou moins ne semblaient pas influencer le niveau des connaissances sur la conduite à tenir en cas d'incident contraceptif. En effet, les différences ne sont pas statistiquement significatives (p-value > 0,05).

Tableau XVI : Comparaison des scores de connaissances en fonction des critères obstétricaux

Critères	Score < 50 % n=92 (54,1%)	Score ≥ 50 % n=78 (45,9%)	p-value
Parité			
Primipares	42 (45,7)	49 (62,8)	0,03*
Multipares	50 (54,3)	29 (37,2)	
Pathologie de la grossesse			
OUI	14 (15,2)	21 (26,9)	0,06*
NON	78 (84,8)	57 (73,1)	
Voie d'accouchement			
Voie basse	58 (63,0)	45 (57,7)	
Voie basse instrumentale	15 (16,3)	13 (16,7)	0,81**
Césarienne programmée	5 (5,4)	4 (5,1)	
Césarienne en urgence	14 (15,2)	16 (20,5)	
ATCD de grossesse rapprochée ou grossesse rapprochée actuelle			
OUI	18 (19,6)	7 (9,0)	0,052*
NON	74 (80,4)	71 (91,0)	
Type de grossesse			
Inopinée	18 (19,6)	14 (17,9)	0,79*
Prévue	74 (80,4)	64 (82,1)	
ATCD de grossesse inopinée			
OUI	17 (18,5)	10 (12,8)	0,31*
NON	75 (81,5)	68 (87,2)	
ATCD d'IVG			
OUI	18 (19,6)	14 (17,9)	0,79*
NON	74 (80,4)	64 (82,1)	

* Test du Chi² ** Test de Fisher

d) Score de connaissances en fonction des données sur la contraception

Le tableau XVII établit la comparaison entre les deux niveaux de connaissances en fonction des données sur la contraception.

Le test du Chi² n'était pas interprétable et le test de Fisher n'était pas réalisable pour comparer les deux niveaux de connaissances en fonction des contraceptions antérieures. En regroupant les différents types de pilule et les DIU, le test de Fisher était alors interprétable. Le groupe ayant un niveau de connaissances plus élevé avait davantage utilisé une contraception orale ou des préservatifs avant la grossesse. Ces différences sont statistiquement significatives (p-value < 0,05).

Le niveau de connaissances semblait être influencé par la contraception choisie dans le post-partum. Le groupe ayant un niveau de connaissances supérieur ou égal à 50% du score maximum envisageait davantage d'utiliser le préservatif ou la pilule progestative en comparaison de l'autre groupe. Les différences sont aussi statistiquement significatives (p-value < 0,05).

Le niveau de connaissances semblait être influencé par des difficultés antérieures avec la contraception (oublis notamment) et par le recours antérieur à la contraception d'urgence. En effet, 42,3% des femmes ayant obtenu un score supérieur ou égal à 50% avaient connu des difficultés contre 27,2% pour l'autre groupe. Et, 56,4% des participantes ayant un score plus important avaient déjà utilisé la contraception d'urgence contre 25,0% pour l'autre groupe. Ces différences sont statistiquement significatives (p-value < 0,05).

L'information sur la contraception du post-partum pendant la grossesse n'améliorait pas le niveau de connaissances des participantes sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule notamment. En effet 82,6% des femmes ayant obtenu un score inférieur à 50% avaient eu une information pendant la grossesse contre 69,2% pour l'autre groupe. Les différences observées sont statistiquement significatives (p-value < 0,05).

Le tableau XVIII présente la comparaison du score de connaissances en fonction des informations antérieures. L'information antérieure dispensée au cours du suivi gynécologique de prévention sur les oublis de pilule semblait influencer le niveau de connaissances des femmes ainsi que l'information personnelle sur l'oubli de pilule et autres "accidents de contraception". Le groupe ayant un score de connaissances supérieur ou égal à 50% avait reçu davantage d'informations sur les oublis de pilule (56,4%) que dans l'autre groupe (39,1%). 88,5% des participantes dans le groupe ayant un score de connaissances plus élevé s'étaient informées personnellement contre 55,4% dans l'autre groupe. Les moyens d'informations étaient pour plus de la moitié des femmes dans le groupe ayant un score supérieur ou égal à 50% les sites médicaux (51,3%) et les professionnels de santé (52,6%) . Ces différences étaient statistiquement significatives (p -value $< 0,05$).

Des informations antérieures sur l'utilisation des préservatifs et leurs circonstances d'utilisation ainsi que sur la conduite à tenir en cas de vomissements et diarrhées suivant la prise d'un comprimé ne semblaient pas influencer le score de connaissances. Les différences n'étaient pas statistiquement significatives (p -value $> 0,05$).

Le tableau XIX compare les scores de connaissances en fonction du support de l'information sur les oublis de pilule. Le niveau de connaissances ne semblait pas être influencé par un support écrit car les différences n'étaient pas statistiquement significatives (p -value $> 0,05$).

Le tableau XX établit la comparaison du score de connaissances en fonction de l'estimation du niveau de connaissances par les femmes. L'estimation personnelle du niveau de connaissances ne semblait pas influencer le score de connaissances, en effet les différences ne sont pas statistiquement significatives (p -value $> 0,05$).

Tableau XVII : Comparaison des scores de connaissances en fonction des données sur la contraception

Critères	Score < 50 % n=92 (54,1%)	Score ≥ 50 % n=78 (45,9%)	p-value
Contraception antérieure			
Pilule progestative	6 (6,5)	8 (10,3)	Impossible
Préservatifs	6 (6,5)	16 (20,5)	
Implant	6 (6,5)	2 (2,6)	
Méthodes naturelles	11 (12,0)	10 (12,8)	
Pilule oestroprogestative	21 (22,8)	24 (30,8)	
Anneau vaginal	4 (4,3)	3 (3,8)	
DIU cuivre	8 (8,7)	8 (10,3)	
DIU au lévonorgestrel	2 (2,2)	1 (1,3)	
Aucune méthode	28 (30,4)	6 (7,7)	
Contraception orale	27 (29,3)	32 (41,0)	
Préservatifs	6 (6,5)	16 (20,5)	
Méthodes naturelles	11 (12,0)	10 (12,8)	
Aucune méthode	28 (30,4)	6 (7,7)	
DIU (2 types)	10 (10,9)	9 (11,5)	
Implant	6 (6,5)	2 (2,6)	
Contraception du post-partum			
Pilule progestative	42 (42,9)	39 (50,0)	0,005**
Préservatifs	15 (16,3)	25 (32,1)	
Implant	1 (1,1)	2 (2,6)	
Méthodes naturelles	5 (5,4)	0 (0,0)	
Aucune méthode	10 (10,9)	3 (3,8)	
DIU cuivre	5 (5,4)	0 (0,0)	
DIU au lévonorgestrel	0 (0,0)	1 (1,3)	
Pilule oestroprogestative	7 (7,6)	5 (6,4)	
Ne sais pas	9 (9,8)	1 (1,3)	
ATCD de difficultés avec la contraception			
OUI	25 (27,2)	33 (42,3)	0,04*
NON	67 (72,8)	45 (57,7)	
Contraception abordée au cours de la grossesse			
OUI	76 (82,6)	54 (69,2)	0,04*
NON	16 (17,4)	24 (30,8)	
Recours antérieur à la contraception d'urgence			
OUI	23 (25,0)	44 (56,4)	3,0x10 ^{-5*}
NON	69 (75,0)	34 (43,6)	

*Test du Chi² **Test de Fisher

Tableau XVIII: Comparaison des scores de connaissances en fonction des informations antérieures

Critères	Score < 50 % n=92 (54,1%)	Score ≥ 50 % n=78 (45,9%)	p-value
Informations antérieures sur les oublis de pilule			
OUI	36 (39,1)	44 (56,4)	0,02*
NON	56 (60,9)	34 (43,6)	
Informations antérieures sur l'utilisation des préservatifs			
OUI	39 (42,4)	39 (50,0)	0,32*
NON	53 (57,6)	39 (50,0)	
Informations sur la CAT en cas de vomissements/diarrhées			
OUI	12 (13,0)	10 (12,8)	0,97*
NON	80 (87,0)	68 (87,2)	
Informations personnelles sur les «accidents de contraception»			
OUI	51 (55,4)	69 (88,5)	2,5x10 ⁻⁶ *
NON	41 (44,6)	9 (11,5)	
Moyens d'informations	12 (13,0)	40 (51,3)	0,0005**
Sites médicaux	1 (1,1)	13 (16,7)	
Forums	12 (13,0)	13 (16,7)	
Pharmacie	40 (43,5)	41 (52,6)	
Professionnel de santé	1 (1,1)	3 (3,8)	
Planning familial	4 (4,3)	1 (1,3)	
Autre	1 (1,1)	3 (3,8)	

*Test du Chi² **Test de Fisher

Tableau XIX : Comparaison des scores de connaissances en fonction du support de l'information sur les oublis

Critères	Score < 50 % n=92 (54,1%)	Score ≥ 50 % n=78 (45,9%)	p-value
Informations antérieures sur les oublis de pilule			
orale	26 (28,3)	35 (44,9)	0,07**
orale et écrite	8 (8,7)	5 (6,4)	
écrite	2 (2,2)	4 (5,1)	
pas d'information	56 (60,9)	34 (43,6)	

** Test de Fisher

Tableau XX : Comparaison des scores de connaissances en fonction de l'estimation du niveau de connaissances par les femmes

Critères	Score < 50 % n=92 (54,1%)	Score ≥ 50 % n=78 (45,9%)	p-value
Estimation personnelle des connaissances			
Pas du tout	10 (10,9)	3 (3,8)	0,35**
Insuffisamment	35 (38,0)	33 (42,3)	
Correctement	45 (48,9)	39 (50,0)	
Parfaitement	2 (2,2)	3 (3,8)	

** Test de Fisher

e) **Score de connaissances en fonction des connaissances sur le retour à la fertilité**

Le tableau XXI compare les deux scores de connaissances en fonction des connaissances des femmes sur le retour à la fertilité après l'accouchement.

Le niveau de connaissances des participantes sur la conduite à tenir en cas d'incident contraceptif semblait être influencé par les connaissances sur le risque de grossesse avant le retour de couches. En effet près de trois quarts des femmes (71,8%) du groupe ayant un score de connaissances supérieur ou égal à 50% savaient qu'il existait un retour à la fertilité avant le retour de couches contre la moitié dans l'autre groupe (53,3%). Les différences observées étaient statistiquement significatives (p-value < 0,05).

Tableau XXI : Comparaison des scores de connaissances en fonction des connaissances sur le retour à la fertilité

Critères	Score < 50 % n=92 (54,1%)	Score ≥ 50 % n=78 (45,9%)	p-value
Connaissances sur le retour à la fertilité			
OUI	49 (53,3)	56 (71,8)	0,03*
NON	23 (25,0)	15 (19,2)	
Ne sais pas	20 (21,7)	7 (9,0)	

*Test du Chi²

Discussion

I. Atteinte de l'objectif

L'objectif principal de cette étude qui était d'évaluer l'état des connaissances des post-parturientes sur la conduite à tenir en cas d'incident contraceptif, a été atteint. En effet un état des lieux des connaissances des accouchées a été réalisé dans une maternité d'Auvergne de type trois.

Les objectifs secondaires qui étaient d'évaluer l'état des connaissances des femmes sur la contraception d'urgence, dans la continuité de l'objectif principal et d'évaluer la prescription anticipée d'une contraception d'urgence, ont également été atteints. En effet, l'état des lieux des connaissances comprenait des questions sur la contraception d'urgence et aucune prescription d'une contraception d'urgence n'a été retrouvée dans cette étude selon les femmes interrogées.

II. Limites et points forts de l'étude

1. Limites de l'étude

L'étude a été réalisée dans une seule maternité de type trois qui a ses propres pratiques en matière de prescription notamment pour la contraception du post-partum.

La population de l'étude était limitée; 286 femmes ont été recrutées sur la période définie par le calendrier de l'étude. Au total 170 accouchées ont été incluses, ce nombre aboutit à un manque de puissance de l'étude. Les contraceptions autorisées dans le post-partum n'ont pas été suffisamment représentées avec seulement trois femmes pour l'implant, cinq pour les méthodes dites naturelles. La MAMA et les spermicides n'étaient pas du tout représentés. Ces faibles échantillons n'ont pas permis une comparaison des connaissances notamment sur le retour à la fertilité pour les contraceptions non représentées.

La MAMA est une méthode à risque d'échec en raison des conditions strictes nécessaires à son efficacité or elle n'était pas représentée dans l'étude (6, 8).

Les femmes ne parlant pas le français ou ne sachant pas l'écrire ont été exclues. Or, elles constituaient un groupe à risque de mauvaise compréhension des informations données et donc de mauvaise utilisation de la contraception. Elles seraient donc davantage à risque de faire face aux oublis et donc seraient plus concernées par la contraception d'urgence. La non compréhension ou le manque d'informations de ces femmes sont dûs aux difficultés de communication avec les professionnels de santé.

Les mineures ont également été exclues. Elles constituaient elles aussi un groupe à risque de mauvaise utilisation de la contraception et étaient plus à risque d'oubli. Souvent chez ces jeunes femmes, les grossesses sont inopinées et font suite à des difficultés de contraception (39-40).

Il existe également un biais de non réponse dans l'analyse des données. En effet, les non répondantes (n=79) pouvaient être des femmes qui ne connaissaient pas ou peu la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule, de glissement ou de rupture de préservatifs ou qui étaient peu sensibles à ce sujet. L'étude a été prolongée de plusieurs semaines pour obtenir un échantillon de taille suffisante car un nombre important de non réponses avait été observé.

Un certain nombre de questionnaires (n=25) n'étaient pas exploitables en raison de non réponse à des questions dans la plupart des cas. Un questionnaire sur internet aurait permis d'automatiser certaines réponses et de passer à la question suivante uniquement après avoir répondu à la précédente, ce qui aurait diminué le nombre de questionnaires non exploitables. De plus la question concernant l'arrêt de sept jours entre les plaquettes de contraception orale n'est pas interprétable pour les pilules œstroprogestatives étant donné qu'il n'y a pas nécessairement d'arrêt avec les comprimés placebo.

Un biais d'oubli existe pour les questions faisant appel à la mémoire des participantes concernant les informations délivrées avant la grossesse durant le suivi gynécologique de prévention.

Les participantes n'étaient pas toutes interrogées au même moment de leur séjour, pour des raisons d'organisation du service et pour des raisons propres aux femmes. Elles étaient recrutées à partir du troisième jour et maximum jusqu'au cinquième jour après l'accouchement quand le séjour était prolongé. L'entretien contraceptif ayant théoriquement lieu au deuxième jour dans cette maternité (pratiques propres à l'établissement), le délai entre les informations données et le recrutement des patientes pour l'étude n'était pas assez important. Interroger les patientes à distance de cet entretien par mail aurait permis d'améliorer certains points de l'étude.

Il aurait été intéressant d'identifier la fonction du professionnel de santé qui dispensait les informations concernant la contraception : sage-femme, gynécologue obstétricien, interne, étudiante sage-femme.

Une extrapolation des données n'est pas possible car l'échantillon a été réalisé sur une seule maternité et est de petit effectif. La réalisation d'une étude multicentrique et sur une durée plus importante serait à envisager dans de futures études ainsi qu'un sondage aléatoire.

2. Points forts de l'étude

La distribution du questionnaire « papier » en maternité a permis d'avoir un taux de participation de 72,4 %.

Il existe un faible biais de mémorisation et il n'y avait pas de "perdus de vue" car les femmes étaient interrogées à partir du troisième jour, après avoir eu les informations sur la contraception au deuxième jour après l'accouchement. Ainsi les femmes ne connaissaient pas l'existence de l'étude au moment de l'entretien contraceptif, elles ne pouvaient donc interroger le professionnel de santé qui dispensait les informations sur la contraception sur des données recueillies dans l'étude. En revanche, la période du post-partum est peu propice à l'écoute attentive d'informations, les femmes pouvaient ne pas avoir retenu toutes les informations données même si elles avaient été données peu de temps avant le recrutement des participantes.

Les sages-femmes n'intervenaient dans l'étude que pour recueillir les questionnaires auprès de certaines participantes pour lesquelles il n'était pas possible de récupérer le questionnaire directement auprès d'elles.

Les mineures avaient été exclues de l'étude mais les femmes de 20 à 24 ans étaient incluses. Cette population était plus à risque de grossesses inopinées donc de connaissances erronées sur la conduite à tenir en cas d'incident contraceptif (42).

Le questionnaire remis en maternité, soumis à une correction et vérification du CIL, et expliqué à la patiente a permis d'obtenir un nombre important de questionnaires totalement exploitables.

Le sujet des connaissances des post-parturientes sur la conduite à tenir en cas d'incident contraceptif, est un sujet qui a été peu étudié. Des études ont été réalisées sur la satisfaction des femmes au sujet de l'entretien contraceptif du post-partum et sur les connaissances des accouchées sur les moyens de contraception du post-partum de manière plus générale (3, 6, 15).

Malgré la période peu propice à une écoute d'informations, cette période du séjour en maternité est l'occasion de dispenser une information claire, brève et adaptée sur les incidents possibles de contraception et la conduite à tenir qui s'en suit, lors de l'entretien contraceptif. L'étude a montré que plus de la moitié des femmes (54,1 %) n'étaient que peu ou pas informées sur le sujet (score de connaissances inférieur à 50 %). Les femmes ne retiendront que peu d'informations mais il est essentiel de les orienter : vers qui et où elles peuvent trouver ces informations. La dispensation de cette information fait d'ailleurs partie des recommandations de la HAS (17).

La visite post-natale serait une période plus propice mais il n'a pas été réalisable pour des raisons d'organisation de la maternité et d'effectif (peu important) d'entreprendre l'étude à ce moment-là. Une étude à la suite de cette consultation post-natale pourrait être intéressante pour évaluer les connaissances des femmes.

III. Analyse des résultats

1. Les données sur la contraception

Les contraceptions les plus utilisées après l'accouchement étaient : la pilule micro-progestative et les préservatifs. Et, pour 13 femmes, aucune méthode n'était utilisée. Cette situation a été décrite dans d'autres études. Il est difficile d'estimer le nombre de femmes ne souhaitant pas de contraception dans les suites de couches car certaines ont pu refuser de participer pour cette raison.

Les moyens de contraception utilisés sont les plus à risque « d'échec » comme le montre l'indice de Pearl, dans l'utilisation courante, il est de 15 pour le préservatif, de 8 pour la pilule œstroprogestative et progestative (oublis et mauvaise prise de la pilule) (18). Il existe également un écart important entre l'efficacité théorique et pratique pour les méthodes naturelles (18). Pour les femmes n'utilisant aucune méthode contraceptive (20,0%), il ne leur avait pas été demandé si elles envisageaient un projet de grossesse dans un délai de quelques mois.

Les résultats de cette étude concernant la contraception du post-partum sont en accord avec une étude menée dans une maternité à Nantes et dans la même maternité d'Auvergne de type trois (3, 43).

Une étude qualitative réalisée en 2010 à Paris a montré que 87 % des femmes connaissaient la contraception d'urgence, les résultats de notre étude sont en corrélation avec ces résultats ; 90,6 % des femmes connaissaient la contraception d'urgence. On retrouve les mêmes moyens de contraception ; 50 % d'utilisatrices de la pilule micro-progestative dans l'étude réalisée à Paris et 47,6 % dans cette étude (44).

Une étude concernant l'observance a observé que les femmes sont plus observantes après la consultation post-natale : 76 % contre 65 % avant cette consultation. Les causes de non-observance étaient pour la plupart les oublis de pilule, les effets secondaires non supportés, le manque d'explications lors du séjour à la maternité et la non reprise des rapports sexuels. Les patientes estimaient que le moyen contraceptif prescrit à la sortie n'était pas adapté au post-partum. Les résultats de l'étude sur l'observance sont en accord avec les difficultés évoquées et retrouvées dans cette étude (oubli et effets indésirables) (45).

L'étude réalisée à Paris en 2010 sur les grossesses rapprochées a montré que 40 % des femmes n'ayant rencontré aucune difficulté avec la contraception avant la grossesse précédente avaient connu un ou plusieurs oublis de pilule dans le post-partum (44). Dans une étude de 2007, plus de 50 % des utilisatrices de la pilule progestative l'oubliaient dans le post-partum (21).

Des études ont montré qu'il n'y avait pas de risque augmenté de complications notamment d'infection lors de la pose d'un DIU durant la période du post-partum (46-47). Les recommandations françaises actuelles sont de prescrire le DIU à la sortie de la maternité pour le poser à la visite post-natale ; ce qui n'a pas été observé dans cette étude : les femmes ayant choisi le DIU (cinq avaient envisagé le DIU au Cuivre et une le DIU au lévonorgestrel) avaient une contraception locale ou n'avait aucun moyen de contraception jusqu'à la visite post-natale (8). Mais cet élément reste à discuter car la question d'une ordonnance de DIU n'a pas été posée directement. Les mêmes recommandations sont préconisées au Royaume- Uni pour le DIU (8).

L'ensemble des études a également montré que les femmes connaissaient peu leur moyen de contraception prescrit et encore moins la conduite à tenir en cas d'utilisation incorrecte (42, 43, 44, 47). De plus l'observance se trouvait diminuée durant la période du post-partum (46).

Dans une étude réalisée en 2015 à Grenoble, 58% des femmes avaient déclaré avoir reçu une information sur les modalités d'instauration et de prise de la méthode contraceptive choisie. Néanmoins, deux tiers d'entre elles ne savaient pas quand reprendre leur pilule microprogestative et plus de la moitié ne connaissaient pas le délai d'instauration de la protection contraceptive (49). Cet élément n'avait pas été demandé aux participantes dans notre étude (seul le début de la prise était demandé). Les femmes n'avaient donc pas toutes les notions nécessaires pour utiliser leur contraception. Elles retiennent peu ou mal les informations données et cela peut se traduire par un échec de contraception, avec notamment l'oubli de pilule qui est aujourd'hui l'une des principales causes des IVG réalisées dans le post-partum (36, 43). Dans l'étude de 2015 réalisée dans la même maternité d'Auvergne, seulement 3 % des utilisatrices de la pilule microprogestative avaient toutes les notions nécessaires pour utiliser leur contraception. La quasi-totalité des accouchées pourraient s'exposer à un risque de grossesse en raison de ce mésusage (43).

Un taux important de grossesses non désirées dans l'année suivant une naissance a été observé dans plusieurs études (3, 8, 36, 38, 44). Parmi les causes de ces grossesses rapprochées, on retrouve une contraception non adaptée (oubli le plus souvent), un défaut d'information et un défaut lors du relais de contraception (36).

Il n'a pas été réalisée de comparaison des choix de contraceptions du post-partum en fonction des caractéristiques sociodémographiques et obstétricales (notamment les antécédents de grossesses inopinées) car ce n'était pas l'objectif de l'étude. Une étude réalisée en 2015 dans la même maternité avait déjà comparé ces données (43).

2. Connaissances sur la conduite à tenir en cas d'incident contraceptif et sur l'utilisation de la contraception d'urgence

Les femmes connaissaient peu la conduite à tenir en cas d'incident contraceptif. Ces incidents ont été définis dans la lettre d'information remise aux femmes et expliquée à l'oral lors de la remise du questionnaire. Cependant, étudier les connaissances de ces incidents aurait été intéressant : les femmes identifiaient-elles l'oubli de pilule, les ruptures de préservatifs, les échecs dans les méthodes naturelles comme un risque de grossesse ?

Dans cette étude, l'âge ne semblait pas influencer le niveau des connaissances. Il a été décrit dans la littérature que les 20-24 ans représentaient plus d'un quart des IVG, ce qui soulevait la question des connaissances sur la contraception d'urgence chez cette population (50). Cette catégorie d'âge représentait seulement 15,3% de la population dans l'étude. Dans une étude réalisée à Grenoble en 2014, les étudiantes connaissaient la contraception d'urgence mais peu savaient dans quel délai l'utiliser contrairement à ce qui a été observé dans cette étude. L'identification d'un rapport à risque et donc d'un risque de grossesse n'était perçu que dans 31,3% des cas (42). Cette situation expliquait le non recours à la contraception d'urgence.

Les femmes à faibles revenus semblaient avoir moins de connaissances ou des connaissances erronées et avoir moins recours à la contraception d'urgence. C'est ce qui a été décrit dans une recherche réalisée chez des accouchées à San Francisco (51). Dans l'étude réalisée dans ce mémoire, on observait également plus de femmes sans profession (47,8%) dans le groupe qui avait un score de connaissances inférieur à 50%.

En revanche dans le groupe ayant de meilleures connaissances, on retrouvait une majorité de femmes appartenant à la catégorie des employées (47,8%).

La conduite à tenir en cas d'oubli inférieur à 12 heures était connue de la moitié des participantes (45,3%). Néanmoins les résultats montrent que le délai d'oubli était sur-estimé (24 heures au lieu de 12 heures). On observe que de nombreuses femmes ont des connaissances erronées sur certaines situations qui restent fréquentes comme l'oubli supérieur à 12 heures ou qu'elles ne connaissent pas la démarche à suivre.

Dans l'étude GRECO de 2004, la cause la plus fréquente d'échec contraceptif était l'oubli supérieur à 12 heures d'un ou plusieurs comprimés pour tout type de femmes, notamment les plus âgées, mariées, nullipares. Or la conduite à tenir en cas d'oubli de plus de 12 heures est peu connue des femmes (52).

L'enquête de l'INPES de 2007 «les Français et la contraception» montrait que la contraception d'urgence était connue de la majorité des personnes mais seulement 5 % en connaissaient précisément le délai d'utilisation (53). Les résultats de cette enquête de 2007 sont en accord avec ceux de cette étude, en revanche dans cette étude, 88,2 % des participantes savaient que la contraception d'urgence était à prendre le plus tôt possible. En 2005, seulement 11,7 % des femmes de 15 à 54 ans connaissaient le délai d'efficacité reconnu de 72 heures pour prendre la contraception d'urgence (48). 19,4 % des participantes à l'étude réalisée dans ce mémoire savaient qu'une prise était possible jusqu'à 72 heures et 7,6 % savaient qu'une prise était possible jusqu'à cinq jours. Un quart de la population âgée de 15 à 54 ans interrogée ne savait pas qu'il n'est pas nécessaire d'avoir une ordonnance pour se procurer la contraception d'urgence ce qui a également été retrouvé dans cette étude (22,4%) (48).

Les femmes ayant connu antérieurement des difficultés avec la contraception et/ou ayant déjà utilisé la contraception d'urgence connaissaient mieux la conduite à tenir ainsi que le délai de prise et identifiaient les différents moyens de contraception d'urgence bien qu'ils soient erronés pour beaucoup. 17,1 % des participantes pensaient que le préservatif était un moyen de contraception d'urgence. Toutefois, la question concernant les moyens de contraception d'urgence pouvait être mal comprise par les participantes.

En effet, le préservatif est utilisé par de nombreuses femmes lors des relations qui suivent un rapport sexuel non ou mal protégé, il pouvait donc être identifié faussement comme un moyen de contraception d'urgence par les femmes. Selon le baromètre santé de 2010, 24 % des femmes de 15 à 49 ans ont déclaré avoir utilisé la contraception d'urgence, dans l'étude de ce mémoire : 40,6 % des femmes (54). La catégorie d'âges n'était pas identique, les mineures étaient exclues de l'étude. Cela pourrait expliquer la différence observée entre ces deux études. De plus l'enquête Fécond a rapporté qu'une femme sur quatre déclarant un problème avec l'utilisation du préservatif au cours du dernier mois a eu recours à cette méthode de rattrapage (55).

Les femmes avaient reçu peu d'informations sur le sujet, avant leur grossesse lors de leur suivi gynécologique de prévention ; moins de la moitié des femmes disaient avoir reçu des informations sur l'oubli de pilule. Le post-partum est alors l'occasion de dispenser ces informations malgré le moment peu adapté.

D'autres études dont une enquête sociologique sur la contraception d'urgence de 2009, ont établi que le terme « pilule du lendemain » comprend une ambiguïté : certaines femmes ne l'utilisaient pas car elles pensaient avoir dépassé le délai (56). En revanche, dans cette étude, une minorité de femmes pensaient que la prise de la pilule d'urgence était le lendemain du rapport sexuel protégé (5,3%). La majorité des femmes (92,1 %) n'ayant jamais pris de contraception d'urgence disaient ne jamais en avoir eu besoin.

Un sondage de 2012 pour HRA pharmacie a décrit que deux tiers des femmes pensaient que la contraception d'urgence était un signe d'imprudence vis-à-vis de la contraception, ce qui n'a pas été retrouvé dans la méta-analyse réalisée en 2013 par la HAS sur la prescription anticipée d'une pilule d'urgence. Ce sondage a également observé que 20 % des femmes ressentaient de la honte si elles devaient la prendre (57, 35). 80% des femmes ayant eu une relation à risque de grossesse non souhaitée au cours des 12 derniers mois n'ont pas eu recours à la contraception d'urgence. Cette enquête a souligné la persistance d'idées reçues et de fausses croyances autour de la contraception d'urgence chez ces femmes ayant eu une relation à risque (57).

Une étude réalisée en 2012 à Haïti a également montré la persistance d'idées reçues chez des femmes en post-partum et a observé que seulement 6 % des femmes avaient connaissance d'une « pilule d'urgence » (90,6 % dans cette étude). La population de cette étude réalisée à Haïti devait faire face à des difficultés d'accès aux soins et donc d'accès à la pilule de contraception d'urgence. La prévention, l'éducation et la planification familiale sont à améliorer dans ce pays (58). De plus, l'OMS a montré dans un bulletin de 2010 que la contraception d'urgence était relativement peu connue dans de nombreux pays, en particulier les pays en voie de développement ce qui était le cas dans l'étude à Haïti. Dans les pays où les connaissances étaient plus élevées sur le sujet, le recours à cette contraception d'urgence restait faible. En effet, au Royaume-Uni, 91 % des femmes connaissaient l'existence d'une contraception d'urgence (90,6 % dans l'étude réalisée dans ce mémoire), et seulement 7 % des femmes y avaient eu recours l'année précédente (59). 40,6 % des femmes avaient déjà eu recours à la contraception d'urgence dans notre étude. La différence observée peut s'expliquer par des connaissances faibles concernant le délai et la prise de la contraception d'urgence au Royaume-Uni (60). Il aurait été intéressant dans l'étude réalisée dans ce mémoire d'analyser les idées reçues et fausses croyances concernant la contraception d'urgence.

3. Connaissances sur le retour à la fertilité

Selon une étude réalisée à Nancy en 2014, 85 % des sages-femmes ont évoqué le retour à la fertilité contre 16 % des patientes qui ont estimé en avoir entendu parler. Concernant le risque de grossesse, 92 % des sages-femmes ont affirmé en parler contre 48 % des patientes affirmant avoir été informées (61).

Dans cette étude : 20 % des femmes ont une idée précise du retour à la fertilité autour de trois semaines, un mois. Une majorité des participantes (61,8%) avaient identifié qu'un retour à la fertilité et qu'un risque de grossesse étaient possibles avant le retour de couches. Cet échantillon semble plus informé que celui de Nancy. Néanmoins il indique que 40% des femmes restent dans l'ignorance.

Dans le cadre de ce mémoire il aurait été intéressant d'étudier le délai précis séparant les grossesses, seules les années d'accouchement étaient demandées aux participantes : 14,7% des femmes avaient eu des grossesses rapprochées et parmi ces

grossesses 24% étaient inopinées. Il aurait également été intéressant d'étudier les moyens de contraceptions utilisés entre ces grossesses. Une étude sur ce sujet a été réalisée en 2012 dans la même maternité de type trois s'intéressant davantage aux complications materno-fœtales de ces grossesses et à l'anémie (37, 44). Une étude de 2006 réalisée sur sept ans et une étude réalisée à Paris en 2010 ayant retrouvé les mêmes résultats, ont montré que les causes des grossesses rapprochées étaient principalement une contraception non adaptée avec des oublis et peu de recours à une contraception d'urgence car les femmes minimisaient le risque d'une grossesse dans le post-partum ainsi qu'un défaut d'informations sur la contraception. Les autres causes étaient les effets secondaires qui conduisaient à une mauvaise observance voir à un arrêt, ainsi qu'un défaut lors du relais de la contraception (36, 44).

Dans l'étude réalisée à Paris, les femmes disaient se sentir perdues face au retour de l'ovulation et au retour de couches : 33 % ne savaient pas si une grossesse pouvait survenir avant le retour de couches et 27 % répondaient qu'une grossesse ne pouvait pas survenir (44). Dans l'étude réalisée dans ce mémoire, les participantes ne savaient pas pour 15,9 % d'entre elles quel était le délai d'un retour à l'ovulation et pour 22,4 % d'entre elles les connaissances étaient erronées.

Dans une autre étude réalisée en 2013 dans la même maternité d'Auvergne de type trois sur la satisfaction des accouchées sur l'entretien contraceptif, il a été observé que les patientes souhaitant utiliser des méthodes locales, naturelles ou ne souhaitant aucune méthode, ont été informées du risque de survenue d'une grossesse, d'une ovulation possible dès le vingt-cinquième jour, sans autre précision particulière (15). Dans notre étude, plus de la moitié des femmes ne souhaitant aucune méthode ne savaient pas qu'un retour à la fertilité était possible vers trois semaines et 60 % des participantes envisageant une méthode naturelle ont des connaissances erronées sur le retour à la fertilité. De plus dans une autre étude réalisée en 2015, les femmes utilisant les préservatifs ont un score de connaissances plus élevé sur le retour à la fertilité ce qui s'est avéré aussi dans cette étude (43).

Dans l'étude de 2013, les méthodes naturelles ne comprennent pas la MAMA ce qui est également le cas dans l'étude réalisée dans ce mémoire (15). Or cette méthode est à risque de grossesse si les conditions ne sont pas strictement respectées. Il serait intéressant de voir si les femmes utilisant cette méthode sont davantage informées sur le retour à la fertilité et sur la conduite à tenir en cas de conditions « mal respectées ».

Cependant, le nombre de femmes ayant recours à cette méthode n'est pas suffisant dans les études ainsi que dans l'étude réalisée dans ce mémoire afin d'exploiter des données autour de cette méthode. Une étude réalisée en Egypte sur plus de 1100 femmes a montré que la fourniture d'une pilule d'urgence à l'avance chez des accouchées utilisant la MAMA diminuait l'incidence des grossesses non planifiées dans l'année suivant l'accouchement (62).

IV. L'information

1. Le moment de l'information

Le moment du post-partum est peu propice à l'écoute attentive d'informations. Cependant la HAS selon les recommandations de 2013 sur la contraception du post-partum, préconise d'informer sur l'existence de la contraception d'urgence, les délais et les modalités d'accès à l'occasion de tout contact relatif à la contraception et à la sexualité (17).

Dans une étude à Grenoble réalisée en 2015, 47 % des patientes avaient reçu une information sur la contraception durant leur grossesse, 33 % durant les consultations de suivi et 43 % lors des séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) (49). Ces informations données ont été étudiées selon un score établi à partir des recommandations de la HAS : forme, fond et critères retrouvés dans l'information. Dans l'étude réalisée dans ce mémoire :76,5% des patientes ont reçu des informations sur la contraception pendant la grossesse (à leur propre initiative ou à l'initiative d'un professionnel de santé).

La contraception est un élément important du post-partum et nécessite un investissement de la part du professionnel de santé qui dispense l'information mais aussi de la femme. Il est difficile de trouver un moment idéal durant le séjour à la maternité. Or la dispensation de cette information sur la contraception et sur la conduite à tenir si un incident survient reste nécessaire selon les recommandations de la HAS (17). Il est donc important de trouver un moment opportun pour réaliser cet échange.

Lors de l'étude réalisée dans la maternité d'Auvergne de type trois sur la satisfaction des femmes sur l'information à la contraception du post-partum, les patientes ne se sentaient pas assez disponibles, le moment n'était pas idéal selon elles (15). L'étude réalisée en 2013 à Grenoble sur l'observance de la contraception du post-partum a montré que 47 % des femmes pensaient que les suites de couches étaient le moment le plus approprié pour recevoir une information sur la contraception (45). L'étude réalisée dans ce mémoire ne comprenait pas de question sur le sentiment de disponibilité des femmes.

De plus, les informations doivent être répétées pour que les femmes puissent mémoriser des éléments. Se pose alors la question des moments plus opportuns : la grossesse, le séjour en suites de couches, les visites à domicile, la visite post-natale. Cette étude n'a pas étudié les connaissances des femmes selon si elles avaient suivi ou non des séances de PNP car cet élément ne faisait pas partie des objectifs. Les informations sur la conduite à tenir en cas d'incident contraceptif sont peu dispensées lors de la grossesse, dans notre étude les femmes ayant eu des informations sur la contraception pendant la grossesse n'avaient pas un score de connaissances plus élevé.

2. La prescription à l'avance

La HAS s'est posée la question d'une prescription d'une pilule de contraception d'urgence à l'avance. Une méta-analyse d'essais randomisés a conclu que cette stratégie n'est pas efficace pour diminuer le nombre de grossesses non prévues. Cette méta-analyse n'a pas conclu à une augmentation des conduites à risque en matière de contraception. La HAS a donc établi qu'une prescription à l'avance au cas par cas serait intéressante ; en effet pour les femmes avec des difficultés d'accès à la contraception, les femmes utilisant le préservatif, voyageant à l'étranger (35). La HAS définit aussi la période du post-partum comme une période à risque (17).

Les adolescentes constituent elles aussi une population à risque, la prescription à l'avance d'une pilule de contraception d'urgence en post-partum pour ces jeunes femmes diminuait le risque de grossesses répétées et rapprochées selon une étude réalisé en 2010 à Philadelphie (63).

Dans l'étude réalisée dans ce mémoire, aucune ordonnance de pilule de contraception d'urgence n'a été remise, selon les participantes. Il aurait été intéressant d'étudier les ordonnances et prescriptions enregistrées dans le logiciel informatique ICOS pour chacune des patientes.

3. Le support de l'information

Dans cette étude, les femmes ont reçu des informations orales pour une grande majorité d'entre elles et ce même au cours de leur suivi gynécologique, en dehors de la période du post-partum. Peu d'entre elles ont reçu des informations avec un support écrit : environ 7 % des femmes avaient eu un document écrit lors de la dispensation d'informations sur les oublis de pilule et les préservatifs. Dans une thèse réalisée à Rouen en 2014 sur les oublis de pilule, un support écrit était distribué dans 15,4 % des cas en plus d'une information orale (64).

Les recommandations de la HAS et celles de l'OMS sur la méthode BERGER appliquée lors des entretiens contraceptifs ne préconisent pas l'utilisation systématique d'un support écrit mais ce dernier peut être un moyen intéressant pour compléter l'information (13, 17). La délivrance de documents peut être un aide-mémoire pour la femme qui ne retiendra sûrement que peu des informations données à l'oral. En effet, dans l'étude réalisée dans la thèse, pour 11% des femmes l'information donnée oralement était compréhensible et claire mais vite oubliée (64). Cet oubli peut être d'autant plus rapide et important durant la période du post-partum en raison des nombreuses informations reçues.

Une étude réalisée en 2012 aux Etats-Unis sur 659 participantes a d'ailleurs montré l'impact positif d'un message écrit sur les connaissances de jeunes femmes de 13 à 25 ans concernant la contraception orale (65). Une étude prospective randomisée réalisée en 2013 à Paris a été menée pour savoir si une information écrite pouvait augmenter les connaissances des femmes sur les oublis de pilule. La distribution d'un support écrit a augmenté de façon significative les connaissances des femmes 37,3 % de bonnes réponses dans le groupe « information orale et écrite » et 20,7 % de bonnes réponses dans le groupe « information orale » (66). Les connaissances ne semblaient pas être influencées par un support écrit dans l'étude réalisée dans ce mémoire.

La carte de l'INPES «Que faire en cas d'oubli de pilule ?» est un outil intéressant qui pourrait être distribué aux femmes lors de l'entretien de contraception réalisé durant le séjour en suites de couches selon la méthode choisie. 94,5 % des femmes la trouvaient claire et compréhensible dans l'étude réalisée à Rouen en 2014 mais très peu l'ont utilisé. L'explication à cette faible utilisation est un possible refus de changer les habitudes, la majorité des femmes avaient recours à une source d'informations habituelle en cas d'oubli de pilule (sites internet, recours à un professionnel) (64).

V. Propositions d'action

La sensibilisation des femmes sur la contraception et la conduite à tenir en cas d'incident est importante dans la période du post-partum. En effet cette période est à risque car les méthodes utilisées sont plus à risque d'échec ou de mauvaise utilisation. Le moment reste néanmoins peu propice. Il est donc nécessaire de multiplier les moments d'échanges concernant la contraception et ce notamment en dehors de la grossesse lors du suivi gynécologique. En effet ce point est à améliorer car l'étude réalisée à Rouen en 2014 a montré que les modalités sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule étaient rappelés lors des renouvellements de contraception dans seulement 30,8 % des cas et que les femmes étaient questionnées sur la survenue d'oubli de pilule dans seulement 33 % des cas (64).

Il s'agit également d'améliorer le bénéfice de l'entretien contraceptif dispensé lors du suivi gynécologique ou lors du séjour en maternité par une information orale et écrite. Le support écrit est un moyen supplémentaire qui est intéressant lorsque de nombreuses informations ont déjà été dispensées concernant le suivi de la femme après l'accouchement et le suivi du nouveau-né et que ce dernier devient la principale préoccupation maternelle. La sensibilisation des femmes au risque de grossesse avant le retour de couches est néanmoins importante, d'où la nécessité de choisir une méthode de contraception.

Savoir orienter la femme est tout aussi important ; transmettre le nom de sites médicaux et reconnus sur lesquels elles peuvent trouver des informations sur ces incidents de contraception comme celui de l'INPES : www.choisirsacontraception.fr. Il est aussi essentiel de proposer des personnes à contacter. Ces personnes peuvent être la sage-femme libérale qui occupe d'ailleurs une place importante dans cette période des suites couches avec notamment le suivi à domicile dans le cadre du Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile (PRADO), le médecin généraliste, le gynécologue-obstétricien, le pharmacien ou le planning familial.

L'action peut également avoir lieu au niveau de la prévention des oublis. Actuellement des aides se développent notamment les applications pour smartphone. Plusieurs applications pour éviter les oublis de pilule existent (maPilule, Pil'à l'heure, iPilule...).

Un support écrit à distribuer lors de l'entretien contraceptif selon le type de contraception choisie ou lors de la sortie de la maternité avec les autres documents serait intéressant. Ce document pourrait être la carte de l'INPES « Que faire en cas d'oubli de pilule ? » qui rappelle les principales indications sur la conduite à tenir en cas d'oubli. Elle peut constituer un aide-mémoire facile et pratique en raison de sa taille de carte de crédit. (Annexe I).

Conclusion

L'étude de ce mémoire a permis de mettre en évidence un manque de connaissances des post-parturientes concernant la conduite à tenir en cas d'incident contraceptif. Or la pilule microprogestative, en raison des oublis et les préservatifs majoritairement utilisés sont plus à risque d'échec et de grossesse. Un certain nombre de femmes envisageaient des méthodes naturelles, elles aussi à risque d'échec en raison de l'incertitude du retour à la fertilité, ou ne souhaitaient aucune méthode. Les femmes envisageant le préservatif comme moyen de contraception dans le post-partum avaient un niveau de connaissances plus élevé que les femmes ayant recours à la pilule progestative. Certains facteurs influençaient positivement le score de connaissances ; un niveau d'études plus élevé, la primiparité, des antécédents de difficultés avec la contraception notamment l'oubli.

Certaines contraceptions recommandées dans le post-partum n'étaient pas ou peu représentées dans l'étude. C'était le cas de la MAMA. Cette méthode nécessite des conditions strictes pour être efficace. Il aurait été intéressant d'étudier les connaissances chez les femmes ayant choisi cette méthode. La non-représentation de toutes les contraceptions recommandées montre un manque de personnalisation de la contraception durant la période du post-partum. Cette période de bouleversements pendant laquelle l'attention est centrée sur le nouveau-né rend difficile une personnalisation de la contraception. Des études ont d'ailleurs montré une diminution de l'observance jusqu'à la visite post-natale. La sexualité et la contraception ne passant pas au premier plan, l'arrivée du nouveau-né, les bouleversements physiques ainsi que toutes les informations dispensées durant le séjour en maternité peuvent conduire à un mésusage de la contraception ; en particulier l'oubli, l'échec des méthodes naturelles en raison des modifications hormonales. C'est pourquoi l'information sur la conduite à tenir en cas d'incident contraceptif est recommandée par la HAS durant cette période du post-partum.

Les femmes reçoivent de nombreuses informations lors de leur séjour en maternité concernant leur suivi, le nouveau-né et le retour à domicile. Des études ont observé que les femmes étaient dans l'ensemble satisfaites de l'entretien contraceptif lors de ce séjour cependant pour nombre d'entre elles, elles ne se sentaient pas assez disponibles. Il est important d'améliorer l'information sur la conduite à tenir en cas d'incident contraceptif notamment en dehors de la grossesse lors du suivi gynécologique. De plus, lors de la période du post-partum, les professionnels de santé pourraient s'aider de supports écrits et donner ces documents lors de la sortie de la maternité ou lors de l'entretien contraceptif. Les femmes ne pouvant pas retenir toutes les informations données et le nouveau-né étant la préoccupation maternelle primaire, un document permettrait aux femmes d'avoir un support d'informations si une situation inhabituelle concernant la contraception se présentait.

Il serait intéressant de réaliser d'autres études sur ce sujet. Une étude multicentrique avec un effectif plus important permettrait de rechercher d'autres facteurs influençant les connaissances. Cela permettrait aussi de comparer les connaissances entre les femmes ayant eu un support écrit et celles n'ayant pas eu de support écrit. Une analyse étudiant les connaissances chez des post-parturientes mineures serait également pertinente. La réalisation d'études qualitatives serait intéressante pour l'exploration plus fine des facteurs influençant les grossesses rapprochées, et pour la recherche des freins à l'intégration des compétences des femmes en matière de sécurité contraceptive.

Références bibliographiques

1. Bajos N, Rouzaud-Cornabas M, Panjo H, Bohet A, Moreau C. La crise de la pilule en France: vers un nouveau modèle contraceptif ? [Internet]. 2014 [cité le 04/09/2016]; 511. Disponible sur : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19893/population.societes.2014.511.crise.pilule.fr.pdf
2. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Contraception, IVG et grossesses non désirées [Internet]. s.d. [cité le 04/09/2016]. Disponible sur : http://www.inpes.sante.fr/50000/pdf/votre_pratique/2010-contraception.pdf
3. Blangis F, Lopes P, Branger B, Garnier P, H-J Philippe, Ploteau S. La contraception du post-partum : à propos de 600 patientes dont 129 revues à la consultation post-natale. Gynécologie obstétrique et fertilité [En ligne]. 2013 [cité le 09/09/2016] ; 41 (9) : 499-504. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com.sicd.clermont-universite.fr/science/article/pii/S1297958913002002>
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 ; 2011 [En ligne]. [cité le 03/09/2016]. Disponible sur : <http://www.em-premium.com.sicd.clermont-universite.fr/article/273292/resultatrecherche/1>
5. Comité éditorial pédagogique UVMaF. Les suites de couches physiologiques. Université Médicale Virtuelle Francophone ; 2011 [En ligne]. [cité le 03/09/2016]. Disponible sur : <http://www.uvmf.org/UE-obstetrique/suitescouches/site/html/>
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 06/09/2016] ; 9 (1) : 31-43. Disponible sur : http://ac.els-cdn.com.sicd.clermont-universite.fr/S1637408810000027/1-s2.0-S1637408810000027-main.pdf?_tid=664de99c-120c-11e7-88fc-00000aab0f6c&acdnat=1490523192_0477dc35be3150a38839933b767fbbb6
7. Serfaty D. Contraception des femmes allaitantes : place des spermicides. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction [En ligne]. 2015 [cité le

03/09/2016]; 44 (1) : 18-27. Disponible sur : <http://www.em-premium.com.sicd.clermont-universite.fr/article/946724/resultatrecherche/2>

8. Raccach-Tebeka B, Plu-Bureau G. Contraception du post-partum : recommandations pour la pratique clinique. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction [En ligne]. 2015 [cité le 06/09/2016] ; 9 . Disponible sur : http://ac.els-cdn.com.sicd.clermont-universite.fr/S0368231515002616/1-s2.0-S0368231515002616-main.pdf?_tid=6248a3cc-120d-11e7-9682-00000aab0f01&acdnat=1490523615_241dc5d2e69192b6f96d0b5a15b84a0f

9. Bydlowski M, Golse B. De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. La carnet psy [En ligne]. 2001 [cité le 06/09/2016] ; 63 (3) : 30-33. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2001-3-page-30.html>

10. Connolly A, Thorp J, Pahel L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct [En ligne]. 2005 [cité le 06/09/2016] ; 16 (4) : 263-267. Disponible sur : <https://link.springer.com.sicd.clermont-universite.fr/article/10.1007/s00192-005-1293-6>

11. Langer B, Minetti A. Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction [En ligne]. 2006 [cité le 06/09/2016] ; 35 (1) : 1S59-1S67. Disponible sur : http://ac.els-cdn.com.sicd.clermont-universite.fr/S0368231506764997/1-s2.0-S0368231506764997-main.pdf?_tid=1987c224-080a-11e7-886c-00000aab0f6b&acdnat=1489422693_9b37022360be954312c141eb5ba60e45

12. Rowland M, Foxcroft L, Hopman WM, Patel R. Breastfeeding and sexuality immediately postpartum. Can Fam Physician [En ligne]. 2005 [cité le 06/09/2016] ; 51 (10) : 1366-1367. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1479788/>

13. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Comment aider une femme à choisir sa contraception ? [Internet]. 2013 [cité le 07/09/2016]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf>

14. Agence nationale d'évaluation et d'accréditation en santé. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme [Internet]. 2004 [cité le 07/09/2016]. Disponible sur : http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/contraception_recommandations_has.pdf
15. Pourtier E. La contraception du post-partum : satisfaction des patientes sur l'entretien contraceptif en suites de couches [Mémoire]. [Clermont-Ferrand] : Université d'Auvergne; 2013.
16. Organisation mondiale de la santé. Planification familiale/Contraception [Internet]. 2015 [cité le 07/09/2016]. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/fr/>
17. La haute autorité de santé. Contraception chez la femme en post-partum [Internet]. 2015 [cité le 09/09/2016]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj-contraception-post-partum-060215.pdf
18. La haute autorité de santé. Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. 2015 [cité le 09/09/2016]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf
19. Vidal. Nexplanon [Internet]. 2016 [cité le 09/09/2016]. Disponible sur : <http://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-gp4719-NEXPLANON.html>
20. Vidal. Optilova [Internet]. 2016 [cité le 09/09/2016]. Disponible sur : <http://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-gp5061-OPTILOVA.html>
21. Fanello S, Parat-Pateu V, Dagorne C, Hitoto H, Collet J, Routiot T, Baron C, Fournié A. 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 09/09/2016] ; 36 (4) : 369-374. Disponible sur : <http://www.em-premium.com.sicd.clermont-universite.fr/article/118085/resultatrecherche/3>

22. La haute autorité de santé. Efficacité des méthodes contraceptives [Internet]. 2013 [cité le 12/09/2016]. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/efficacite-methodes-contraceptives.pdf>
23. Organisation mondiale de la santé. Contraception d'urgence [Internet]. 2016 [cité le 12/09/2016]. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/fr/>
24. Vidal. Microval® [Internet]. 2017 [cité le 12/09/2016]. Disponible sur : <http://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-omicro01-MICROVAL.html>
25. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Que faire en cas d'oubli de pilule ? Il faut réagir vite [Internet]. s.d. [cité le 12/09/2016]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1368.pdf>
26. Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Santé publique France. Choisirsacontraception.fr, En cas d'oubli [Internet]. s.d. [cité le 12/09/2016]. Disponible sur : <http://www.choisirscontraception.fr/urgences/en-cas-d-oubli-de-pilule/21-adepal.htm>
27. Service d'Orthogénie et médecine du couple-clinique de Gynécologie-Hôpital Jeanne de Flandres - C H R – Lille. J'ai oublié ma pilule [Internet]. 2016 [cité le 12/09/2016]. Disponible sur : <http://g-oubliepilule.com/>
28. La haute autorité de santé. Fiche mémo : contraception d'urgence [Internet]. 2015 [cité le 12/09/2016]. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-urgence.pdf>
29. Vidal. Norlevo® [Internet]. 2017 [cité le 12/09/2016]. Disponible sur : <http://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-gf290013-NORLEVO.html>
30. Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. Lévonorgestrel [Internet]. 2016 [cité le 15/01/2017]. Disponible sur : <http://lecrat.fr/articleSearchSaisie.php?recherche=norlevo>

31. Vidal. EllaOne® [Internet]. 2017 [cité le 12/09/2016]. Disponible sur : <http://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-gp3914-ELLAONE.html>
32. Centre de Référence sur les Agents tératogènes. Ulipristal [Internet]. 2015 [cité le 15/01/2017]. Disponible sur : <http://lecrat.fr/articleSearchSaisie.php?recherche=ellaone>
33. La haute autorité de santé. Commission de la transparence, Ellaone 30 mg comprimé [Internet]. 2010 [cité le 12/09/2016]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/ellaone_-_ct-7137.pdf
34. Ministère des affaires sociales et de la santé, Santé publique France. Le DIU au cuivre comme contraception d'urgence [Internet]. s.d. [cité le 12/09/2016]. Disponible sur : <http://www.choisirsacontraception.fr/urgences/la-contraception-d-urgence/le-diu-au-cuivre.html>
35. La haute autorité de santé. Recommandations en santé publique, Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance [Internet]. 2013 [cité le 12/09/2016]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence_-_synthese_et_recommandations.pdf
36. Dedecker F, Graesslin O, Ceccaldi P-F, Baudelot E, Montilla F, Derniaux E, Gabriel R. Grossesses rapprochées : facteurs de risque et conséquences périnatales. La revue sage-femme [En ligne]. 2006 [cité le 16/09/2016] ; 5 : 88-94. Disponible sur : http://ac.els-cdn.com/sicd.clermont-universite.fr/S1637408806760357/1-s2.0-S1637408806760357-main.pdf?_tid=debce1e4-1b7b-11e7-bf02-00000aab0f6b&acdnat=1491560629_de1d63926e2e67fa6bf68af0a428902b
37. Addioui-Beal K. Grossesses rapprochées : complications, profil des patientes et anémie [Mémoire]. [Clermont-ferrand] : Université d'Auvergne ; 2012.
38. INPES. La meilleure contraception c'est celle que l'on choisit. Dossier de presse du 11 septembre 2007 [Internet]. 2007 [cité le 16/09/2016]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/07/dp070911.pdf>

39. Jérôme L. La grossesse chez les adolescentes [Mémoire]. [Angers] : Université d'Angers ; 2010.
40. Leslie KM, Société canadienne de pédiatrie, Comité de la santé de l'adolescent. La grossesse à l'adolescence [Internet]. 2006 [cité le 10/01/2017]. Disponible sur : <http://www.cps.ca/fr/documents/position/grossesse-adolescence>
41. Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire. Les grossesses à l'adolescence en France [Internet]. 2016 [cité le 10/01/2017]. Disponible sur : http://www.injep.fr/sites/default/files/documents/fr36_grossesses_ado.pdf
42. Tirland M. La prévention des grossesses non désirées chez les étudiants de 20 à 24 ans par l'utilisation de la contraception d'urgence [Mémoire]. [Grenoble] : Université Joseph Fourier, Département Maïeutique ; 2014.
43. Munéry J. 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 [Mémoire]. [Clermont-Ferrand] : Université d'Auvergne ; 2016.
44. Rondepierre L. Quand le pré-partum rencontre le post-partum [Mémoire]. [Paris] : Université Paris Descartes ; 2010.
45. Flaux M. Observance de la contraception du post-partum : causes de non-observance : satisfaction de l'information reçue sur la contraception [Mémoire]. [Grenoble] : Université Joseph Fourier ; 2013.
46. Shreepad Bhat S, Damle H, Darawade S P, Junnare K, Ashturkar M. To study the acceptance of postpartum intrauterine contraceptive device, CU T 380 A, in a tertiary care hospital in India. Journal of reproductive health and medicine [En ligne]. 2016 [cité le 12/01/2017] ; 2 : 93-98. Disponible sur : http://ac.els-cdn.com/sicd.clermont-universite.fr/S2214420X16300134/1-s2.0-S2214420X16300134-main.pdf?_tid=ec28bdf0-1f9d-11e7-ab7a-00000aab0f6c&acdnat=1492015059_4024a04f084d8094d3d924bdb9caf3a1

47. Baldwin MK, Edelman AB, Lim JY, Nichols MD, Bednarek PH, Jensen JT. Intrauterine device placement at 3 versus 6 weeks postpartum: a randomized trial. *Contraception* [En ligne]. 2015 [cité le 12/01/2017] ; 93 (4), 356-363. Disponible sur : http://ac.els-cdn.com/sicd.clermont-universite.fr/S0010782415006800/1-s2.0-S0010782415006800-main.pdf?_tid=5288e75e-1d1a-11e7-8d28-00000aacb35d&acdnat=1491738635_414bc9c71c706289f7d91ea8ddb66b09
48. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Contraception : que savent les français ? Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux [Internet]. 2007 [cité le 12/01/2017]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/07/dp070605.pdf>
49. Genton E. Etat des lieux de l'information reçue par les femmes sur la contraception du post-partum lors du séjour en suites de couches [Mémoire]. [Grenoble] : Université Joseph Fourier, Département Maïeutique ; 2015.
50. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les interruptions volontaires de grossesse en 2013 [Internet]. 2015 [cité le 12/01/2017]. Disponible sur : http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_924_ivg_web.pdf
51. 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 12/01/2017] ; 61 : 351-357. Disponible sur : http://ac.els-cdn.com/sicd.clermont-universite.fr/S0010782400001177/1-s2.0-S0010782400001177-main.pdf?_tid=7c031f60-1f9e-11e7-82a0-00000aab0f6b&acdnat=1492015300_e8cba103b3de6ea6a08411a900e56674
52. Barjot P, Graesslin O, Cohen D, Vaillant P, Clerson P, Hoffet M. Grossesses sourvenant sous contraception orale : les leçons de l'étude GRECO. *Gynécologie, obstétrique et fertilité* [En ligne]. 2006 [cité le 12/01/2017] ; 34 (2) : 120-126. Disponible sur : <http://www.em-premium.com/sicd.clermont-universite.fr/showarticlefile/39460/main.pdf>

53. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Les Français et la contraception [Internet]. 2007 [cité le 12/01/2017]. Disponible sur : http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/francais_et_contraception.pdf
54. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Les comportements de santé des jeunes : Analyses du baromètre santé 2010 [Internet]. 2010 [cité le 13/01/2017]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/barometres/barometre-sante-2010/comportement-sante-jeunes/pdf/Pratiques-contraceptives-jeunes-femmes-moins-de-30-ans.pdf>
55. Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C, équipe de l'enquête Fécond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? [Internet]. 2012 [cité le 13/01/2017]. Disponible sur : https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19160/pes492.fr.pdf
56. Amsellem-Mainguy Y. Recours et résistances à l'utilisation de la contraception d'urgence. La santé de l'Homme [En ligne]. 2009 [cité le 13/01/2017] ; 399 : 8-10. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/articles/399/05.htm>
57. Genser E, Bracq C. Les femmes, les leaders d'opinion et la contraception d'urgence en 2012 [Internet]. 2012 [cité le 13/01/2017]. Disponible sur : http://www.bva.fr/data/sondage/sondage_fiche/1165/fichier_presentation_femmes_et_leaders_contraception_durgence_hra3fd1c.pdf
58. Lathrop E, Telemaque Y, Haddad L, Stephenson R, Goedken P, Cwiak C, Jamieson DJ. Knowledge and use of and opportunities for emergency contraception in Northern Haiti. International Journal of Gynecology and Obstetrics [En ligne]. 2012 [cité le 15/01/2017] ; 121 :60-63. Disponible sur : http://ac.els-cdn.com.sicd.clermont-universite.fr/S0020729212006777/1-s2.0-S0020729212006777-main.pdf?_tid=2f00b94c-0be0-11e7-aa03-00000aacb361&acdnat=1489844494_68a80d2adcc6f4dc03438dcaadb49a41
59. E.Westle, A. Glasie. Emergency contraception : dispelling the myths and misperceptions [Internet]. 2010 [cité le 15/01/2017]. Disponible sur <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/4/10-077446.pdf>



60. Lader D, Office for national statistics. Opinions survey report N° 41, Contraception and sexual health [Internet]. 2008-2009 [cité le 15/01/2017]. Disponible sur : <https://www.pdfFiller.com/22312269-2008-09pdf-Contraception-and-Sexual-Health-2008-9-Office-for-National-Statistics-Various-Fillable-Forms>
61. Laurent M. L'entretien de contraception lors du séjour de suites de couches : enquête de satisfaction auprès de 183 patientes et évaluation des pratiques professionnelles auprès de 13 sages-femmes à la maternité régionale universitaire de Nancy [Mémoire]. [Nancy] : Université de Lorraine ; 2014.
62. Shaabana O M, Hassenb S G, Nour S A, Kames M A, Yones E M. Emergency contraceptive pills as a backup for lactational amenorrhea method (LAM) of contraception : a randomized controlled trial. Contraception [En ligne]. 2013 [cité le 13/01/2017] ; 87 : 363-369. Disponible sur : http://ac.els-cdn.com.sicd.clermont-universite.fr/S0010782412007202/1-s2.0-S0010782412007202-main.pdf?_tid=d3a326ae-0ca5-11e7-bd64-00000aacb361&acdnat=1489929382_9c6ab8502abdd48366b46efca1d04233
63. Schreiber C A, Ratcliffe S J, Barnhart K T. A randomized controlled trial of the effect of advanced supply of emergency contraception in postpartum teens : a feasibility study. Contraception [En ligne]. 2010 [cité le 15/01/2017] ; 81 : 435-440. Disponible sur : http://ac.els-cdn.com.sicd.clermont-universite.fr/S0010782410000181/1-s2.0-S0010782410000181-main.pdf?_tid=1fe17786-0ca7-11e7-9988-00000aacb35f&acdnat=1489929939_4f3db5d43a883fa37ee5320d8307ed88
64. Carles K. La carte INPES : « que faire en cas d'oubli de pilule ? » Un outil utile en médecine générale [Thèse]. [Rouen] : Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Rouen ; 2014.
65. Stidham Hall K, Westhoff C L, Castanob P M. The impact of an educational text message intervention on young urban women's knowledge of oral contraception. Contraception [En ligne]. 2013 [cité le 15/01/2017] ; 87 (4): 449-454. Disponible sur : http://ac.els-cdn.com.sicd.clermont-universite.fr/S0010782412008141/1-s2.0-S0010782412008141-main.pdf?_tid=7962441c-0cb5-11e7-9f0c-00000aab0f27&acdnat=1489936102_49d28aeea2b3312588e9ea40134c99df

66. Pollet A. Oubli de pilule : Impact de la remise d'une information écrite sur les connaissances des femmes en médecine générale [Thèse]. [Paris VII] : Université Paris Diderot ; 2013.

Annexes

Annexe I : Carte INPES: Que faire en cas d'oubli de pilule?

Que faire en cas d'oubli de pilule* ?
Il faut réagir vite.

Nom de votre pilule :

Votre plaquette contient des comprimés inactifs (derniers comprimés de la plaquette) : oui non nombre

Délai au-delà duquel il existe un risque de grossesse : 3 h 12 h

Si le décalage est inférieur au délai ci-dessus, prenez immédiatement le comprimé oublié (2 comprimés peuvent être pris le même jour), puis les comprimés suivants à l'heure habituelle. Il n'y aura pas de risque de grossesse.

* Recommandations de la HAS. La notice de votre pilule peut donner des indications différentes. En cas de doute ou d'incompréhension, consultez conseil à un professionnel de santé.

403 899 110

Si vous avez dépassé le délai indiqué sur la carte

Pour retrouver une contraception efficace,

il faut au moins 7 jours de comprimés actifs en continu après l'oubli.

- 1 Prenez immédiatement le dernier des comprimés oubliés et poursuivez la plaquette à l'heure habituelle.
- 2 Utilisez des préservatifs pendant 7 jours.
- 3 Si l'oubli concerne 1 des 7 derniers comprimés actifs, poursuivez la plaquette jusqu'à la fin des comprimés actifs, puis enchaînez avec la plaquette suivante (sans jour d'interruption ou sans prise de comprimé inactif).

En cas de rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli, prenez la contraception d'urgence.



Pour plus d'information ou pour être aidée, rendez-vous chez votre pharmacien, dans un centre de planification ou sur www.choisirsacontraception.fr

Annexe II : Lettre d'information distribuée aux femmes

LETTRE D'INFORMATION

LA CONTRACEPTION DANS LE POST-PARTUM

EVALUATION DES CONNAISSANCES DES POST-PARTURIENTES SUR LA CONDUITE A TENIR EN CAS D'INCIDENT DE CONTRACEPTION DANS UNE MATERNITÉ D'Auvergne de Niveau III

Investigateurs :

- Alvy Barbara, étudiant(e) sage-femme à Clermont-Ferrand
- sous la direction de *Madame Poumeyrol Delphine, sage-femme enseignante à l'école de Clermont-Ferrand*

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

Madame,

Vous avez été invitée à participer à une étude appelée "*Evaluation des connaissances des femmes accouchées sur la conduite à tenir en cas d'incident de contraception dans le post-partum*".

Le **post-partum** étant définie comme la période qui s'étend des deux heures après l'accouchement jusqu'au retour de couches (retour des premières règles après l'accouchement) qui survient environ 6 à 8 semaines après la naissance.

Une étude sur *les connaissances des femmes accouchées sur la conduite à tenir en cas d'incident de contraception (oubli de pilule micro-progestative, rupture de préservatif ...)* est engagée au sein *la maternité du Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand*. 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 Delphine Poumeyrol, sage-femme enseignante à l'école de Clermont-Ferrand*.

1. Pourquoi cette étude

Problématique : les jeunes mères sont-elles sensibilisées à la conduite à tenir en cas d'incident de contraception et à la contraception d'urgence dans le post-partum ?

Les difficultés à se projeter dans le post-partum ainsi que le nouveau schéma familial rendent cette période peu propice à l'écoute attentive d'informations. Toutefois, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), celles de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) , l'information sur cette conduite à tenir et sur la contraception d'urgence reste nécessaire.

De plus, le risque d'échec de contraception dans le post-partum peut conduire à des grossesses rapprochées (délai inférieur à 6 mois entre 2 grossesses) qui sont plus à risque sur le plan maternel et foetal.

En France, 5% des Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) ont lieu dans les 6 mois qui suivent l'accouchement.

Ces femmes avaient-elles été sensibilisées avant ou pendant leur grossesse ou bien lors de leur suivi gynécologique, ou par un autre moyen ? Ont-elles reçu des informations lors de la prescription de leur contraception après l'accouchement ?

2. L'étude en pratique

Distribution et recueil de questionnaires anonymes à questions fermées (après consentement) durant la période d'hospitalisation des suites de couches vers J2-J3 (après informations sur la contraception réalisées).

Analyse des données à partir de novembre 2016.

3. Confidentialité et sécurité des données

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.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration auprès du CIL (Correspondant informatique et libertés).

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. Le

refus de participer à l'étude n'a aucune conséquence sur votre prise en charge en tant que patiente.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 7 août 2004, vous avez le droit d'avoir la 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 Poumeyrol Delphine: Ecole de sages-femmes Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand Université d'Auvergne- 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 :

Annexe III : Auto-questionnaire

LA CONTRACEPTION DANS LE POST-PARTUM

EVALUATION DES CONNAISSANCES DES POST-PARTURIENTES SUR LA CONDUITE A TENIR EN CAS D'INCIDENT DE CONTRACEPTION DANS UNE MATERNITÉ DE NIVEAU III

Renseignements généraux:

1. Age/année de naissance:.....

2. Origine géographique :

Française

Europe hors France

Afrique du Nord

Afrique

Asie

Amérique du Nord

Amérique du Sud

3. Situation familiale : Mariée Vit en couple Divorcée

Pacsée Célibataire Veuve

4. Niveau d'études : Sans diplôme Collège Primaire

CAP/BEP Baccalauréat Enseignement supérieur

5. Profession:

Agriculteur exploitant (secteur I)

- Artisan, commerçant, chef d'entreprise, profession libérale
- Cadre et profession intellectuelle supérieure
- Profession intermédiaire (enseignement, santé, fonction publique)
- Employée
- Ouvrière
- Autre : personne sans activité professionnelle

6. Type de protection sociale :

- Sécurité sociale + mutuelle
- Sécurité sociale sans mutuelle
- CMU
- AME (Aide Médicale d'Etat)
- Aucune

7. Avez-vous déjà des enfants ? Oui, combien ?..... Non

8. Combien avez-vous eu d'accouchements en dehors de celui-ci ?

- Nombre :.....

- Lieux :.....

- Années:.....

- Terme (accouchement à la date prévue ou proche de cette date) :.....

- Mode d'accouchement :

- Voie basse/ nombre:.....

- Voie basse avec instrument (forceps, ventouse ou spatules)/
nombre:..
- Césarienne/ nombre :.....

9. Avez vous déjà eu des ?

- Interruptions volontaires de grossesses (IVG)/ nombre:.....
- Fausses couches spontanées/ nombre:.....
- Grossesses extra-utérines/ nombre:.....
- Interruptions médicales de grossesse/ nombre:.....

Une grossesse extra-utérine est une grossesse se déroulant en dehors de l'utérus.

Grossesse et accouchement :

1. Votre grossesse était-elle ?

- Souhaitée, si oui Spontanée ou Assistance médicale à la procréation
- Inattendue

2. Durant votre grossesse, avez-vous eu une ou plusieurs pathologies (diabète, hypertension artérielle, pré-éclampsie, menace d'accouchement prématurée...) ou présentez vous une pathologie chronique ?

- Oui, si oui la/lesquelles:.....
- Non

3. Date du début de grossesse: ou date prévue de l'accouchement:

4. Date de l'accouchement:

5. Avez-vous accouché ?

- Naturellement par voie basse
- Par voie basse à l'aide d'une ventouse ou d'un forceps
- Césarienne programmée avant le début du travail
- Césarienne en urgence alors que le travail avait commencé

6. Comment alimentez-vous votre enfant ?

- Sein
- Biberon de lait artificiel
- Les deux

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

- A été abordée à l'initiative d'un professionnel de santé
- A été abordée à votre initiative
- N'a pas été abordée

Conduite à tenir en cas d'incident de contraception et contraception d'urgence:

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

- Pilule classique oestro-progestative Nom:.....
- Pilule microprogestative (Cérazette ®, Microval ®, Antigone gé®, Optimizette ®: Désogestrel 75µg)
- Implant sous-cutané (Nexplanon ®)
- DIU (stérilet) au Cuivre
- DIU (stérilet) hormonal progestatif (Mirena ®, Jaydess®)
- Patch dermique
- Anneau vaginal

Moyens locaux: préservatifs masculins ou féminins, capes cervicales, diaphragmes, spermicides
Précisez le moyen :

Méthodes naturelles: retrait, auto-observation
précisez la méthode naturelle :

Aucune

2. Avez-vous déjà eu une grossesse non désirée alors que vous utilisiez un moyen de contraception?

Oui Non

- Si oui, quel était ce moyen de contraception ?

3. Si oui, une interruption de grossesse (IVG) a-t-elle été réalisée ?

Oui Non

4. S'il y a déjà eu une interruption volontaire de grossesse (IVG) dans le cas cité ci-dessus:

- Nombre d'interruptions de grossesse:

- Années:

- Mode:

Médicamenteuse / nombre:..... Chirurgicale / nombre:.....

5. Avez-vous eu une discussion avec la sage-femme **lors de votre séjour en maternité** sur le choix de votre contraception après la sortie pour la remise de votre ordonnance ?

Oui

Non

Ne sais pas

6. **Après l'accouchement**, quelle est la contraception que vous envisagez ou qui vous a été prescrite jusqu'à la visite post-natale (dans 6 à 8 semaines)?

Pilule classique oestroprogestative / Nom:.....

Pilule microprogestative (Cérazette ®, Microval ®, Antigone gé®, Optimizette ®: désogestrel 75 µg)

Implant sous-cutané (Nexplanon ®)

Patch dermique

Anneau vaginal

DIU (stérilet) au cuivre

DIU (stérilet) hormonal progestatif (Mirena ®, Jaydess®)

Préservatifs masculins ou féminins

Cape/diaphragme

Spermicides

Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (ou appelée MAMA)

Autres méthodes naturelles

précisez:.....

Aucune

motif:.....

7. Combien de temps après l'accouchement allez-vous débiter votre contraception ?

A la sortie de la maternité

J 21

J 12

6 semaines après l'accouchement/ après la visite post-natale

Ne sais pas

Autre précisez:.....

8. Si le choix de votre contraception est la pilule, comment devez-vous la prendre ?

Tous les jours sans arrêt entre les plaquettes

Tous les jours avec un arrêt d'une semaine à la fin de ma plaquette

9. Avez-vous déjà rencontré des difficultés en matière de contraception avant la grossesse?

Oui Non

10. Si oui la/lesquelle(s) ?

Oubli

Coût

Mauvaise prise précisez :

Non adaptée au mode de vie en général

Autre précisez :

11. Connaissez-vous l'existence de la contraception d'urgence hormonale (dite pilule de lendemain ou du surlendemain) ?

Oui Non

12. Avez-vous déjà eu recours à cette contraception d'urgence ?

Oui

Non Si non, Pas besoin car pas de problème de contraception

Pas pensé

Contre

Ne savais pas l'utiliser

Autre précisez:.....

13. Pendant votre séjour à la maternité, vous a-t-on prescrit une contraception d'urgence en plus de vos autres prescriptions de sortie ?

Oui Non

14. Lors de la prescription de votre contraceptif habituel en dehors des suites de l'accouchement, avez-vous eu une information sur les oublis de pilule/ruptures de préservatifs ou autre "accidents de contraception"?

	Orale	Ecrite	Orale + écrite	Pas d'info
Oubli de pilule				
Utilisation des préservatifs				
Vomissements, diarrhées après la prise				
Certains médicaments				

15. Vous êtes-vous déjà informée sur les oublis/décalages de pilule, les ruptures de préservatifs, plus généralement les "accidents de contraception" ?

Oui Non

16. Si oui, par quels moyens ?

Internet: sites médicaux

Internet: forums

En pharmacie

Par contact avec le planning familial

Par contact avec un professionnel de santé (médecin généraliste, une sage-femme, un gynécologue)

Autre précisez:.....

17. Selon vous, l'ovulation et une nouvelle grossesse après l'accouchement sont possibles:

Tout de suite après

- Au bout de 3 semaines/1 mois
- Avant le retour de couches
- Après le retour de couches
- Pendant l'allaitement
 - Seulement après l'allaitement
 - Ne sais pas

18. En cas d'oubli de **MOINS** de 12 heures, que faites-vous ? (1 seule réponse possible)

- Vous prenez le comprimé oublié et poursuivez la plaquette normalement jusqu'à la fin
- Vous prenez le comprimé oublié et poursuivez la plaquette jusqu'à la fin et utilisez en plus des préservatifs
- Vous prenez la contraception d'urgence ou pilule du lendemain s'il y a eu un rapport sexuel récent
- Vous arrêtez la plaquette

19. En cas d'oubli de **PLUS** de 12 heures, que faites-vous (plusieurs réponses possibles)?

- Vous prenez le comprimé oublié et poursuivez la plaquette normalement jusqu'à la fin
- Vous prenez le comprimé oublié et poursuivez la plaquette jusqu'à la fin et utilisez en plus de préservatifs
- Vous prenez la contraception d'urgence ou pilule du lendemain s'il y a eu un rapport sexuel récent ou au moins 2 comprimés oubliés
- Vous arrêtez la plaquette

20. En cas de doute sur un risque de grossesse ou si vous n'êtes pas sûres d'avoir bien appliqué les consignes pour "récupérer l'oubli de pilule", que faites-vous ? (en quelques mots)

.....

.....

.....

.....

21. Quels sont les moyens de contraception d'urgence possibles (plusieurs réponses possibles)

- Norlevo® (1 comprimé)
- Ellaone ®(1 comprimé)
- DIU (stérilet) au cuivre
- Patch dermique
- Anneau vaginal
- Préservatifs
- Pilule classique oestroprogestative

22. Contraception d'urgence : pour être le plus efficace possible, elle doit être prise (plusieurs réponses possibles)

- Le plus tôt possible
- Le lendemain du rapport sexuel non protégé
- Jusqu'à 72 heures après le rapport sexuel non protégé
- Jusqu'à 5 jours après le rapport sexuel non protégé

23. Elle est efficace à 100% si elle est prise dès le lendemain du rapport sexuel non protégé

- Vrai
- Faux
- Ne sais pas

24. Elle peut être délivrée sans ordonnance

- Vrai
- Faux
- Ne sais pas

25. Comment estimez-vous être informée sur la conduite à tenir en cas "d'accident de pilule ou de préservatif" et sur la contraception d'urgence ?

Parfaitement

Correctement

Insuffisamment

Pas du tout

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

Merci.

Résumé

Introduction : Quatre pourcents des femmes ayant eu recours à une IVG ont eu un enfant six à douze mois auparavant. Les échecs de contraception notamment l'oubli restent donc fréquents en particulier dans la période du post-partum avec le risque d'une grossesse non désirée et rapprochée. Cette étude s'est intéressée aux connaissances des accouchées sur la conduite à tenir en cas d'incident contraceptif dans le post-partum ainsi qu'à la contraception d'urgence.

Population et méthode : Une étude descriptive transversale a été réalisée du 12 septembre au 18 novembre 2016. 286 accouchées ont été recrutées dans une maternité de type trois de la région Auvergne. 207 femmes ont répondu à un auto-questionnaire distribué à partir du troisième jour après l'accouchement.

Résultats : 170 femmes ont été incluses : la majorité d'entre elles avaient choisi la pilule microprogestative ou le préservatif. 61,8 % des participantes connaissaient le risque de grossesse avant le retour de couches. La moitié des accouchées avaient un score de connaissances inférieur à 50 %. Le niveau d'études, la parité, la contraception dans le post-partum, des difficultés contraceptives, un recours antérieur à la contraception d'urgence et la connaissance du retour à la fertilité semblaient influencer favorablement ce score.

Discussion : Les contraceptions du post-partum n'étaient pas toutes représentées. Les résultats de cette étude malgré une population limitée sont en accord avec d'autres études. La sensibilisation des femmes sur le risque de grossesse et sur la conduite à tenir en cas d'incident contraceptif durant le post-partum est importante. Un support écrit pourrait être distribué en maternité. La question d'une prescription à l'avance d'une pilule de contraception d'urgence au cas par cas se pose également.

Mots-clés : Connaissances - Incident contraceptif – Contraception d'urgence – Post-partum

Abstract

Background : Four percent of women who had an abortion gave birth six to twelve months before. Contraceptive failures such as missed pill are still frequent especially in the post-partum period with a risk of an unwanted and closely-spaced pregnancy. Therefore this study has focused on what the women who have recently given birth know about what to do in case of any contraceptive incident and it has also focused on knowledge about emergency contraception.

Study design : A descriptive and cross-sectional study was conducted from 12th September to 18th November 2016. 286 women who have recently given birth in a type three maternity of Auvergne region were recruited. 207 women completed the self-assessment questionnaire from the third day after childbirth.

Results : A total of 170 women are included. The majority of women chose the progestogen-only pill or the condom. 61,8% know the return of fertility and the risk of pregnancy. Around half of the women have a knowledge score lower than 50 %. Level of studies, parity, post-partum contraception, contraceptive difficulties, previous use of emergency contraception and knowledge about return of fertility seem to have a positive influence on their knowledge.

Discussion : Not all types of post-partum contraceptive methods are included in this study. These results despite a limited population are confirmed with results of others studies. Awareness of women on the risk of pregnancy and what to do in case of any contraceptive incident is very important. A leaflet about what to do in case of any contraceptive incident could be given at the maternity. There is also the question about advanced supply of emergency contraception, which is not systematically recommended but on case-by-case.

Keywords : Knowledge – Contraceptive incident – Emergency contraception – Postpartum period