HAL
open science

La prescription de la contraception : “ quand le post-partum s’en mêle ”

Mbimba Annette Badibanga

To cite this version:

Mbimba Annette Badibanga. La prescription de la contraception : “ quand le post-partum s’en mêle ”. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02268663

HAL Id: dumas-02268663

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02268663v1

Submitted on 21 Aug 2019

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.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

ECOLE DE SAGES-FEMMES

MEMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2018

LA PRESCRIPTION DE LA CONTRACEPTION : « QUAND LE POST-PARTUM S'EN MÊLE »

Enquête auprès des femmes dans les maternités du CHU de Rouen et du Centre Hospitalier du Belvédère sur la contraception dans le post-partum

MEMOIRE PRESENTE PAR :

Madame Mbimba Annette BADIBANGA

Née le 01 Mai 1994

SOUS LA DIRECTION DE : Florence DESSOGNE, Sage-femme cadre au CHU de ROUEN

LA PRESCRIPTION DE LA CONTRACEPTION : « QUAND LE POST-PARTUM S'EN MÊLE »

Enquête auprès des femmes dans les maternités du CHU de Rouen et du Centre Hospitalier du Belvédère sur la contraception dans le post-partum

Remerciements

Mes remerciements s'adressent à :

Madame Florence DESSOGNE, ma directrice de mémoire, pour son expertise, sa disponibilité et son accompagnement.

Madame Solène LETONDOT pour m'avoir guidé et pour son soutien tout au long de la réalisation de ce travail.

Aux sages-femmes enseignantes de l'école de Rouen pour leur accompagnement et bienveillance ces dernières années.

A mon père Sylvain et ma mère Marie, ainsi qu'à mon frère et mes sœurs, pour leur amour, leur patience et leur soutien indéfectible durant toutes ces années d'étude. Ils ont su m'encourager, m'élever par leurs prières et ont toujours cru en mes capacités.

A Maureen et Christian, pour leur amitié et leur soutien.

A Angéline, Babette, Dorine, Myriam et Pauline pour leur aide et soutien durant la réalisation de ce projet, ainsi que cette belle amitié qui s'est créé au fil des années.

Table des matières

Liste des acronymes 8

Introduction 1

Partie 1 : Revue de la littérature 2

1. Généralités autour de la contraception 2

1.1 Efficacité des moyens contraceptifs 2

1.2 La contraception en France 3

1.2.1 Les méthodes oestro-progestatives 4

1.2.2 Les méthodes progestatives 5

1.2.3 Les dispositifs intra-utérins 6

1.2.4 Les méthodes barrières et chimiques 7

1.2.5 Les méthodes naturelles 8

1.2.6 Les méthodes de stérilisations 8

1.3 L'information sur la contraception 8

1.3.1 Compétences des sages-femmes 8

1.3.2 Information et législation [16] 9

1.3.3 La « consultation de contraception » [17] 10

2. Les spécificités du post-partum 11

2.1 Intérêt de la planification familiale dans le post-partum 11

2.2 Le séjour en maternité 13

2.2.1 La durée du séjour 13

2.2.2 La disponibilité des patientes 15

2.3 La reprise de l'activité sexuelle 16

2.4 La prescription de la contraception du post-partum 17

2.4.1 Quand donner l'information ? 17

2.4.2 Les spécificités du post-partum 18

2.4.3 Les recommandations pratiques pour le post-partum [2,22] 20

Partie 2 : Etude, matériel et méthode 22

1. L'étude 22

1.1 Problématiques et hypothèses 22

1.1 Objectifs 22

1.2 Matériel et méthode 23

1.2.1 Paramètres d'évaluation et analyse statistique 24

1.2.2 Critères de sélection des patientes 25

1.3 Résultats 25

1.3.1 Profil des patientes 26

1.3.2 La consommation de tabac 27

1.3.3 Grossesse et accouchement 27

1.3.4 Disponibilité et projection des patientes lors du séjour en maternité 29

1.3.5 La contraception et la reprise de la fertilité après l'accouchement 31

1.3.6 Utilisation et réflexion des patientes sur la contraception 35

1.3.7 Retour sur l'entretien de contraception et prescription de la contraception 6 à 8 semaines après l'accouchement 41

1.3.8 Analyse comparative 48

Partie 3 : Discussion 55

1. Points forts et faiblesses de l'étude 55

2. Analyse des résultats 56

2.1 Utilisation et connaissances de la contraception avant la grossesse 56

2.2 Connaissances des patientes autour de la contraception du post-partum et de la physiologie du post-partum 57

2.3 Disponibilité et projection des patientes lors du séjour en maternité par rapport à la contraception du post-partum 58

2.4 Retour à domicile et reprise de l'activité sexuelle 60

2.5 Utilisation de la contraception du post-partum 61

2.6 Retour sur l'entretien de contraception et suggestions des patientes 63

3. Propositions d'actions 65

Conclusion 67

Bibliographie 68

Annexes 73

Liste des acronymes

AA = Alimentation artificielle

AM = Allaitement maternel

AMM = Autorisation de Mise sur le Marché

AVB = Accouchement Voie Basse

CNGOF = Collège Nationale des Gynécologues Obstétricien Français

CSP = Code de la Santé Publique

DIU =Dispositif Intra-Utérin

DMS = Durée Moyenne de Séjour

DREES = Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ENP = Enquête Nationale de Périnatalité

HAS = Haute Autorité de Santé

HTA = Hypertension Artérielle

INSERM = Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IVG = Interruption Volontaire de Grossesse

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

OCDE = Organisation de Coopération et de Développement Economiques

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

OP = Oestro-progestatifs

PNP = Préparation à la Naissance et à la Parentalité

SOPK = Syndrome des Ovaires Polykystiques

Introduction

Le post-partum est la période qui commence après l'accouchement et se termine 6 semaines après celui-ci. La fin de cette période est caractérisée par le retour de couches, c'est-à-dire le retour des premières menstruations qui signe la reprise de l'ovulation en amont, cette dernière étant possible à partir du 21ème jour suivant l'accouchement. Chez la femme qui allaite, la reprise de l'ovulation est plus imprévisible. Une fécondation peut alors avoir lieu de façon précoce et non souhaitée, après un accouchement.

Lors du séjour en maternité, les patientes bénéficient d'un entretien dédié à l'information sur les moyens de contraception pouvant être utilisés durant le post-partum et la reprise d'une activité sexuelle ; cet entretien aboutit à la prescription d'une méthode contraceptive si cela correspond au souhait de la patiente et/ou du couple.

Une méthode contraceptive adaptée aux patientes, en prenant en compte leurs attentes et mode de vie, permettrait d'optimiser l'acceptation et l'observance de celle-ci et d'éviter l'exposition des patientes à des grossesses rapprochées non désirées caractérisées par une morbidité obstétricale et néonatale importante, voire au risque d'interruption volontaire de grossesse (IVG). Pour cela il faut s'assurer que la patiente soit dans la capacité de se projeter afin de permettre un choix « libre et éclairé » et que le professionnel de santé ait la possibilité de mettre en œuvre l'ensemble des moyens recommandés pour que la méthode contraceptive choisie soit adaptée à la patiente et à son mode de vie [1]. Cependant ce n'est pas toujours le cas, que ce soit du point de vue professionnel ou des patientes. Pour y parvenir, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande d'informer les patientes pendant la grossesse, et si possible en couple [2].

L'objectif de ce mémoire est d'identifier les facteurs pouvant influencer la qualité de la prescription d'une méthode contraceptive lors du séjour en maternité et identifier les actions que l'on pourrait mettre en œuvre pour une prescription optimale de la contraception.

Ce travail présentera, dans un premier temps, les aspects entourant la contraception en expliquant brièvement les différentes méthodes contraceptives

disponibles, en abordant les compétences et rôles de la sage-femme, les recommandations pour la réalisation de l'entretien et la prescription de la contraception, puis les spécificités du post-partum. Dans un second temps, nous présenterons l'étude réalisée au sein de deux maternités de l'agglomération rouennaise puis nous discuterons les résultats et répondrons aux hypothèses et à la problématique posées par ce travail.

Partie 1 : Revue de la littérature

1. Généralités autour de la contraception

La contraception est une méthode utilisée *« {…} afin d'empêcher de façon réversible et temporaire la fécondation, et donc une grossesse. »* (La revue du praticien, juin 2011) [3]. De ce fait, à l'arrêt de la méthode contraceptive une grossesse peut être envisagée.

1.1 Efficacité des moyens contraceptifs

L'indice de Pearl est un outil permettant d'estimer l'efficacité théorique des différentes méthodes contraceptives, en désignant le nombre de grossesses survenant pour 100 femmes utilisant une méthode contraceptive donné pendant 1 an [3].

Le tableau suivant présente l'efficacité comparative des principales méthodes contraceptives :

Efficacité comparative des principales méthodes contraceptives		
Méthode	**Indice de Pearl ou efficacité théorique**	**Efficacité pratique**
Pilule oestroprogestative	0,3	8
Pilule progestative	0,3	8
Dispositif intra-utérin au lévonorgestrel	0,2	0,2
Dispositif intra-utérin au cuivre	0,6	0,8
Préservatifs masculins	2	15
Spermicides	18	29
Diaphragme et spermicides	6	16
Cape cervicale	9 à 26	16 à 32
Méthodes naturelles	1 à 9	20
Implants	0,05	0,05
Vasectomie	0,1	0,15
Ligature des trompes	0,5	0,5

Tableau 1. « Efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS 2011 (extrait) » [4]

D'après les recommandations pour la pratique clinique du Collège National des Gynécologues Obstétricien Français (CNGOF), il est important d'informer sur la différence entre l'efficacité théorique et l'efficacité pratique de la contraception (grade B), avec un risque d'échec augmentant avec le temps (grade C) [5].

1.2 La contraception en France

L'accès à la contraception a été autorisée en France à partir de 1967, par la loi Neuwirth et depuis 1974 certaines pilules contraceptives sont remboursées par la sécurité sociale. Cet accès est facilité pour les femmes majeures ainsi que pour les mineures grâce aux différents dispositifs et professionnels pouvant prescrire et/ou délivrer les moyens contraceptifs (ex : renouvellement d'une prescription médicale par le pharmacien pour la contraception orale) [6].

En 2016, environ 72% de femmes utilisaient une contraception en France. Pour 7 femmes sur 10 la méthode contraceptive restait une méthode médicalisée, en tête d'utilisation la pilule (36,5%) avec un taux diminuant avec l'âge pour laisser place au dispositif intra-utérin qui devient la méthode la plus utilisée à partir de 35 ans (34,6%). Entre 2010 et 2016, il y a une hausse du recours au préservatifs quel que soit l'âge et la parité [7].

Dans les méthodes hormonales utilisables, on retrouve :

- Les contraceptifs oraux (oestroprogestatifs (OP) ou progestatifs (P)) ;
- L'implant sous-cutané qui contient des micro-progestatifs ;
- Le dispositif intra-utérin (DIU) contenant également des progestatifs ;
- L'anneau vaginal ;
- Le patch transdermique ;
- Les progestatifs injectables.

La contraception d'urgence est utilisable, de façon exceptionnelle. Elle est recommandée en cas de rapport non ou mal protégé [2].

Dans les méthodes non hormonales, on retrouve :

- Le DIU au cuivre ;
- Les méthodes barrières : cape cervicale, diaphragme et préservatifs (c'est essentiellement le préservatif qui est utilisé pendant le post-partum) ;
- Les méthodes naturelles : essentiellement la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (dite la méthode MAMA) défini par l'Organisation Mondiale de la Santé pendant le post-partum, le retrait, la méthode d'abstinence périodique et d'auto-observation (Ogino et Billings) ;
- Les méthodes chimiques : les spermicides, qui ont une meilleure efficacité associés aux méthodes barrières ou à la méthode MAMA ;

Les méthodes de stérilisations ne sont pas des méthodes de contraception à proprement dites, car elles sont définitives, mais elles existent pour les hommes et pour les femmes.

1.2.1 Les méthodes oestro-progestatives

Il existe différentes voies d'administration des méthodes contraceptives hormonales oestro-progestatives :

- **Orale** pour la **pilule**,
- **Transdermique** pour le **patch**,
- **Intravaginale** pour l'**anneau**.

Elles sont composées de noréthistérone ou de lévonorgestrel contenant moins de 50µg d'éthinylestradiol, pour les contraceptifs oraux de 1ère et de 2ème génération (recommandés en 1ère intention) [8]. Les contraceptifs de 3ème et 4ème génération sont composés des progestatifs suivant : désogestrel, gestodène, norgestimate, drospirénone, chlormadinone, diénogest ou nomégestrol [4]. Le patch (norelgestromine) et l'anneau (étonogestrel) sont des contraceptifs de 3ème génération.

L'effet indésirable principal est le risque d'accidents thrombo-emboliques veineux et artériel, qui varie en fonction des doses d'éthinylestradiol. Les contraceptifs de 3ème génération contenant du gestodène et du désogestrel peuvent exposer les femmes à un sur risque thrombotique [4].

Les autres effets indésirables fréquents sont les nausées, la variation de poids, l'acné, la sensation de jambes lourdes, les mastodynies, les méno-métrorragies, les dysménorrhées et l'aménorrhée.

L'efficacité peut être diminuée en cas d'oubli, de diarrhée ou vomissements, ou d'association à certains médicaments [2].

1.2.2 Les méthodes progestatives

Il existe également différentes voies d'administration pour ces méthodes hormonales [2,8,9] :

- Orale pour la **pilule micro-progestative** contenant soit du lévonorgestrel ou du désogestrel ;
- Sous-cutanée pour l'**implant à l'étonogestrel**, qui fait partie des méthodes contraceptives de longue durée d'action et, qui est mis en place et efficace pendant 3 ans (diminution possible de l'efficacité en cas de surpoids ou d'obésité, néanmoins le CNGOF ne recommande pas de changement de méthode avant les 3 ans dans ce cas (grade B)[5]).
- Les **injections intra-musculaires d'acétate de médroxyprogestérone**, réalisables tous les 3 mois, sont associées à des risques de thrombose veineuse, une diminution de la densité minérale osseuse, ainsi qu'à une prise de poids ;

- Les **macroprogestatifs** par voie orale peuvent être utilisés dans certains cas spécifiques comme contraceptifs, du fait de leur action antigonadotrope. Cependant, ils n'ont pas l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour cette indication.

Les principaux effets indésirables sont les troubles menstruels (aménorrhée, spottings, irrégularités menstruelles).

1.2.3 Les dispositifs intra-utérins

Il y a deux types de DIU :

- **Le DIU au lévonorgestrel** (progestatifs) : il en existe trois dispositifs (Jaydess, Kyleena et Mirena), qui diffèrent par le dosage de lévonorgestrel et par leur durée maximale d'utilisation.
    - Le dispositif **Jaydess** contient 13.5mg de lévonorgestrel et en libère 12µg/24h. Par sa petite taille, il correspond au besoin des femmes nullipares souhaitant avoir recours à ce type de méthode contraceptive ; il a une durée d'utilisation maximale de 3 ans.
    - Le **Mirena** contient 50 mg de lévonorgestrel et en libère 20µg/24h. De taille standard il convient plus aux femmes ayant déjà eu un enfant et a une durée maximale d'utilisation de 5 ans.
    - Le dispositif **Kyleena** est le dernier DIU au lévonorgestrel mis sur le marché, intermédiaire entre les deux dispositifs précédents, il contient 19.5mg de progestatifs et libère 16µg de lévonorgestrel ; sa durée d'utilisation maximale est de 5 ans et il est de taille similaire au DIU Jaydess.

Les principaux effets indésirables sont les troubles menstruels (modification du profil des saignements au niveau de la durée, spottings et aménorrhée). Plus il y a de lévonorgestrel libéré et plus les patientes présenteront une aménorrhée secondaire et inversement plus la libération est faible et plus on observera des patientes présentant des troubles de types modification des saignements/spottings [10,11].

- Le **DIU au cuivre** : c'est une méthode non hormonale de longue durée d'action pouvant être utilisée, pour certains dispositifs, comme méthode contraceptive d'urgence dans le cas de rapports sexuels non ou mal protégés. La durée maximale d'utilisation varie de 4 à 10 ans selon les dispositifs. Il en existe de différentes tailles et formes pouvant correspondre à toutes les femmes, quel que soit la parité. Le principal effet indésirable du DIU au cuivre est la modification du cycle menstruel avec des *« {…} ménorragies, saignements irréguliers, douleurs et crampes au moment des règles. »* [4].

Les principaux risques liés à la pose d'un DIU sont le risque de perforation de l'utérus, d'expulsion du dispositif, des douleurs pelviennes souvent dues à des contractions utérines ou des saignements [4].

1.2.4 Les méthodes barrières et chimiques

Il s'agit des préservatifs masculins et féminins, les capes cervicales, diaphragmes et spermicides.

Ces méthodes demandent une assiduité de la part des couples qui les utilisent. Il faut savoir que le préservatif est la seule méthode protégeant contre les IST/sida. Les diaphragmes et capes cervicales sont des méthodes qui nécessitent un apprentissage dispensé par un professionnel de santé pour la première utilisation et ont une meilleure efficacité lorsqu'ils sont associés aux spermicides. Ces derniers se présentent sous formes d'ovules, gel, crème, mousse et film vaginal.

Les diaphragmes sont remboursés par la sécurité sociale à hauteur de 65% [9,12]. Depuis le 10 décembre 2018, les préservatifs masculin EDEN sont remboursés à 60% par l'Assurance maladie, dans la prévention de huit IST (virus de l'immunodéficience humaine, herpès simplex 2, chlamydia, gonorrhée, trichomonas, papillomavirus, hépatite B, syphilis) sous prescription sur ordonnance d'un médecin ou d'une sage-femme. Ils sont disponibles dans un conditionnement de 6, 12 ou 24 préservatifs par boîte [12].

De 2010 à 2016, l'usage de ces méthodes restait stable bien que minoritaire (toutes classes d'âges confondues) [7].

1.2.5 Les méthodes naturelles

Il s'agit des méthodes d'abstinence périodique (Ogino), d'auto-observation de la glaire cervicale (Billings), du retrait et de l'aménorrhée lactationnelle (MAMA).

L'aménorrhée lactationnelle peut être contraceptive les 6 premiers mois suivant un accouchement, en bloquant l'axe gonadotrope, à certaines conditions [2] :

- L'allaitement doit être exclusif jour et nuit, avec 6 à 10 tétées par jour ;
- Il ne doit pas y avoir plus de 6 heures d'intervalle entre 2 tétées la nuit et pas plus de 4 heures d'intervalle en journée ;
- Il doit persister une aménorrhée durant les 6 mois.

En ce qui concerne les autres méthodes, elles sont moins efficaces avec un taux d'échec élevé, de ce fait il est nécessaire d'informer les couples du fait qu'une grossesse non prévue peut éventuellement arriver et doit être acceptable [2].

1.2.6 Les méthodes de stérilisations

Il existe des méthodes de stérilisations masculines et féminines. Ces méthodes sont irréversibles et nécessitent d'être majeur, ainsi qu'un temps de réflexion obligatoire de 4 mois avant la réalisation de l'acte de stérilisation.

1.3 L'information sur la contraception

1.3.1 Compétences des sages-femmes

Selon l'article L4151-1 du code de la santé publique (CSP), les sages-femmes sont habilitées à pratiquer la surveillance des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant. Elles peuvent aussi réaliser l'examen postnatal à conditions que la grossesse ait été normale avec un accouchement eutocique [13].

Depuis la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) du 21 juillet 2009, les sages-femmes peuvent assurer les consultations en matière de gynécologie préventive et de contraception auprès des femmes en bonne santé tout au long de leur vie.

Cet élargissement de compétences, leur confère une autonomie sur l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi, à la surveillance et au dépistage de situation pathologique pour pouvoir adresser les patientes à un médecin. De ce fait, elles peuvent réaliser un frottis cervico-vaginal de dépistage, proposer et prescrire l'ensemble des moyens contraceptifs ainsi que réaliser la pose/ la surveillance et le retrait des méthodes barrières (cape, diaphragme), DIU et implant [14].

Lors des suites de couches, selon les maternités, les professionnels de santé amenés à réaliser l'entretien de contraception sont les sages-femmes ou les médecins (interne et/ou senior).

La sage-femme tient un rôle primordial de proximité dans la prévention et l'information auprès des femmes. [15]

1.3.2 Information et législation [16]

Selon l'article L1111-2 du code de la santé publique *« Toute personne doit être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que pour les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. {…} Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. ».*

Selon l'article R4127-35 du CSP, le professionnel de santé doit à son patient *« une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. »*. Il se doit de tenir compte de la personnalité du patient et doit s'assurer de la compréhension par celui-ci des explications qu'il lui donne.

Dans l'article L1111-4 du CSP depuis la loi du 4 mars 2002 il est précisé que *« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »*.

1.3.3 La « consultation de contraception » [17]

Pour l'entretien de contraception, il est recommandé par la HAS d'utiliser une méthode de déroulement qui est la méthode BERCER définie par l'OMS. Cette méthode se découpe en 6 étapes qui sont :

- **B**ienvenue : cette première étape permet de préciser le cadre de confidentialité de cet entretien et d'instaurer un climat de confiance avec la patiente ou le couple, ce qui permet ainsi d'aborder plus facilement certains points nécessaires à la prescription d'une contraception adaptée ;
- **E**ntretien : elle permet de recueillir des informations sur la patiente, le couple, leurs projet familiaux, leurs désirs et attentes ;
- **R**enseignements : cette étape est le moment pour le professionnel de santé d'informer de façon *« claire, précise et personnalisée »* la patiente sur les différentes méthodes qui peuvent lui être proposées ;
- **C**hoix : il est *« éclairé »* et revient uniquement à la patiente ;
- **E**xplications : le professionnel de santé explique les modalités d'utilisation de la méthode qui a été choisie, il peut être amené à faire une démonstration si possible. Cette étape permet aussi d'informer la patiente sur les conduites à tenir face à certaines situations telles que l'oubli ou les effets indésirables et le recours à *« une contraception de rattrapage »* ;
- **R**etour : cette dernière étape permet de programmer le suivi, de réévaluer la méthode contraceptive, l'adaptation avec le mode de vie de la patiente et son observance. Elle permet de voir avec la patiente si elle désire poursuivre cette méthode ou, dans le cas contraire, l'aider à choisir une nouvelle méthode plus adaptée. Dans le cadre du post-partum, cette dernière étape est réalisée lors de la visite post-natale avec une sage-femme, un gynécologue ou le médecin traitant s'il est habilité à réaliser le suivi gynécologique. D'où l'intérêt de la mise en place d'un professionnel référent afin de suivre le parcours de soins en périnatalité.

La méthode BERCER permet aux prescripteurs, de répondre au mieux aux attentes de la patiente. Il peut aussi y avoir une approche éducative ou une démarche de conseil et d'accompagnement qu'on appelle le « counseling » :

- La démarche éducative est un partenariat pédagogique qui va se centrer sur la personne afin de permettre une promotion de sa santé en le rendant autonome vis-à-vis de sa prise en charge. Cette approche individualisée se fonde sur ce que la personne est, sait, croit et espère et il en de même pour le soignant.
- *« Le counseling »* est une démarche de conseil et d'accompagnement permettant à la patiente d'exprimer son choix. Elle a été développée par Carl Rogers, un psychologue nord-américain qui est à l'origine de l'Approche Centrée sur le Patient (ACP) et de la Psychothérapie centrée sur le client [18]. Le counseling est basé sur l'empathie et le respect de la personne, tant sur le plan de la sexualité que sur le plan des sentiments, attitudes et besoins. Il impose un maximum de neutralité de la part du soignant vis-à-vis des démarches abordées et informations données.

L'entretien doit être un moment où le professionnel de santé et la patiente sont disponible et à l'écoute l'un de l'autre, car durant cet entretien la patiente va exprimer son désir et le professionnel va évaluer la possibilité de mettre en place ce que la patiente veut ou de la réorienter vers une méthode plus adaptée. Il s'agit de prendre en compte la patiente dans sa globalité.

La meilleure contraception est celle que la femme/le couple choisit [19]. En effet, le fait que le professionnel impose son choix contraceptif diminuerait la satisfaction des patientes (NP1) et *« pourrait diminuer la persistance contraceptive (NP4)* » selon le CNGOF, d'où l'intérêt de la personnalisation de l'entretien de contraception [5].

2. Les spécificités du post-partum

2.1 Intérêt de la planification familiale dans le post-partum

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *« la planification familiale permet aux populations d'atteindre le nombre souhaité d'enfants et de déterminer quel sera l'espacement des naissances. Elle consiste à utiliser des méthodes contraceptives et à traiter l'infécondité. »* [20] dans le but de réduire le besoin de recourir aux IVG (à

conditions que la méthode contraceptive fasse l'objet d'une bonne observance) [21]. La planification du post-partum doit faire partie intégrante des activités de santé maternelle et infantile et de planification familiale [20].

Comme il est retrouvé dans les recommandations pour la pratique clinique du CNGOF, *« Le post-partum constitue, pour les cliniciens, une occasion unique et privilégiée d'aborder la santé physique, psychique et sociale des femmes et de leur enfant. »* [22].

La contraception après l'accouchement est une problématique importante dans la santé génésique de la femme. Dans l'article *La contraception du post-partum : recommandations médicales, le point de vue des femmes,* 20,9% de femmes n'utilisaient pas de contraception dans le post-partum, près de 70% des femmes utilisaient une méthode hormonale par voie orale (30,8% d'OP et 38,5% de progestatifs), près de 9% utilisaient des préservatifs et 1% avaient recours aux méthodes naturelles ; aucunes femmes n'utilisaient de DIU ou avait eu recours à une méthode de stérilisation [23]. Le CNGOF rapporte que 6 à 8 semaines après l'accouchement, 30% des femmes n'utilisent pas de contraception [24].

En France selon le CNGOF, environ 2% des interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont lieu dans les 6 mois qui suivent un accouchement et 4% de femmes ont eu un enfant dans les 6 à 12 mois avant l'IVG ; cela représente 8476 IVG sur les 211 900 réalisés en 2016 [22,25]. L'une des principales causes de recours à l'IVG en France est le défaut d'observance [5]. Une étude cas-témoin rétrospective sur *Les facteurs de risques et conséquences périnatales des grossesses rapprochées* a mis en évidence le lien significatif entre le manque de prescription de la contraception et un intervalle diminué entre deux grossesses [26].

Cependant, c'est aussi un moment d'apprentissage de la parentalité pour les femmes/couples comme il est précisé dans l'article *Le post-partum, une période de transition* : *« le post-partum représente une période de bouleversements à la fois psychiques et familiaux : développement de la relation mère-enfant, découverte du nouveau-né et transformation du modèle familial. C'est aussi une période de changements physiques pour la femme qui perd les repères anatomiques liés à sa grossesse. »* [27].

2.2 Le séjour en maternité

2.2.1 La durée du séjour

Depuis 2014, la durée des séjours dits « standards » en maternité est de 3 à 4 jours à l'issue d'un accouchement par voie basse et de 4 à 5 jours pour une césarienne (en l'absence de complications), pour les couples mères-enfants à bas risque médical, psychique et social [28,29]. Les sorties précoces sont définies comme toutes sorties réalisées dans les 72 premières heures à la suite d'un accouchement par voie basse (soit avant J3) et dans les 96 premières heures suivant un accouchement par césarienne (soit avant J4) [28].

Lors de la dernière enquête nationale de périnatalité (ENP) réalisé en 2016 [30] :

- Il a été constaté pour les accouchements par voie basse, une diminution de la fréquence des séjours de quatre jours (38,2%) en faveur d'une augmentation des séjours de trois jours (46,9%) ; ainsi qu'une augmentation de la fréquence des sorties précoces passant de 3.3% en 2010 à 5,0% en 2016.
- On retrouve la même évolution en ce qui concerne les accouchements par césarienne, avec une diminution de la fréquence des séjours supérieurs ou égaux à six jours (16,9% contre 50,8% en 2010) et une augmentation des séjours de quatre jours (35,5%) ; la fréquence des sorties précoces a elle aussi augmenté en passant de 2,8% à 5,8% en 2016.

En 2015, l'Assurance Maladie a proposé la diminution de la durée moyenne des séjours (DMS) en maternité, afin de rejoindre en cinq ans la moyenne des pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE). Elle préconise de passer d'une durée de séjours standards de 4,2 jours à 3 jours, afin de permettre de réaliser des économies sur 5 ans de 425 millions d'euros en termes de coût pour les maternités ; la réduction significative de la DMS permettant ainsi la diminution corrélative du nombre de lits de maternité. Le programme d'accompagnement du retour à domicile ou PRADO, initialement mis en place en 2010 dans trois caisses primaires (Annecy, Rennes, Versailles), permet alors d'accompagner ce retour à domicile plus rapide avec un suivi organisé. Il vise à améliorer les conditions de prise en charge en ville à la sortie de

l'hospitalisation en permettant aux patientes de choisir la sage-femme de leur choix pour le suivi à domicile. Dans son rapport, l'Assurance Maladie a mis en évidence un lien entre l'utilisation du PRADO par les patientes et la diminution de la DMS [31].

Afin de permettre une meilleure organisation de la sortie de la maternité, devant une durée moyenne de séjour courte et qui a tendance à diminuer au fil des années, il est préconisé de l'organiser en période anténatale. La HAS recommande que les informations concernant le séjour à la maternité, le post-partum et le retour à domicile après l'accouchement soient données à chaque femme enceinte et/ou couple *« au cours du 3ème trimestre de la grossesse et avant la naissance »* ; ainsi que la mise en place d'un « professionnel référent de maternité » pour d'éventuelles informations et un « professionnel référent du suivi » qui permettrait la continuité du suivi de la mère et de l'enfant pendant le post-partum [32].

Il est important de notifier plusieurs moments clés lors de la grossesse pour réaliser cette préparation :

- Les consultations prénatales
- Les séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité
- L'entretien du 4ème mois
- Lors d'une éventuelle hospitalisation

Pour optimiser le suivi à la sortie de la maternité, il est proposé aux femmes venant d'accoucher de bénéficier d'une à deux séances post-natales entre le 8ème jour suivant l'accouchement et la visite post-natale (réalisé entre 6 et 8 semaines suivant l'accouchement), dans un but d'accompagnement du retour à domicile, réalisées par une sage-femme. Durant ces séances les femmes peuvent bénéficier d'une information sur la contraception [32].

Ces visites sont des :

> *« {…} séances individuelles, réalisées au cabinet ou à domicile, comportant des actions de prévention et de suivi éducatif en cas de besoins particuliers décelés pendant toute la grossesse ou reconnus après l'accouchement chez les parents ou chez l'enfant, en réponse à des difficultés ou des situations de vulnérabilité qui perdurent ou à des demandes des parents. Elles sont actuellement prises en*

charge intégralement au titre de l'Assurance Maternité. Afin de renforcer le besoin d'accompagnement des mères, un « entretien postnatal précoce » (réalisé préférentiellement entre J8 et J15 suivant l'accouchement) permettrait aux femmes d'exprimer leur vécu, leurs besoins voire leurs difficultés, afin que le suivi puisse être ajusté au regard de la discussion, en s'appuyant sur les ressources du réseau de santé en périnatalité. » [28].

Dès la déclaration de la grossesse, les patientes peuvent avoir ces informations sur le séjour de maternité et le post-partum grâce au « Guide de la maternité » de l'Assurance Maladie.

2.2.2 La disponibilité des patientes

Le séjour en maternité est considéré comme un des moments clé pour informer et organiser le suivi de la santé génésique de la femme. En effet, le professionnel de santé va pouvoir donner des informations à la patiente en ce qui concerne la santé génésique et la nécessité de mettre en place un suivi gynécologique après la grossesse.

Néanmoins il est intéressant de s'interroger sur la disponibilité de la patiente et/ou du couple. Lors des quelques jours passés à la maternité, la patiente doit retenir de nombreuses informations (mise en place de l'alimentation du nouveau-né, soins de puériculture, soins d'hygiène, conseils de sortie, etc.). C'est une période d'apprentissage, de transition tant bien sur le plan familial, physique, psychique et social. C'est la mise place de la parentalité pour la femme et/ou le couple. La principale préoccupation de la femme étant le nouveau-né et la préparation du retour à domicile, il est difficile d'avoir une attention optimale pour une bonne réception voire compréhension de toutes ces informations [33].

Au niveau psychique, le post-partum est marqué par de nombreux rebondissements émotionnels pouvant aller de l'affection bénigne aux troubles psychologiques nécessitant une hospitalisation en unité spécialisée mère-bébé et la mise en place d'un traitement par antidépresseurs. Les trois principales manifestations psychiques sont le baby-blues (30 à 70% des accouchées), la dépression du post-partum (10 à 15% des patientes) et la psychose puerpérale (1 à 2 naissances pour 1000) [34].

2.3 La reprise de l'activité sexuelle

Pour parler de contraception du post-partum, il faut aussi parler de la reprise de l'activité sexuelle.

Le niveau d'activité sexuelle est le plus souvent bas dans le post-partum, dû à de multiples facteurs (fatigue, lochies, appréhension de la cicatrisation du périnée, douleurs périnéales, sécheresse vaginale) [35]. Dans près de 50% des cas, la reprise de l'activité sexuelle est vers la 7ème semaine après l'accouchement [33]. Ce qui est retrouvé notamment dans l'étude de K. Von Sydow, où la reprise des rapports sexuels est vers 4-6 semaines après l'accouchement dans 29% des cas, 7-8 semaines après l'accouchement dans 58% des cas et au-delà de 8 semaines dans 13% des cas [36]. Dans une étude plus récente portant sur les effets de la grossesse et de l'accouchement sur la reprise de l'activité sexuelle dans le post-partum, 57% des patientes avaient repris une activité sexuelle à 6 semaines de l'accouchement et 82% à 12 semaines du post-partum [37].

Il y aurait une différence en fonction du type d'accouchement (césarienne ou voie basse), dans la littérature il est retrouvé que les relations sexuelles sont plus précoces après un accouchement par voie basse qu'après une césarienne [33].

Il est aussi retrouvé de façon générale, que les femmes qui allaitent ont un niveau d'activité sexuelle plus bas que les femmes qui n'allaitent pas et *« 80% des femmes qui allaitent disent être peu intéressées par la sexualité »*. Cela s'expliquerait par une perturbation du désir et du plaisir [9,33,35].

D'après l'ouvrage *L'après naissance en co-propriété* de M. Bydlowski et W. Pasini, *« il semble que la problématique sexuelle du post-partum dépasse très largement les frontières de la mécanique et de la chirurgie obstétricale. »* [38].

En effet de multiples facteurs influencent l'activité sexuelle après l'accouchement. Ils peuvent être [35] :

- Liés à la grossesse : notamment les métrorragies et/ou les infections ;
- Liés à l'accouchement qui a pu être source de traumatisme ou à l'origine d'une frustration (extraction instrumentale, césarienne) ;

- Liés au partenaire : crainte de blesser sa partenaire ou une attirance physique différente par rapport à avant la grossesse ;
- Liés à la femme (en fonction de l'acceptation des modifications de la grossesse ou pas) ;
- Liés à des facteurs extérieurs au couple : religieux, moraux, liés à l'arbitraire de certains discours médicaux.

Il y a un temps de réappropriation de son corps et surtout de sa zone génitale nécessaire, une lubrification moindre et une sécheresse vaginale physiologique. Le post-partum est une période marquée par une vulnérabilité aux dépressions post-natales, l'allaitement maternel, les aspects physiques, socio-culturels et le vécu de la femme et la perte d'intérêt pour la sexualité.

Il est donc important pour le professionnel de santé d'informer la patiente et le couple sur la reprise de l'activité sexuelle, en rappelant la physiologie du post-partum à ce moment, afin de permettre l'acceptation de la reprise progressive de l'activité sexuelle et prendre en compte les facteurs pouvant influencer celle-ci lors de la prescription d'une méthode contraceptive [35].

2.4 La prescription de la contraception du post-partum

2.4.1 Quand donner l'information ?

La HAS recommande d'informer la patiente, le couple si possible, au cours de la grossesse et de redonner l'information durant le séjour à la maternité, afin de leur prescrire un moyen contraceptif si cela correspond à leur souhait [2].

En pratique, l'entretien de contraception du post-partum est réalisé aux alentours de J2-J3, voire la veille ou le jour de la sortie de la maternité, selon l'organisation des services. A ce stade du séjour, rappelons que 30 à 70% des femmes sont concernées par le baby blues qui est souvent contemporain de la montée de lait [34]. La disponibilité et l'écoute de la patiente n'étant pas optimales, ce moment n'est souvent pas le plus propice à un entretien de contraception de qualité. En ce qui concerne l'information la veille de la sortie de la maternité, les patientes sont en pleine

préparation du retour à domicile et comme décrit auparavant elles peuvent manquer de disponibilité et d'écoute pour une bonne assimilation des informations.

Les conseils de sortie sont répartis en deux axes : le suivi post-natal de la mère et le suivi néonatal. L'entretien de contraception est souvent incorporé aux conseils de sortie. En effet, le professionnel de santé va pouvoir donner des informations concernant la rééducation périnéale et la reprise d'une activité physique, la consultation post-natale, les conseils d'hygiène, la reprise du travail (en fonction des situations), les ordonnances de sortie, les vaccins, etc. Tous ces points abordés peuvent être source d'oublis, du fait d'une multitude d'informations reçues dans un temps limité.

Pour rappel, selon les recommandations de la HAS : avoir sensibilisé une patiente à la contraception du post-partum pendant la grossesse permet de mieux préparer la sortie et de ne pas être en difficulté lorsque s'ajoutent d'autres informations délivrées lors du séjour à la maternité. Ainsi la patiente est tout autant réceptive au suivi contraceptif et gynécologique durant le post-partum.

Pour assurer le suivi, la visite post-natale permet de confirmer le choix de la méthode contraceptive, ou de la changer pour une méthode plus adaptée à la patiente (en fonction de son projet familial). Comme il est précisé dans les recommandations du CNGOF, cette consultation permet de *« clôturer la grossesse »*. Elle joue un « *rôle de synthèse »* et permet ainsi de faire le point sur les informations reçues et comprises par la patiente, ce qu'il faut revoir afin d'optimiser la santé génésique de celle-ci et il est recommandé d'informer la patiente sur les risques de grossesses non désirées ou rapprochées [22].

2.4.2 Les spécificités du post-partum

Toutes les méthodes contraceptives ne sont pas recommandées durant le post-partum. En effet, il faut attendre 6 à 8 semaines avant que l'utérus retrouve sa forme non gravide et que le col se referme ; il faut aussi prendre en compte le type d'allaitement ou les pathologies qui pourraient contre-indiquer une méthode contraceptive. Il est donc question d'adapter au maximum la contraception du post-partum à la patiente et son mode de vie. Néanmoins la contraception, par définition, n'est pas définitive. Elle peut donc être changé lors de la visite post-natale. On va

chercher à ce que la méthode contraceptive choisie soit adaptée à la patiente et à la situation particulière du post-partum.

Le choix de la méthode devra prendre en compte :

- L'allaitement éventuel ;
- Le risque thrombo-embolique veineux qui est majoré pendant la grossesse et dans les premières semaines du post-partum ;
- Les pathologies qui sont survenues pendant la grossesse.

L'allaitement maternel va se traduire par une hyperprolactinémie lactationnelle physiologique étant à l'origine de la baisse de fertilité du post-partum chez les femmes allaitantes ; la prolactine sécrétée va inhiber la sécrétion pulsatile de GnRH par l'hypothalamus et bloquer la sécrétion des hormones indispensable à la reprise des cycles menstruels [39]. Elle va par ailleurs abaisser la fixation des œstrogènes sur leurs récepteurs [40]. Certaines méthodes contraceptives se retrouvent proscrite durant le post-partum chez les femmes qui allaitent, du fait de leur impact sur l'allaitement et/ou l'enfant allaité. Il est suggéré dans certaines données de la littérature que l'administration d'œstrogènes aurait *« {…} plutôt un effet négatif sur la poursuite de l'allaitement exclusif (NP3) »* [9,39].

Le risque thrombo-embolique veineux est majoré pendant le post-partum avec une incidence multipliée par 4 à 10 par rapport à celle de la population générale. *« Ce risque est significativement augmenté jusqu'à 6 semaines avec un maximum de risques à 3 semaines. »* [9]. De nombreux facteurs vont majorer ce risque, notamment [41,42] :

- La consommation de tabac supérieure ou égale à 15 cigarettes par jour ; à savoir que lors de la dernière ENP réalisée en 2016, 30% de femmes interrogées fumaient avant la grossesse et 16,5% des femmes déclaraient fumer au moins 1 cigarette par jour lors du troisième trimestre de la grossesse [30] ;
- L'âge supérieur à 35 ans ;
- L'obésité ;
- La parité ;
- L'alitement prolongé ;

- L'utilisation d'une contraception oestro-progestative (due aux œstrogènes) ;
- Hypertension artérielle (HTA) ;
- Le diabète ;
- L'utilisation de médicaments inducteurs enzymatiques qui vont accroître ce risque thromboembolique mais qui sont aussi à l'origine d'une baisse de l'efficacité des méthodes contraceptives hormonales.

2.4.3 Les recommandations pratiques pour le post-partum [2,22]

Il est recommandé de prescrire une méthode contraceptive efficace à la sortie de la maternité, selon le souhait de la patiente et celle-ci est à débuter à partir du 21ème jour après l'accouchement. Avant ce délai, la HAS considère qu'une contraception n'est pas nécessaire car il n'y a pas encore eu de reprise de l'ovulation.

Pour les oestro-progestatifs, l'OMS autorise leur utilisation 21 jours après l'accouchement chez la femme qui n'allaite pas, en l'absence de contre-indications ou de facteurs de risques thrombo-emboliques veineux. Selon la HAS, leur utilisation peut se faire à partir de 42 jours (soit 6 semaines) après l'accouchement en l'absence de contre-indications et facteurs de risques thrombo-emboliques. En revanche pour la HAS et le CNGOF, ils ne sont pas recommandés chez la femme qui allaite dans les 6 mois suivant l'accouchement.

L'utilisation de progestatifs est possible dès le 21ème jour après l'accouchement, que la femme allaite ou pas son enfant, en l'absence de contre-indications (ex : accidents thrombo-embolique veineux évolutif, pathologie hépatique sévère, etc.).

Un DIU peut être prescrit à la sortie de la maternité et être posé lors de la visite post-natale. Selon les recommandations de la HAS, la pose du dispositif à partir de 4 semaines après l'accouchement est possible, une fois que le risque infectieux est écarté. Le DIU au cuivre peut être posé dans les 48 heures qui suivent l'accouchement, cela est peu courant en pratique du fait du risque d'expulsion liés au contractions utérines et le risque infectieux dans le post-partum [43].

L'implant, est à débuter au 21ème jour suivant l'accouchement. Comme les autres méthodes contraceptives, il est important d'informer les patientes sur les risques de troubles mensuels pouvant être à l'origine d'un retrait précoce du dispositif. Il est intéressant chez les jeunes adolescentes ayant des soucis d'observance.

Le CNGOF recommande de préférer les contraceptions dites « de longue durée » (implant ou DIU) pour les patientes à risque d'être perdues de vue et, d'évaluer la balance bénéfice/risque afin de discuter de l'insertion du dispositif avant la sortie de la maternité.

Les capes et diaphragmes sont à éviter du fait des modifications anatomiques de la filière génitale et leur utilisation nécessite le retour à sa forme non gravide de l'utérus.

Les préservatifs sont la seule méthode barrière recommandée pendant le post-partum, ils peuvent être associés aux spermicides ; il est recommandé de les associer à toute autre méthode contraceptive en cas de recherche d'une protection contre les IST/SIDA car c'est la seule méthode efficace dans ce cas.

Les méthodes naturelles ne sont pas recommandées en 1ère intention car elles sont moins fiables et nécessitent un retour de l'ovulation et des cycles normaux biphasiques [35]. Seule la méthode MAMA peut être utilisée dans le post-partum, à conditions que toutes les modalités permettant son caractère contraceptif soient respectées.

La stérilisation étant irréversible, ne peut pas être considérée au sens strict comme une méthode contraceptive et nécessite un temps de réflexion de 4 mois entre la demande initiale et la réalisation ; elle fait souvent l'objet d'une information anténatale et elle doit être appropriée à la situation.

D'après le CNGOF, *« il n'y a pas d'argument pour recommander systématiquement la délivrance d'une contraception d'urgence à la sortie de la maternité. ».* Cependant, il reste important d'expliquer aux patientes les modalités et mécanismes d'utilisation de la contraception d'urgence, ainsi que sa gratuité lorsqu'elle est prescrite [5].

La prescription de la contraception lors du post-partum doit respecter toutes les règles de prescription et les contre-indications inhérentes à la méthode envisagée. Pour

chaque méthode choisie, il est essentiel d'informer les patientes sur les modalités et durée d'utilisation, son efficacité, les contre-indications, les risques et effets indésirables possibles, les modalités d'instauration ou d'arrêt, le coût, le remboursement et les différentes modalités de rattrapages en cas de rapport mal ou non protégé.

Partie 2 : Etude, matériel et méthode

1. L'étude

1.1 Problématiques et hypothèses

Le séjour en maternité est une période du post-partum durant laquelle l'attention prolongée des patientes est difficile à obtenir. Elles sont dans une phase d'apprentissage de la parentalité et reçoivent de multiples informations dans un intervalle de temps qui a tendance à diminuer avec l'évolution de la durée moyenne des séjours et l'augmentation des sorties précoces. Néanmoins, c'est pendant ce séjour qu'est réalisé l'entretien de contraception aboutissant, ou non, à la prescription d'une méthode contraceptive.

Cela nous amène à la question de recherche suivante : Avec la diminution de la durée moyenne de séjour (DMS) et les sorties précoces, comment adapter au mieux la prescription de la contraception lors du séjour en maternité ?

Les hypothèses pour nous orienter dans la réponse à cette problématique sont :

1) Le choix d'une méthode contraceptive est marqué par la difficulté de projection des patientes lors du post-partum immédiat.
2) La contraception du post-partum est peu adaptée, à posteriori, aux attentes et aux modes de vie des patientes.

1.1 Objectifs

L'objectif de cette enquête est d'identifier les facteurs pouvant influencer la qualité de la prescription d'une méthode contraceptive lors du séjour en maternité et

identifier les actions que l'on pourrait mettre en œuvre pour une prescription optimale de la contraception du post-partum.

1.2 Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude prospective multicentrique à visée descriptive, réalisée au sein de deux maternités de l'agglomération rouennaise :

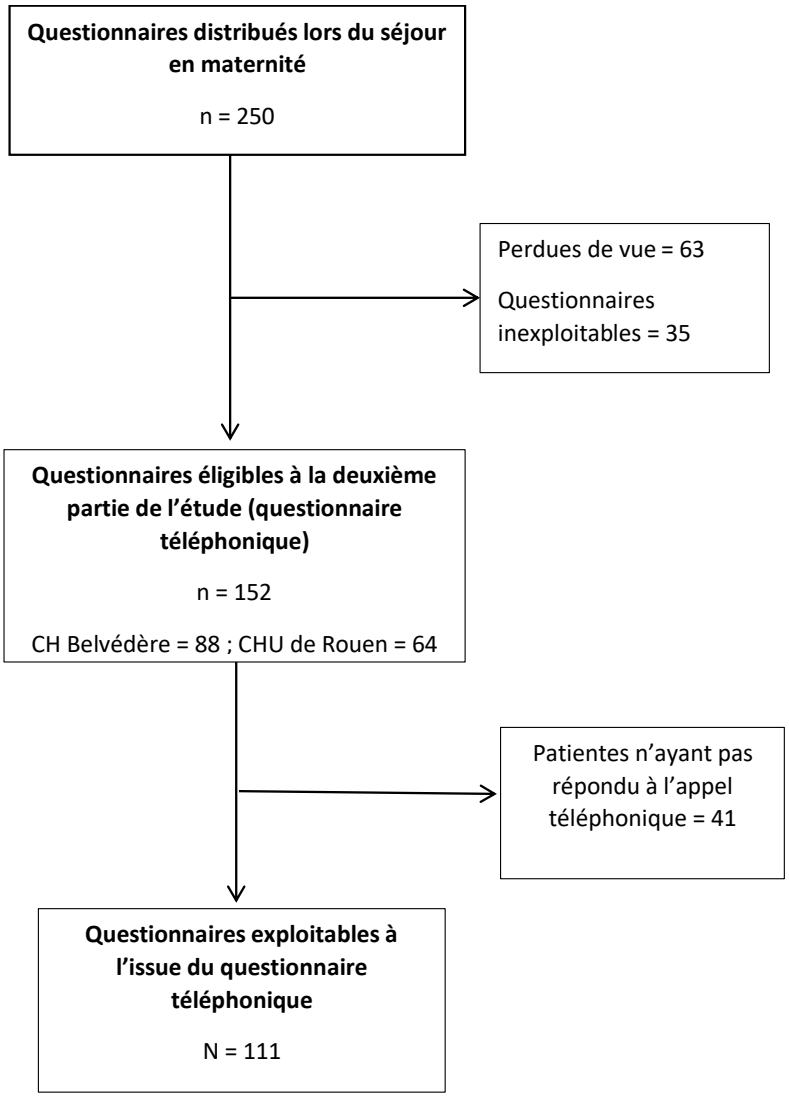
- Centre Hospitalier Universitaire de Rouen (niveau III)
- Centre Hospitalier du Belvédère (niveau IIa)

Au préalable, l'accord de l'Ecole de Sage-Femme de Rouen et des cadres des différentes maternités avait été obtenu. Un test du questionnaire a été réalisé auprès de 6 patientes répondant aux critères d'inclusions au CHU de Rouen, pour s'assurer de sa bonne compréhension et possibilité de réalisation. A l'issu de ce test, aucune des patientes interrogées n'a suggéré de modifications à apporter. La durée moyenne de remplissage était de 7 minutes.

Dans un premier temps, cette étude a consisté en la distribution de questionnaires non anonymes (Annexe I) en face à face auprès des patientes, par l'étudiante réalisant l'enquête, dans les différents services de suites de couches des maternités concernées par l'étude. Les questionnaires étaient redonnés à l'étudiante dans la majorité des cas ou aux sages-femmes des services (enveloppe mise à disposition dans chaque service pour éviter les pertes de questionnaires). Plusieurs passages par semaine ont été réalisés du 18/01 au 20/02/2018 permettant ainsi de récolter 152 questionnaires exploitables sur les 250 questionnaires distribués initialement. Sur l'ensemble des questionnaires exploitables 88 avaient été distribués au CH du Belvédère et 64 au CHU de Rouen.

Dans un second temps, les patientes dont le 1er questionnaire était exploitable ont été recontactés 6 à 8 semaines après leur date d'accouchement par l'étudiante sage-femme, afin de réaliser un questionnaire téléphonique (Annexe II). Les coordonnées des patientes, permettant le contact téléphonique, étaient préservées par la mise sous enveloppe du questionnaire une fois rempli et n'apparaissent pas dans le mémoire.

Cette seconde partie de l'étude a été réalisée du 01/03 au 17/04/2018. À la suite du premier appel téléphonique, un message était laissé sur la boîte vocale des patientes pour identifier l'étudiante et le contexte du mémoire et deux relances maximum étaient réalisées auprès des patientes n'ayant pas répondu au premier appel. Cette deuxième partie de l'étude a permis de recueillir 111 questionnaires exploitables à la fin de l'étude.



1.2.1 Paramètres d'évaluation et analyse statistique

Pour évaluer certains critères comme la projection des patientes lors du séjour en maternité, une échelle d'évaluation donnant un score sur 10 a été réalisée pour pouvoir classer les résultats des patientes en 3 classes : « faiblement » – « moyennement » – « complètement », allant respectivement de 0 à 3, 4 à 6 et de 7 à 10.

L'analyse statistique des questionnaires a été réalisée avec l'utilisation de tableaux, fonctions statistiques et graphiques sur le logiciel Microsoft Excel. Les variables quantitatives sont présentées par des moyennes, médianes, et écart-type tandis que les variables qualitatives sont présentées par des pourcentages. Les tests statistiques exact de Fisher et du Khi² ont été réalisés via le logiciel BIOSTATGV pour analyser le lien entre les variables qualitatives. Le seuil de significativité « p » est de 0,05 soit un risque d'erreur estimé de 5%.

1.2.2 Critères de sélection des patientes

Les critères d'inclusion dans l'étude étaient :

- Les femmes ayant accouché, quel que soit le terme ou la parité, à J1 de leur accouchement (quel que soit le mode d'accouchement) ;
- N'ayant pas encore bénéficié de l'entretien de contraception qui est dispensé lors du séjour par un professionnel de santé ;
- Ayant donné leur accord pour participer à l'ensemble de l'enquête (questionnaires distribués en suites de couches et par téléphone).

Les critères d'exclusion dans l'étude étaient :

- Les femmes ne parlant pas ou ne comprenant pas le français ;
- Ayant déjà eu un entretien de contraception durant le séjour ;
- Ayant refusé de participer à l'ensemble de l'enquête.

1.3 Résultats

L'analyse des résultats de l'étude se porte sur un échantillon de 111 patientes.

1.3.1 Profil des patientes

La moyenne d'âge des patientes de notre échantillon est de 28,6 ans. La patiente la plus âgée de l'échantillon a 40 ans et la plus jeune est âgée de 19 ans.

Le reste du profil des patientes est décrit dans le Tableau 2 ci-dessous.

Situation familiale	**n**	**Fréquence (en %)**
célibataire	5	5%
en couple	46	41%
mariée	27	24%
pacsée	33	30%
veuve	0	0%
Total général	**111**	**100%**
Niveau d'étude	**n**	**Fréquence (en %)**
bac + 1 ou 2 ans	29	26%
bac + 3 ou 4 ans	34	31%
bac + 5 ans ou plus	20	18%
BEP, CAP	14	13%
collège	2	2%
lycée, BAC	11	10%
non scolarisée	1	1%
Total général	**111**	**100%**
Catégorie socio-professionnelle	**n**	**Fréquence (en %)**
Agriculteurs	0	0%
Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	1	1%
Autres sans activité professionnelle	18	16%
Cadres et professions intellectuelles supérieures	16	14%
Employés	30	27%
Ouvriers	2	2%
Professions intermédiaires	44	40%
Total général	**111**	**100%**
Gestité	**n**	**Fréquence (en %)**
1	26	23%
2	28	25%
3	12	11%
Aucune	33	30%
supérieure ou égale à 4	12	11%
Total général	**111**	**100%**

Tableau 2. Profils socio-démographiques des patientes (n=111).

Dans notre échantillon, 40% des patientes appartiennent à la catégorie socio-professionnelle des professions intermédiaires, suivi par 27% d'employés. En revanche seulement 3 patientes de notre échantillon appartiennent aux catégories d'artisans commerçants, chefs d'entreprises et ouvriers.

1.3.2 La consommation de tabac

Un tiers des patientes ayant participés à l'étude déclaraient avoir fumé avant la grossesse (33%). En moyenne la quantité de cigarette consommée par jour était de 11 cigarettes (max=25 ; min=1) et un peu plus de 1 femme sur 3 (35%), parmi les femmes fumeuses avait une consommation supérieure ou égale à 15 cigarettes/jour. Pendant la grossesse, la proportion de femmes consommant du tabac diminue de moitié (15%), la consommation moyenne est de 5 cigarettes par jour (max=10 ; min=1).

1.3.3 Grossesse et accouchement

Dans le tableau 3 ci-dessous, reprenant les caractéristiques des patientes concernant la grossesse et l'accouchement, on constate que 83% des grossesses étaient planifiées et avaient été obtenues de façon naturelle dans 95% des cas. Dans 10% des cas, les patientes interrogées utilisaient une méthode contraceptive au moment de la conception.

Découverte de la grossesse	Résultats	Fréquence	
Non planifiée		19	17%
Planifiée		92	83%
Total général		**111**	**100%**
Obtention de la grossesse	**Résultats**	**Fréquence**	
Naturelle		106	95%
Suite à un traitement d'infertilité		5	5%
Total général		**111**	**100%**
Durée arrêt de la contraception avant la grossesse	**Résultats**	**Fréquence**	
pas d'arrêt de la méthode contraceptive		11	10%
pas de contraception		20	18%
entre 0 et 1 mois		31	28%
entre 1 et 6 mois		28	25%
entre 6 et 12 mois		12	11%
entre 12 et 18 mois		4	4%
plus de 18 mois		5	5%
Total général		**111**	**100%**
Pathologies pendant la grossesse	**Résultats**	**Fréquence**	
pas de pathologies		87	78%
présence de pathologie(s)		24	22%
Total général		**111**	**100%**
Participation à la PNP	**Résultats**	**Fréquence**	
Non		47	42%
Oui		64	58%
Total général		**111**	**100%**
Voie d'accouchement	**Résultats**	**Fréquence**	
césarienne		12	11%
voie basse avec instruments		16	14%
voie basse sans instruments		83	75%
Total général		**111**	**100%**
Atteinte du périnée	**Résultats**	**Fréquence**	
Déchirure compliquée (atteinte du rectum et/ou de l'anus)		0	0%
Déchirure simple		62	56%
Episiotomie		14	13%
Rien du tout		33	30%
Vous ne savez pas		2	2%
Total général		**111**	**100%**
Alimentation	**Résultats**	**Fréquence**	
AA		42	38%
AM		54	49%
Mixte		15	14%
Total général		**111**	**100%**

Tableau 3. Caractéristiques des patientes entourant la grossesse et l'accouchement (n=111)

24 femmes (22%) présentaient une ou plusieurs pathologies nécessitant un suivi régulier en dehors ou pendant la grossesse. Les pathologies citées par les patientes concernées sont représentées sur l'histogramme (figure 1) suivant :

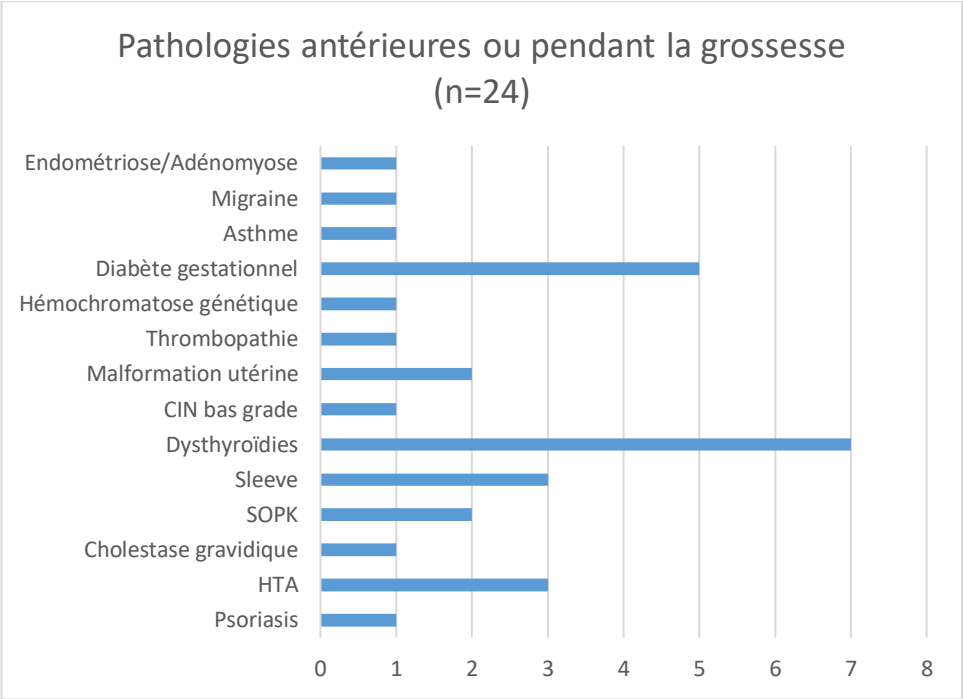


Figure 1. Pathologies des patientes nécessitant une surveillance régulière avant ou pendant la grossesse (n=24)

1.3.4 Disponibilité et projection des patientes lors du séjour en maternité

Pour l'item portant sur la préoccupation des patientes pour le nouveau-né, 98% des patientes sont « complètement » préoccupées pour le nouveau-né lors du séjour en maternité.

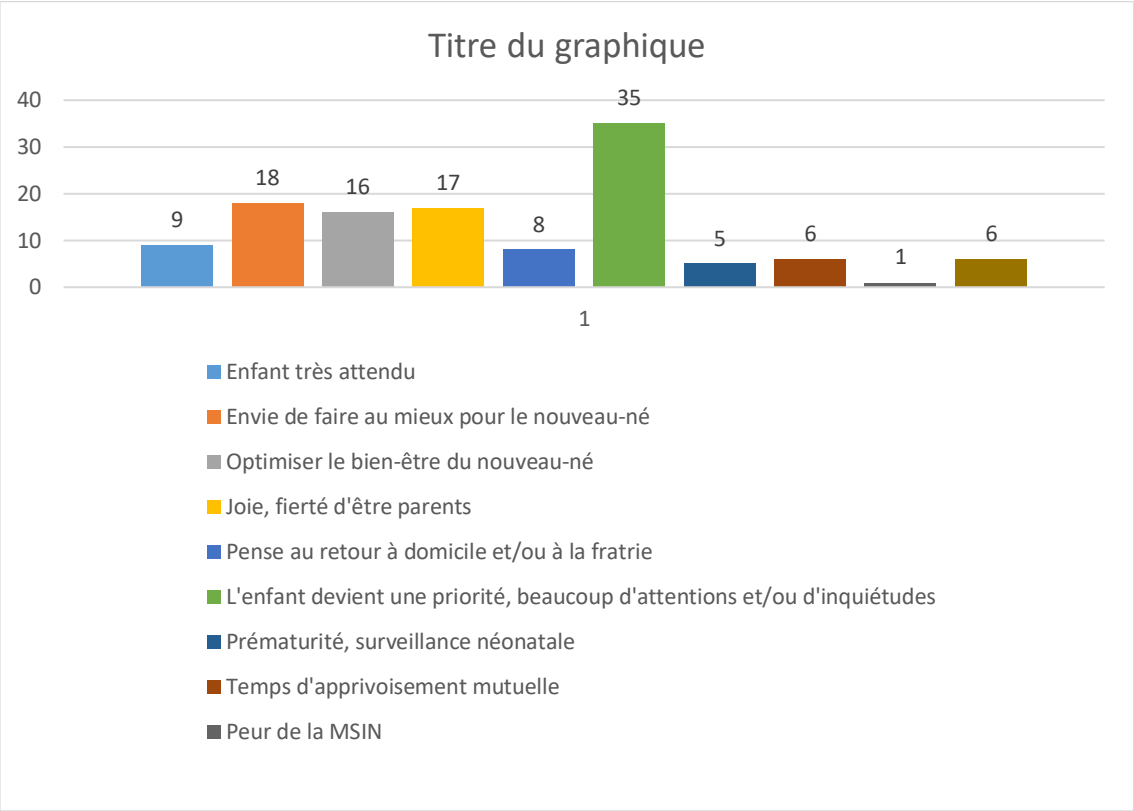


Figure 2. Principales raisons évoquées par les femmes en ce qui concerne la préoccupation pour le nouveau-né (n=86)

Les principales raisons évoquées par les patientes dans les commentaires libres (n=86) sont le fait que le nouveau-né devient une priorité nécessitant beaucoup d'attention et l'envie de favoriser son bien-être (de façon générale).

En ce qui concerne la reprise de l'activité sexuelle, ¼ des patientes sont complètement préoccupées par la reprise des rapports, 41% moyennement préoccupées et 34% sont faiblement préoccupées par ce sujet.

Les principales raisons évoquées sont : l'appréhension du fait de l'atteinte du périnée, l'attente de la récupération de l'accouchement, le sujet n'était pas une priorité au moment de la réalisation du questionnaire. Néanmoins, pour certaines femmes la reprise de l'activité sexuelle les préoccupait car étant important pour le couple et « se sentir femme » (cf. Annexe III : figure 3).

Concernant l'item sur la préoccupation des patientes par la possibilité d'une nouvelle grossesse, 74% des femmes interrogées sont faiblement préoccupées par la possibilité d'une nouvelle grossesse lors du séjour. 17% sont moyennement préoccupées et 9% sont complètement préoccupées par cela. Les principales raisons

évoquées sont : le fait que la majorité des patientes ne souhaitaient pas d'autres enfants ou cela n'était pas un projet dans l'immédiat, les femmes préféraient profiter du nouveau-né. (Annexe IV : figure 4)

1.3.5 La contraception et la reprise de la fertilité après l'accouchement

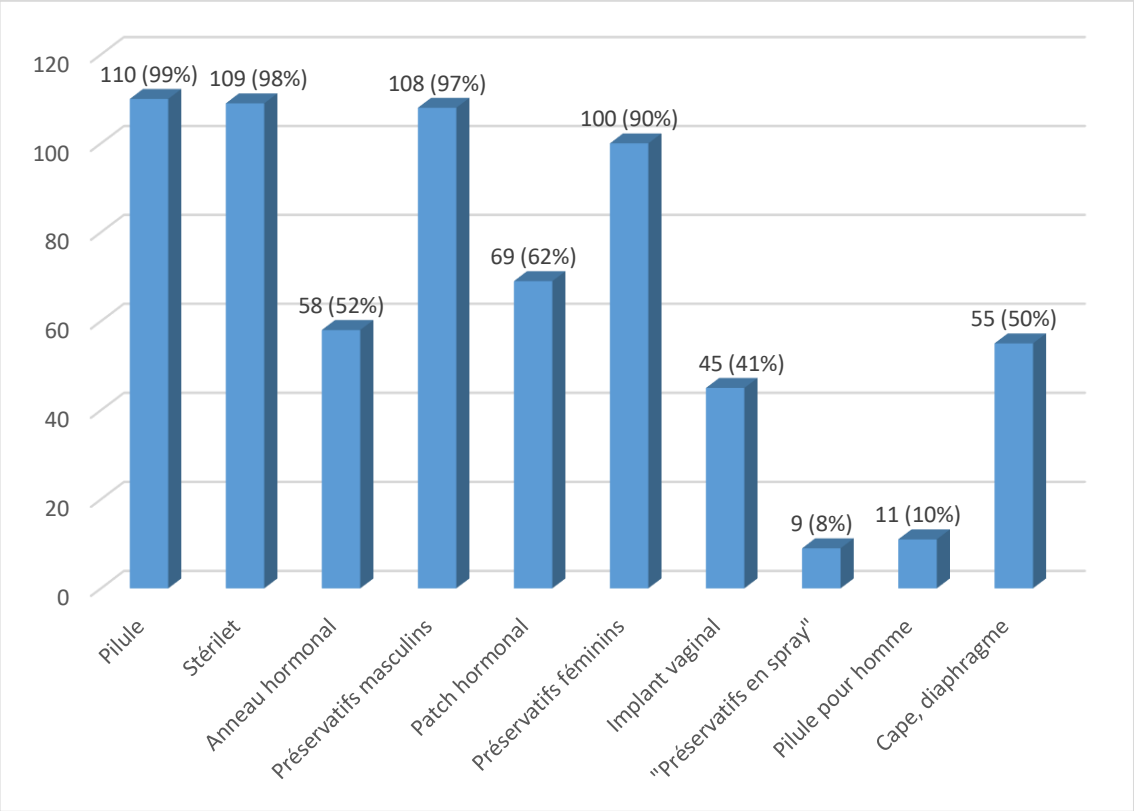


Figure 5. Evaluation des connaissances des patientes en ce qui concerne les méthodes contraceptives disponibles en France (n=111) *

Parmi les méthodes contraceptives disponibles en France, environ 1 femme sur 2 a la connaissance de la disponibilité de l'anneau hormonal, du patch, et des capes et diaphragme. La majorité des femmes connaissent l'existence de la pilule, du DIU et des préservatifs masculins et féminins. En revanche, aucune des patientes interrogées ne connaissaient l'ensemble des méthodes disponibles étant citées dans le questionnaire.

*La somme des pourcentages est supérieure à 100%, car il s'agit d'une question à choix multiples.

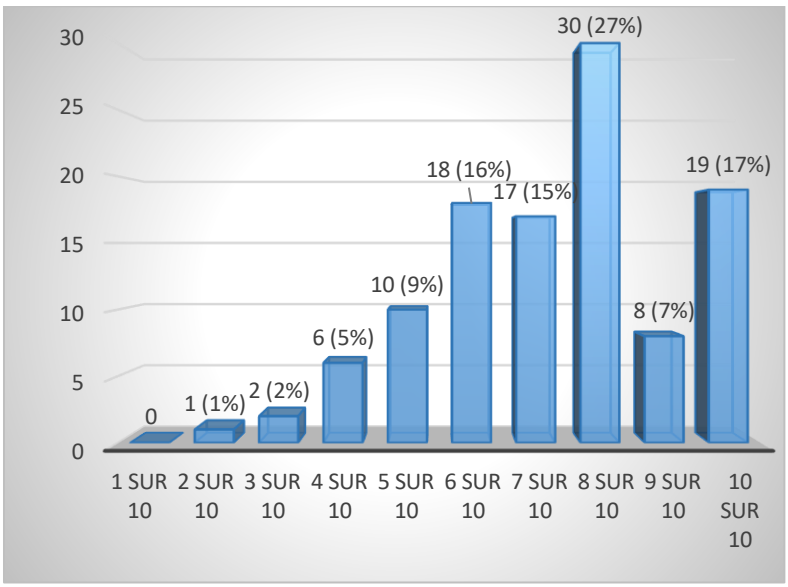


Figure 6. Connaissance des caractéristiques des différentes méthodes contraceptives (n=111)

Sur les 111 patientes interrogées, 30 (27%) ont su relier 8 méthodes contraceptives sur les 10 proposées à la caractéristique correspondante. 19 femmes (17%) ont su relier la totalité des méthodes contraceptives à la caractéristique correspondante. De façon générale, 92 femmes (83%) interrogées savaient relier plus de 5 méthodes contraceptives à la caractéristique qui correspondait.

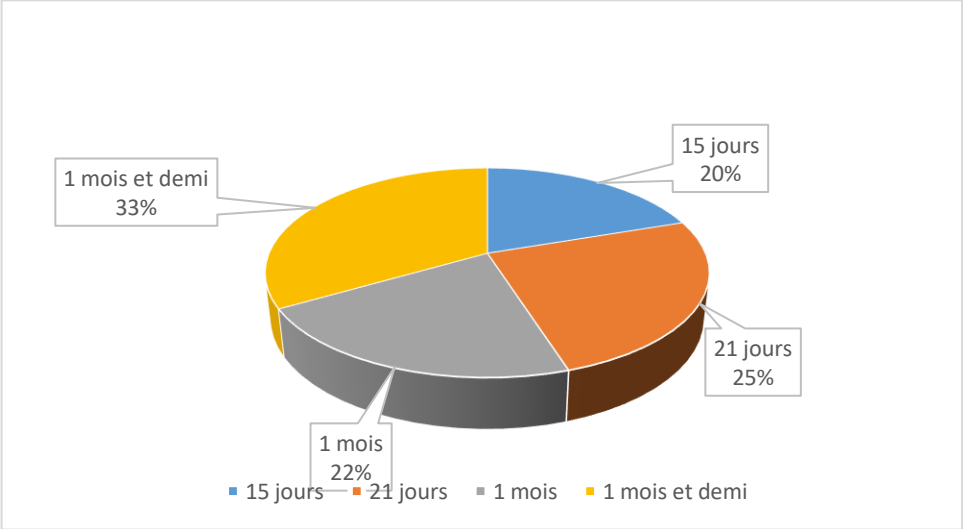


Figure 7. Connaissance des patientes sur la reprise de la fertilité (n=111)

28 patientes (25%) pensent que la reprise de la fertilité se fait à partir de 21 jours suivant l'accouchement, 37 femmes (33%) pensent que cette reprise de la fertilité ne se fait qu'à partir d'un mois et demi c'est-à-dire 6 semaines après l'accouchement.

	n	fréquence (%)
Pilule	90	81%
Préservatifs	96	86%
Spermicides	20	18%
Stérilet	26	23%
Cape, diaphragme	13	12%
Implant	30	27%
Méthodes naturelles	35	32%
Patch, anneau	16	14%
Allaitement exclusif	31	28%
Vous ne savez pas	7	6%
Aucune	1	1%

Tableau 4. Méthodes utilisables dans les 6 premières semaines suivant l'accouchement (n=111) *

Les deux principales méthodes contraceptives que les patientes considèrent comme étant utilisables les 6 premières semaines suivant l'accouchement sont le préservatif (86%) et la pilule (81%).

Pour 35 femmes (32%), les méthodes naturelles sont considérées comme utilisables dans le post-partum, en dehors de l'allaitement exclusif.

Enfin, 26 femmes (23%) pensent que le DIU est utilisable dans les 6 premières semaines suivant l'accouchement.

*La somme des pourcentages est supérieure à 100%, car il s'agit d'une question à choix multiples.

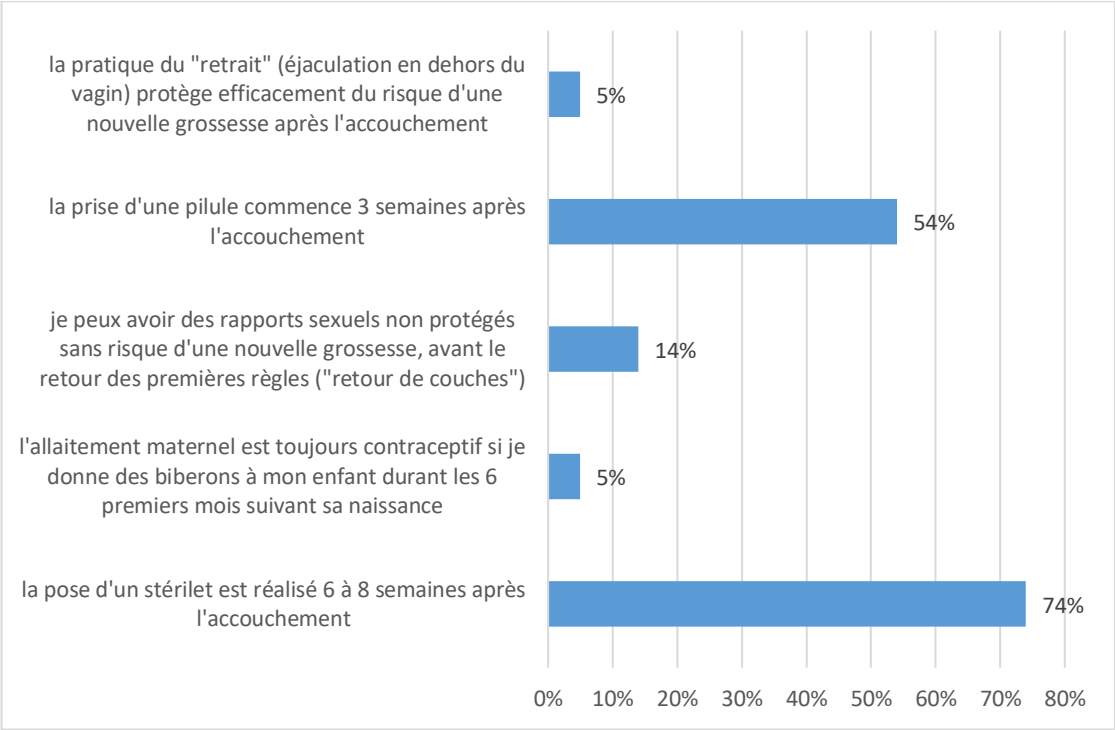


Figure 8. Evaluation des connaissances des femmes sur la contraception et le post-partum (n=111) *

Dans la figure 8, nous avons cherché à évaluer les connaissances des femmes sur certains aspects autour de la contraception du post-partum. 82 femmes (74%) pensent que la pose du DIU se fait entre 6 et 8 semaines après l'accouchement et 60 femmes (54%) pensent que la prise de la contraception orale se fait à partir de 3 semaines après l'accouchement. 15 femmes interrogées (14%) pensent pouvoir avoir des rapports sexuels non protégés sans risque d'exposition à une nouvelle grossesse avant le retour de couches.

*La somme des pourcentages est supérieure à 100%, car il s'agit d'une question à choix multiples.

Sur les figures 9 et 10 (Annexe V), portant sur les différentes méthodes contraceptives utilisables selon l'AM ou pas, le préservatif a été la méthode cochée par 107 femmes (96%) en ce qui concerne les méthodes utilisables si la femme allaite. Lorsque la femme n'allaite pas, il a été pratiquement autant coché que la pilule (92% pour la pilule et 91% pour le préservatif). 60 femmes (54%) ont coché l'AM exclusif dans les méthodes contraceptives utilisables chez la femme qui allaite.

1.3.6 Utilisation et réflexion des patientes sur la contraception

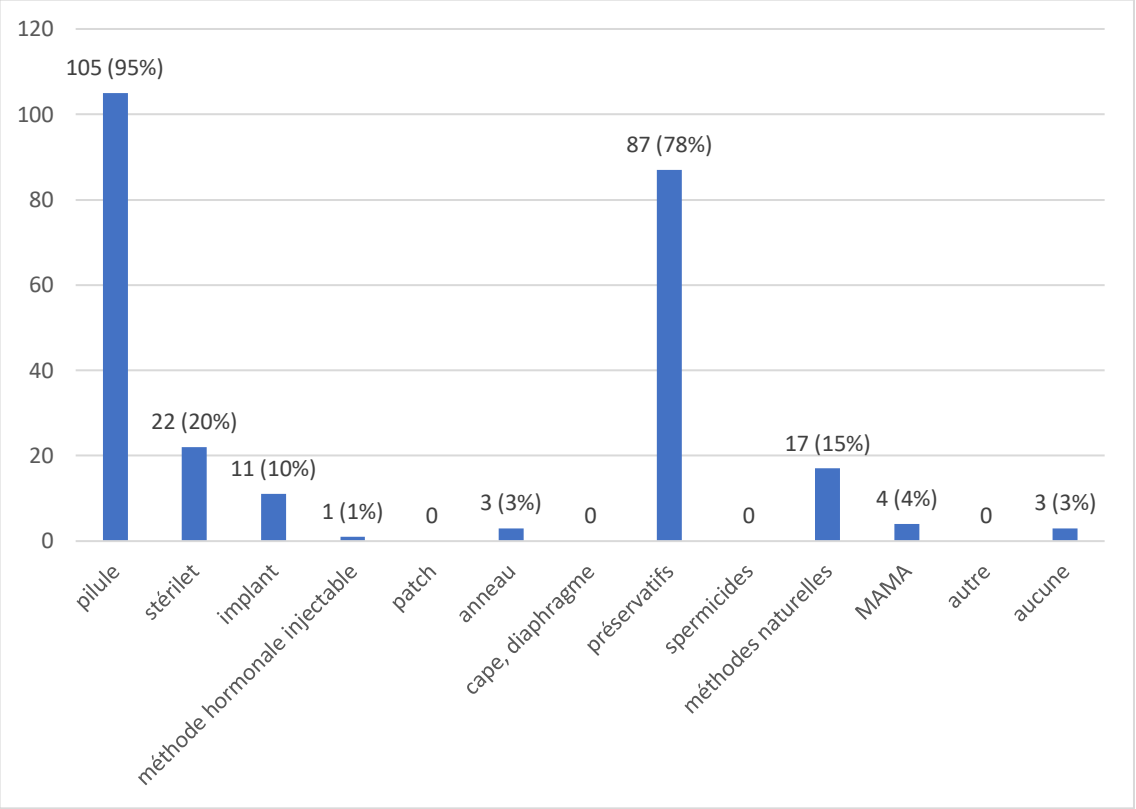


Figure 11. Les méthodes contraceptives déjà utilisées par les patientes (n=111) *

Les principales méthodes contraceptives déjà utilisées par les patientes sont la pilule (95%) et les préservatifs (78%) de façon très majoritaire. Puis arrive derrière le DIU (20%), les méthodes naturelles (15%) et l'implant (10%).

3% de femmes n'avaient jamais utilisé de méthodes contraceptives.

*La somme des pourcentages est supérieure à 100%, car il s'agit d'une question à choix multiples.

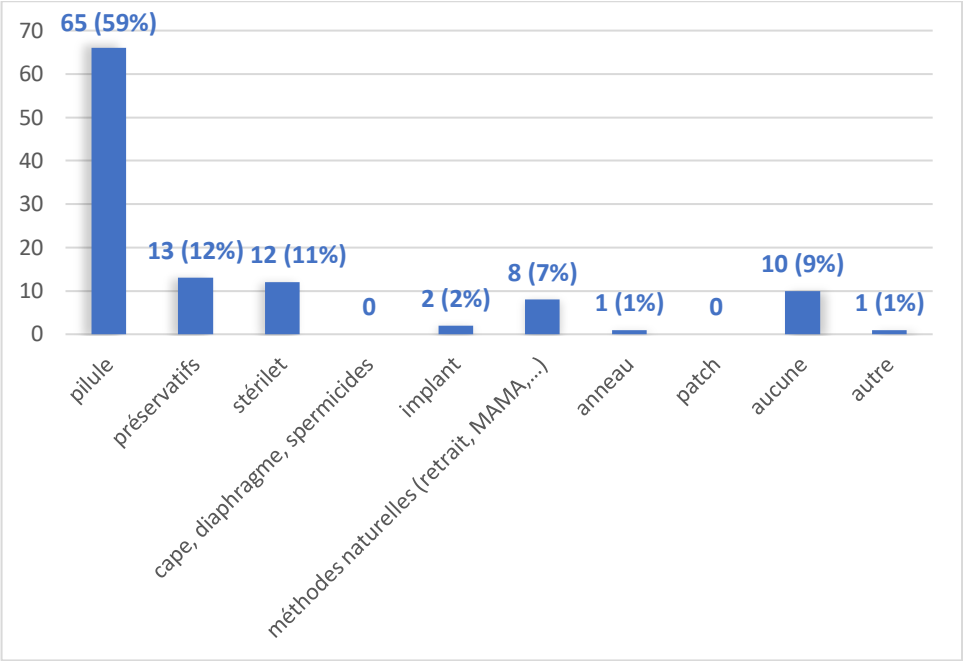


Figure 12. Dernière méthode contraceptive utilisée par les patientes (n=111) *

59% des patientes utilisaient une contraception orale avant la grossesse, environ 10 à 12% des femmes utilisaient une autre méthode contraceptive (DIU, préservatifs). Seule 1 patiente utilisait une contraception orale et les préservatifs en même temps.

1 femme sur les 111 interrogées utilisait une méthode progestative injectable.

*La somme des pourcentages est supérieure à 100%, car c'est une question avec possibilité de choix multiple

Nous nous sommes intéressés à l'information reçue par les patientes concernant les conseils sur la dernière méthode contraceptive utilisée (question 25 du premier questionnaire, annexe I). 86% des femmes ayant une méthode contraceptive avant la grossesse considéraient avoir reçu tous les conseils d'utilisations et de précautions à prendre par rapport à la méthode.

	n	**Fréquence (en%)**
Réception information contraception du post-partum en anténatale		
- Non	48	43 %
- Oui	63	57 %
Total général	111	100%
Délivrance de l'information (N=63)		
- Internet	9	14%
- Journaux, livres, magazines	1	2%
- Proches, amis, connaissances	14	22%
- Professionnels de santé	56	89%
- Autres	2	3%
Moment de la délivrance de l'information (N=63)		
- Avant la grossesse	26	41%
- Pendant la grossesse	45	71%
o *1er trimestre*	*6*	*13%*
o *2e trimestre*	*10*	*22%*
o *3e trimestre*	*32*	*71%*
Occasion de la délivrance de l'information (N=63)		
- Consultation de suivi de grossesse	30	48%
- Entretien prénatal précoce (entretien du 4e mois)	1	2%
- Séances de préparation à la naissance	18	29%
- Autres	21	33%

Tableau 5. Réception d'une information sur la contraception du post-partum (n=111)

Pendant cette grossesse, 63 femmes (57%) avaient reçu une information sur la contraception du post-partum. L'information était principalement délivrée par des professionnels de santé (dans 89% des cas), avant et/ou pendant la grossesse (certaines femmes prenant en considération l'information reçue lors d'une grossesse antérieure).

Pendant la grossesse (n=45), l'information était délivrée dans 71% des cas lors du 3ème trimestre (n=32).

Lors du séjour en maternité, 98 femmes (88%) avaient déjà pensé à une méthode contraceptive pour le post-partum.

Pour les femmes qui n'y avait pas pensé (n=13) les raisons évoquées étaient (Annexe VI, figure 13) :

- Le manque d'informations
- Le manque de temps
- L'absence de projection sur la reprise de l'activité sexuelle et sur la reprise de la fertilité
- Certaines patientes ne pensaient pas utiliser de contraception immédiatement après la grossesse
- La présence d'un problème de santé comme le syndrome des ovaires polykystiques
- Elles ne savaient pas quoi choisir comme méthode contraceptive

Lors du séjour en maternité, 9 femmes sur 10 (90%) avaient déjà une idée sur la méthode contraceptive qu'elles souhaitaient avoir lors du post-partum. Les patientes ayant répondu « non » à cette question (10%) et ayant donné une justification à leur réponses (n=5) précisaient qu'elles ne savaient pas quelle méthode contraceptive choisir et dans 1 cas la patiente souhaitait avoir une autre grossesse rapprochée.

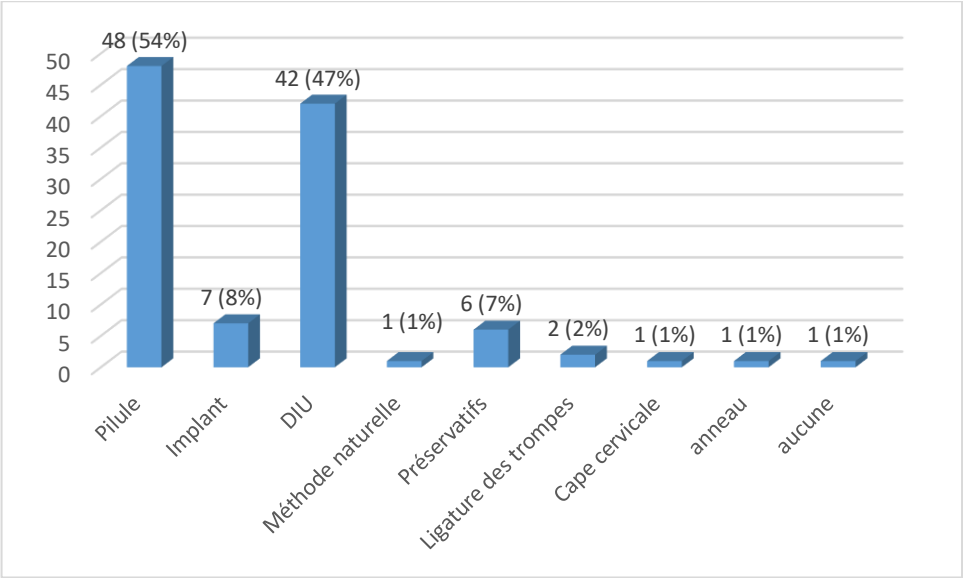


Figure 14. Méthodes contraceptives souhaitées par les patientes (n=89)

Les principales méthodes contraceptives souhaitées par les patientes sont la pilule dans environ 54% des cas et le DIU dans 47% des cas.

Dans la figure 15 (Annexe VII), les principales raisons évoquées par les patientes justifiant leur choix étaient :

- Le fait de reprendre une méthode qu'elles avaient déjà utilisé et qui leur convenait (n=18)
- Le souhait de ne pas avoir de méthode hormonale (n=17)
- Le souhait de ne pas avoir à penser quotidiennement à la méthode contraceptive (n=13)
- L'envie d'une méthode contraceptive pratique (n=11) et efficace (n=12)
- La mauvaise tolérance d'une ou plusieurs autres méthodes contraceptives (n=8)

Discussion contraception du post-partum en couple	f(x)
non	33
oui	78
Total général	**111**
Initiative de la discussion	**f(x)**
la patiente	32
le partenaire	1
tous les deux	45
Total général	**78**
Choix en accord du couple	**f(x)**
non	15
oui	63
Total général	**78**

Tableau 6. Discussion du sujet de la contraception du post-partum avec le partenaire (n=111)

78 patientes (70%) avaient discuté du choix d'une méthode contraceptive avec leur partenaire, l'initiative venait soit de la patiente elle-même (41%) ou des deux (58%) et avait abouti à un accord sur le choix de la méthode contraceptive dans 81% des cas.

La figure 16 (Annexe VIII) montre que le partenaire laissait la patiente choisir la méthode contraceptive qui lui convenait dans 37% des cas, ou suivrait son choix dans les situations où ils n'avaient pas abouti à un accord sur le choix de la méthode contraceptive.

1.3.7 Retour sur l'entretien de contraception et prescription de la contraception 6 à 8 semaines après l'accouchement

Sortie de la maternité (en jour)	n	fréquence (en %)
J0	0	0%
J1	0	0%
J2	0	0%
J3	20	18%
J4	60	54%
J5	20	18%
J6	2	2%
supérieure ou égale à J7	9	8%
Total général	**111**	**100%**
Contraception prescrite/conseillé lors du séjour	**n**	**fréquence (en %)**
aucune	11	10%
aucune puis DIU	2	2%
DIU	4	4%
implant	4	4%
pilule µP puis DIU	17	15%
pilule microprogestative	59	53%
pilule oestroprogestative	5	5%
préservatifs	7	6%
préservatifs puis DIU	2	2%
Total général	**111**	**100%**
Choix de la méthode contraceptive	**n**	**fréquence (en %)**
choisie	76	68%
imposée	32	29%
sujet non abordé	3	3%
Total général	**111**	**100%**

Tableau 7. Sortie de la maternité et prescription de la contraception du post-partum (n=111)

Dans la majorité des cas la durée de séjour a été de 4 jours (54%) et de 3 ou 5 jours dans 18% des cas.

Au total, une contraception orale avait été prescrite/conseillée lors du séjour dans 73% des cas. 68% des femmes déclaraient avoir choisi la méthode contraceptive prescrite, contre 29% d'entre elles qui déclaraient que la méthode contraceptive avait été imposée.

Concernant la question 4 du questionnaire téléphonique, 65% des patientes interrogées 6 à 8 semaines après l'accouchement avaient repris l'utilisation de la méthode contraceptive et 35% n'avaient pas repris l'utilisation de la méthode de contraception prescrite lors du séjour.

Dans la figure 17 (Annexe IX), 23 patientes sur les 39 femmes n'ayant pas repris de méthode contraceptive ont expliqué les principales raisons qui sont les suivantes :

- L'absence d'envie de reprendre la méthode contraceptive
- Les effets indésirables pouvant être liés à la méthode prescrite
- D'autres raisons qui sont évoquées dans la figure 18 (Annexe X), principalement l'attente de la visite post-natale et l'absence de reprise d'une activité sexuelle.

Sur l'ensemble des patientes qui avait repris l'utilisation de la méthode contraceptive prescrite lors du séjour en maternité, 79% déclaraient avoir une bonne observance de la méthode contraceptive et 21% déclaraient avoir une mauvaise observance.

Dans la figure 19 (Annexe X), les principales raisons de la non observance de la méthode contraceptive sont l'oubli(s), les effets indésirables (EI) et l'arrêt de la méthode.

Nous nous sommes intéressés à la satisfaction de la méthode contraceptive, 70% des patientes sont satisfaites de la méthode contraceptive qui leur a été prescrite contre 30% d'entre elles non satisfaites.

58% de femmes souhaitent changer de méthode 6 à 8 semaines après leur accouchement.

Le rôle de la VPN dans la réévaluation de la contraception était connu par 85% des femmes interrogées et était non connu pour 15% d'entre elles.

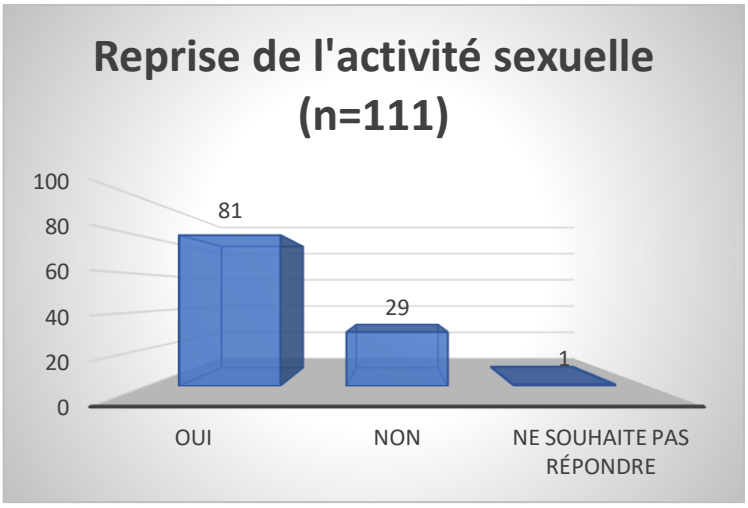


Figure 20. Reprise de l'activité sexuelle dans les 6 à 8 semaines après l'accouchement (n=111)

29 femmes interrogées 6 à 8 semaines après leur accouchement n'avaient pas repris d'activité sexuelle (26%).

Dans la figure 21 (annexe XI), 22 patientes ont justifié les raisons pour lesquelles elles n'ont pas repris d'activité sexuelle :

- La présence/persistance de saignements (n=7)
- Fatigue, épuisements (n=6)
- Le manque de temps (n=5)
- L'appréhension au niveau de la déchirure périnéale (n=4)
- L'absence de partenaire (n=3)
- L'attente de la rééducation périnéale (n=2)
- Le « co-dodo » (n=2)
- La patiente ne se sent pas prête (n=2)
- Infection du post-partum (n=1)
- Un retour de couches long (n=1)

Dans le tableau suivant, nous revenons sur l'entretien de contraception réalisé durant le séjour en maternité et le vécu des patientes par rapport à cet entretien :

Difficultés à choisir une méthode contraceptive	n	fréquence
non	94	90%
oui	11	10%
Total général	**105**	**100%**
Liberté de choisir une méthode contraceptive	**n**	**fréquence**
non	15	14%
oui	90	86%
Total général	**105**	**100%**
Participation au choix de la méthode contraceptive	**n**	**fréquence**
non	18	17%
oui	87	83%
Total général	**105**	**100%**
Réception informations utilisations, efficacité et EI	**n**	**fréquence**
non	54	51%
oui	40	38%
pas totalement	11	10%
Total général	**105**	**100%**
Informations sur les méthodes de rattrapages	**n**	**fréquence**
non	82	77%
oui	22	21%
pas totalement	2	2%
Total général	**106**	**100%**
Satisfaction de l'entretien	**n**	**fréquence**
non	21	20%
oui	86	80%
Total général	**107**	**100%**

Tableau 8. Retour sur l'entretien de contraception réalisé à la maternité (n=105)

Concernant l'entretien de contraception reçu par les patientes lors du séjour à la maternité, 11 patientes ont eu des difficultés à choisir une méthode contraceptive (10%). Les raisons évoquées sont représentées dans la figure 22 (annexe XI) et sont les suivantes :

- Le manque d'informations ;
- Absence d'informations lors de la réception de l'ordonnance de la méthode contraceptive ;
- Pas de souhait de contraception orale ;
- La grossesse était obtenue sous méthode contraceptive (contraception orale (CO), DIU) ;
- Ne souhaitait pas d'hormones ;
- Pathologies utérines ;
- Pas d'avis sur la contraception au moment de l'entretien ;

- Hésitation entre deux méthodes contraceptives.

A l'inverse les raisons évoquées par trois des patientes n'ayant pas eu de difficultés à choisir sont le fait d'avoir déjà utilisé la méthode contraceptive prescrite lors de l'entretien, le choix avait déjà été fait avant l'entretien et la méthode contraceptive avait été imposée.

15 patientes (14%) ne se sont pas senties libres de choisir une méthode contraceptive et 18 patientes n'ont pas participé au choix de la méthode (17%).

40 patientes sur les 105 ayant eu un entretien de contraception (38%) disent avoir reçu des informations concernant l'utilisation, l'efficacité et les éventuels effets indésirables de la méthode contraceptive.

Seules 22 patientes (21%) ont reçu une information sur les méthodes de rattrapages.

Enfin 80% des patientes ont été satisfaites par l'entretien de contraception reçu à la maternité contre 20% d'entre elles qui n'ont pas été satisfaites.

Les principales raisons expliquant la satisfaction des patientes sont (Annexe XII, figure 23) :

- Ecoute, conseils, orientation par le professionnel de santé ;
- Informations claires et adaptées ;
- Disponibilité du professionnel de santé ;
- Respect du choix de la patiente/du couple.

Dans la figure 24 (Annexe XIII) , nous retrouvons les raisons expliquant la non satisfaction des patientes, et principalement :

- Entretien abstrait, pas considéré comme un entretien ;
- Pas assez d'informations, peu d'échanges ;
- Rapide, bref, « on a juste donné l'ordonnance » ;
- Méthode contraceptive imposée.

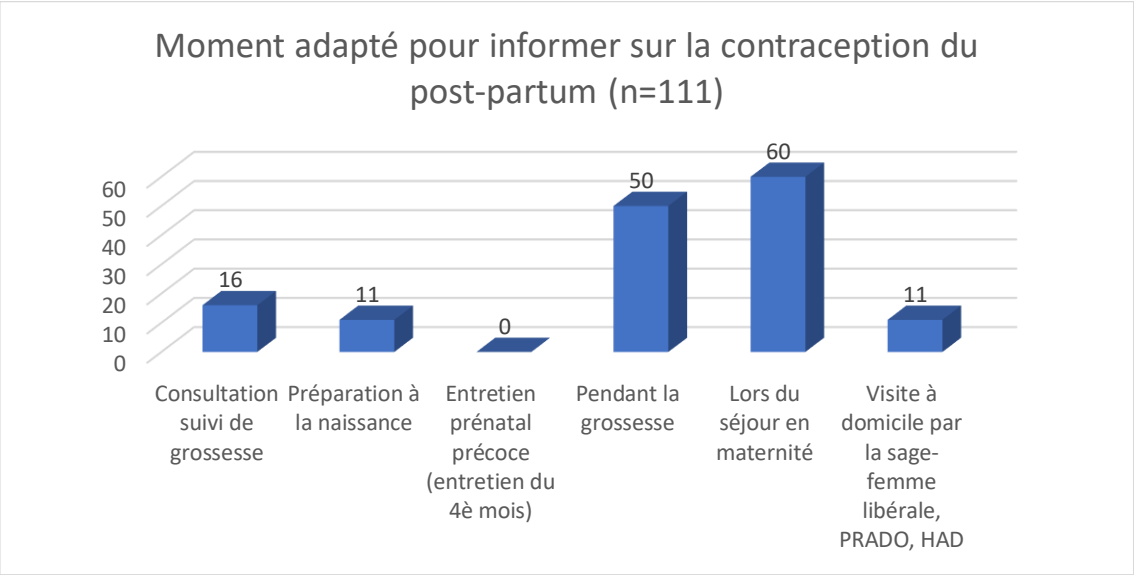


Figure 25. Avis des patientes sur le moment le plus adapté pour donner l'information sur la contraception du post-partum (n=111)

60 patientes (54%) trouvaient le séjour à la maternité comme le moment le plus adapté pour donner l'information sur la contraception du post-partum ; 50 patientes (45%) considéraient la grossesse comme le moment le plus adapté pour donner cette information.

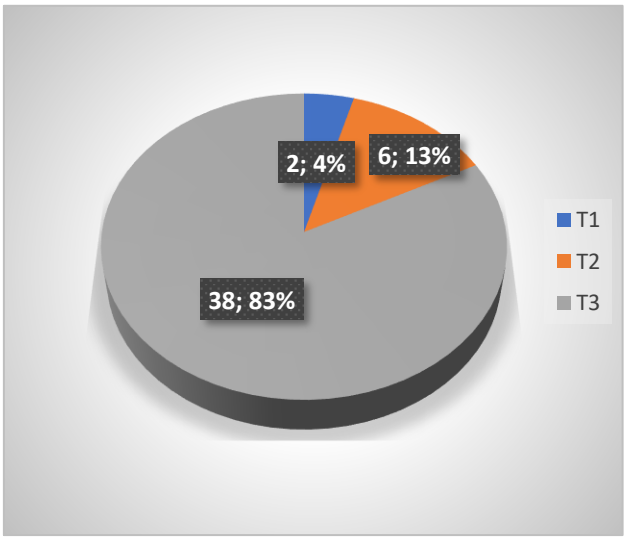


Figure 26. Moment précis pendant la grossesse pour donner l'information sur la contraception du post-partum (n=40) *

Le troisième trimestre de grossesse représente de façon majoritaire, selon les patientes interrogées, le moment le plus adapté pour donner l'information sur la contraception du post-partum pendant la grossesse.

*10 patientes sur 50 ayant initialement déclaré que la grossesse était le moment le plus adapté n'ont pas donné de précision sur cette question.

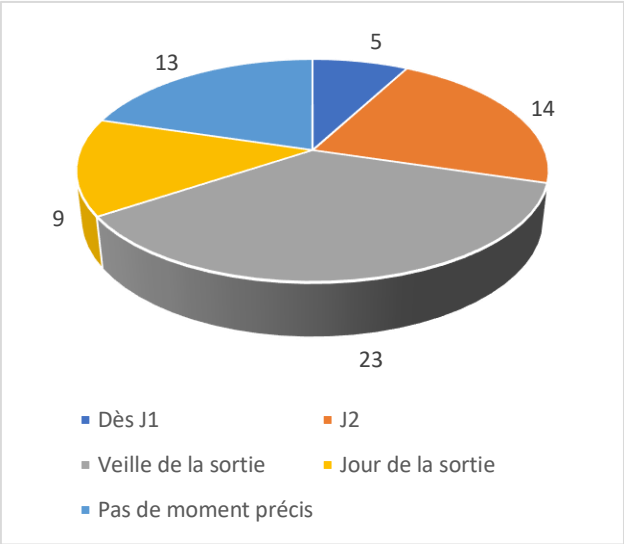


Figure 27. Moment précis lors du séjour à la maternité pour donner l'information sur la contraception du post-partum (n=57) *

Sur les patientes ayant considéré le séjour en maternité comme le moment le plus adapté pour donner l'information sur la contraception du post-partum, 23 femmes considéraient la veille de la sortie comme le moment le plus adapté du séjour (40%). 13 patientes n'avaient pas de moment précis lors du séjour pour délivrer cette information (23%).

*3 patientes sur 60 ayant initialement déclaré que le séjour en maternité était le moment le plus adapté n'ont pas donné de précision sur cette question.

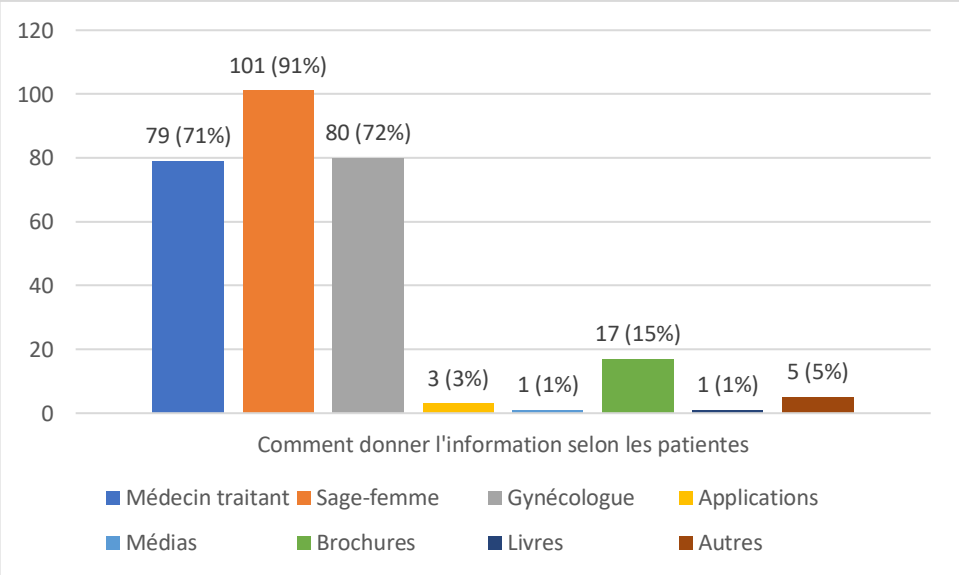


Figure 28. Avis des patientes sur la façon de donner l'information sur la contraception du post-partum (n=111) *

Environ 101 patientes (91%) souhaitaient recevoir l'information par une sage-femme, 17 patientes souhaitaient avoir des brochures pour donner l'information sur la contraception du post-partum (15%).

*La somme des pourcentages est supérieure à 100%, car il s'agit d'une question à choix multiples.

Dans la figure 29 (Annexe XIV), on peut voir en détail la répartition entre les différents professionnels de santé en ce qui concerne la façon dont les patientes aimeraient recevoir l'information sur la contraception du post-partum. On constate que 72 patientes ont cité l'ensemble des professionnels de santé (67%).

Dans la figure 30 (Annexe XV) sont présentées les suggestions des patientes concernant l'entretien de contraception et les principales retrouvées à plusieurs reprises sont :

- Avoir une explication des différentes méthodes contraceptives ;
- Informations +/- prescription pendant la grossesse ;
- Brochures explicatives des différentes méthodes +/- plaquettes ;
- Informer sur le mode d'utilisation, effets indésirables et risques éventuelles de la méthode contraceptive
- Proposer ce qui est compatible avec le mode de vie et les antécédents (ATCD) gynécologiques de la patiente ;
- Réaliser des réunions d'informations à la maternité ;
- Plus d'écoute du professionnel de santé, participation au choix de la patiente ;
- Ne pas oublier d'en parler.

1.3.8 Analyse comparative

Lien entre la gestité et le fait d'avoir réfléchit à la contraception du post-partum durant la période anténatale :

Gestité	Réflexion sur la contraception du post-partum en anténatale	Pas de réflexion sur la contraception du post-partum en anténatale	TOTAL
Nulligeste	26 (79%)	7 (21%)	33
Multigeste	72 (92%)	6 (8%)	78

D'après un test exact de Fisher il n'y a pas de lien significatif entre la gestité et la réflexion anténatale sur la contraception du post-partum avec un p=0.06 au risque alpha de 0.05 (OR=0.31 avec un intervalle de confiance à 95% = [0.0789 ;1.2002]). Néanmoins on constate que les patientes ayant déjà eu une ou plusieurs grossesses ont une réflexion sur la contraception du post-partum en anténatale dans 92% des cas contre 79% pour les patientes n'ayant jamais eu de grossesse auparavant.

Lien entre le jour de la sortie et le fait d'avoir eu le choix de la méthode contraceptive prescrite/conseillée lors du séjour en maternité :

Jour de la sortie de maternité	Contraception choisie	Contraception imposée	TOTAL
J3	14 (70%)	6 (30%)	20
J4	37 (65%)	20 (35%)	57
Supérieur ou égal à J5	25 (81%)	6 (19%)	31

Un test de Khi² a été réalisé, avec un p=0.30 démontrant qu'il n'y a pas de lien significatif entre les deux variables. On note que 81% des patientes sorties à J5 ou plus tard ont choisi la méthode contraceptive prescrite ou conseillée.

Lien entre le jour de la sortie et la difficulté à choisir une méthode contraceptive durant l'entretien de contraception pendant le séjour en maternité :

Jour de la sortie de maternité	Difficulté à choisir une méthode contraceptive	Pas de difficulté à choisir une méthode contraceptive	TOTAL
J3	4 (20%)	16 (80%)	20
J4	3 (5%)	52 (95%)	55
Supérieur ou égal à J5	4 (13%)	26 (87%)	30

D'après un test exact de Fisher, avec p = 0.12 au risque alpha de 5%, il n'y a pas de lien significatif entre les deux variables. On observe que 95% des patientes sorties à J4 déclarent ne pas avoir eu de difficulté à choisir une méthode contraceptive et 87% lorsque la sortie est supérieure ou égale à J5.

Lien entre le jour de la sortie et la satisfaction de l'entretien de contraception pendant le séjour en maternité :

Jour de sortie de la maternité	Satisfaction entretien de contraception	Pas de satisfaction de l'entretien de contraception	TOTAL
J3	13 (65%)	7 (35%)	20
J4	48 (86%)	8 (14%)	56
Supérieur ou égal à J5	25 (83%)	5 (17%)	30

D'après un test exact de Fisher, il n'y a pas de lien significatif entre le jour de la sortie et la satisfaction de l'entretien de maternité, avec p=0.12 au risque alpha de 5%. On observe que 35% de patientes étant sorties à J3 ne sont pas satisfaites par l'entretien de contraception durant le séjour en maternité.

Lien entre le fait de choisir la méthode contraceptive et la reprise de celle-ci 6 à 8 semaines après l'accouchement :

	Reprise de la contraception du post-partum	Pas de reprise de la contraception du post-partum	TOTAL
Contraception choisie	55 (79%)	15 (21%)	70
Contraception imposée	17 (57%)	13 (43%)	30

En réalisant un test exact de Fisher, avec p=0.03 (OR=2,772 et IC95% = [1.002 ;7.7354]), nous avons pu démontrer un lien significatif entre le fait de choisir la méthode contraceptive et la reprendre 6 à 8 semaines après l'accouchement.

Lien entre le choix de la méthode contraceptive et l'observance de celle-ci 6 à 8 semaines après l'accouchement :

	Bonne observance	Mauvaise observance	TOTAL
Contraception choisie	45 (88%)	6 (12%)	51
Mauvaise observance	12 (67%)	6 (33%)	18

Il n'y a pas de lien significatif entre le choix de la méthode contraceptive et son observance 6 à 8 semaines, d'après un test exact de Fisher avec p=0.07 (OR=3.6639 et IC à 95% = [0.8204 ;16.6271]). On observe que 88% des patientes ayant une bonne observance ont choisi la contraception.

Lien entre choix de la méthode contraceptive et la satisfaction à posteriori de la méthode contraceptive :

	Satisfaction de la méthode contraceptive	Pas de satisfaction de la méthode contraceptive	TOTAL
Contraception choisie	49 (78%)	14 (22%)	63
Contraception imposée	9 (45%)	11 (55%)	20

D'après un test exact de Fisher, avec p=0.01 (OR=4.1901 et IC 95% = [1.2933 ; 14.1418]), il y a un lien significatif entre le fait de choisir ou non la méthode contraceptive et la satisfaction 6 à 8 semaines après l'accouchement.

Lien entre le fait de choisir la méthode contraceptive et le souhait de changer de méthode contraceptive 6 à 8 semaines après l'accouchement :

	Souhait changement de méthode contraceptive	Pas de souhait de changement de méthode	TOTAL
Contraception choisie	33 (50%)	33 (50%)	66
Contraception imposée	21 (75%)	7 (25%)	28

D'après un test exact de Fisher, il y a un lien significatif entre le fait de choisir la méthode contraceptive et le souhait de changer de méthode 6 à 8 semaines après l'accouchement (p=0.039 avec un OR=0.3372 et IC95% = [0.1061 ;0.9643]). On note que 75% des patientes déclarant ne pas avoir choisie la contraception souhaitent changer de méthode contraceptive.

Lien entre la gestité et le souhait de changer de méthode contraceptive 6 à 8 semaines après l'accouchement :

	Nulligeste	Multigeste	TOTAL
Souhait changement de méthode de contraception	40 (73%)	15 (27%)	55
Pas de souhait de changement de méthode de contraception	23 (57.5%)	17 (42.5%)	40

D'après un test exact de Fisher, avec p=0.13 au risque alpha de 5% (OR=1.9566 et IC95% = [0.761 ; 5.1077]), il n'y a pas de lien significatif entre la gestité et le souhait de changer de méthode contraceptive 6 à 8 semaines après l'accouchement. Néanmoins, on observe que 73% des patientes nulligeste souhaitent changer de méthode contraceptive contre 27% de patientes multigeste.

Pour résumer, nous avons observé des liens significatifs ou des tendances particulières entre :

- La gestité et
    - La réflexion anténatale sur la contraception du post-partum
    - Le souhait de changer de méthode contraceptive 6 à 8 semaines après l'accouchement
- Le jour de la sortie et
    - Le fait de choisir la méthode contraceptive prescrite/conseillée lors du séjour en maternité
    - La difficulté à choisir une méthode contraceptive durant l'entretien de contraception
    - La satisfaction de l'entretien de contraception pendant le séjour
- Le fait de choisir la contraception et

    - La reprise de la méthode contraceptive 6 à 8 semaines après l'accouchement
    - L'observance de celle-ci à posteriori
    - La satisfaction à posteriori de la méthode contraceptive
    - Le souhait de changer de méthode de contraception à posteriori

D'après un test exact de Fisher ou de Khi², il n'y a pas de lien significatif, ni de tendance particulière observés entre les variables suivantes :

- La difficulté à choisir une méthode contraceptive et
    - La préoccupation pour le nouveau-né (p=1 avec un OR=∞ et IC95%= [0.0213 ; ∞])
    - La préoccupation par la reprise de l'activité sexuelle (p=0.61)
    - La préoccupation par la possibilité d'une nouvelle grossesse (p=0.75)
- La satisfaction à posteriori par la méthode contraceptive prescrite pendant le séjour et
    - La préoccupation par la reprise de l'activité sexuelle (p=0.91)
    - La préoccupation par la possibilité d'une nouvelle grossesse (p=0.11)
    - La gestité (p=0.21 avec OR=0.532 et IC95% = [0.1803 ;1.5758])
- La réception d'une information sur la contraception du post-partum en anténatale et
    - Le fait de choisir la méthode contraceptive (p=1 avec OR=1.0688 et IC95% = [0.424 ; 2.6612])
    - La satisfaction de la méthode contraceptive 6 à 8 semaines après l'accouchement (p=0.37)
- L'allaitement maternel et
    - La reprise de la contraception 6 à 8 semaines après l'accouchement (p=0.69)
    - Le souhait de changer de méthode contraceptive à posteriori (p=0.82)

Partie 3 : Discussion

1. Points forts et faiblesses de l'étude

Notre étude s'intéresse à la contraception qui est un enjeu mondial. A l'occasion de la journée mondiale de la contraception le 26 septembre 2017, il a été mis en évidence que le schéma contraceptif restait principalement médicalisé en France (utilisation de la pilule, du DIU et de l'implant surtout). L'utilisation de la pilule, qui reste la méthode majoritairement utilisée, a été impacté par le débat autour des risques liés aux pilules de 3ème et 4ème génération. Un changement au niveau des méthodes utilisées s'est réalisé et a été en faveur des méthodes dites de longue durée (DIU et implant) ou méthode barrière (préservatifs notamment). Il existe aujourd'hui diverses méthodes contraceptives en France ; selon F. Bourdillon, directeur général de Santé Publique France, il est important de poursuivre les *« {…} actions visant à faire connaître la diversité contraceptive et d'aider les femmes à trouver la contraception la mieux adaptée et donc la plus efficace. »* [44].

Rappelons que 2 à 4% des IVG ont lieu dans les 6 à 12 mois suivant un accouchement [22], la principale cause d'IVG en France étant le défaut d'observance, et le fait de réaliser un entretien structuré permettant aux patientes de choisir la méthode contraceptive permettrait de diminuer le nombre de grossesse non prévues (NP1) [5]. Le post-partum est un moment privilégié pour sensibiliser les patientes au risque de grossesses rapprochées pouvant être non désirées voire au risque d'IVG. C'est pourquoi notre étude avait pour but d'identifier les facteurs pouvant influencer la qualité de la prescription d'une méthode contraceptive lors du séjour en maternité et les actions que l'on pourrait mettre en œuvre pour une prescription optimale de la contraception du post-partum.

A l'issue de nos deux enquêtes nous avons récolté 111 questionnaires exploitables permettant d'avoir des résultats significatifs. La réalisation d'un questionnaire téléphonique a permis d'avoir le retour et l'avis des patientes sur le sujet, permettant ainsi de mieux cibler les attentes et besoins de celles-ci.

Pour limiter d'éventuels biais (notamment les biais de sélection et d'évaluation) et ainsi augmenter la puissance de l'enquête, nous avons réalisé de la même façon la

distribution des questionnaires ainsi que leurs récupérations auprès de chaque maternité. Les critères de sélection et la réalisation d'un test du questionnaire au préalable ont permis de limiter les biais linguistiques et de compréhension. A l'issue de la réalisation du questionnaire téléphonique, il a été difficile de limiter d'éventuels biais de mémorisation car certains items faisaient recours aux souvenirs des patientes concernant le séjour à la maternité.

Il existe un biais de représentativité de notre échantillon par rapport à la population générale (comparaisons avec la dernière enquête nationale de 2016) [30] :

- Population étudiée avec un niveau de scolarisation plus élevée par rapport à la population générale (75% de patientes ont un niveau d'études au-dessus du bac dans notre échantillon contre 55.4% de femmes ayant un niveau d'études allant au-delà du bac dans la population générale) ;
- Très peu de patientes font partie des catégories socio-professionnelles des ouvriers, artisans, commerçants et chefs d'entreprises et aucune dans la catégorie des agriculteurs ;
- 11% de césarienne dans notre échantillon contre 20,2% dans la population générale.

Sur les 250 questionnaires distribués initialement, il y a 98 questionnaires non exploitables soit par perte de vue (absence de retour du questionnaire notamment), soit du fait de questionnaire non exploitables sur une ou des questions lors d'un mauvais remplissage du questionnaire. Malgré les relances, 41 patientes n'ont pas répondu au questionnaire téléphonique.

2. Analyse des résultats

2.1 Utilisation et connaissances de la contraception avant la grossesse

Avant la grossesse, plus de 70% des patientes utilisaient une méthode contraceptive, majoritairement des méthodes contraceptives hormonales dans 74% des cas avec 59% d'utilisation de la contraception orale. Cela correspond à ce qui a été

retrouvé dans l'enquête Baromètre santé de 2016 portant sur la contraception [7]. Dans 83% des cas les patientes désiraient avoir une grossesse (*« grossesse planifiée »* était le terme utilisé dans notre enquête) et 10% des patientes de notre échantillon ont eu une grossesse sous méthode contraceptive ce qui est proche des 9,3% retrouvé dans la dernière enquête de périnatalité [30]. Le premier questionnaire a permis de mettre en évidence le fait que 3% des patientes n'avaient jamais utilisé de méthode contraceptive.

L'enquête montre une connaissance majoritaire de la contraception orale, du DIU et des préservatifs, et environ 1 femme sur 2 connaît les capes/diaphragmes, patchs et anneau bien que minoritairement utilisées selon la littérature [7]. Cette connaissance peut être associée au fait que celles-ci sont des méthodes déjà utilisées par les femmes avant la grossesse (cf. figure 11).

2.2 Connaissances des patientes autour de la contraception du post-partum et de la physiologie du post-partum

Concernant la reprise de la fertilité, seul ¼ des femmes interrogées pensent que la reprise de la fertilité est possible à partir de 21 jours après l'accouchement. Lors de notre enquête, nous n'avons pas cherché à différencier le délai de reprise de l'ovulation entre la femme qui allaite et celle qui n'allaite pas du fait de l'anovulation induite par l'allaitement. Néanmoins, il reste précisé dans la littérature que 33% des femmes qui allaitent ont une reprise de l'ovulation 6 semaines après l'accouchement et 72% à 6 mois [45]. D'où l'intérêt de l'information des patientes quant à la reprise de l'ovulation et une sensibilisation des femmes qui allaitent par rapport à l'imprévisibilité de cette reprise de l'ovulation.

Les principales méthodes contraceptives considérées comme utilisables durant le post-partum sont le préservatif (86%) et la pilule (81%). Le préservatif reste la méthode majoritairement citée que la femme allaite ou non, et lorsque la femme n'allaite pas le préservatif est autant cité que la pilule. (Figures 9 et 10) Dans 32% des cas les méthodes naturelles ont été considérées comme utilisables par les patientes, lors du post-partum. Rappelons que celles-ci ne sont pas recommandées en 1ère intention par la HAS, car elles sont moins fiables et nécessitent une reprise de cycles

réguliers [2,33]. Viennent ensuite l'implant (27%) et le DIU (23%) ; une très faible proportion des patientes pense pouvoir utiliser les méthodes barrières (patch, cape, diaphragme) ainsi que les spermicides durant le post-partum. L'allaitement maternel exclusif est considéré comme une méthode contraceptive utilisable par 54% des femmes qui allaitent (figure 9). Il est donc important d'informer les patientes qui pratiquent l'allaitement exclusif des critères rendant ce dernier contraceptif [2,22] pour une meilleure connaissance de la méthode ainsi qu'une meilleure observance, mais aussi pour une meilleure réflexion quant au choix contraceptif pour le post-partum car la méthode MAMA peut être une alternative durant les 6 premiers mois pour les femmes ne désirant pas de méthode hormonale (figure 15) et/ou en attendant la pose d'un DIU.

Environ 74% des patientes ont connaissance que la pose du dispositif intra-utérin se fait 6 à 8 semaines après l'accouchement et 54% ont connaissance que la prise d'une contraception orale commence 3 semaines après la naissance. Il est important de souligner le fait que 14% des femmes interrogées lors du séjour en maternité pensent pouvoir avoir des rapports sexuels non protégés durant le post-partum sans risque d'exposition à une nouvelle grossesse jusqu'au retour de couches. Ces patientes, par un manque de connaissance et/ou d'information, sont exposés au risque de grossesse rapprochées. D'où l'intérêt d'une information des patientes sur la reprise de l'ovulation qui se fait à partir de 21 jours après l'accouchement et qui survient donc avant le retour de couches, comme le recommande la HAS [2].

2.3 Disponibilité et projection des patientes lors du séjour en maternité par rapport à la contraception du post-partum

Lors du séjour à la maternité les femmes étaient majoritairement préoccupées par le nouveau-né (98% « complètement »), moyennement voire faiblement préoccupées par la reprise de l'activité sexuelle et près de 75% étaient faiblement préoccupées par la possibilité d'une nouvelle grossesse. Ces résultats confirment les données retrouvées dans la littérature antérieure [27,33]. En revanche dans notre étude, nous n'avons pas mis en évidence de lien significatif entre ces différentes préoccupations et la difficulté à choisir une méthode contraceptive. Cela peut

s'expliquer par le fait que durant le séjour 88% des femmes avait déjà pensé à une méthode contraceptive pour le post-partum, et 9 femmes sur 10 avaient déjà une idée de la méthode qu'elles désiraient avoir durant le post-partum. Pour les femmes n'ayant pas réfléchi à cela, l'une des principales raisons évoquées était le manque d'information sur le sujet. On peut donc relever une difficulté de projection pour ces patientes du fait d'un manque d'information.

Plus de la moitié des femmes (57%) avaient reçu une information sur la contraception du post-partum pendant la grossesse avec une délivrance de l'information par un professionnel de santé dans 89% des cas, majoritairement lors du dernier trimestre de grossesse à l'occasion d'une consultation de suivi de grossesse (n=30) ou lors de séances de PNP (n=18). A savoir 64 patientes (soit 58% des patientes de notre échantillon) ont participé à des séances de PNP. La délivrance de cette information est en accord avec les recommandations de la HAS, cependant cela reste encore peu car il est recommandé que toutes les femmes reçoivent cette information pendant la grossesse [32].

Lors du séjour en maternité, la majorité des patientes désiraient une contraception orale (54%) et le DIU (47%), ce qui suit les tendances actuelles de l'utilisation des méthodes contraceptives comme il est démontré dans le Baromètre santé de 2016. La justification du choix par les patientes (figure 15) montre dans un premier temps l'envie de poursuivre sur une méthode connue et qui convenait déjà avant la grossesse, l'envie d'une méthode pratique et efficace, ainsi qu'une tendance à l'utilisation des méthodes non hormonales qui pourrait s'expliquer par la polémique qu'il y a eu autour des pilules de 3ème et 4ème génération en 2012 comme le suppose la dernière enquête Baromètre Santé [7]. Il aurait été intéressant de chercher à savoir combien de femmes souhaitaient reprendre une pilule oestro-progestative afin de d'évaluer si ce souhait a pu être réalisé ou non et pourquoi (contre-indications, allaitement). Le fait que certaines patientes (n=18) souhaitent reprendre une méthode qui convenait avant la grossesse, amène le professionnel de santé à sensibiliser les femmes à une information sur les méthodes compatibles avec le post-partum, tout en prenant en considération le profil de la patiente. Cela est important afin de permettre la réflexion et un choix éclairé d'une méthode temporaire mais qui sera compatible avec les spécificités du post-partum.

L'envie d'une méthode efficace évoquée par certaines patientes nous amène à réfléchir sur deux points : les patientes ont-elles vraiment conscience de l'efficacité des méthodes contraceptives ? Connaissent-elles la différence entre l'efficacité théorique et l'efficacité pratique d'une méthode contraceptive ?

A l'issue des résultats du premier questionnaire nous ne pouvons pas confirmer la première hypothèse qui est que le choix d'une méthode contraceptive est marqué par la difficulté de projection des patientes lors du post-partum immédiat du fait d'une absence de lien significatif, et du fait que 9 patientes sur 10 savaient déjà ce qu'elles voulaient comme méthode contraceptive lors du séjour en maternité.

2.4 Retour à domicile et reprise de l'activité sexuelle

A l'issue du séjour en maternité, il y a eu 18% de sortie de la maternité à J3. Sur l'ensemble des accouchements voie basse, cela correspond à un taux de sortie à J3 d'environ 16%, ce qui est significativement plus bas que le taux de sortie à J3 dans la population générale qui est de 46,9% pour les AVB (ENP 2016). La fréquence des séjours de 4 jours est de 54%, soit près de 53% de sortie J4 pour l'ensemble des AVB ce qui est plus important par rapport à ce que l'on retrouve dans la population générale en 2016 (38,2%) [30]. Seules 2 accouchées par césarienne sur les 12 sont sorties à J4 ce qui représente moins des 35,5% de sortie à J4 pour l'ensemble des césariennes dans la population générale en 2016. Il n'y a pas eu de sorties précoces dans notre échantillon et les hospitalisations supérieures à 6 jours était souvent dues à des causes néonatales (grande prématurité notamment, hypotrophie, etc.) ou des pathologies maternelles l'étude ayant aussi été réalisée auprès des patientes présentes dans les services d'unité kangourou et de suites de couches pathologiques. Il y a plutôt eu une tendance à des séjours standards lors de notre enquête, la présence de sorties précoces aurait été intéressante afin de rechercher l'impact que celles-ci peuvent avoir au niveau de la prescription de la contraception lors du séjour en maternité. En revanche, la présence de séjours longs, suggère que les patientes/couples auraient pu bénéficier de plusieurs moments durant le séjour pour aborder le sujet de la contraception du post-partum et un temps de réflexion sur le sujet plus long.

Il est intéressant de noter la mise en place à partir du 1er janvier 2019 des sorties précoces avec PRADO dans certaines maternités de l'agglomération rouennaise

(notamment le CH du Belvédère), d'où la nécessité d'anticiper sur l'organisation de la sortie pendant la grossesse et d'aborder le sujet de la contraception du post-partum. A savoir que la politique nationale du PRADO tend plus à aller vers du « PRADO précoce » que vers du « PRADO standard », c'est-à-dire plutôt un accompagnement des sorties précoces que des sorties standards. Cette information a été obtenue directement auprès du service du PRADO de l'agglomération rouennaise.

15% des patientes ont déclarées ne pas connaître le rôle de la VPN 6 à 8 semaines après l'accouchement. Cela peut être dû au fait qu'elles ne se souviennent pas de l'information/explication donné durant le séjour (biais de mémorisation) ou au fait qu'elles n'aient pas eu d'explications. Il est important de le signaler car toutes les femmes, en sortant de la maternité, doivent être informer de son caractère obligatoire et de son rôle nécessaire dans le suivi du post-partum.

Concernant la reprise de l'activité sexuelle, 73% des femmes interrogées avait repris une activité sexuelle 6 à 8 semaines après l'accouchement ce qui est supérieur à ce que l'on retrouve dans la littérature antérieure [37] néanmoins cela reste en accord avec le fait que la reprise moyenne d'une activité sexuelle serait vers 7-8 semaines après l'accouchement [33,36]. Les principales raisons évoquées par les femmes n'ayant pas repris d'activité sexuelle (figure 21), correspondent à ce qui est retrouvé dans la littérature parmi les facteurs pouvant influencer la reprise de l'activité sexuelle lors du post-partum [35]. Dans notre échantillon, il y a autant de femmes qui allaitent que de femmes qui n'allaitent pas parmi les 26% de femmes qui n'ont pas repris d'activité sexuelle.

2.5 Utilisation de la contraception du post-partum

A l'issue du séjour à la maternité, 73% des patientes se sont vu prescrire ou conseiller une contraception orale comme méthode contraceptive pour le post-partum, avec 5% de méthodes OP et 68% de méthodes micro-progestatives (dont 15% ont été prescrite dans l'attente de la pose d'un DIU). 8% des patientes ont eu des préservatifs comme méthode contraceptive conseillée (2% en attendant la pose d'un DIU) et 12% n'ont eu aucune méthode contraceptive prescrite (2% en attendant d'avoir un DIU). Cela est représentatif de ce que l'on retrouve dans l'article *La contraception du post-partum : les recommandations médicales, le point de vue des femmes*. [23] Il n'y a que 4% des

patientes qui se sont vu prescrire/conseiller un implant dont deux ont été posés à la maternité avant la sortie, et 4% de patientes se sont vu prescrire un DIU sans autre méthode contraceptive en attendant la pose de ce dernier. Dans 10% des cas, aucune méthode de contraception n'a été prescrite ou conseillée soit du fait d'un souhait personnel de la patiente/du couple ou du fait que le sujet n'a pas été abordé (n=3). Selon les recommandations pour la pratique clinique du CNGOF, il est précisé qu'une méthode contraceptive « *efficace* » doit être débutée *« au plus tard 21 jours après l'accouchement* » associé à un *« conseil contraceptif »* afin de prévenir le risque de grossesses rapprochées et/ou non désirées [22].

Dans les 6 à 8 semaines après l'accouchement 35% des patientes n'avaient pas repris de méthode contraceptive, ce qui est supérieur au pourcentage de femmes qui sortait théoriquement de la maternité sans méthode contraceptive prescrite ou conseillée. Ce résultat est proche de ce qui a été mis en évidence par le CNGOF, avec 30% de femmes sans contraception 6 à 8 semaines après l'accouchement [24]. Les principales raisons évoquées sont le fait que les patientes n'avaient pas envie de reprendre la méthode de contraception, d'autres attendaient la visite post-natale pour la pose de DIU notamment ou le souhait de changer de méthode pour un retour à une pilule oestro-progestative, l'absence de reprise de l'activité sexuelle et la présence d'effets indésirables (figure 17 et 18).

Parmi les femmes ayant repris une méthode contraceptive, 21% d'entre elles déclarent avoir une mauvaise observance de la méthode soit par oubli(s) dans la majorité des cas, manifestation d'effets indésirables ou arrêt de la méthode. Rappelons qu'initialement dans notre échantillon, 17% des patientes déclaraient ne pas avoir planifié la grossesse et 10% d'entre elles utilisaient encore une méthode contraceptive au moment de la conception (tableau 3). Le CNGOF recommande ainsi d'informer les patientes/couple *« que le risque d'échec d'une méthode de contraception est d'abord lié à une mauvaise utilisation de la méthode (grade C) ou à la prescription d'une méthode inadaptée aux conditions de vie et de sexualité »* [5].

Cela nous amène à nous porter sur la question du choix de la méthode contraceptive : 68% des patientes déclarent avoir choisi la méthode contraceptive prescrite/conseillée lors du séjour à la maternité et 29% déclarent que cette méthode a été imposée, à savoir que dans 3% des cas le sujet de la contraception n'a pas été

abordé. Cela ne correspond pas à ce qui est préconisé par les différentes méthodes d'entretien autour de la contraception qui recommande que le choix soit « libre et éclairé » [17,20]. Il n'y a pas de lien significatif mis en évidence entre le fait d'avoir eu une méthode contraceptive imposée et la mauvaise observance, bien que l'on observe que plus la méthode est choisie et plus il y a une bonne observance. Un lien significatif existe entre le fait d'avoir choisi ou non la méthode contraceptive et le fait de l'avoir reprise 6 à 8 semaines après l'accouchement. Il existe aussi un lien significatif entre le fait d'avoir choisi la méthode contraceptive et le fait de vouloir changer de contraception à posteriori (avec 75% des patientes ayant eu une méthode imposée souhaitant changer de méthode).

Sur l'ensemble de l'échantillon étudié, 58% des patientes souhaitent changer de méthode contraceptive, majoritairement pour la pose d'un DIU ou pour reprendre la méthode utilisée avant la grossesse.

Concernant la satisfaction lors du post-partum de la méthode contraceptive, 70% des femmes se disent satisfaites de la méthode. Il y a un lien significatif mis en évidence entre le choix de la méthode et la satisfaction de celle-ci à posteriori.

2.6 Retour sur l'entretien de contraception et suggestions des patientes

Concernant l'entretien de contraception, 14% des patientes ne se sont pas senties libres de choisir la contraception et 17% disent ne pas avoir participé au choix de la méthode contraceptive. Cela nous ramène de nouveau à l'importance du choix de la patiente, pour une meilleure acceptation et observance de la méthode contraceptive [5]. Il est important de souligner le fait que seulement 38% des femmes disent avoir reçu une information sur l'efficacité, l'utilisation et les éventuels effets indésirables de la méthode qui leur avait été prescrite et seulement 21% d'entre elles disent avoir reçu une information sur les méthodes de rattrapages en cas de rapport non ou mal protégé. Ces informations font parties des modalités d'information à donner aux patientes lors de la prescription de la contraception du post-partum, comme le précise la HAS et le CNGOF [2,5] en ajoutant normalement les informations portant sur le coût, la durée d'utilisation, les contre-indications et les modalités d'arrêt de la méthode.

Cependant, malgré le manque de ces informations 80% des patientes étaient satisfaites par l'entretien reçues lors du séjour à la maternité notamment du fait de la disponibilité et l'écoute du professionnel de santé. Dans le cas contraire cet entretien avait été considéré comme « abstrait », voire non considéré comme un entretien, la méthode contraceptive avait été « imposée » ou l'ordonnance avait été donnée à la patiente sans explications préalable.

Lors du questionnaire téléphonique, le manque d'informations des patientes s'est fait ressentir.

Il n'y a pas de lien significatif entre la durée du séjour et la satisfaction ou non de l'entretien de contraception reçu lors du séjour en maternité, néanmoins plus le séjour est long et plus les patientes semblaient satisfaites de l'entretien de contraception.

En conclusion, l'entretien de contraception reste satisfaisant lors du séjour à la maternité bien que le manque d'informations persiste et se fait ressentir à posteriori. Il est donc important de s'intéresser aux moyens pouvant être mis en œuvre afin de palier à ce manque d'informations.

Le moment le plus adapté selon les patientes pour délivrer l'information sur la contraception du post-partum est le séjour en maternité (54%) (notamment la veille de la sortie ou à J2 (respectivement 40% et près de 25%)) et pendant la grossesse (45%) notamment lors du 3ème trimestre avec plusieurs possibilités d'action lors des consultations de suivi de grossesse ou des séances de PNP (rappelons que 58% des patientes ont réalisé des séances de PNP). Ces suggestions correspondent aux recommandations actuelles qui sont d'aborder l'information sur la contraception pendant la grossesse et de revenir sur le sujet lors du séjour à la maternité [2,22]. Les patientes souhaitent majoritairement être informées par des professionnels de santé avec en tête des professionnels cités les sages-femmes, cela met en avant le rôle de la sage-femme dans le suivi de la santé génésique de la femme avant, pendant et après une grossesse [13,14,15]. On peut aussi noter le fait que 17% des femmes interrogées souhaitent recevoir l'information via des brochures et c'est aussi ce qui est retrouvé dans les suggestions libres des patientes à l'issu du 2ème questionnaire (figure 30).

L'analyse du deuxième questionnaire nous permet d'infirmer en partie la deuxième hypothèse qui est que la contraception du post-partum est peu adaptée, à

posteriori, aux attentes et aux modes de vie des patientes car bien qu'il y ait plus de la moitié des patientes qui souhaitent changer de méthode contraceptive 6 à 8 semaines après l'accouchement, 70% d'entre elles sont satisfaites de la méthode contraceptive.

3. Propositions d'actions

Ce travail a mis en évidence le fait que la contraception du post-partum ne faisait pas l'objet d'un choix « libre et éclairé » pour toutes les patientes, ce qui ne suit pas les recommandations de la HAS. En laissant la possibilité aux patientes de donner leurs suggestions, cela a permis de prendre en considération leurs besoins pour rendre la prescription de la contraception du post-partum optimale.

On constate que le choix de la méthode contraceptive a un rôle majeur pour la reprise de celle-ci 6 à 8 semaines après l'accouchement, la satisfaction et le souhait de vouloir changer de méthode contraceptive à posteriori, et va impacter l'observance de la méthode contraceptive. Il est donc important, pour nous praticiens, de favoriser la discussion autour du choix de la méthode contraceptive pour s'adapter au mode de vie et aux besoins des patientes et surtout ne pas imposer une méthode contraceptive.

Un manque d'informations a été observé pendant la grossesse et durant l'entretien de contraception qui a lieu durant le séjour en maternité. Pourtant, les patientes sont « demandeuses » de plus d'informations comme le démontre la figure 30 (annexe XV). Le séjour en maternité est considéré comme un moment adapté pour l'information sur la contraception du post-partum, ainsi que la période anténatale durant le 3ème trimestre de grossesse.

Il est important de :

- Favoriser le fait d'aborder le sujet de la contraception du post-partum pendant la grossesse, notamment lors du dernier trimestre afin de répondre aux recommandations de la HAS et anticiper sur l'organisation de la sortie lors du séjour en maternité.
- Préciser l'information autour de la contraception du post-partum selon le type d'alimentation du nouveau-né

- Favoriser les informations autour du retour de couches pour permettre aux femmes une meilleure compréhension de la physiologie du post-partum et de ce fait l'intérêt de la contraception durant cette période

Il pourrait être mis en place des brochures explicatives ou des plaquettes d'informations qui pourraient être remises aux patientes soit pendant la grossesse ou lors du séjour en maternité pour faciliter leur réflexion. Le CNGOF recommande l'utilisation de support pour une aide à la décision des patientes [5]. Il semblerait aussi intéressant de réaliser des réunions d'informations sur la contraception du post-partum, en suivant l'exemple des réunions autour des conseils de puériculture réalisés dans la plupart des maternités de l'agglomération rouennaise.

La sage-femme fait partie intégrante des intervenants auprès de la femme durant la période anté-, per- et post-natale. Elle a un rôle de prévention et d'information primordial auprès des femmes. Il est nécessaire de sensibiliser les sages-femmes et les étudiants sages-femmes, ainsi que l'ensemble des professionnels de santé à la problématique de la contraception du post-partum.

Pour sensibiliser les professionnels de santé sur l'importance de l'entretien de contraception il serait intéressant de réaliser une évaluation des pratiques professionnelles sur l'entretien de contraception, les différentes méthodes contraceptives disponibles et de s'intéresser aux facteurs pouvant influencer l'entretien du point de vue des professionnels de santé. Cette sensibilisation peut aussi être réalisé via le développement professionnel continu pour permettre une mise à jour des connaissances en ce qui concerne la contraception.

Enfin, une enquête sur la contraception du post-partum à plus grande échelle, notamment lors des enquêtes nationales, permettrait de compléter ce mémoire avec un niveau de preuve plus important.

Conclusion

Nous avons mené une étude prospective multicentrique à visée descriptive dans deux maternités de l'agglomération rouennaise, permettant d'obtenir 111 questionnaires exploitables. La question de recherche de l'étude était d'évaluer comment adapter au mieux la prescription de la contraception lors du séjour en maternité, avec la diminution de la durée moyenne de séjour et les sorties précoces.

La première hypothèse émise afin d'orienter la réponse, qui était que le choix d'une méthode contraceptive est marqué par la difficulté de projection des patientes lors du post-partum immédiat, n'a pas été confirmée. Nous avons infirmé en partie la deuxième hypothèse, qui est que la contraception du post-partum est peu adaptée, à posteriori, aux attentes et aux modes de vie des patientes.

Durant le séjour, 9 femmes sur 10 savaient déjà quelle méthode contraceptive elles désiraient avoir dans le post-partum, et 58% avaient reçues une information sur la contraception du post-partum pendant la grossesse. A l'issue du séjour, il n'y a pas eu de sorties précoces observés et 54% des sorties ont été réalisé à J4. La contraception du post-partum avait été imposée dans 29% des cas et 6 à 8 semaines après l'accouchement, plus d'un tiers des patientes n'avaient pas repris de méthode contraceptive. Parmi celles ayant repris une contraception, 58% souhaitaient changer de méthode à posteriori. Un lien significatif a été mis en évidence entre le choix de la méthode et la reprise de la méthode, la satisfaction de la méthode ou le souhait de changer de méthode contraceptive. Un manque d'informations en anténatale et durant l'entretien de contraception a été observé.

Adapter l'entretien de contraception aux modes de vie et besoin des patientes permettrait la réflexion et le choix libre et éclairé de la méthode contraceptive, ainsi que l'observance et la satisfaction à posteriori. De plus, sensibiliser les professionnels de santé sur la nécessité d'une information complète autour de la contraception du post-partum et le rôle de la VPN permettrait d'optimiser la prescription de la contraception.

Une étude à plus grande échelle permettrait de compléter ce mémoire, ainsi qu'une évaluation des pratiques professionnelles afin d'évaluer les facteurs pouvant influencer les professionnels de santé pour la réalisation d'un entretien de contraception optimal lors du séjour en maternité.

Bibliographie

[1] INPES. Contraception : Les françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? [En ligne] 2015. Disponible : http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf

[2] Haute Autorité de Santé – Contraception chez la femme en post-partum. [Fiche mémo] [En ligne] Juillet 2013. Dernière mise à jour octobre 2017. 4p. Disponible : https://www.has-sante.fr. [Consulté le 07 mai 2018].

[3] Gronier H., Robin G., Dewailly D. La revue du praticien. Contraception. Juin 2011 ; 61 : 849-57

[4] HAS. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. Document de synthèse. Mars 2013. Dernière modification novembre 2017, 56p.

[5] CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique - Contraception (texte court). Paris ; 2018, 5-48.

[6] Code de la santé publique. Article R5134-4-1 créé par Décret n°2012-883 du 17 juillet 2012-art.1. Dispensation supplémentaire de contraceptifs oraux par le pharmacien.

[7] Rahib D., Le Guen M., Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 8p.

[8] Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM). Risques thromboemboliques veineux et artériels chez les femmes sous contraceptifs oraux combinés : une étude de cohorte de l'Assurance Maladie. Point presse « COC » du 26 juin 2013. Saint-Denis : ANSM ; 2013.

[9] Raccah-Tebekaa B., Plu-Bureau G. CNGOF. Contraception du post-partum : recommandations pour la pratique clinique. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2015 ;44 :1127-34.

[10] ANSM. Dispositifs intra-utérins au lévonorgestrel Mirena®, Jaydess® ou Kyleena®. Mesure additionnelle de réduction de réduction du risque prévue dans le cadre du Plan de Gestion des Risques de Kyleena. Mars 2018.

[11] HAS. Commission de la Transparence. Avis 13 décembre 2017. Direction de l'Evaluation Médicale, Economique et de Santé Publique. Décembre 2017, 17p.

[12] Cochois I. Vidal. EDEN : premier préservatif masculin remboursé à compter du 10 décembre 2018. 29 Novembre 2018. [En ligne]. Disponible : https://www.vidal.fr/actualites/22976/eden_premier_preservatif_masculin_remboursee_a_compter_du_10_decembre_2018/

[13] Code de la santé publique. Article L4151-1 modifié par la loi n°2011-814 du 7 juillet 2011-art.38 relatif aux compétences générales des sages-femmes. 2015.

[14] Ordre des sages-femmes. Suivi gynécologique et contraception ; compétence des sages-femmes. [En ligne] Disponible : http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/le-suivi-gynecologique-de-prevention-et-les-consultations-en-matiere-de-contraception/. Consulté le 15 mars 2017.

[15] Ordre des sages-femmes. Les compétences des sages-femmes. [En ligne] Disponible : http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general. Consulté le 18/07/2018.

[16] Code de la Santé Publique. Legifrance. [En ligne]. Disponible : http://www.legifrance.gouv.fr/. Consulté le 23 juillet 2018.

[17] Haute Autorité de Santé. Service des bonnes pratiques professionnelles. Fiches mémo « Conduite pratique de la contraception chez l'homme et chez la femme ». Avril 2013. Mise à jour : janvier 2015, 247p. [En ligne] Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1528710 . Consulté le 27/03/2017.

[18] ACP France. Qui est Carl Rogers ? [En ligne]. Disponible : https://www.acpfrance.fr/qui-est-carl-rogers/. Consulté le 17 avril 2019.

[19] INPES. Choisir sa contraception : la meilleure contraception ? c'est celle que l'on choisit. [Brochures]. 2007.

[20] OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Santé sexuelle et reproductive. [En ligne] Disponible : www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/ppfp_strategies/fr/ Consulté le 27 mars 2017.

[21] OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Planification familiale/Contraception. [En ligne] Disponible : www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/fr/ . Consulté le 27 mars 2017.

[22] CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) – Recommandations pour la pratique clinique – Post-Partum (texte court). Paris ; 2015, 715-36.

[23] Fenello S. et al. La contraception du post-partum : les recommandations médicales, le point de vue des femmes. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2007 ; 36 :369-74.

[24] CNGOF. Gynécologie obstétrique. 3ème édition – Collection « Les Référentiels des Collèges ». Elsevier Masson 2015. Disponible : http://www.cngof.net/e-book/GO-2016/index.html .

[25] Vilain A. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). 211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016. Juin 2017. N°1013 ; 6p.

[26] Vandenbroucke L., Lavoué V., Voltzenlogel M-C., Le Guellec M., Lassel L., Isly H., et al. Facteurs de risques et conséquences périnatales des grossesses rapprochées : étude cas-témoin rétrospective. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Avril 2013 ; 42(2) :166-73.

[27] Dalibon P. Le post-partum, une période de transition. Actualités pharmaceutiques. Mars 2017 ;56 (564) :40-44.

[28] Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Mars 2014, 23p.

[29] Périnatalité. Les durées de séjour en maternité sont très variables selon les pays. [En ligne] Disponible : https://www.perinat-france.org/article/les-durées-de-séjour-en-maternité-sont-très-variables-selon-les-pays. Consulté le 15 mars 2017.

[30] INSERM. DREES. Enquête nationale périnatale. Rapport 2016. Les naissances et les établissements : Situation et évolution depuis 2010. Octobre 2017, 317p.

[31] Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance Maladie pour 2015. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2015 (loi du 13 août 2004). 2015 ; (162) : 21-24, 84-85.

[32] Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Mars 2014, 36p.

[33] Voluminerie J.L, Haentjens K., Fabien S., Ozier-Lafontaine P., Deblay T., Bonnier C. Contraception du post-partum. Réflexions sur la prescription en pratique quotidienne. Janvier 2016, 21p.

[34] INPES. Troubles émotionnels et psychiques des mères en post-partum. Fiche action n°16. Mai 2010, 4p.

[35] Lansac J., Magnin G. Les suites de couches et leur pathologie. In : Lansac J., Magnin G., Sentilhes L. Obstétrique pour le praticien. Accouchement et suites de couches. 6ème éd. Elsevier Masson, 2013. 477-90.

[36] Von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth : a metacontent analysis of 59 studies. Journal of Psychosomatic Research. 1999 ;47(1) :27-49.

[37] Connolly AM., Thorp J., Pahel L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function : a longitudinal prospective study. Int Urogynecol J 2005 ; 16 :263-7.

[38] Bydlowski M., Pasini W. L'après naissance en co-propriété. Paris :éd Médecine et Hygiène ; 1987.

[39] La Leche League France. DA130 : Optimiser la contraception en post-partum. Dossiers de l'Allaitement. Janvier 2018. N°130. [En ligne] Disponible :

https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/dossiers-de-l-allaitement/1993-da-130-optimiser-la-contraception-en-post-partum

[40] La Leche League France. DA62 : Le point sur la prolactine. Dossiers de l'Allaitement. 2005. N°62. [En ligne] Disponible : https://www.lllfrance.org/1424-sa-62-le-point-sur-la-prolactine.

[41] Haute Autorité de Santé. Contraception chez l'homme et chez la femme. Rapport d'élaboration. Avril 2013. Mise à jour octobre 2017, 217p.

[42] Raccah-Tebeka B., Plu-Bureau G. Guide pratique de la contraception. Elsevier Masson ; 2017. 277p.

[43] Paulard I. Contraception du post-partum. Vocation sage-femme. Mai-Juin 2011, n°90, p20-4.

[44] Santé Publique France. 26 septembre 2017 : Journée Mondiale de la Contraception. Quelles évolutions dans le schéma contraceptif des Françaises ? 25 septembre 2017. [En ligne] Disponible : https://www.santepubliquefrance.fr/Accueil-Presse/Tous-les-communiques/26-septembre-2017-journee-mondiale-de-la-contraception.-Quelles-evolutions-dans-le-schema-contraceptif-des-Francaises. Consulté le 5 mai 2019.

[45] Parole de sages-femmes. Post-partum : Et si on parlait de contraception. 08/10/2017. [En ligne] Disponible : https://paroledesagesfemmes.com/metier-sage-femme/post-partum/post-partum-et-contraception-quels-choix-possibles. Consulté le 25 septembre 2018.

Annexes

Annexe I : Premier questionnaire sur la contraception du post partum

Annexe II : Deuxième questionnaire (questionnaire téléphonique)

Annexe III : Figure 3

Annexe IV : Figure 4

Annexe V : Figures 9 et 10

Annexe VI : Figure 13

Annexe VII : Figure 15

Annexe VIII : Figure 16

Annexe IX : Figure 17

Annexe X : Figures 18 et 19

Annexe XI : Figures 21 et 22

Annexe XII : Figure 23

Annexe XIII : Figure 24

Annexe XIV : Figure 29

Annexe XV : Figure 30

Annexe I

Actuellement en dernière année d'études de sage-femme, je réalise une enquête pour améliorer la prescription de la contraception lors du séjour en maternité. Pour cela, j'ai besoin de votre participation. Voici un premier questionnaire portant sur des aspects généraux de la contraception et sur la contraception après la grossesse. Dans un second temps, si vous me le permettez je vous recontacterai par téléphone dans 2 mois pour vous poser quelques questions simples, pendant 5 à 10 minutes, portant sur votre utilisation de la contraception. Cet appel sera anonyme et me permettra de compléter l'enquête pour améliorer la prescription de la contraception.

Pour préserver votre anonymat au sein du service, veuillez trouver joint au questionnaire une enveloppe dans laquelle vous mettrez le questionnaire une fois rempli. Je serai la seule au courant de vos coordonnées et elles n'apparaîtront pas dans le mémoire.

Merci d'avance pour le temps que vous consacrerez à mon étude.

Badibanga Mbimba Annette

Nom :

Téléphone(s) (fixe et portable) :

Généralités :

1.Quel est votre âge : .....

2.Quelle est votre situation familiale :
□ célibataire □ en couple □ pacsée □ mariée □ veuve

3.Quel est votre niveau d'étude :

□ non scolarisée □ primaire □ collège □ BEP, CAP
□ Lycée, BAC □ Bac +1 ou 2 ans □ Bac +3 ou 4 ans
□ Bac +5ans ou plus

4.Quelle est votre profession : .....

5.Consommez-vous du tabac :

Avant la grossesse	□ oui	□ non	nombre de cigarettes/jour : .....
Pendant la grossesse	□ oui	□ non	nombre de cigarettes/jour : .....

6.Combien de grossesse avez-vous déjà eu (y compris fausse couche spontanée, interruption volontaire de grossesse) ? .....

Votre grossesse et votre accouchement :

7.Cette grossesse était : □ planifiée □ non planifiée

8.La grossesse a été :

□ naturelle

□ suite à un traitement d'infertilité (induction de l'ovulation, insémination, fécondation in vitro, dons)

Si la grossesse a été naturelle et que vous aviez une contraception avant, combien de temps avez-vous arrêté la contraception que vous utilisiez ?

……..

9.Avez-vous un problème de santé nécessitant un suivi régulier en dehors ou pendant la grossesse:

□ oui □ non

Si oui, le ou lesquels : .....
……
……
……..

10.Avez-vous participé à des séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité :

□ oui □ non

11.L'accouchement a eu lieu par :

□ voie basse sans instruments

□ voie basse avec instruments (forceps, ventouse, spatules)

□ césarienne

12.Au niveau des parties génitales et du vagin, vous avez eu :

□ une déchirure simple

□ une déchirure compliquée (atteinte du rectum et /ou de l'anus)

□ une épisiotomie

□ rien du tout □ vous ne savez pas

13.Quel est le type d'alimentation de votre bébé :

□ allaité au sein

□ au biberon

□ les deux

14.A quel degré votre enfant occupe vos pensées : (entourez le chiffre correspondant)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Faiblement Moyennement Complètement

Pourquoi ou Comment :
……
……
……
……

15.A quel degré la reprise de l'activité sexuelle occupe vos pensées : (entourez le chiffre correspondant)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Faiblement Moyennement Complètement

Pourquoi :
……
……
……
……

16.A quel degré la possibilité d'une nouvelle grossesse occupe vos pensées : (entourez le chiffre correspondant)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Faiblement Moyennement Complètement

Pourquoi :
……
……
……
……

<u>La contraception et la reprise de la fertilité après l'accouchement :</u>

17.Parmi la liste suivante, cochez le ou les types de contraception disponible(s) en France :

□ pilule □ stérilet □ anneau hormonal
□ préservatifs masculin □ le patch hormonal □ préservatifs féminin
□ implant vaginal □ « préservatifs en spray »
□ pilule pour homme □ cape, diaphragme

18.Reliez chaque méthode contraceptive à l'une de ses caractéristiques : (un choix pour

chaque méthode)

pilule	□	□ se trouve dans le bras
stérilet	□	□ ne contiennent pas d'hormones
Implant	□	□ se prend par la bouche
Patch	□	□ s'applique avant chaque rapport sexuel
Anneau	□	□ se place dans le vagin
Cape, diaphragme	□	□ en cuivre ou avec hormones
Préservatif	□	□ le seul qui protège contre les IST et le sida
Spermicides	□	□ se colle sur la peau
Ligature des trompes	□	□ dure 6 mois
Allaitement maternel exclusif	□	□ définitive

19.Selon vous, à partir de quand une grossesse est possible après un accouchement?

□ 15 jours après l'accouchement
□ 21 jours après l'accouchement
□ 1 mois après l'accouchement
□ 1 mois et demi après l'accouchement (= 6 semaines)

20.D'après vous, quelles sont les méthodes contraceptives utilisables après la grossesse (dans les 6 premières semaines suivant l'accouchement) ?

□ Pilule □ Préservatifs □ Spermicides
□ Stérilet □ Cape, diaphragme □ Implant
□ Méthode naturelle (retrait, etc.) □ Patch, anneau □ Allaitement exclusif
□ Vous ne savez pas □ Aucune

21.Cochez la ou les bonne(s)réponses :

□ la pose d'un stérilet est réalisé 6 à 8 semaines après l'accouchement
□ l'allaitement maternel est toujours contraceptif si je donne des biberons à mon enfant durant les 6 premiers mois suivant sa naissance
□ je peux avoir des rapports sexuels non protégés sans risque d'une nouvelle grossesse, avant le retour des premières règles (« retour de couches »)
□ la prise d'une pilule commence 3 semaines après l'accouchement
□ la pratique du « retrait » (éjaculation en dehors du vagin) protège efficacement du risque d'une nouvelle grossesse après l'accouchement

22.Cochez les contraceptions utilisables, si la femme allaite ou pas son enfant :

Méthodes contraceptives	Femme qui allaite son enfant	Femme qui n'allaite pas son enfant
Pilule		
Stérilet		
Implant		
Anneau, patch		
Préservatifs		
Cape, diaphragme		
Spermicides		
Méthode naturelle (retrait, méthode d'abstinence périodique)		
Allaitement exclusif		
Aucune		

<u>Votre utilisation et votre réflexion sur la contraception :</u>

23.Cochez le ou les types de contraception que vous avez déjà utilisé :

□ Pilule
□ Stérilet
□ Implant
□ Méthode hormonale injectable
□ Patch
□ Anneau
□ Cape, diaphragme
□ Préservatifs
□ Spermicides
□ Méthodes naturelles (retrait, méthodes des températures, etc.)
□ Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (= MAMA = Allaitement exclusif)
□ aucune □ Autre : ……

24.Quelle est la dernière méthode contraceptive que vous avez eu avant cette grossesse ?

□ Pilule
□ Stérilet
□ Implant
□ Anneau
□ Patch
□ Préservatifs
□ Cape, diaphragme, spermicides
□ Méthodes naturelles (retrait, MAMA,...)
□ Aucune
□ Autre : ……..

25.Si vous avez déjà utilisé une ou plusieurs de ces méthodes contraceptives estimez-vous avoir reçu tous les conseils concernant l'utilisation et les précautions à prendre par rapport à la méthode : (si vous avez répondu « aucune » passez à la question n°26)

□ oui □ non

26.Avez-vous déjà eu une information sur les moyens de contraception utilisables après l'accouchement ?

□ oui □ non

Si oui, par qui :

□ professionnels de santé (médecin, gynécologue, sage-femme)

□ proches, amis, connaissances

□ internet

□ journaux, livres, magazines

□ autres, précisez : .....

Quand :

□ avant la grossesse

□ pendant la grossesse (entourez le trimestre : 1er 2ème 3ème)

A quelle occasion :

□ Consultation de suivi de grossesse □ Séances de préparation à la naissance

□ Entretien prénatal précoce (entretien du 4ème mois) □ autres

27.Avez-vous déjà pensé à une méthode contraceptive pour "après la grossesse" ?

□ oui □ non

Si non, pourquoi n'y avez-vous pas pensé : (cochez la réponse correspondante, plusieurs choix possibles)

□ pas le temps

□ pas d'informations

□ je ne me projette pas sur la reprise des rapports sexuels

□ je ne me projette pas sur la reprise de ma fertilité

□ je veux une 2ème grossesse rapprochée

□ je pense que je ne vais pas utiliser de contraception immédiatement

□ je pense que je ne peux pas tomber enceinte juste après ma grossesse

□ l'utilisation d'une méthode contraceptive a toujours posé problème

□ autres : …….

Si oui, avez-vous une idée de la méthode que vous souhaiteriez avoir ?

□ oui, la ou lesquelles : .....

□ non

Pourquoi :

…….

……

……

28.Avez-vous déjà discuté du choix d'une contraception pour "après la grossesse" avec votre partenaire ?

□ oui □ non

Si oui, de qui est venu l'initiative :

□ partenaire

□ vous-même

□ tous les deux

Cette discussion a-t-elle aboutit à un choix vous mettant tous les deux d'accord sur la méthode que vous souhaitez : □ oui □ non

Pourquoi :

…….

……

……..

Ce premier questionnaire prend fin. En cas de questions, concernant la contraception après la grossesse ou de façon plus générale, vous pouvez en parler aux sages-femmes et médecins qui vous accompagnent tout au long du séjour. Je vous remercie pour votre participation.

Annexe II

Questionnaire n°2

1.Quand êtes-vous sortis de la maternité ? (J0 = jour de l'accouchement)

□ J0 □ J1 □ J2 □ J3 □ J4 □ J5 □ J6 □ Autres : …….

2.Quel moyen de contraception vous a été prescrit/conseillé lors du séjour en maternité ?
.....

3.La méthode contraceptive a été :

□ imposée □ choisie

4.Avez-vous repris la contraception prescrite/conseillée lors du séjour en maternité ?

□ oui □ non

Si non, pour quelle(s) raison(s) :

□ oubli(s)

□ effets indésirables

□ problème de compréhension d'utilisation de la méthode

□ incompatible avec un problème de santé

□ pas envie de la reprendre

□ envie d'une nouvelle grossesse

□ autres (précisez : .....)

5.Avez-vous suivi toutes les modalités d'utilisation de la méthode contraceptive ?
□ oui □ non
Si non, pour quelle(s) raison(s) :
□ oubli(s)
□ effets indésirables
□ problème de compréhension d'utilisation de la méthode
□ arrêt de la méthode
□ autres (précisez : .....)

6.Êtes-vous satisfaite de la méthode contraceptive : □ oui □ non
Pourquoi : .....
Souhaitez-vous changer de méthode contraceptive ? □ oui □ non

7.Lors de la visite post-natale est-il possible de changer ou adapter une méthode contraceptive ?

□ oui □ non

8.Avez-vous repris une activité sexuelle : □ oui □ non
Si non, pourquoi : .....

9.Quel souvenir gardez-vous de l'entretien de contraception lors du séjour en maternité ?
- difficulté(s) à choisir une méthode contraceptive : □ oui □ non

Si oui, pourquoi : ……..

- être libre de choisir ou non une méthode contraceptive : □ oui □ non
- participation au choix de la méthode contraceptive : □ oui □ non
- réception d'informations sur le mode d'utilisation de la méthode contraceptive, l'efficacité, les effets indésirables : □ oui □ non □ pas totalement
- réception d'information sur la démarche à suivre en cas de problèmes (oubli de pilule, préservatifs déchirés, …) : □ oui □ non □ pas totalement
- êtes-vous satisfaite de l'entretien que vous avez reçu : □ oui □ non

Pourquoi : ……..

10.A quel moment pensez-vous qu'il est le plus adapté de vous informer sur la reprise de la contraception ?

□ consultation suivi de grossesse
□ préparation à la naissance
□ entretien prénatal précoce (entretien du 4ème mois)
□ pendant la grossesse (précisez le trimestre : 1er 2ème 3ème)
□ lors du séjour en maternité, quel jour : …….
□ visite à domicile par la sage-femme libérale, PRADO, HAD

11.Comment aimeriez-vous être informées de la reprise de la contraception ?
□ médecin traitant
□ sage-femme
□ gynécologue-obstétricien
□ applications
□ médias
□ brochures
□ livres
□ autres (proposition : .....)

12.Avez-vous des suggestions pour nous permettre de mieux adapter l'entretien aux patientes ?
.....
.....

Sites consultables :

- www.choisirsacontraception.fr
- www.contraceptions.org
- www.has-sante.fr
- www.planning-familial.org

Professionnel vers qui s'adresser : médecin traitant, sage-femme, gynécologue en PMI ou en cabinet de ville, centre de planification et planning familial.

Annexe III

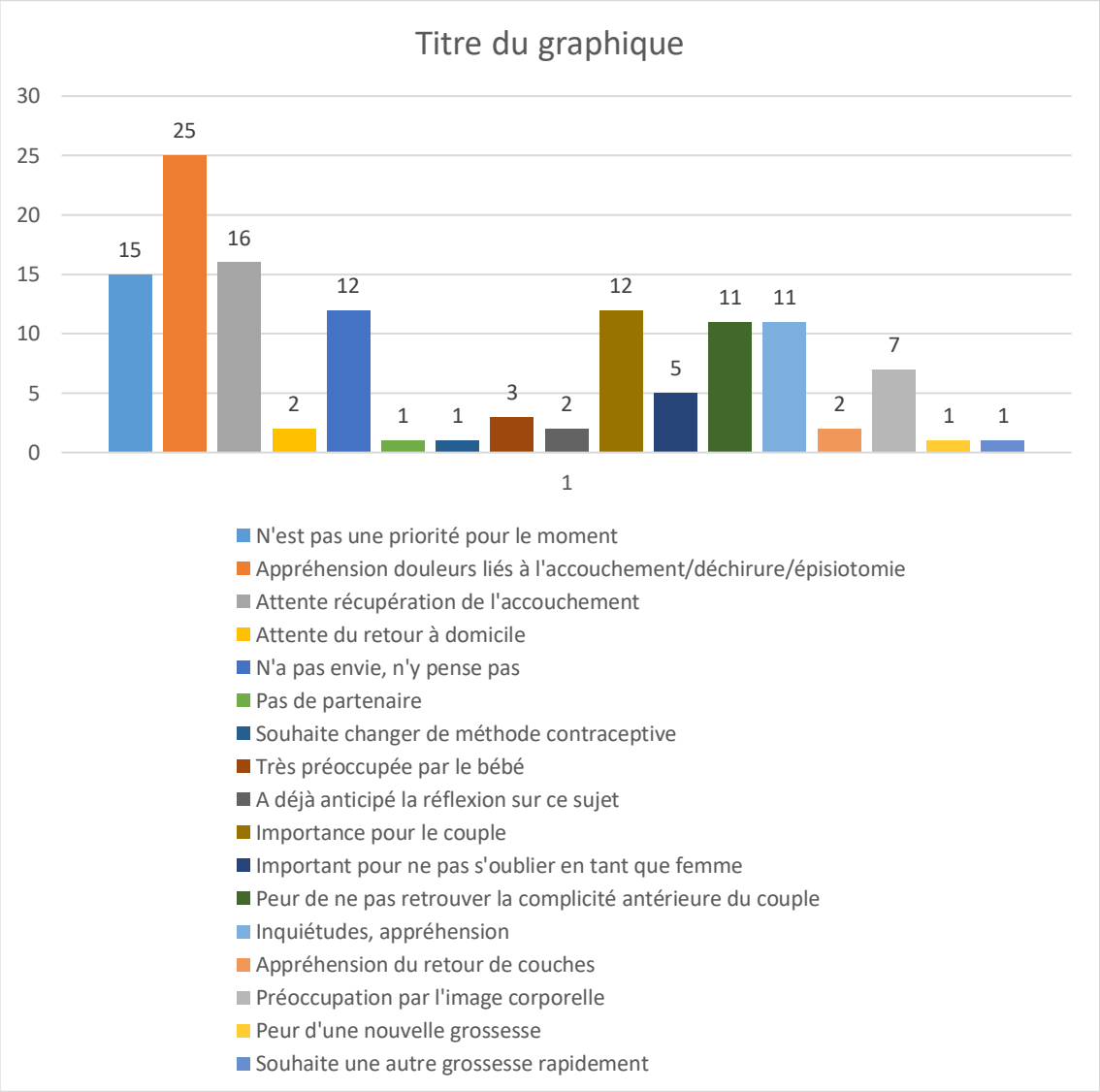


Figure 3. Principales raisons évoquées par les femmes en ce qui concerne la préoccupation par la reprise d'une activité sexuelle (n=89)

Annexe IV

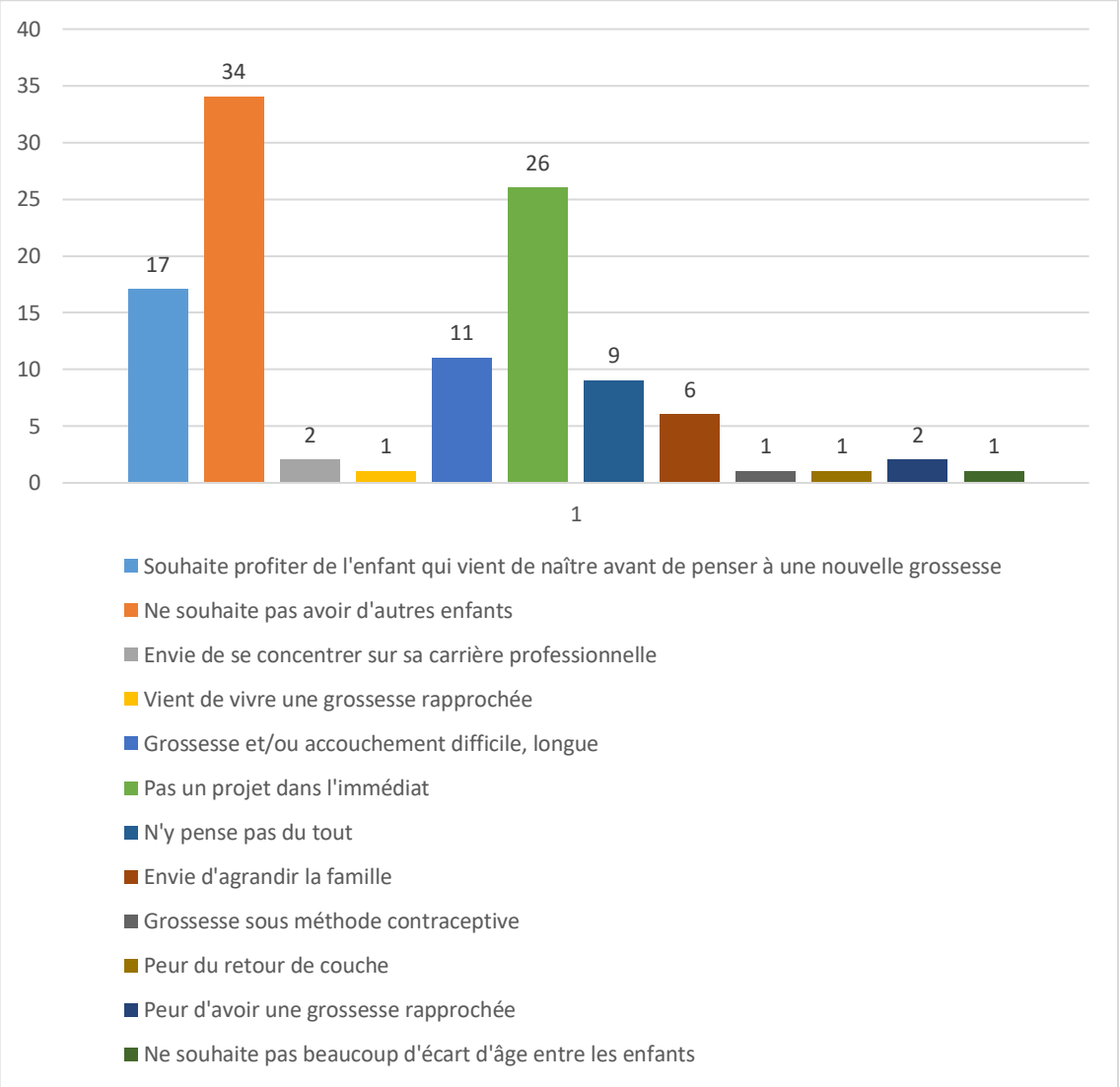


Figure 4. Principales raisons évoquées par les femmes en ce qui concerne la préoccupation par la possibilité d'une nouvelle grossesse (n=98)

Annexe V

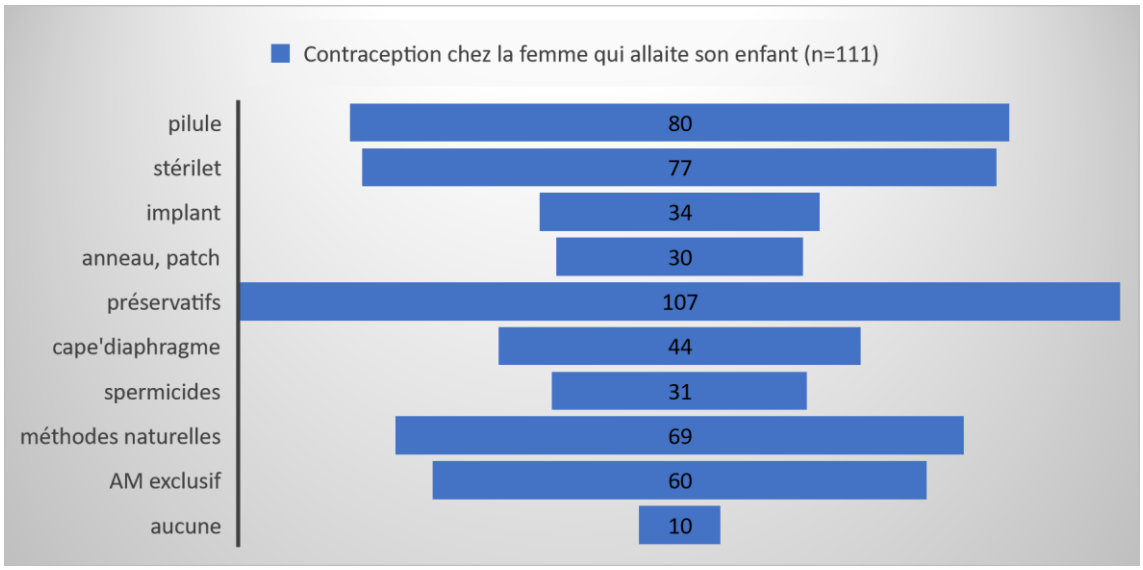


Figure 9. Méthodes contraceptives utilisables si AM selon les patientes (n=111)

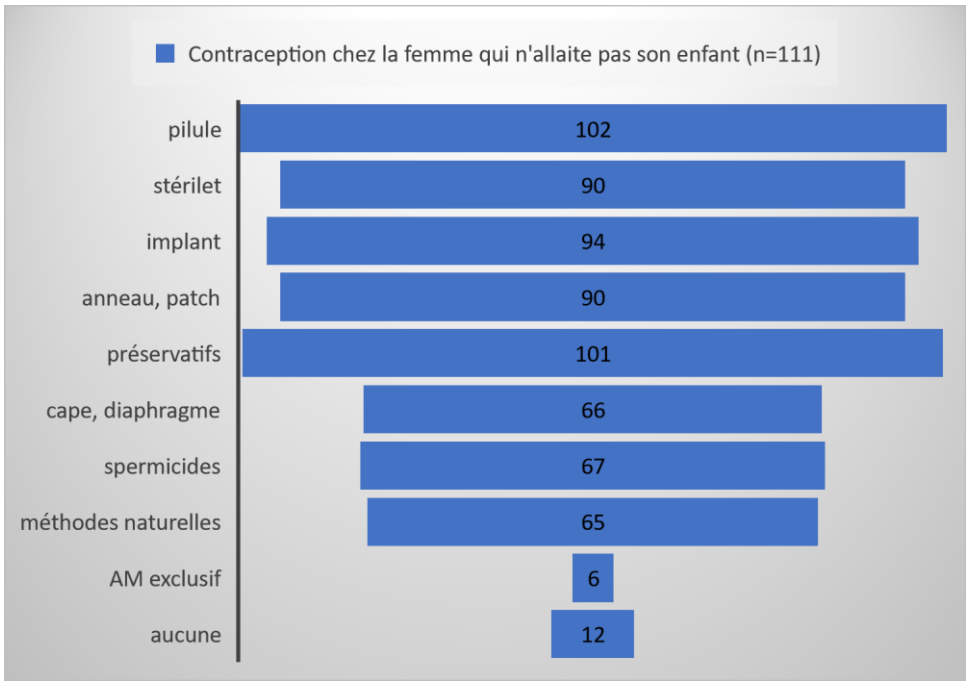


Figure 10. Méthodes contraceptives utilisables si AA selon les patientes (n=111)

Annexe VI

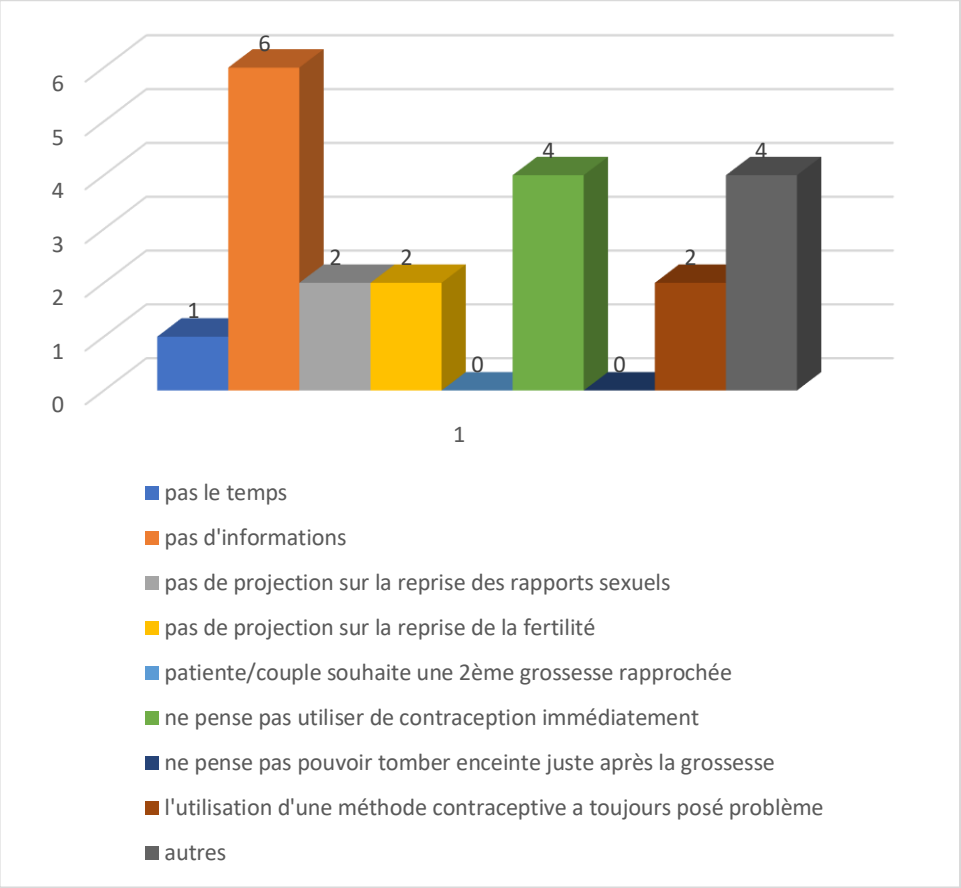


Figure 13. Raisons évoquées en l'absence de réflexion sur la contraception du post-partum (n=13)

Annexe VII

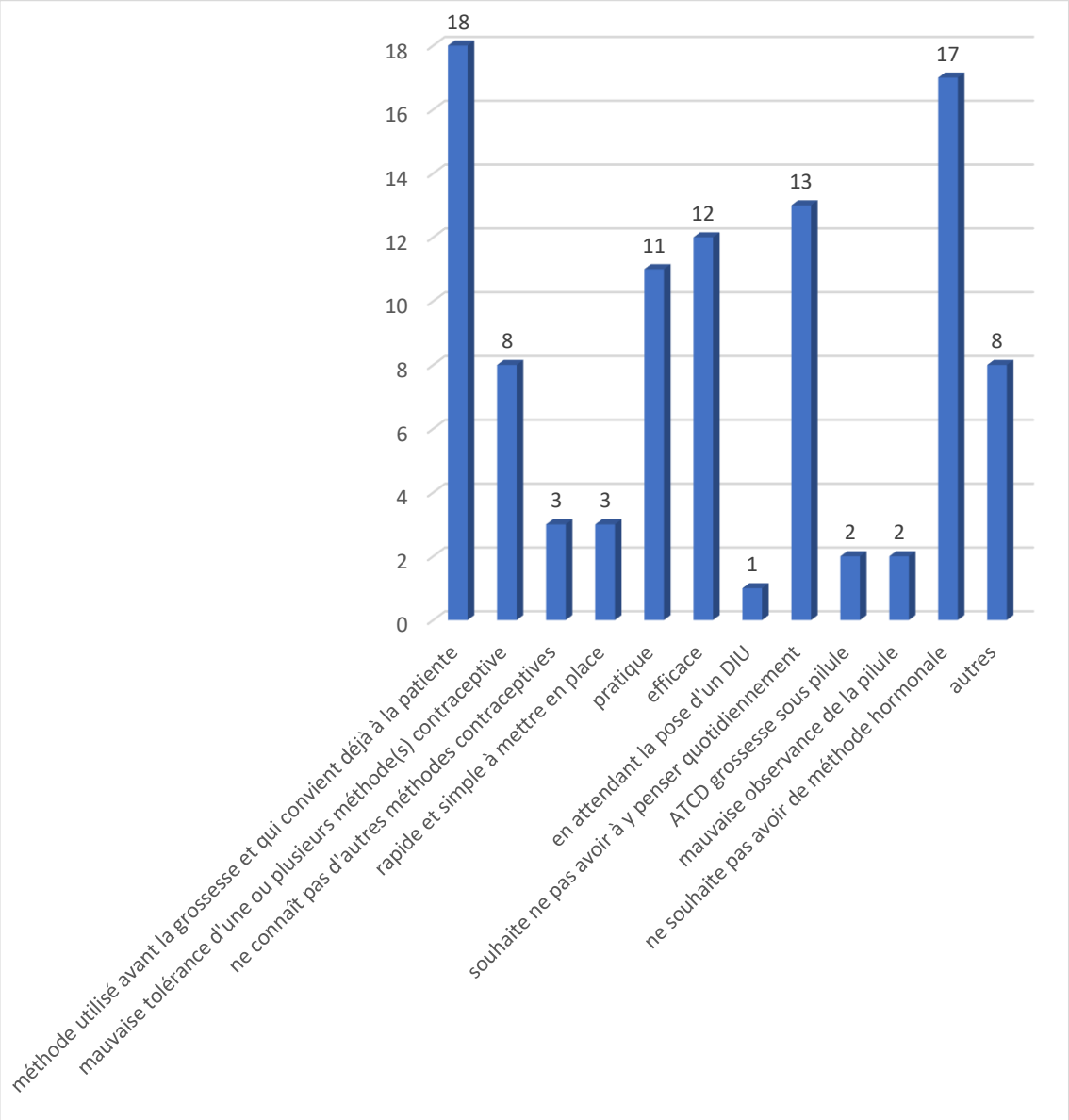


Figure 15. Justification du choix d'une méthode contraceptive pour le post-partum par les patientes (n=78)

Annexe VIII

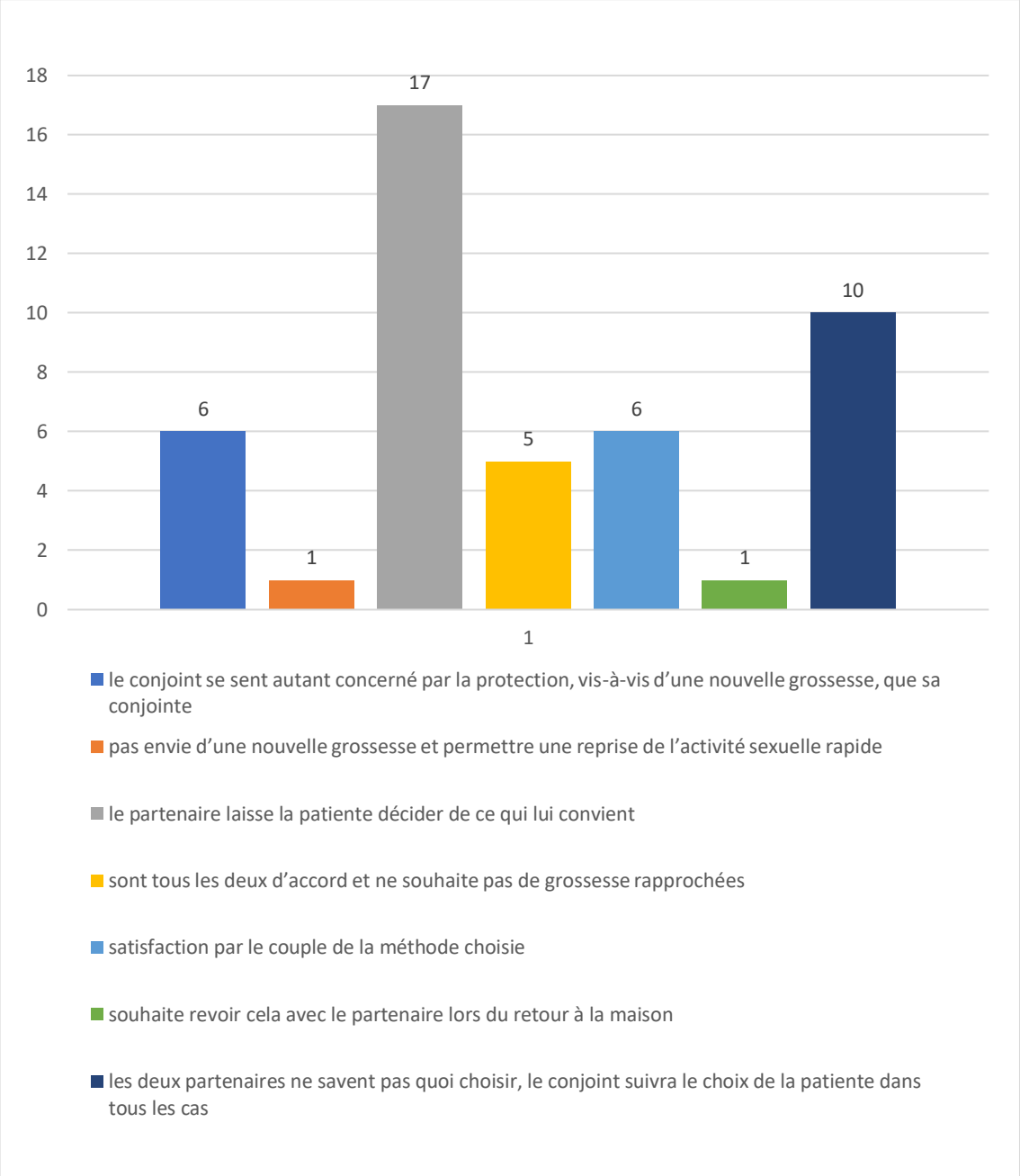


Figure 16. Explications du choix de la contraception en couple (n=46)

Annexe IX

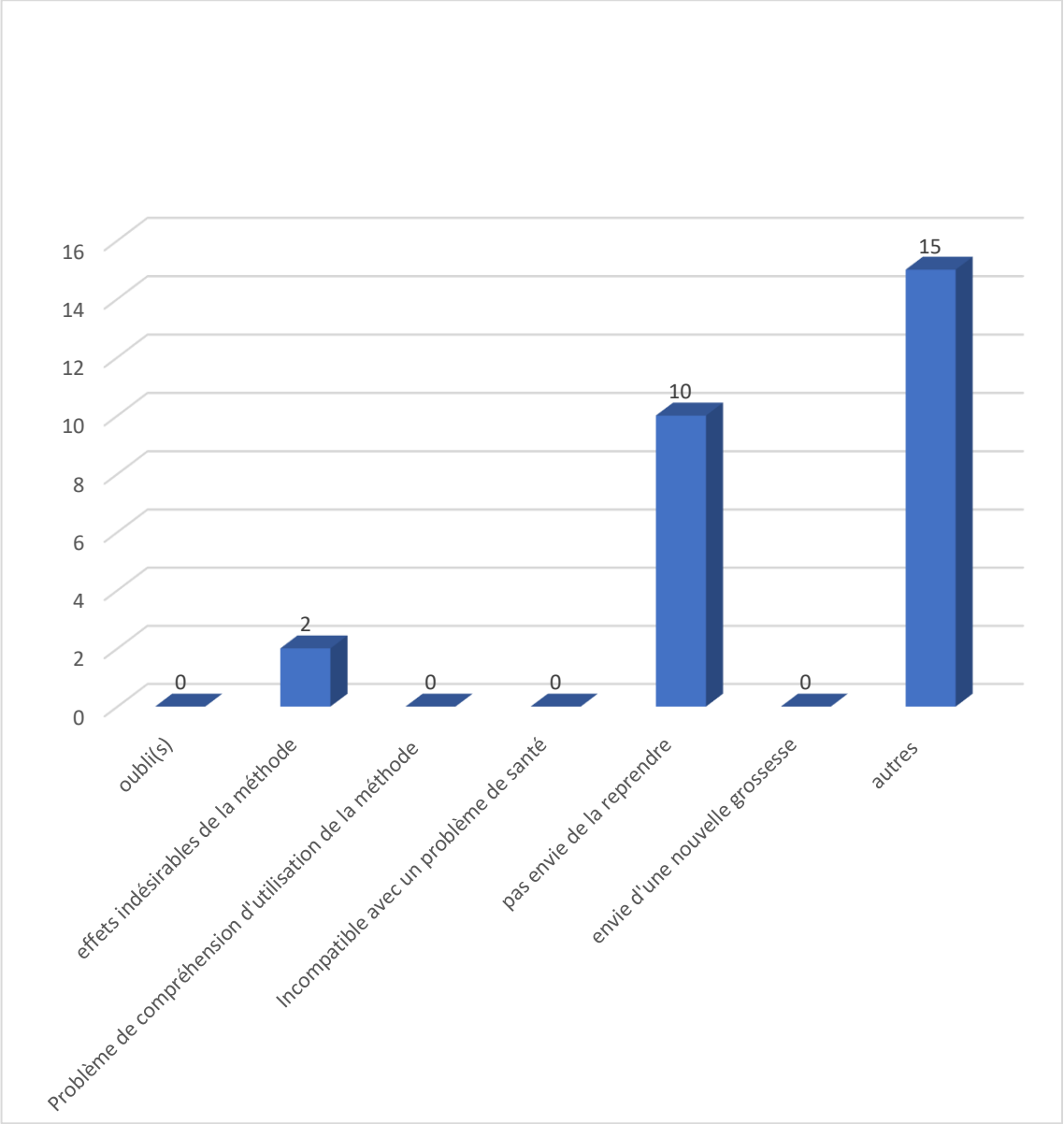


Figure 17. Raisons expliquant l'absence de reprise de la méthode contraceptive (n=23)

Annexe X

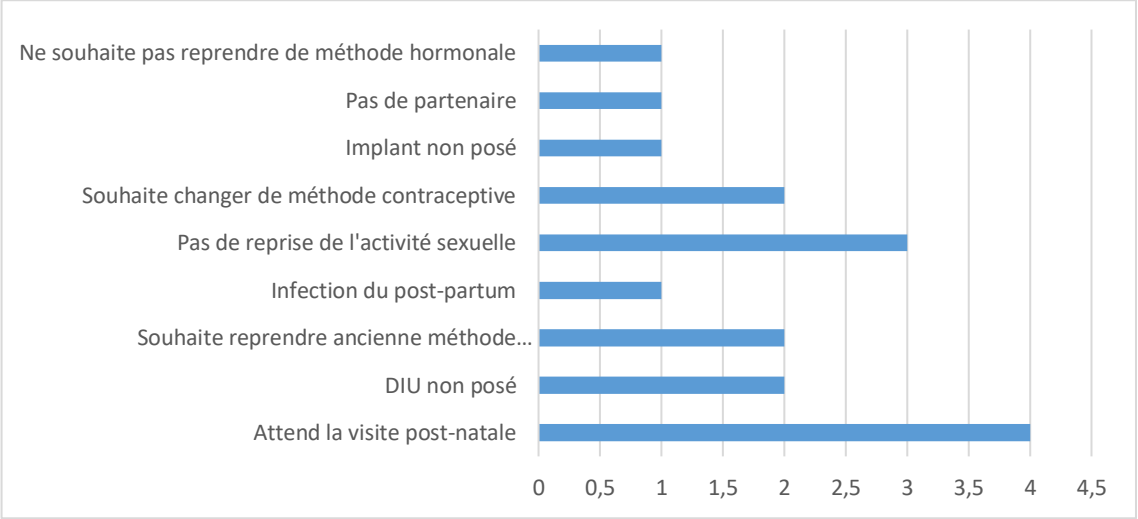


Figure 18. Autres raisons expliquant l'absence de la reprise de la méthode contraceptive (n=16)

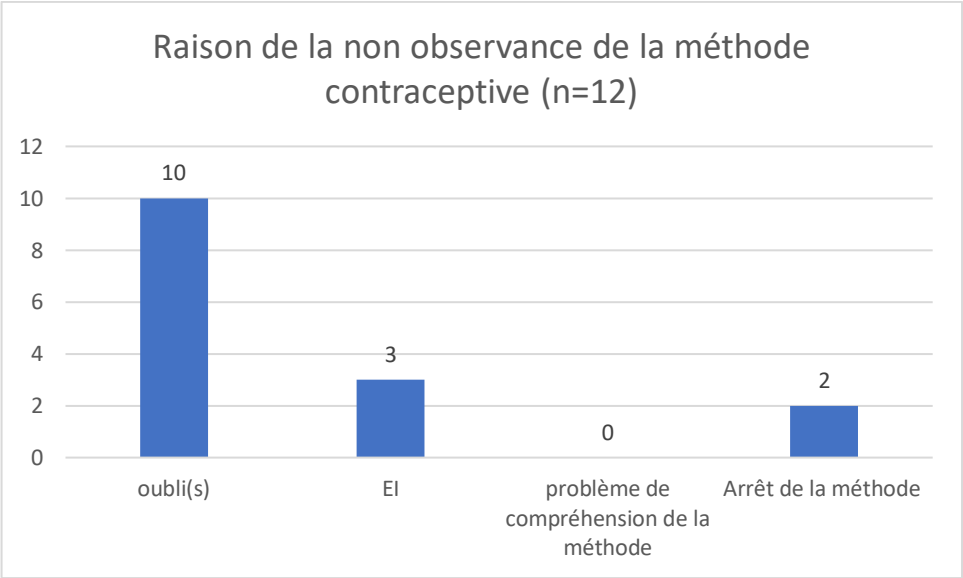


Figure 19. Justifications de la non observance de la méthode contraceptive par les patientes (n=12)

Annexe XI

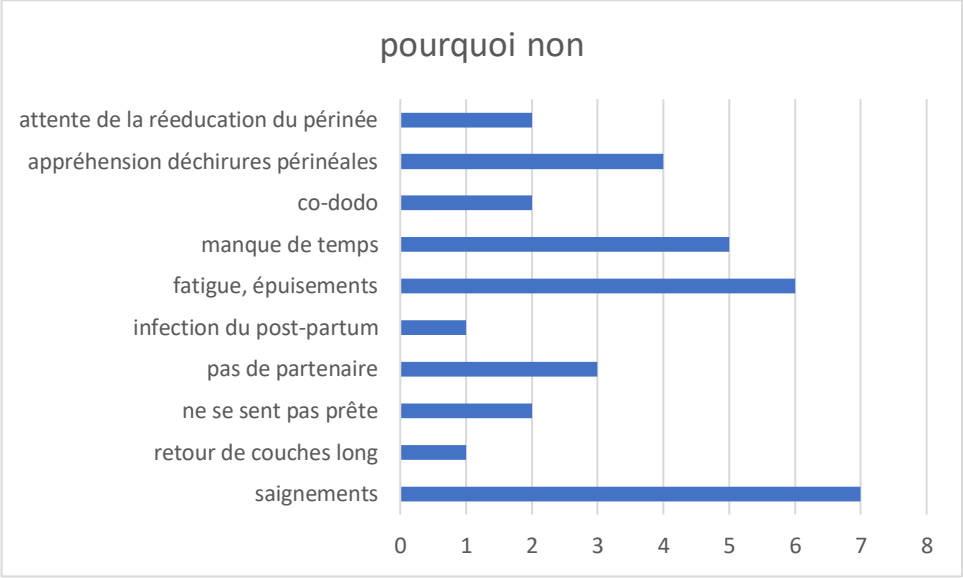


Figure 21. Raisons expliquant l'absence de reprise d'une activité sexuelle par les patientes 6 à 8 semaines après l'accouchement (n=22)

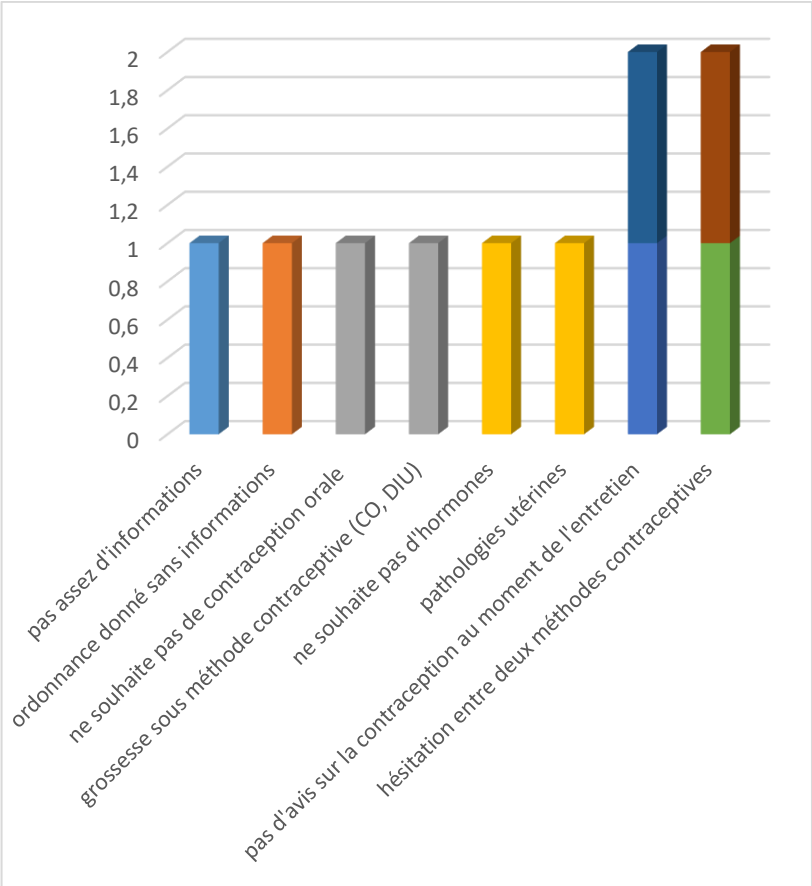


Figure 22. Raisons expliquant la difficulté à choisir une méthode contraceptive lors de l'entretien de contraception (n=8)

Annexe XII

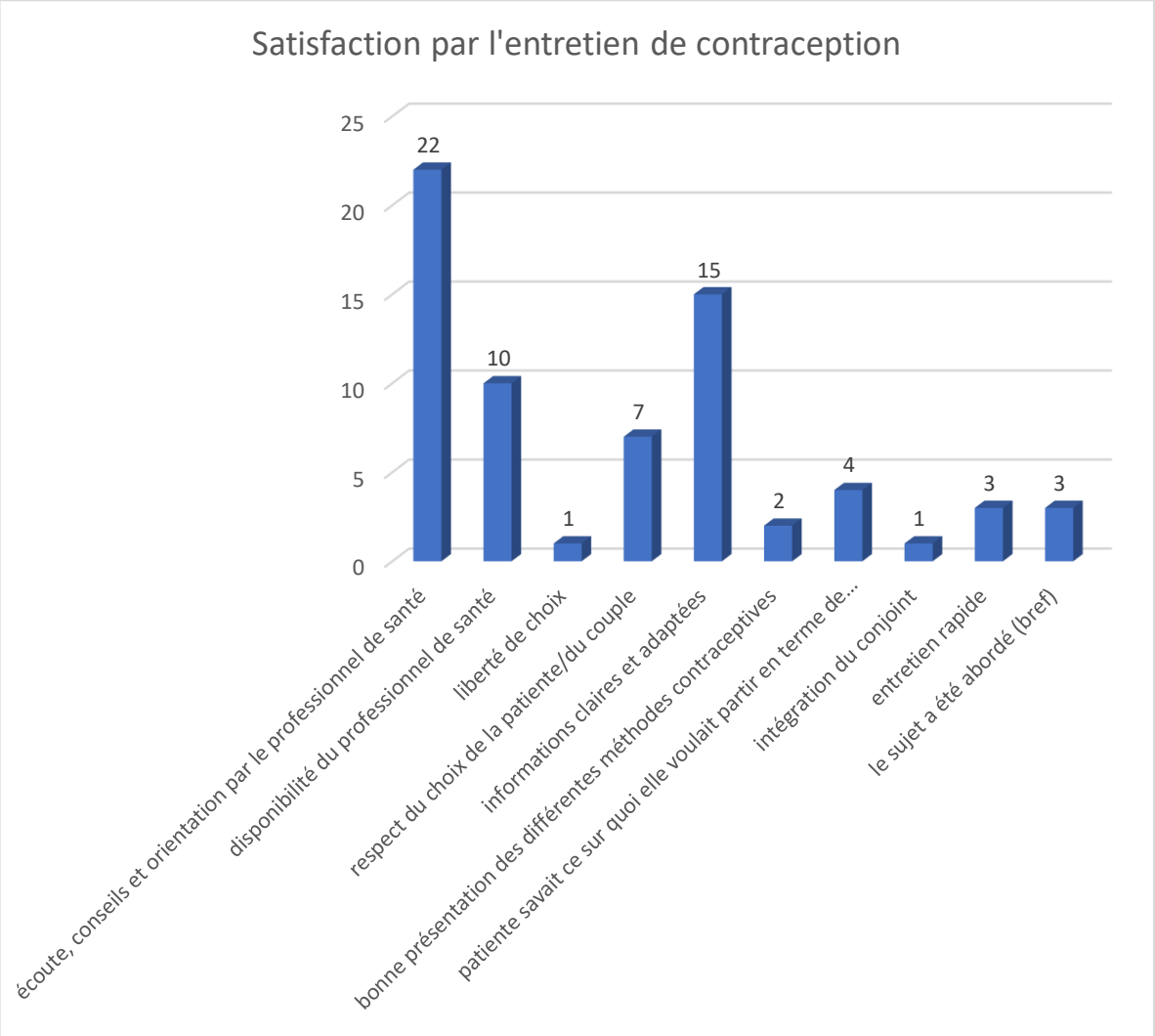


Figure 23. Raisons données par les patientes satisfaites par l'entretien de contraception (n=48)

Annexe XIII

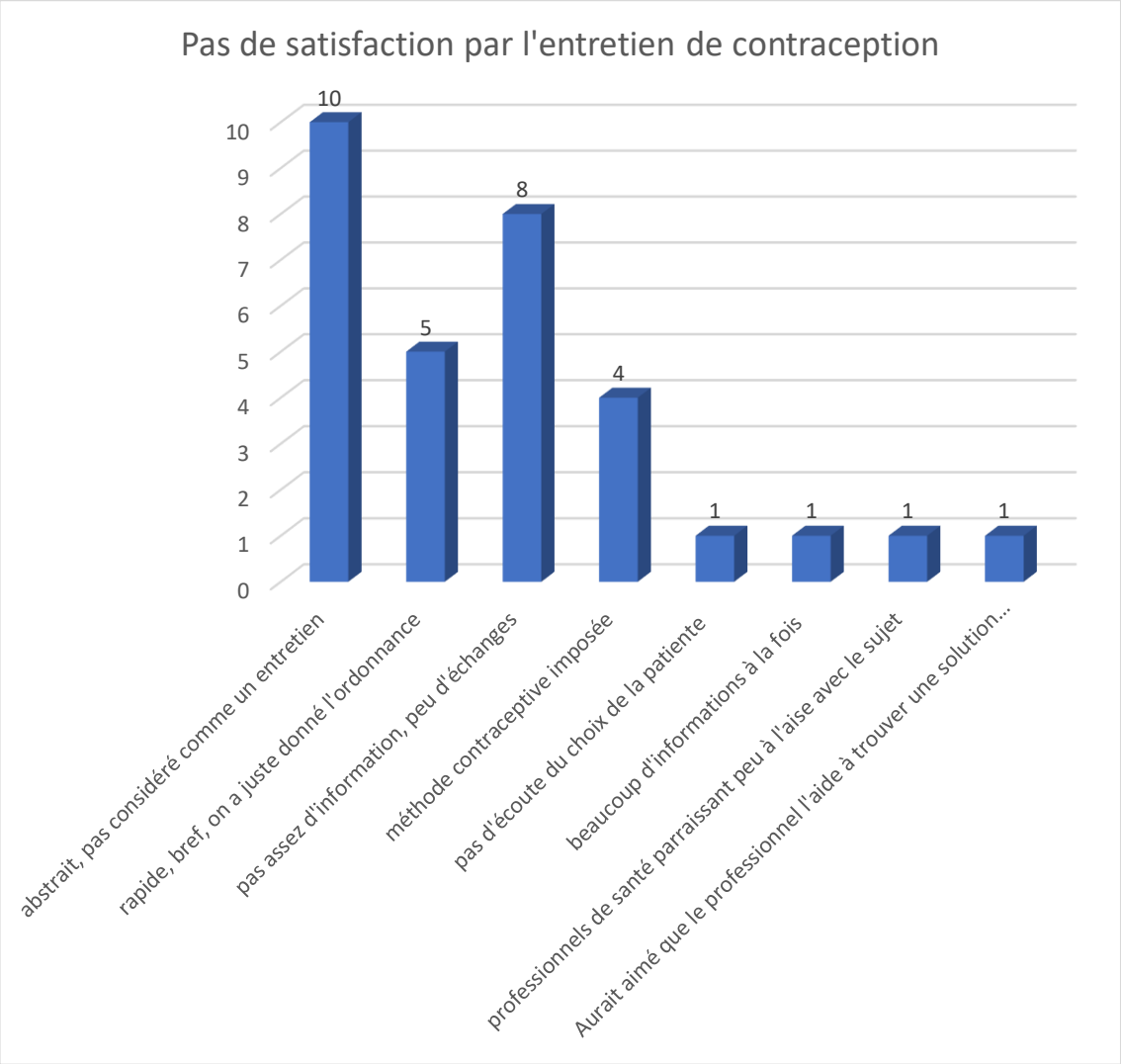


Figure 24. Raisons données par les patientes non satisfaites par l'entretien de contraception (n=22)

Annexe XIV

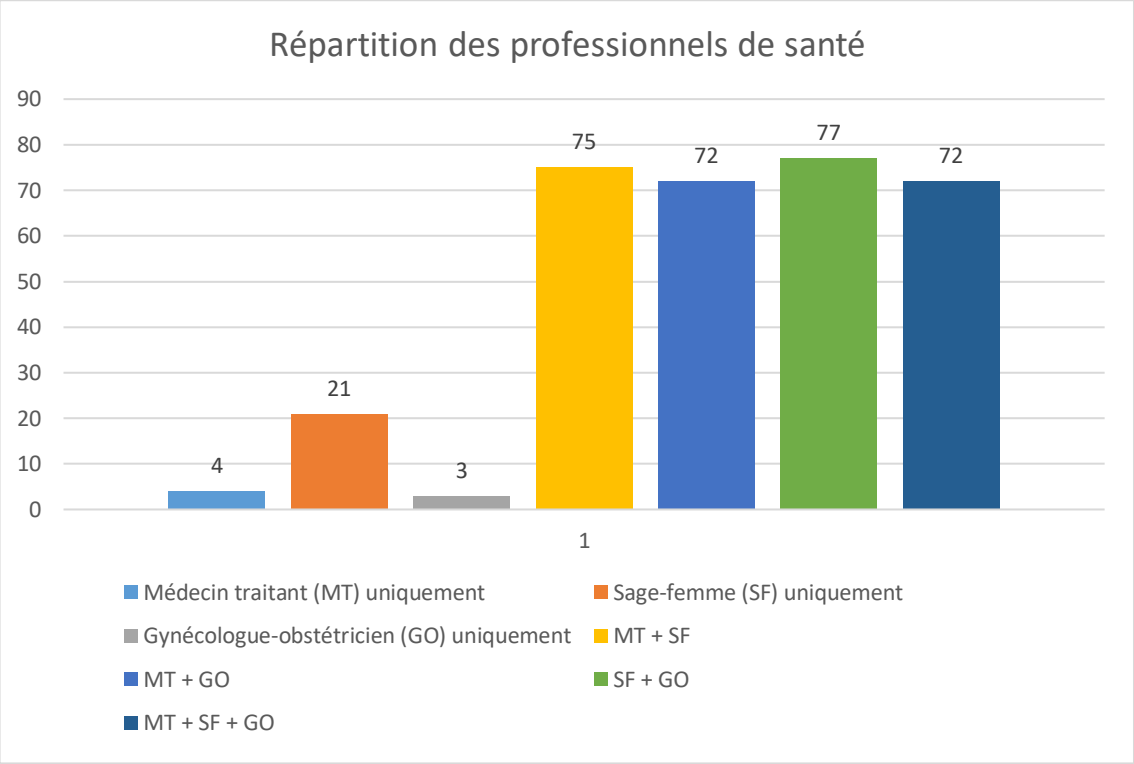


Figure 29. Détail de la répartition des professionnels de santé pouvant donner l'information sur la contraception du post-partum (n=107)

Annexe XV

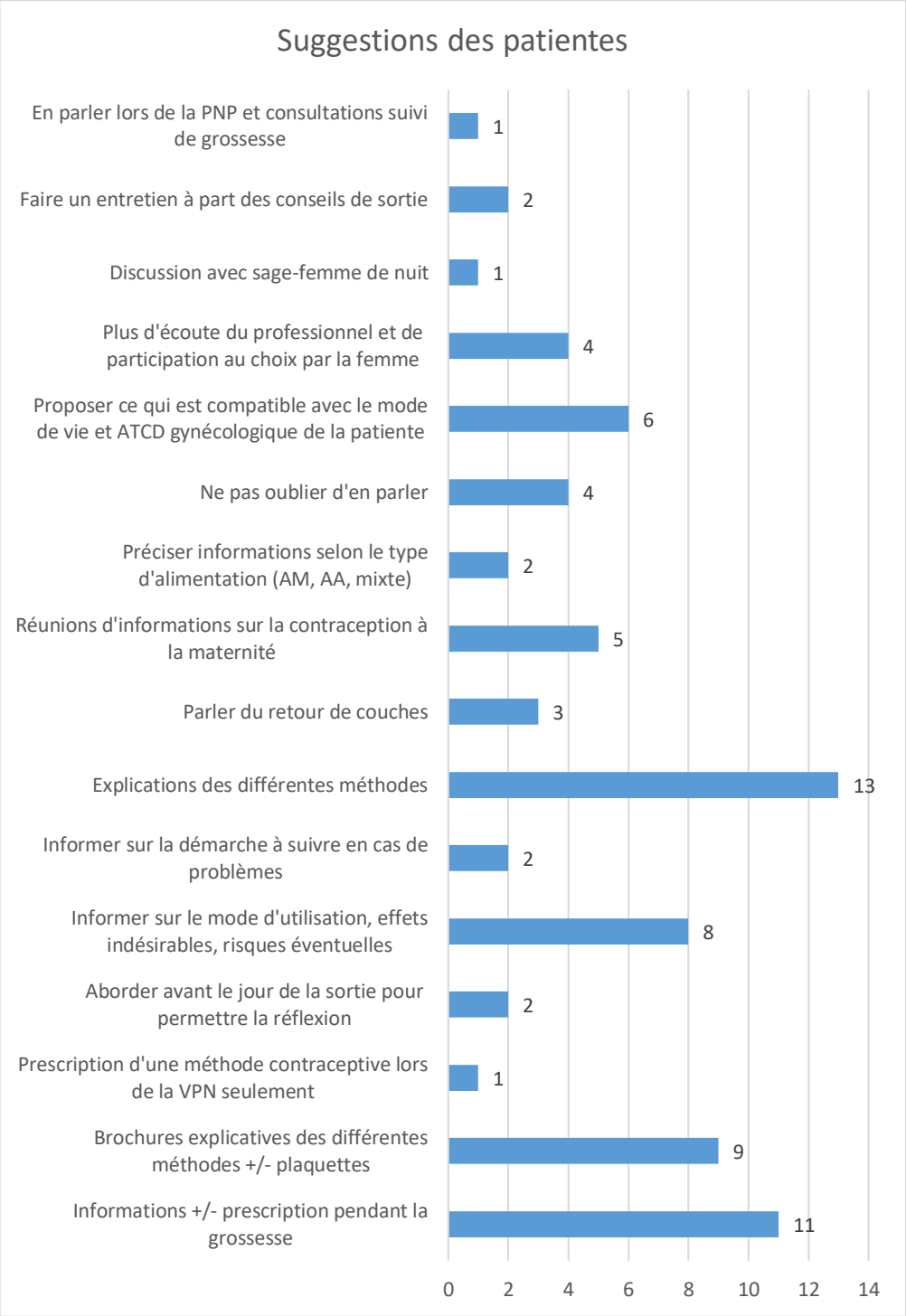


Figure 30. Suggestions des patientes pour améliorer l’entretien de contraception (n=52

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

ECOLE DE SAGES-FEMMES

LA PRESCRIPTION DE LA CONTRACEPTION : « QUAND LE POST-PARTUM S'EN MÊLE »

Enquête auprès des femmes dans les maternités du CHU de Rouen et du Centre Hospitalier du Belvédère sur la contraception dans le post-partum

BADIBANGA Mbimba Annette

RESUME :

Objectifs. Avec la diminution de la durée de séjours en maternité, une organisation de la sortie en anténatale est préconisée par la HAS. L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs pouvant influencer la qualité de prescription d'une méthode contraceptive lors du séjour en maternité et identifier les actions pouvant être mise en œuvre pour une prescription optimale de la contraception du post-partum.

Matériel et méthode. Une étude prospective multicentrique à visée descriptive a été réalisée au sein de deux maternités de l'agglomération rouennaise. Au total, 111 questionnaires ont été exploité.

Résultats. 58% des patientes avaient reçu une information anténatale sur la contraception du post-partum. Il n'y a pas de sortie précoce observé durant l'étude et 54% des sorties ont été réalisés à J4. 29% de femmes ont eu une méthode contraceptive imposée et 58% des patientes souhaitent changer de méthode à posteriori. Il existe un lien significatif entre le choix de la méthode et la reprise de celle-ci, la satisfaction ou le souhait de changer de méthode contraceptive. Un manque d'informations durant l'entretien de contraception a été observé. La mise en place de brochure et/ou réunions d'informations couplées à l'information du praticien pourrait être efficace en anté- ou post-natal.

Conclusion. Adapter l'entretien de contraception aux modes de vie et besoin des patientes permettrait la réflexion et le choix libre et éclairé, ainsi que l'observance et la satisfaction à posteriori.

MOTS CLES : Contraception, post-partum, prescription, choix, information.