



HAL
open science

Information et prescription de la contraception par les sages-femmes en suites de couches au Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes (CHUGA)

Julie Frigout

► To cite this version:

Julie Frigout. Information et prescription de la contraception par les sages-femmes en suites de couches au Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes (CHUGA). Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03045788

HAL Id: dumas-03045788

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03045788>

Submitted on 8 Dec 2020

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**Information et prescription de la contraception par les
sages-femmes en suites de couches au Centre Hospitalier
Universitaire Grenoble Alpes (CHUGA)**

Par : FRIGOUT Julie
[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le : 15 juin 2020

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

Année 2020

U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**Information et prescription de la contraception par les
sages-femmes en suites de couches au Centre Hospitalier
Universitaire Grenoble Alpes (CHUGA)**

Par : FRIGOUT Julie

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le : 15 juin 2020

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

Année 2020

RESUME

Objectifs : L'objectif principal était d'évaluer la conformité des informations et de la prescription de la contraception données aux patientes par les sages-femmes avant la sortie de la maternité, avec les recommandations de la HAS et du CNGOF.

Méthode : Étude observationnelle descriptive, prospective, transversale monocentrique d'évaluation des pratiques professionnelles. Elle a été réalisée par 33 observations directes des sages-femmes dans le service de suites de couches de l'HCE à Grenoble. Des critères majeurs ont été définis et devaient être tous réunis pour qu'une observation soit conforme.

Résultats : Aucune observation n'a rempli l'ensemble des critères majeurs. Cette étude a mis en évidence certains points forts dans la pratique des sages-femmes. Mais aussi un manque de connaissance au sujet de la physiologie et la pharmacologie de la contraception du post-partum. Aucun support explicatif n'a été utilisé.

Conclusion : Les suites de couches ne sont pas le meilleur moment pour aborder la contraception du post-partum, une information doit être donnée en anténatal. Il serait nécessaire de former régulièrement les sages-femmes aux dernières recommandations, de mettre en place des supports explicatifs et des ordonnances types. Il serait intéressant de réévaluer les pratiques professionnelles trois à six mois après ces changements.

Mots-clés : Contraception-Post-partum – Sage-femme

ABSTRACT

Objectives: The main objective was to assess the conformity of information and prescription of contraception given to patients by midwives with HAS and CNGOF recommendations.

Material and Methods: It's an observational, descriptive prospective transversal and monocentric clinical audit. This study is based on 33 direct observations of midwives in maternity. Major Criteria were defined and had to be filled to define conformity.

Results: No observations met all of the major criteria. This study highlighted some strengths in midwifery practice. But also a lack of knowledge about the physiology and pharmacology of post-partum contraception. No explanatory support was used.

Conclusion: Maternity stay is not the best period to talk about contraception, information should be given in antenatal. It would be necessary to train midwives regularly on the latest recommendations, to put in place explanatory aids and standard prescriptions. It would be interesting to re-evaluate professional practices three to six months after these changes.

Keywords : Contraception-Post-partum –Midwife

REMERCIEMENTS :

Je remercie les membres du jury :

- ❖ **Mr Lionel DI MARCO** Sage-Femme Enseignant au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble-UGA, Président du Jury.

- ❖ **Dr Anne BRUNET-HUMBERT** Médecin Généraliste à Grenoble, praticien attaché de l'Hôpital Couple Enfant, CHUGA, Co-présidente du Jury.

- ❖ **Mme Claire SALOMON** Sage-femme, CHU Dijon, Hôpital privé Dijon Bourgogne Membre du Jury.

- ❖ **Mme Aude KAMGA**, Sage-femme au Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes, Directrice de ce mémoire.

- ❖ **Mr Lionel CURTO**, Sage-Femme Enseignant au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, Co-Directeur de ce mémoire.

Je remercie plus particulièrement :

- ❖ **Mme Aude KAMGA** Sage-femme au Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes, Directrice de ce mémoire.

Pour son aide précieuse, sa bienveillance, sa disponibilité et son implication dans l'élaboration de ce mémoire

- ❖ **Mr Lionel CURTO** Sage-Femme Enseignant au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, Co-Directeur de ce mémoire

Pour ses conseils et sa disponibilité tout au long de la rédaction de ce mémoire

- ❖ **Les sages-femmes de l'Hôpital couple enfant**

Pour leur collaboration et leur disponibilité lors des observations

Je remercie personnellement :

❖ **Ma mère, mon père et ma sœur**

Pour tout.

❖ **Mes amies de promotion**

Pour leur soutien sans faille et toutes ces situations inoubliables

❖ **Mes amis**

Pour leurs encouragements et leur joie de vivre

❖ **Manon**

Pour ses dessins et son amitié

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	7
I. INTRODUCTION	8
II. POPULATION ET METHODE.....	10
1. Type d'étude	10
2. Période d'étude.....	10
3. Population étudiée: critère d'inclusion et d'exclusion.....	10
4. Recueil de données	10
5. Taille de l'échantillon	11
6. Critères de conformité	12
7. Méthode statistique.....	14
III. RÉSULTATS :.....	15
1. Caractéristiques de la population:	16
2. Caractéristiques de l'entretien	17
3. Critères majeurs de l'entretien.....	18
4. Critères majeurs liés à la prescription.....	20
5. Critères mineurs	22
6. Conformité globale.....	23
7. Moyens de contraception abordés.....	25
8. Moyens de contraception choisis à l'issue de l'entretien	26
IV. DISCUSSION	27
1. Limites et biais de l'étude	27
2. Analyse des résultats et comparaison avec la littérature.....	28
3. Perspectives et axes d'amélioration	45
V. CONCLUSION.....	48
BIBLIOGRAPHIE	50
ANNEXES :.....	53

ABREVIATIONS

CHUGA : Centre hospitalier universitaire Grenoble Alpes

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

DIU : Dispositif intra-utérin

DIU : Diplôme interuniversitaire

DRCI : Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation

HAS : Haute Autorité de santé

HCE : Hôpital Couple Enfant

HPST : Hôpital patient santé territoire

INPES : Institut National de Prévention à l'Éducation à la Santé

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MAMA : Méthode d'allaitement maternel et de l'aménorrhée

SDC : Suites de couches

SIU : Système intra-utérin

I. INTRODUCTION

Depuis la loi du 9 août 2004, les sages-femmes sont habilitées à prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen postnatal et après une interruption volontaire de grossesse (IVG) (1).

Ces compétences se sont vues élargies avec la loi hôpital patient santé territoire (HPST) de 2009 et l'arrêté du 4 février 2013 ; les sages-femmes pouvant réaliser la prescription et la surveillance de la contraception, en l'absence de pathologie dans le cadre du suivi gynécologique (2).

Ces compétences élargies donnent aux sages-femmes un rôle d'autant plus important dans le choix libre et éclairé de la contraception par les femmes, et trouvent leur place dans la période du post-partum.

En effet, le post-partum est une période de remaniements biologiques, physiques et émotionnels. Le mode de vie des femmes se voit bouleversé par l'arrivée du nouveau-né, qui devient leur préoccupation première, reléguant souvent les questions de la reprise des rapports sexuels et de la contraception au second plan.

De plus, en France, le nombre d'IVG reste stable depuis plusieurs années ; 224 300 IVG ont été réalisées en 2018 (3) (4) et 5% d'entre elles sont réalisées dans les six mois du post-partum, soit environ 10 000 interruptions de grossesse par an (5).

Ces chiffres soulignent l'importance du rôle de sensibilisation et d'information des sages-femmes quant au choix d'une méthode contraceptive adaptée à cette période complexe de transition contraceptive, du risque de grossesse non désirée et de celui engendré par des grossesses rapprochées (6) (7).

Effectivement, d'après le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), pour les femmes ne souhaitant pas de grossesses rapprochées, il est recommandé de débuter une contraception efficace au plus tard 21 jours après l'accouchement et de la prescrire à la sortie de la maternité (8).

De plus, selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la méthode contraceptive doit être adaptée à chaque femme et choisie par et avec elle en fonction de son mode de vie et des possibles contre-indications (9).

Une de nos hypothèses est que l'information et la prescription de la contraception ne sont peut-être pas toujours conformes aux recommandations de la HAS et du CNGOF et réalisées de manière optimale. L'autre est que la manière dont doit être réalisé cet entretien contraceptif n'est peut-être pas adaptée à cette période, et au contexte de travail des sages-femmes exerçant dans des services de suites de couches où le temps de séjour des patientes se réduit de plus en plus.

L'objectif principal de notre étude est de déterminer si les informations données et la contraception prescrite sont conformes aux recommandations de la HAS et du CNGOF.

L'objectif secondaire est de pouvoir définir des outils pour améliorer l'information et la prescription de la contraception en suites de couches.

II. POPULATION ET METHODE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive, prospective, transversale mono-centrique d'évaluation des pratiques professionnelles. Cette étude a été réalisée par observation directe des sages-femmes présentes dans le service de suites de couches (SDC) de l'Hôpital Couple Enfant (HCE) CHUGA.

2. Période d'étude

L'étude a été réalisée du 29 Novembre 2019 au mois de Mars 2020.

3. Population étudiée: critère d'inclusion et d'exclusion

Les professionnelles observées étaient les sages-femmes présentes en SDC lors de la période du recueil de données. Les sages-femmes et les patientes refusant d'être observées ont été exclues. Les observations d'entretiens où les patientes ne parlaient pas français ont été exclues.

4. Recueil de données

Le consentement des patientes et des sages-femmes était requis avant d'effectuer toute observation. Les sages-femmes signaient un formulaire où il leur était expliqué comment seraient conservées les données les concernant et comment nous contacter afin de retirer éventuellement leur consentement (Cf Annexe 1).

Une déclaration de projet a été faite à la cellule de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) du CHU de GRENOBLE.

Pendant les observations, aucune participation aux soins des patientes n'a été effectuée par l'observateur. Les données ont été recueillies sur une grille d'évaluation papier rédigée à partir des recommandations de la HAS et du CNGOF (Cf Annexe 2).

Une seule observation était réalisée par professionnelle.

Dans un premier temps les sages-femmes n'avaient pas connaissance du sujet de l'étude, il leur était expliqué que les observations portaient sur la préparation de la sortie.

- Période de pré-test

Lors des huit premières matinées d'observations, 14 sages-femmes ont été observées. Seulement deux observations correspondaient à un entretien concernant la contraception. Les sages-femmes du service n'abordant pas toutes la contraception à la même période du séjour, il était difficile d'observer ce sujet en leur expliquant que seule la préparation de la sortie nous intéressait.

C'est pourquoi, le 20 décembre 2019, nous avons décidé d'avertir les sages-femmes du sujet de l'étude afin de pouvoir observer les critères choisis au préalable.

Deux nouvelles matinées d'observations ont permis un nouveau pré-test qui était concluant.

5. Taille de l'échantillon

Dans le cadre d'un audit clinique de pratique, selon la HAS, il est admis que l'échantillon contienne au minimum 30 cas (10). Cinquante sages-femmes étaient présentes dans le service lors de la période de recueil de données.

Notre objectif était d'observer entre 40 et 50 professionnelles. Cependant, les mesures de confinement liées à l'épidémie de Covid-19 ont interrompu le recueil de données et 33 sages-femmes ont été observées.

6. Critères de conformité

Dans un premier temps, nous avons choisi d'observer la conformité globale de l'information donnée et de la prescription réalisée par les sages-femmes, grâce à la grille de recueil de données rédigée à partir des recommandations du CNGOF et de la HAS.

Dans un deuxième temps, nous avons défini parmi certains de ces critères, des critères majeurs dont la présence était pour nous la plus importante. Ces critères majeurs sont donc subjectifs et auraient pu être différents s'ils avaient été fixés par d'autres investigateurs. Chacun de ces critères majeurs devaient être présents afin que l'observation soit définie comme conforme.

Les critères mineurs étaient :

- Pour le moyen de contraception choisi : son efficacité, la durée et le délai d'efficacité, le coût et le remboursement, les événements diminuant l'efficacité, la conduite à tenir en cas d'oubli ou d'accident et les avantages non contraceptifs.
- Le recours à des supports explicatifs
- La prescription de la contraception d'urgence

Les critères majeurs de conformité étaient :

- Pour les informations délivrées lors de l'entretien

-Abord du type de contraception antérieure, de sa satisfaction et sa tolérance

-Contraception efficace à débiter à 21 jours du post-partum

-Reprise de l'ovulation au plus tôt à 25 jours du post-partum

-Possibilité d'ovulation en aménorrhée

-Possibilité de l'allaitement maternel de retarder l'ovulation de façon aléatoire et

rappel des conditions de la méthode d'allaitement maternel et de l'aménorrhée

(MAMA).

-Risque de grossesse

- Modalités d'usage de la contraception choisie : mode de prise, posologie

-Risques et effets indésirables

-Contraception d'urgence évoquée

-Intérêt de la visite du post-partum pour la réévaluation et/ou le changement de la contraception

- Respect de la confidentialité

-Réponses de la sage-femme aux interrogations de la patiente

-Situation conforme aux compétences de la sage-femme

-Choix de la contraception effectué par la patiente.

En effet, chacun de ces critères nous semblait primordial pour que la patiente puisse à la fois acquérir une certaine compréhension de la physiologie de son corps, et établir un choix libre et éclairé quant au moyen de contraception qu'elle utilisera par la suite.

- Pour la prescription

-Ordonnance remise par la sage-femme ayant effectué l'entretien

-Ordonnance relue, expliquée et vérifiée

-Recherche de contre-indications dans le dossier ou par interrogatoire

-Prise en compte du risque thromboembolique majoré en post-partum par :

- Examen des jambes

- Interrogatoire sur les antécédents personnels et familiaux de pathologies thromboemboliques

-Recherche de pathologies pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum

-Méthode compatible avec le mode d'allaitement

-Posologie, mode de prise, durée du traitement sur l'ordonnance conforme aux recommandations du CNGOF

Chacun de ces critères nous a semblé nécessaire à la prescription sécurisée d'une contraception.

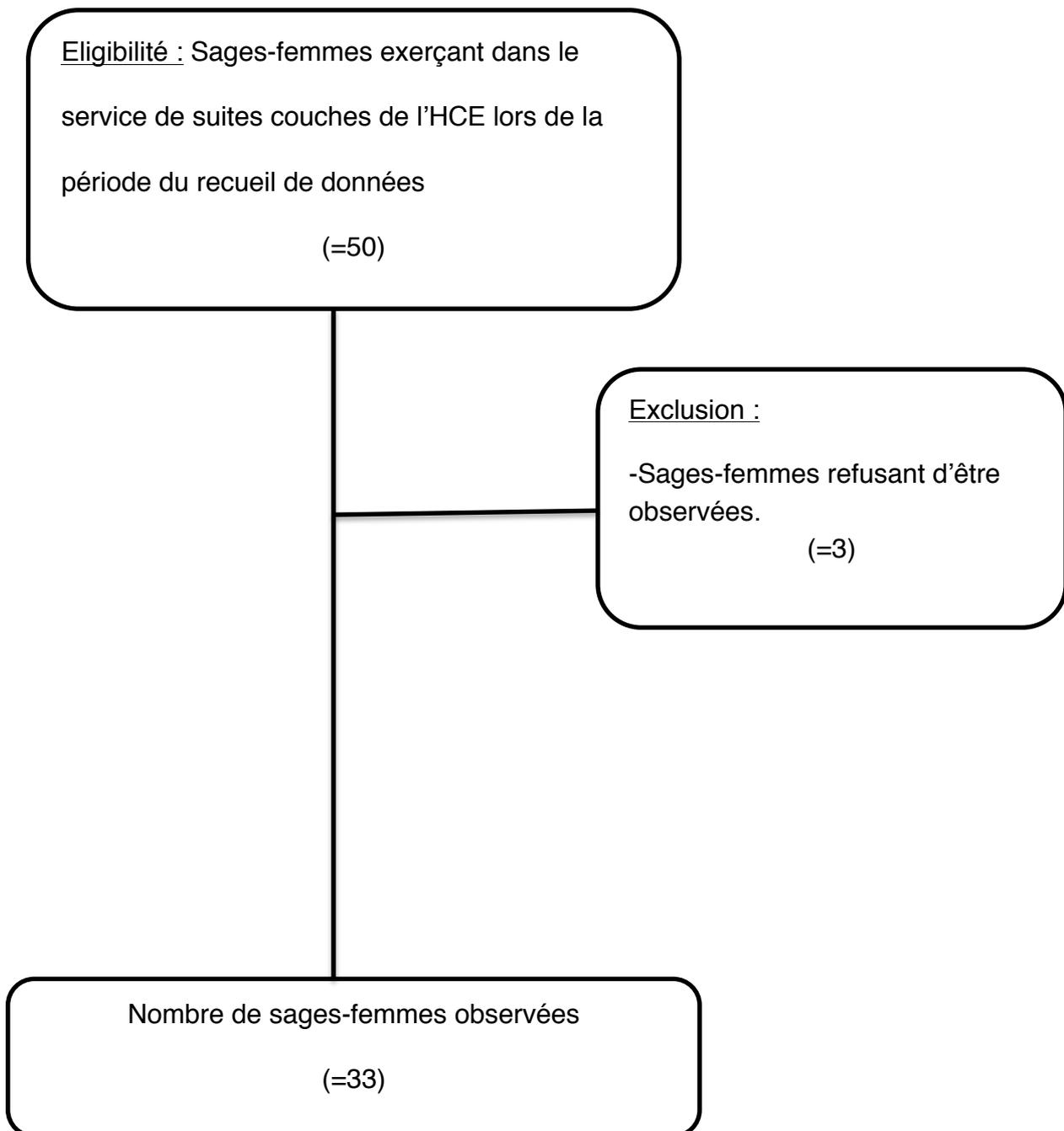
7. Méthode statistique

L'analyse statistique des données a été réalisée grâce à Microsoft Excel ainsi que le logiciel de statistique R4web. Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et les pourcentages. Les variables quantitatives par la médiane et par le 25^{ème} et le 75^{ème} percentile.

III. RÉSULTATS :

Trente-trois sages-femmes ont été observées. Trois sages-femmes ont refusé de participer à l'étude car elles estimaient leurs connaissances insuffisantes sur le sujet pour être observées.

Diagramme d'inclusion



1. Caractéristiques de la population:

Tableau I : Population :

	Effectif (N=33)	(%)	m	[Q25-Q75]
Age			40	[31-50]
Date d'année de diplôme			2004	[1991-2011]
Ancienneté dans le service en mois				
≤ 1	9	27,3%		
2	12	36,4%		
3	6	18,2%		
6	1	3,0%		
>12	5	15,1%		

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

L'âge médian des sages-femmes observées dans le service était de 40 ans avec un minimum de 24 ans et un maximum de 60 ans. La date d'année de diplôme médiane des sages-femmes observées était 2004. L'ancienneté dans le service de suites de couches était pour 21 (63,3%) d'entre elles inférieure à trois mois consécutifs et pour cinq (15,1%) supérieure à 12 mois consécutifs.

Sur les 33 sages-femmes observées, toutes ont déclaré n'avoir reçu aucune formation complémentaire en contraception.

2. Caractéristiques de l'entretien

Tableau II : Environnement de l'entretien

	Effectif (N=33)	Médiane (m)	[Q25-Q75]	(%)
Jour post-accouchement				
		2	[1-2]	
Genre de l'entretien				
Entretien de préparation de sortie	20			60,6%
Visite de sortie	2			6,1%
Autres	11			33,3%
Allaitement maternel				
Oui	28			84,8%
Non	5			15,2%
Présence du conjoint				
Oui	11			33,3%
Non	22			66,7%

(m=médiane, Q25-Q75=25^{ème} et 75^{ème} quartile)

L'information concernant la contraception a été délivrée en moyenne à J2 de l'accouchement et au plus tôt à J1.

Pour 20 (60,6%) observations, l'entretien était réalisé lors de la préparation de la sortie. Pour 11 (33,3%) autres, à un autre moment du séjour.

Vingt-huit (84,8%) patientes donnaient le sein.

Le conjoint était présent dans 33,3% (11) des cas.

3. Critères majeurs de l'entretien

Tableau III : Critères majeurs de l'entretien

	Effectif (N=33)	(%)
Abord du type de contraception antérieure de sa tolérance et satisfaction		
Oui	29	87,9%
Non	4	12,1%
Reprise ovulation J25 au plus tôt		
Conforme	10	30,3%
Non observé	23	69,7%
Contraception efficace à débiter au plus tard à J21 du post-partum		
Conforme	19	57,6%
Non observé	14	42,4%
Possible ovulation en aménorrhée		
Conforme	7	21,2%
Non observé	26	78,8%
Allaitement maternel peut retarder ovulation mais aléatoire		
Conforme	10	30,3%
Non conforme	1	3,0%
Non observé	24	66,7%
Risque de grossesse		
Conforme	23	69,7%
Non observé	10	30,3%
Contraception choisie		
<u>Modalités d'usage : posologie, mode de prise</u>		
Conforme	16	48,5%
Non observé	17	51,5%
<u>Risque et effets indésirables</u>		
Conforme	3	9,1%
Non observé	30	90,9%
<u>Contraception d'urgence évoquée</u>		
Non observé	33	100%
Intérêt de la visite du post-partum		
Conforme	25	75,8%
Non observé	8	24,2%
Réponses de la sage-femme aux interrogations de la patiente		
Conforme	21	63,6%
Non conforme	2	6,1%
Non observé	10	30,3%
Situation conforme aux compétences de la sage-femme		
Oui	33	100%
Respect de la confidentialité		
Oui	27	81,8%
Non	6	18,2%
Décision prise par la patiente		
Oui	31	93,9%
Non	2	6,1%

- Risque de grossesse

La tolérance et la satisfaction de la contraception utilisée antérieurement par la patiente ont été abordées dans 87,9%(29) des cas.

Dix-neuf sages-femmes (57,6%) ont informé leur patiente de la nécessité d'utiliser une contraception efficace à partir du 21^{ème} jour du post-partum, sept (21,2%) qu'elles pouvaient ovuler sans avoir eu leur retour de couche.

Les conditions nécessaires pour que l'allaitement retarde efficacement l'ovulation ont été données par dix sages-femmes (30,3%), tout comme l'information sur une ovulation possible à partir du 25^{ème} jour du post-partum.

Le risque d'une éventuelle grossesse dans le post-partum a été évoqué par 23 (69,7%) sages-femmes.

- Contraception choisie

Les modalités d'usage ont été décrites dans 48,5% (16) des entretiens, les risques et effets indésirables dans 9,1% (3) des cas. La contraception d'urgence n'a jamais été évoquée.

- Visite du post-partum

Vingt-cinq (75,8%) sages-femmes observées ont souligné l'importance de la visite du post-partum, pour réévaluer ou changer la contraception choisie.

- Environnement de l'entretien

Les trente-trois entretiens observés étaient des situations conformes aux compétences de la sage-femme. Les réponses aux questions des patientes ont été conformes dans 63,6% des cas et non conformes à 6,1% (2).

La confidentialité a été respectée dans 81,8% des cas.

La décision finale du moyen de contraception a été prise par la patiente dans 93,9% (31) des entretiens.

4. Critères majeurs liés à la prescription

Tableau IV: Critères majeurs liés à la prescription

	Effectif (N=33)	(%)
Recherche de contre indications		
Conforme	21	63,6%
Non observé	12	36,4%
Prise en compte risque thromboembolique majoré en postpartum		
Conforme	16	48,5%
Non observé	17	51,5%
Examen clinique		
Conforme	16	48,5%
Non observé	17	51,5%
Antécédents personnels/ familiaux de pathologies thromboemboliques		
Conforme	16	48,5%
Non observé	17	51,5%
Recherche de pathologie pendant la grossesse, accouchement, post-partum		
Conforme	22	66,7%
Non observé	11	33,3%
Méthode compatible avec le mode d'allaitement		
Conforme	33	100%
Posologie, mode de prise, durée du traitement conforme aux recommandations CNGOF sur l'ordonnance remise à la patiente		
Conforme	4	12,1%
Non observé	28	87,9%
Ordonnance remise par la sage-femme ayant effectué l'entretien		
Oui	4	12,1%
Non	29	87,9%
Ordonnance relue, expliquée et vérifiée		
Conforme	2	6,1%
Non	31	93,9%

- Contre-indications

La recherche de contre-indications a été effectuée conformément par 63,6%(21) des sages-femmes, la recherche du risque thromboembolique par 48,5%(16) et la recherche de pathologies pendant la grossesse et le post-partum par 66,7% (22) d'entre elles.

Toutes les sages-femmes observées ont prescrit à leur patiente un moyen de contraception compatible avec leur mode d'allaitement.

- Ordonnances

Quatre sages-femmes (12,1%) ont remis l'ordonnance à leurs patientes lors de l'entretien qu'elles avaient effectué. Pour toutes les quatre la posologie, le mode de prise et la durée de traitement renseignés sur l'ordonnance étaient conformes aux recommandations du CNGOF.

Deux (6,1%) d'entre elles ont relu, expliqué, et vérifié l'ordonnance remise.

5. Critères mineurs

Tableau V : Critères mineurs

	Effectif (N=33)	(%)
Contraception choisie		
<u>Efficacité</u>		
Conforme	2	6,1%
Non observé	31	93,9%
<u>Durée d'efficacité</u>		
Conforme	6	18,2%
Non observé	27	81,8%
<u>Délai d'efficacité</u>		
Conforme	4	12,1%
Non observé	29	87,9%
<u>Coût, remboursement</u>		
Conforme	2	6,1%
Non observé	31	93,9%
<u>Evènements pouvant diminuer l'efficacité</u>		
Non observé	33	100%
<u>Conduite à tenir en cas d'oubli de prise ou accident</u>		
Conforme	1	3%
Non observé	32	97%
<u>Avantages non contraceptifs</u>		
Conforme	3	9,1%
Non observé	30	90,9%
Présence du conjoint		
Oui	11	33,3%
Non	22	66,7%
Recours à des supports explicatifs		
Non	33	100%
Prescription contraception d'urgence		
Non observé	33	100%

- Contraception choisie

L'efficacité, le coût et le remboursement, la conduite à tenir en cas d'oubli de prise ou d'accident et les avantages non contraceptifs de la contraception choisie ont été abordés par moins de 10% des sages-femmes.

La durée et le délai d'efficacité ont été mentionnés dans moins de 20% des cas.

Les évènements pouvant en diminuer l'efficacité n'ont jamais été abordés .

- Prescription

La prescription de la contraception d'urgence n'a jamais été observée.

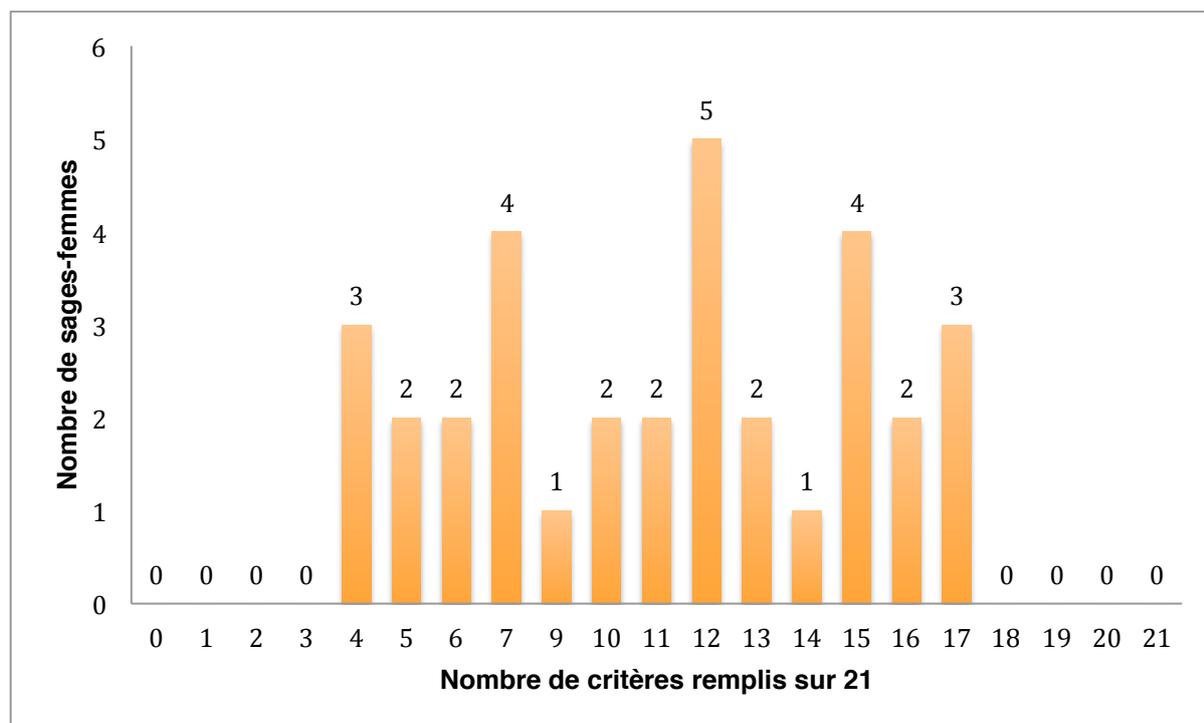
- Environnement de l'entretien

Aucun support explicatif n'a été utilisé.

6. Conformité globale

Aucune observation n'a réuni tous les critères majeurs et donc été considérée comme conforme aux recommandations du CNGOF et de la HAS.

Graphique I : Nombre de critères majeurs remplis sur le total des critères majeurs

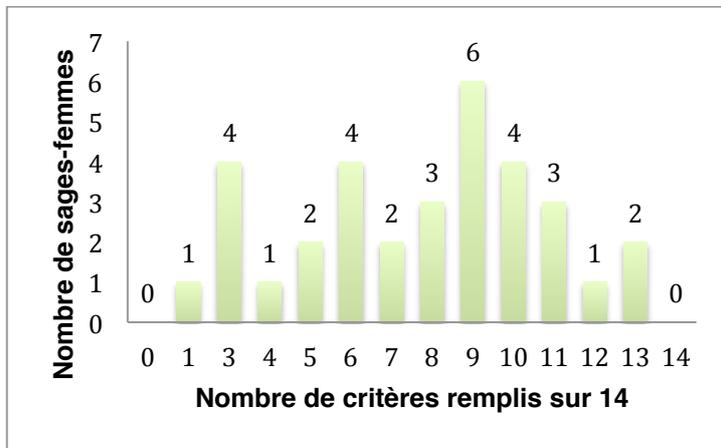


Le nombre maximal de critères présents était 17, le minimum quatre.

Dix-sept sages-femmes (51,5%) ont rempli plus de la moitié des critères majeurs.

- Informations délivrées lors de l'entretien

Graphique II : Nombre de critères majeurs de l'entretien remplis sur 14

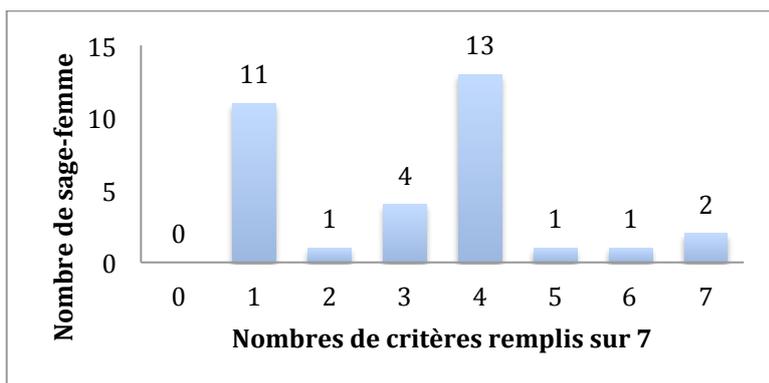


Le maximum de critères remplis est de 13 et le minimum de un.

Dix-neuf sages-femmes (57,6%) ont rempli plus de sept critères majeurs liés à l'information délivrée lors de l'entretien. Dix sages-femmes (30,3%) ont rempli 10 critères ou plus sur les 14 choisis.

- Prescription

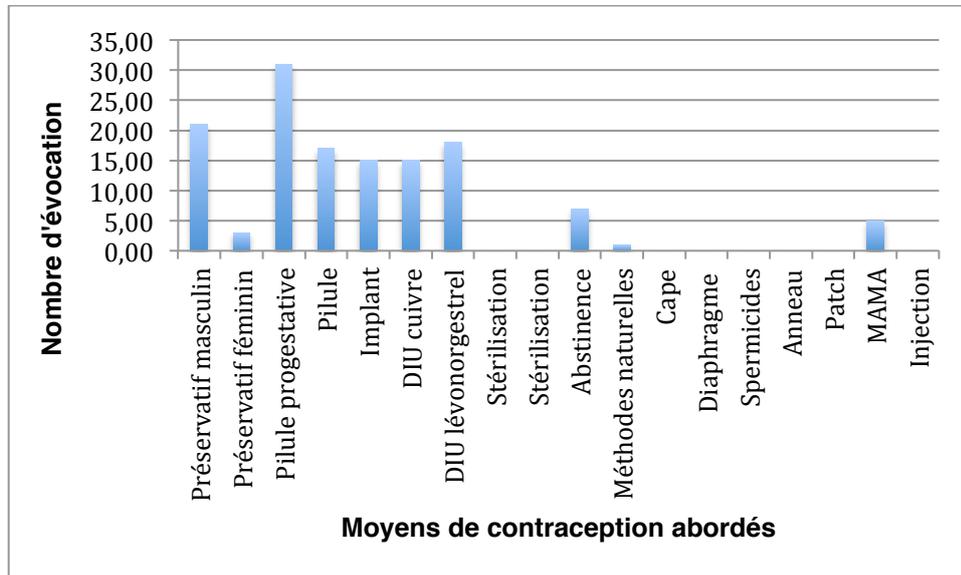
Graphique III : Nombre de critères majeurs de la prescription remplis sur 7



Deux sages-femmes (6%) ont rempli tous les critères concernant la prescription de contraception. Onze sages-femmes (33,3%) n'ont rempli qu'un critère. Dix-sept sages-femmes (51,5%) ont rempli quatre critères majeurs ou plus.

7. Moyens de contraception abordés

Graphique IV : Moyens de contraception abordés lors de l'entretien



La pilule progestative a été évoquée dans 93,9% (31) des cas, le préservatif masculin dans 63,6% (21). La pilule oestroprogestative a été évoquée par 17 sages-femmes (51,5%).

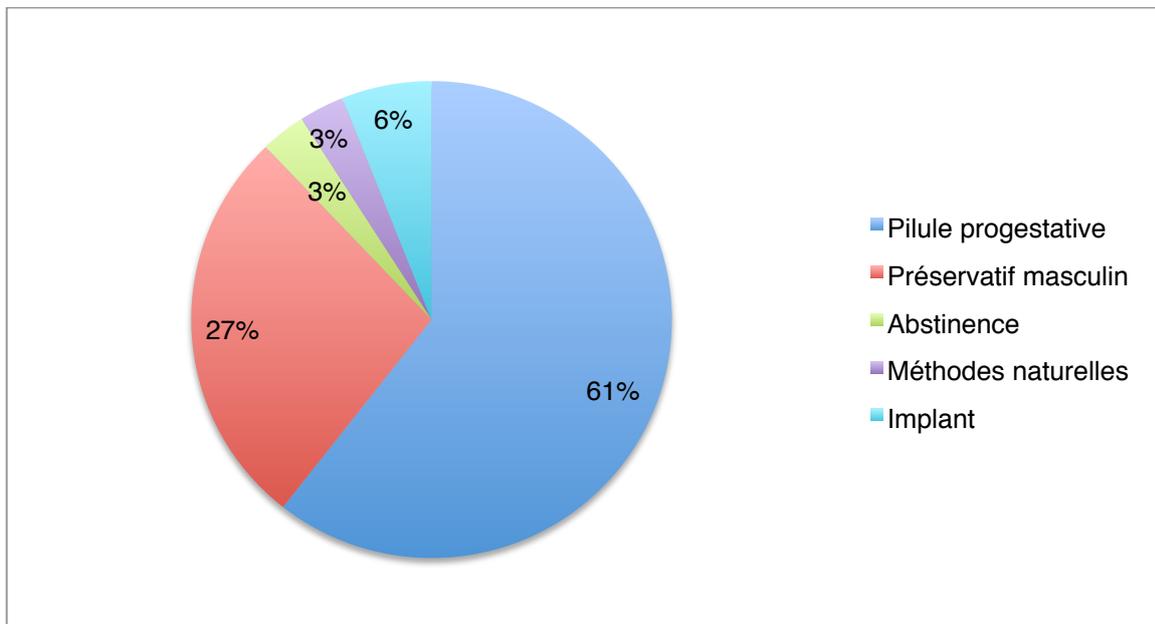
Les systèmes intra-utérins (SIU) au lévonorgestrel et les dispositifs intra-utérins (DIU) au cuivre ont été abordés dans plus de 50% des cas, et à 3% de manière non conforme.

Sept (21,2%) des sages-femmes observées ont parlé de l'abstinence à leur patiente et cinq de la méthode d'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA).

Les moyens de contraception permanente (féminine ou masculine), la cape, le diaphragme, les spermicides, l'anneau, le patch, les injections de macro-progestatifs n'ont jamais été évoqués.

8. Moyens de contraception choisis à l'issue de l'entretien

Graphique V : Moyens de contraception choisis à l'issue de l'entretien



Pour 20 (60,6%) patientes la pilule progestative a été prescrite, neuf (27,3%) ont choisi d'utiliser des préservatifs masculins, deux (6,1%) ont fait le choix d'une pose d'implant contraceptif (Nexplanon ®) en SDC, une patiente a opté pour l'abstinence et une autre pour une méthode naturelle.

IV. DISCUSSION

1. Limites et biais de l'étude

- Type d'étude

L'étude par observation directe a été choisie afin d'éviter les biais déclaratifs ou de mémorisation pouvant être présents dans les questionnaires adressés aux sages-femmes ou aux patientes.

Cependant, il existe des biais inhérents à ce genre d'étude tel que les biais de désirabilité sociale pouvant s'illustrer par l'effet Hawthorne. Cet effet se décrit par une amélioration des résultats lorsque les sujets se savent observés ou testés(11).

Il existe aussi un biais de jugement lié à l'observateur, qui est présent dans l'effet de Halo, défini par une tendance à inférer des caractéristiques à des personnes à partir d'une impression générale (12).

Dans notre cas un biais supplémentaire a été induit lorsque nous avons décidé d'avertir les sages-femmes de l'objet de l'étude. Malgré cela, aucune des observations n'a été jugée conforme aux recommandations de la HAS et du CNGOF. De plus, aucune autre étude observant directement les pratiques liées à la contraception du post-partum en SDC n'a été retrouvée dans la littérature. Transformer notre étude sous forme d'un questionnaire aux sages-femmes n'aurait pas pu permettre l'observation directe des critères choisis. Informer les sages-femmes du sujet des observations nous a permis d'étudier ces critères d'une nouvelle manière.

- Population étudiée

Les mesures sanitaires liées à l'épidémie de Covid-19 mises en place le 17 Mars 2020, nous ont forcées à interrompre le recueil de données. Malgré cela, 33 sages-femmes ont été observées, nombre supérieur aux 30 observations recommandées par la HAS dans le cas d'un audit clinique, ce qui nous permet de considérer les résultats comme représentatifs des pratiques de l'HCE. En revanche seules les sages-femmes présentes en SDC ont été observées, les sages-femmes exerçant dans un autre service au moment du recueil de données n'ont pas été incluses dans l'étude. Cette étude ne représente donc pas l'ensemble des pratiques des sages-femmes de l'HCE. Pour cela une période plus longue, après d'autres rotations des équipes, aurait été nécessaire.

- Validité externe de l'étude.

Les résultats obtenus par cette étude ne sont pas extrapolables à d'autres maternités car il s'agit d'une étude mono-centrique et transversale menée uniquement à l'HCE sur une période donnée.

2. Analyse des résultats et comparaison avec la littérature

- Caractéristiques de la population

Dans l'échantillon observé, aucune sage-femme n'avait suivi de formation ou de Diplôme interuniversitaire (DIU) supplémentaires en contraception. Contrairement au mémoire de C.Vrignat (13) réalisé en 2018 au sein de maternités de type I et IIB avec une population composée de 110 sages-femmes et un âge moyen de 36,4 ans. Parmi ces 110 sages-femmes 20 avaient bénéficié d'une formation

complémentaire, ce qui est supérieur au résultat retrouvé dans notre étude. Cependant, cette étude (13) n'a pas mis en évidence de différence statistiquement significative quant à la qualité de l'information dispensée par ces sages-femmes.

Dans notre étude la date médiane d'obtention du diplôme d'état était de 2004, année de parution de l'arrêté du 23 Février 2004 permettant aux sages-femmes de prescrire une contraception hormonale dans le post-partum.

On peut donc imaginer que la plupart des sages-femmes de notre étude, bien qu'ayant bénéficié de notions théoriques sur la contraception du post-partum pendant leur formation initiale, ont dû se familiariser à l'information et à la prescription de la contraception directement sur le terrain. Bien que des réunions de service au sujet de la contraception avaient été organisées, les sages-femmes de notre étude ont répondu ne pas avoir reçu de formation complémentaire. Nous pouvons penser que pour elles, ces mises à jour des connaissances organisées par le service n'ont pas été suffisantes pour être considérées comme des formations.

De plus 63,3% des sages-femmes exerçaient dans le service de suites de couches depuis moins de trois mois, ce qui peut laisser penser que toutes n'y avaient pas encore repris leurs repères. Le turn-over important existant parmi les équipes hospitalières ne facilite pas l'adaptation à un service donné.

- Caractéristiques de l'entretien

Dans notre étude, les entretiens étaient réalisés majoritairement au 2^{ème} jour du post-partum et ce lors de la préparation de la sortie (la veille généralement). Ces résultats

sont en accord avec ceux de C.Vrignat (13). Cependant, ils diffèrent de ceux retrouvés dans le mémoire de E.Genton (14) réalisé à l'HCE en 2015, la contraception était abordée en majorité le jour de la sortie. Ce changement de pratique dans le service semble être bénéfique aux patientes. En effet dans l'étude de Daneels (15), un tiers des patientes ayant reçu l'information le jour de la sortie estimaient que l'information avait été donnée trop tardivement dans le séjour.

En suites de couches, le jour de la sortie est une journée très riche en informations pour les patientes qui, en plus de la visite des différents professionnels, doivent gérer l'organisation du retour au domicile avec leur nouveau-né. Dans ce cas, réaliser l'entretien au sujet de la contraception la veille, pourrait éviter de noyer ces informations dans le flot de celles dispensées au sujet de la sortie, et aussi permettre aux patientes de poser d'éventuelles questions le lendemain à la sage-femme.

On note que le taux d'allaitement maternel dans notre étude était supérieur à celui retrouvé lors de l'enquête nationale de périnatalité réalisée en 2016 (16)

- Conformité globale

Dans notre étude, aucune observation n'a été considérée comme conforme aux recommandations de la HAS et du CNGOF, ce qui rejoint les résultats de E.Genton (14) et C.Vrignat (13), et confirme notre première hypothèse.

Trente-trois pour cent des sages-femmes ont réuni lors des observations, un tiers des critères majeurs. Cependant 51,5% d'entre elles ont rempli plus de 11 critères

majeurs sur les 21 établis et 27,2% en ont rempli plus des trois quarts. Ces résultats mettent en évidence une hétérogénéité des connaissances et des manières de les transmettre. Mais aussi, l'existence de points forts et de points faibles concernant l'information et la prescription de la prescription du post-partum.

- Points forts

Les résultats de notre étude ont mis en évidence plusieurs points forts au sujet des pratiques des sages-femmes concernant l'information et la prescription du post-partum. En effet 30,3% d'entre elles ont rempli dix critères majeurs ou plus sur les 14 définis pour l'entretien.

→ **Contenu de l'entretien**

- Abord de la contraception antérieure

87,9% des professionnelles de notre étude ont abordé avec la patiente la contraception qu'elle utilisait avant la grossesse et leur ont demandé comment elle la tolérait. Cet abord de la contraception antérieure est primordial et fait partie d'un entretien contraceptif bien mené.

- Conformité des réponses aux questions posées

Dans 63,6% des cas les réponses des sages-femmes aux questions de leur patiente étaient appropriées, ce qui est essentiel pour permettre aux patientes un choix éclairé quant à leur mode de contraception ultérieure.

- Conformité de la situation observée

Toutes les sages-femmes ont été observées lors de situations conformes à leurs compétences. Cette conformité de 100 % met en évidence la capacité des sages-femmes de discerner les situations entrant dans leurs champs de compétences ou non, ce qui peut parfois se révéler difficile au sein d'un service hospitalier.

- Décision prise par la patiente

Aussi, dans 93,9% des cas, le choix de la contraception a été fait par la patiente, ces résultats sont supérieurs à ceux retrouvés par J.Daneels dans son étude(15). Cette décision prise par les patientes permet d'éviter une éventuelle mauvaise observance. Il est difficile d'imaginer, si le choix est fait par la sage-femme que le moyen contraceptif prescrit soit en adéquation avec le mode de vie de la patiente ou du couple comme préconisé par l'INPES (17).

- Visite du post-partum

La visite du post-partum est importante et concerne des sujets variés du post-partum allant de l'évaluation de la nécessité d'une rééducation périnéale à l'allaitement maternel. Cette visite est aussi un moment essentiel dans la réévaluation et la possibilité d'un changement de la contraception prescrite en SDC. Selon S.Fanello(18), 86% des femmes en changeraient pendant l'année. Dans notre étude, l'importance de cette consultation a été expliquée aux patientes par 75,8% des sages-femmes.

→ Prescription

Au sujet de la prescription, deux sages-femmes ont rempli les sept critères majeurs choisis et 51,5% en ont rempli quatre ou plus.

Le post-partum est une période limitant le choix en matière de contraception. Les modifications physiologiques de cette période contre-indiquent certains types de contraception. En effet, le risque thromboembolique est majoré durant le post-partum et se normalise à partir de six semaines après l'accouchement. Les moyens de contraception contenant des oestrogènes, qui augmentent ce risque, sont contre-indiqués par la HAS durant cette période(8) car pouvant induire des complications graves telles que l'embolie pulmonaire. Selon l'OMS, ce délai peut être raccourci à 21 jours en l'absence de facteur de risque thromboembolique veineux et en l'absence d'autres contre-indications. Les risques liés à ce type de contraception ont été pris en compte par la totalité des sages-femmes de notre étude, aucune contraception contenant des œstrogènes n'a été prescrite lors du séjour en suites de couches.

De plus lors de l'allaitement maternel, les oestrogènes ne sont pas recommandés pendant les six mois qui suivent l'accouchement car ils sont susceptibles d'affecter la lactation (9). Contre-indications qu'ont respectées 100% des sages-femmes observées.

À ces contre-indications propres au post-partum s'ajoutent celles relatives à des évènements survenus pendant la grossesse, (phlébite, cholestase gravidique, pré-éclampsie, diabète gestationnel) et celles concernant les antécédents médicaux ou familiaux des patientes(9)(8). Dans notre étude, les contre-indications concernant les antécédents des patientes étaient recherchées pour 63,6% des sages-femmes et celles concernant la grossesse par 66,7%. Il est possible que ces résultats aient été minorés à cause du biais d'observation. En effet, certaines sages-femmes n'ayant pas recherché ces contre-indications connaissaient peut-être la patiente de la veille ou d'une consultation précédente et avaient déjà lu leur dossier. Ces taux mettent en évidence les bonnes pratiques relatives à cet aspect de la prescription, ainsi que l'importance accordée par les sages-femmes à la prescription d'un moyen de contraception en accord avec l'histoire médicale de leur patiente.

Cette étude a révélé l'existence de nombreux points forts au sein des pratiques des sages-femmes du service de suites de couches de l'HCE.

Néanmoins, il existe aussi des points faibles que nous allons étudier afin de comprendre leurs origines et pouvoir mettre en place des mesures les améliorant.

- Points faibles

→ **Contenu de l'entretien**

- Physiologie de l'ovulation et du post-partum

Comme nous l'avons vu précédemment le risque de grossesse et la nécessité de débuter une contraception efficace à 21 jours ont été abordés par la majorité des sages-femmes.

Cependant, les notions relatives à la physiologie de l'ovulation demeurent trop peu expliquées. En effet, le délai d'ovulation probable, et la possibilité de l'allaitement de la retarder, ont été abordés dans 30% des cas.

L'explication à propos de l'ovulation apparaissant avant le retour de couche a été donnée par moins d'un quart des sages-femmes.

Les femmes ne possèdent pas toujours une bonne connaissance de la physiologie de l'ovulation dans le post-partum comme en dehors. En effet, selon J. Daneels(15), 13% des femmes pensent que l'ovulation est possible à partir du moment où elles ont eu leur retour de couche. On peut imaginer que certaines sages-femmes considèrent ces notions comme acquises par leurs patientes. Et que d'autres ne sont pas à l'aise avec ces notions de physiologie ou les ont oubliées, et ont donc des difficultés à les transmettre.

De plus, dans une étude italienne, P.Di Giacomo (19) met en évidence que 64,3% des patientes utilisent une contraception en post-partum pour éviter une grossesse, et ce, même si elles n'ont connaissance ni de la physiologie ni de leur fertilité dans le post-partum.

Or, l'INPES estime qu'un risque de grossesse mal identifié mènerait à un usage non optimal de la contraception, et à un recours insuffisant à la contraception d'urgence en cas de besoin, et conduirait à un risque de grossesse non désirée (17).

- Moyen de contraception choisi

Informé de manière plus systématique les patientes au sujet de la physiologie de l'ovulation pourrait donc leur permettre de mieux comprendre le fonctionnement de leur corps, de prendre moins de risques, mais aussi, d'être davantage actrice de leur parcours contraceptif.

Pour cela il est nécessaire qu'elles puissent choisir un moyen de contraception qui leur corresponde d'un point de vue clinique, mais qui corresponde également à leurs attentes et leurs modes de vie. Le rôle de l'entretien contraceptif mené par les sages-femmes dans ce choix éclairé demeure primordial.

Si comme nous l'avons vu précédemment les sages-femmes prennent en compte cette importance en évoquant massivement la contraception utilisée antérieurement, l'entretien contraceptif passe aussi par une description détaillée du moyen de contraception choisi. Or, dans notre étude, le coût, les avantages non contraceptifs et l'efficacité ont été communiqués à la patiente par moins de 10% des professionnelles. Dans l'étude de E.Genton (14), plus de la moitié des patientes avaient été informées des modalités d'usage du moyen de contraception qu'elles avaient choisi. Dans celle de M.Flaux (20), seulement 8,9% n'avaient pas reçu cette information. Dans notre étude, ce sujet a été abordé par 48,5% des sages-femmes et les risques et effet indésirables abordés par 9,1% des sages-femmes, résultats eux aussi inférieurs à ceux retrouvés par E.Genton (14) et M.Flaux (20). Ce manque d'information pourrait être dû à un manque de connaissances des sages-femmes au sujet de la pharmacologie de la contraception.

Néanmoins, dans son étude sur l'IVG dans le post-partum, M.Bertaud (21) a montré que 68% des patientes avaient recours à une interruption de grossesse à cause d'un échec de contraception, d'oublis trop fréquents ou d'effets indésirables trop importants. Ces résultats mettent en évidence la valeur de ces informations et le fait qu'il serait judicieux de les aborder plus fréquemment lors du séjour en suites de couches, ainsi que l'information au sujet de la contraception d'urgence.

→ Abord de la contraception d'urgence

En effet, dans cette même étude (21), 78% des patientes n'avaient pas eu recours à la contraception d'urgence. Ces résultats font écho à ceux retrouvés dans d'autres études (22) (13) où la contraception d'urgence était peu fréquemment évoquée. Et selon R.Jackson (23) et J.Daneels (15), moins de 10% des patientes savaient qu'elles pouvaient l'utiliser en post-partum et connaissaient les délais de prise. Dans notre cas aucune des 33 sages-femmes n'en a parlé avec sa patiente, ce qui diffère des résultats de E.Genton (14) en 2015 où 27% des patientes déclaraient avoir été informées.

Même si la prescription de la contraception d'urgence de manière systématique n'a pas démontré son efficacité et n'est pas recommandée par la HAS et le CNGOF (24) (8), cette absence d'information à son sujet semble être une perte de chance pour les patientes.

Dans un pays où un tiers des grossesses sont non désirées (17) , une meilleure connaissance des méthodes de rattrapage (même si non efficaces à 100%), ainsi que de leurs modalités d'usage, permis par une plus large information en suites de couches, pourrait conduire à un recours moins fréquent à l'IVG dans le post-partum.

- Présence du conjoint

Il est important d'intégrer le conjoint à cette discussion quand cela est possible, afin que la contraception soit l'affaire du couple et non plus de la femme seule et que le conjoint sache qu'il existe un risque de grossesse dans le post-partum. Dans notre étude le conjoint était présent dans un tiers des cas, résultat légèrement supérieur à celui retrouvé par A.Froger (22). Ce faible taux peut s'expliquer par la complexité d'organisation que la présence du conjoint demande aux sages-femmes ; il est déjà parfois difficile de pouvoir s'entretenir avec une patiente du fait de la densité d'activité des matinées en SDC et donc, trouver un instant permettant de réunir la sage-femme, la patiente et son conjoint, semble d'autant plus compliqué. Malgré cela, la présence du conjoint serait aussi intéressante pour aborder avec le couple la reprise des rapports, et, répondre à leurs éventuelles interrogations.

- Complexité de la période du post-partum

Selon plusieurs études (25) (26), la majorité des couples reprend des rapports sexuels entre la 6^{ème} et 8^{ème} semaine du post-partum. L'information et la prescription d'un moyen de contraception efficace sont donc utiles avant la visite du post-partum. Même si pour les patientes, il est parfois difficile de se projeter dans la reprise d'une sexualité et d'un moyen de contraception seulement quelques jours après la

naissance de leur bébé. Le post-partum étant pour elles une période remplie de nouvelles informations et de bouleversements qu'elles doivent intégrer à leur nouveau mode de vie.

La complexité de cette période peut ainsi les rendre moins réceptives au sujet de la contraception, c'est pourquoi les sages-femmes doivent trouver des outils afin de s'y adapter.

- Supports explicatifs

Dans notre étude aucun support explicatif n'a été utilisé, que ce soit des modèles de démonstrations ou bien des supports écrits explicatifs. Cependant aucun n'est mis à disposition des sages-femmes dans le service. Ces résultats sont inférieurs à ceux retrouvés par E.Genton (14) en 2015, où un tiers des patientes avaient reçu des informations écrites. Cependant, selon plusieurs études (15) (27) (13), les supports explicatifs sont très rarement utilisés, malgré leur pertinence durant cette période et le besoin des patientes. Comme l'a mis en évidence J.Daneels (15) dans son étude où 50% des patientes trouvaient l'information écrite utile et 37% auraient aimé en bénéficier, tout comme 40% des patientes dans l'étude de A.Froger (22).

En effet, cela permettrait aux patientes de mieux assimiler et de mieux se souvenir des informations. Dans l'étude de J.Daneels (15) elles étaient 61,5% à avoir retenu la totalité des informations quand un support écrit était utilisé, contre 36,4% lors d'explications uniquement orales. Parmi celles ayant reçu uniquement une information orale, 8% en ont retenu moins de la moitié.

L'utilisation d'un support écrit, rendrait aussi l'établissement d'un choix éclairé plus facile, comme l'a montré l'étude réalisée par Johnson (28) où les patientes recevaient une plaquette informative pour les aider dans leur choix. Ces supports pourraient décrire clairement et de manière exhaustive les moyens de contraception existants aux patientes. De plus, pour dispenser cette information il serait intéressant d'utiliser les nouvelles technologies telles que des tablettes numériques et des applications consultables en ligne.

- Moyens de contraception évoqués

Dans de nombreuses études dont la nôtre, certains moyens sont évoqués beaucoup plus fréquemment que les autres. Cela peut peut-être s'expliquer par le fait que certaines de ces méthodes sont contre indiquées dans le post-partum. De plus, les sages-femmes pensent peut-être que la méthode choisie en SDC est utilisée de manière temporaire par la patiente, et donc qu'évoquer celle qu'elle ne va pas pouvoir utiliser avant la visite du post-partum est inutile. Or dans son étude, F.Blangis (27) souligne que deux tiers des patientes poursuivent la contraception qu'elles ont choisie en SDC après la visite du post-partum, d'où l'importance d'un choix éclairé et adéquat.

De plus, cela n'autorise pas l'exclusion des moyens de contraception contre indiqués dans les premières semaines du post-partum, de l'information faite aux patientes.

Une information plus exhaustive pourrait permettre aux patientes de réfléchir à ce qu'elles souhaitent et en reparler avec la personne réalisant leur visite du post-partum.

- **Prescription**

- Prise en compte du risque thromboembolique

Comme évoqué précédemment la période du post-partum comporte un risque plus élevé d'accident thromboembolique et contre indique l'utilisation des contraceptifs contenant des œstrogènes (8). Selon le CNGOF, ces moyens de contraception peuvent être prescrits à partir de six semaines du post-partum en évaluant la balance bénéfice-risque de cette utilisation en cas de facteur de risque vasculaire(8).

Il est donc nécessaire de rechercher l'existence d'un éventuel facteur de risque vasculaire chez les patientes désireuses de reprendre une contraception œstro-progestative à partir de six semaines. De plus, même si les méthodes de contraceptions progestatives (Desogestrel 75µg, implant) sont utilisables dans le post-partum immédiat, elles sont contre-indiquées lors de la phase aiguë d'un accident thromboembolique sévère. Or, le diagnostic de cet accident thromboembolique sévère passe par un examen clinique des jambes.

Dans notre étude, 48,5% des sages-femmes ont interrogé les patientes aux sujets de leurs antécédents à la recherche de facteurs de risques vasculaires et ont effectué un examen clinique des jambes conformes aux recommandations.

On a pu voir dans notre étude que les facteurs de risques thromboemboliques ont été moins recherchés que d'autres contre-indications. Le risque thromboembolique est augmenté dans le post-partum quel que soit le moyen de la contraception choisi. L'examen des jambes est nécessaire afin de diagnostiquer une thrombose veineuse évolutive qui contre-indiquerait l'utilisation de progestatifs. Il est essentiel que ce

risque soit pris en compte pendant le séjour en SDC et ce peu importe la contraception envisagée par la patiente.

- Remise des ordonnances

Dans 80% des cas, la sage-femme ayant effectué l'entretien n'a pas remis l'ordonnance à la patiente et ne l'a pas relue ou vérifiée. Quand cela a été observé, les ordonnances ne mentionnaient pas le jour de reprise, la modalité de prise et les conduites à tenir en cas d'échec. Intégrer ces informations aux ordonnances pourrait les rendre plus facilement accessibles aux patientes en cas de doute.

Ce faible taux de remise d'ordonnance par le prescripteur est en partie dû à l'organisation du service qui consiste à remettre à la patiente ses ordonnances au moment de la sortie, ce qui pourrait parfois permettre de redonner certaines informations. Cependant il paraît logique et important que la personne prescrivant la contraception et rédigeant l'ordonnance soit celle qui remette l'ordonnance à la patiente concernée.

Tous les entretiens sont compris parmi ces résultats. D'une part ceux où les patientes ont choisi des moyens de contraception ne pouvant être prescrits (6%). Et d'autre part les 27,3% des entretiens où la méthode choisie était les préservatifs masculins. Bien que ces derniers puissent être prescrits et remboursés par la sécurité sociale depuis décembre 2018, aucune sage-femme n'a proposé à sa patiente de lui en prescrire. Cela viendrait du fait que l'information ait été peu diffusée dans le service et que les ordonnances pré-rédigées ne soient pas enregistrées sur

le logiciel de prescription. Cependant une plus large prescription donnerait la possibilité aux patientes de se faire rembourser. Et, comme pour la pilule, une ordonnance rappelant les conduites à tenir en cas d'accident faciliterait l'accès à l'information.

Pareillement, selon le CNGOF, il est recommandé de prescrire un DIU ou un SIU à la sortie de la maternité si cette contraception était envisagée par la patiente afin qu'il puisse être mis en place lors de la consultation post-natale(8). Dans notre étude, cela n'a jamais été observé pour les patientes dans cette situation. La prescription d'un DIU ou SIU en suites de couches, pourrait être un avantage non négligeable pour les patientes. En effet, cela leur permettrait de se rendre à la consultation du post-partum avec leur DIU ou SIU et qu'il soit posé le jour même en leur évitant d'avoir à prendre un autre rendez-vous. Elles bénéficieraient ainsi d'une contraception efficace plus rapidement et le risque de grossesse serait réduit.

- Pertinence de l'information à cette période

Une de nos hypothèses était que la manière dont était faite cette information n'était pas adaptée à cette période. Hypothèse que nous avons pu confirmer en l'absence de recours à des supports explicatifs.

Au-delà de la possible inadéquation de la manière, la période des suites de couches ne semble pas être uniquement le moment propice pour recevoir des informations au sujet de la contraception du post-partum.

Selon M.Flaux(20), 47% des patientes identifiaient le séjour en SDC comme le moment idéal pour recevoir une information sur la contraception en post-partum.

Dans son étude, Smith (29) montre que les patientes ayant reçu l'information seulement pendant la grossesse ou seulement pendant le post-partum ont retenu la même quantité d'informations. La HAS (9) recommande d'évoquer la contraception à la fois pendant la grossesse et le post-partum. Dans l'étude de J.Danneels (15) 68% des patientes avaient reçu cette information en anténatal et en post-natal, et 90,9% d'entre elles trouvaient cette répartition adaptée et permettant une meilleure réflexion. En effet, donner l'information en anténatal pendant les consultations de suivi de grossesse ou lors des cours de préparation à la naissance, pourrait permettre aux patientes de pouvoir se renseigner plus sereinement, et, aux professionnels de dispenser cette information en présence du conjoint afin que cette charge contraceptive soit discutée et partagée dans le couple. Dispenser l'information lors de la grossesse pourrait la rendre plus efficace lors du séjour en post-partum, les patientes ayant déjà réfléchi à la contraception souhaitée et ayant des notions sur le sujet.

À la sortie de la maternité, le rôle des sages-femmes libérales réalisant des visites post-natales à domicile est important. Les intégrer à ce schéma d'information permettrait qu'elles échangent avec la patiente sur les informations comprises à la maternité afin de les compléter et/ou de parer à d'éventuelles incompréhensions avant les 21 jours charnière de la reprise de la contraception.

- Contexte de travail

L'absence d'observation remplissant tous les critères majeurs peut aussi s'expliquer par un manque de temps des sages-femmes. En effet les informations à donner au sujet de la contraception sont nombreuses. Aussi, les entretiens doivent être de réels dialogues avec les patientes, demandant une disponibilité complète des sages-femmes afin de dispenser une information claire, et permettre un choix éclairé.

Cependant le temps de séjour des patientes se voit de plus en plus réduit et le contexte de travail des sages-femmes en suites de couches ne leur permet pas toujours d'accorder le temps nécessaire à cet entretien. Dans l'étude de A.Froger (22) les sages-femmes consacraient 10 minutes à l'information sur la contraception et, dans celle de C.Vrignat (13), le principal frein identifié par les sages-femmes était le manque de temps.

3. Perspectives et axes d'amélioration

L'avantage d'un audit clinique est qu'il permet d'identifier les axes d'amélioration possibles, donc dans notre cas de perfectionner l'information et la prescription de la contraception.

- Restitution des résultats

Un des objectifs de l'évaluation des pratiques est de restituer les résultats à l'équipe observée. Cette étape peut permettre aux sages-femmes d'être à la fois sensibilisées sur les pratiques à améliorer mais aussi d'identifier des points forts mis en évidence.

Une réunion de service pendant laquelle les résultats seraient restitués pourrait permettre une discussion autour des axes d'amélioration, et serait aussi une

occasion d'effectuer un rappel au sujet des recommandations et/ou des nouveautés de mise sur le marché des moyens contraceptifs.

- Élaboration de plaquettes informatives destinées aux patientes

Les informations à donner selon les recommandations du CNGOF et de la HAS sont nombreuses, les patientes sont moins réceptives à une information uniquement orale, et le temps dont disposent les sages-femmes dans ce contexte de travail est réduit.

Ainsi nous avons pensé qu'élaborer des plaquettes informatives (Cf Annexe 3 et 4) regroupant les critères importants à retenir, pourrait permettre une information plus exhaustive, une meilleure compréhension des patientes et être une aide pour les professionnelles. Ces plaquettes pourraient éventuellement être traduites en plusieurs langues.

- Proposition d'élaboration d'ordonnance

Les ordonnances de pilule microprogestative du service contenant peu d'informations, nous pensions en rédiger une plus exhaustive qui pourrait permettre aux patientes de retrouver facilement les informations, et aux sages-femmes de gagner du temps. (Cf Annexe 5)

La réalisation d'une ordonnance pour des préservatifs masculins avec des rappels sur l'utilisation de la contraception d'urgence pouvant être mise à disposition sur le logiciel de prescription serait judicieuse, et permettrait aux patientes qui le souhaitent

de pouvoir se faire rembourser, et de trouver facilement la conduite à suivre en cas d'accident. (Cf Annexe 5)

- Information anténatale

Associée à l'information dispensée en SDC, une information systématique au sujet de la contraception du post-partum pendant le suivi de grossesse comme recommandé par la HAS, augmenterait le temps de réflexion des patientes, leurs connaissances, et permettrait éventuellement de pallier au manque de réceptivité inhérent à la période du post-partum. Cette première évocation de la contraception pourrait aussi donner la possibilité aux sages-femmes d'effectuer des entretiens moins denses en suites de couches.

V. CONCLUSION

Nous avons répondu à l'objectif principal de notre étude qui était d'évaluer la conformité de la prescription faite, et de l'information donnée sur la contraception du post-partum selon les recommandations de la HAS et du CNGOF. Aucune observation n'a rempli l'ensemble des critères majeurs.

Cette étude a révélé des points forts comme le libre choix des patientes, la conformité du moyen de contraception avec l'allaitement ou encore, l'absence de prescription de moyen de contraception oestro-progestatif lors du séjour à la maternité. Elle a aussi mis en évidence des points faibles, tel que l'absence d'information au sujet de la contraception d'urgence, de recours à des supports explicatifs et de remise des ordonnances par les sages-femmes ayant réalisé les entretiens. La mise en place des supports proposés améliorerait l'information et la prescription de la contraception dans le post-partum.

Par ailleurs, il émerge une notion de défaut de disponibilité des patientes traversant une période modifiant leurs priorités, et des sages-femmes exerçant dans un contexte de travail correspondant à un service de suites de couches de type III avec un nombre important de patientes dont elles doivent prendre soin. Cela semble être en inadéquation avec l'abondance d'informations à donner.

De plus, notre étude a souligné le besoin de formation des sages-femmes au sujet de la contraception du post-partum. Ces formations, plus régulières, permettraient aux professionnelles d'être plus à l'aise avec ce sujet, malgré le turn-over important retrouvé dans les équipes.

L'abord de la contraception en anténatal semble être alors une solution nécessaire pour améliorer le choix libre et éclairé d'une contraception lors des entretiens effectués en post-partum. Dans trois à six mois, il serait judicieux d'effectuer une nouvelle évaluation après une formation complémentaire en contraception de l'équipe de sages-femmes et la mise en place des supports élaborés à partir de ce travail.

BIBLIOGRAPHIE

1. Loi autorisant aux sages-femmes la prescription de la contraception du post-partum n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. 2004-806 août 9, 2004.
2. Loi relative à la prescription de la contraception par les sages-femmes Code de la santé publique. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
3. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. *Population*. 2014;Vol. 69(3):365-98.
4. 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/224-300-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2018>
5. Mulet F., Descamps P. , Lansac J. Après une grossesse interrompue ou non, prévoir une méthode provisoire avant d'élargir le choix. *Concours médical* n° 25-26; 2006.
6. Dedecker F, Graesslin O, Ceccaldi P-F, Baudelot E, Montilla F, Derniaux E, et al. Grossesses rapprochées: facteurs de risque et conséquences périnatales. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 1 janv 2006;35(1):28-34.
7. Vandembroucke 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*. 1 avr 2013;42(2):166-73.
8. Recommandations post partum CNGOF 2015 [Internet]. [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2015%252F2015-RPC-POSTPARTUM.pdf&i=21930>
9. Haute Autorité de Santé - Contraception chez la femme en post-partum [Internet]. [cité 15 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1369193/fr/contraception-chez-la-femme-en-post-partum
10. [reussir_un_audit_clinique_et_son_plan_damelioration_guide_2003_2009-10-20_11-09-52_821.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-10-20_11-09-52_821.pdf) [Internet]. [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-10-20_11-09-52_821.pdf
11. Connaissez-vous l'expérience d'Hawthorne? [Internet]. [cité 21 avr 2020]. Disponible sur: <https://crf.wallonie.be/compasinfo/breve.phpid=38&rub-id=54.html>

12. Rosenzweig P. L'effet halo, ou les mirages de la performance. Le journal de l'école de Paris du management. 2009;N°79(5):9-16.
13. Camille V. Informations données, connaissances et pratiques des sages-femmes sur la contraception du postpartum. 2018;55.
14. Genton É. État des lieux de l'information reçue par les femmes sur la contraception du post-partum lors du séjour en suites de couches. 2015;37.
15. Danneels J. La contraception du post-partum: les stratégies d'information, le point de vue des femmes. :78.
16. synthese-enp2017.pdf [Internet]. [cité 22 avr 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese-enp2017.pdf>
17. CONTRACEPTION: Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? :18.
18. Fanello S, Parat-Pateu V, Dagonne C, Hitoto H, Collet J, Routiot T, et al. La contraception du post-partum: les recommandations médicales, le point de vue des femmes. /data/revues/03682315/00360004/369/ [Internet]. 10 mars 2008 [cité 22 avr 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/118085>
19. Di Giacomo P, Sbarlati A, Bagnasco A, Sasso L. Woman's contraceptive needs and preferences in the postpartum period: an Italian study. J Clin Nurs. déc 2013;22(23-24):3406-17.
20. Flux M. Observance de la contraception du post-partum: causes de non-observance: satisfaction de l'information reçue sur la contraception. 2013;53.
21. Bertaud M. L'interruption volontaire de grossesse dans l'année suivant l'accouchement. Limoges; 2014.
22. Amélie F. Informations de contraception en suites de couches : sommes-nous dans le pertinent ? :69.
23. Jackson R, Schwarz E, Freedman L, Darney P. Knowledge and willingness to use emergency contraception among low-income post-partum women. Contraception. 1 juill 2000;61:351-7.
24. Contraception d'urgence fiche synthèse HAS. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence_-_fiche_de_synthese.pdf
25. Rollini C. L'évaluation sexologique dans le post-partum. 2009;
26. Glazener CMA. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 1997;104(3):330-5.

27. Blangis F, Lopes P, Branger B, Garnier P, Philippe H-J, Ploteau S. La contraception du post-partum : à propos de 600 patientes dont 129 revues à la consultation post-natale. /data/revues/12979589/v41i9/S1297958913002002/ [Internet]. 6 sept 2013 [cité 22 avr 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/832271>
28. Johnson LK, Edelman A, Jensen J. Patient satisfaction and the impact of written material about postpartum contraceptive decisions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1 mai 2003;188(5):1202-4.
29. Smith KB, van der Spuy ZM, Cheng L, Elton R, Glasier AF. Is postpartum contraceptive advice given antenatally of value? *Contraception*. mars 2002;65(3):237-43.

ANNEXES :

Annexe 1 : Formulaire de consentement libre et éclairé

Madame, Monsieur,

Je suis Julie FRIGOUT étudiante sage-femme en 5^{ème} année, et dans le cadre de ma formation je réalise mon mémoire de fin d'étude pour l'obtention de mon diplôme d'Etat de sage-femme. L'étude que je réalise a pour objectif d'observer les pratiques professionnelles autour de la préparation de la sortie en UME.

Pour cela j'ai besoin de votre consentement via ce formulaire,

Je soussignée (NOM, Prénom)

Avoir donné mon accord pour participer à cette étude.

Je comprends que ma participation n'est pas obligatoire et que je peux retirer mon consentement à tout moment sans avoir à me justifier. Mon consentement ne décharge pas l'organisateur de la recherche de ses responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

J'ai été informé que mon identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication et que toute information me concernant sera traitée de façon confidentielle.

Pour tout autre renseignement vous pouvez me contacter à l'adresse

[Données à caractère personnel] ou contacter protection-donnees@chu-grenoble.fr

Date :

Signature:

Annexe 2 : Grille de recueil

Grille d'observation

Date : Age SF : Date année de diplôme : Ancienneté dans l'unité :
 N° observation : Formation complémentaire : Allaitement maternel :

Abord du type de contraception antérieur et de sa tolérance, et de la satisfaction :

Oui Non Autres Commentaires :

	C	N	N	Commentaires
Informations données sur :				
Explication physiologie de l'ovulation :				
-Reprise ovulation J25 au plus tôt				
- Contraception efficace à débiter au plus tard à J21 du PP				
-Possible ovulation en aménorrhées...				
-AM peut retarder ovulation mais aléatoire : conditions strictes (MAMA) pour être moyen de contraception fiable :				
<ul style="list-style-type: none"> • AM complet et exclusif jour et nuit • 6 à 10 tétées par jour • pas plus de 6 heures entre 2 tétées la nuit, pas plus de 4 heures le jour • aménorrhée persistante 				
Risque de grossesse				

	C	N	N	Commentaires
Méthodes évoquées :				
Préservatifs masculins				
Préservatifs féminins				
Pilule oestroprogestative				
Pilule progestative				
Progestatifs injectables				
Anneau vaginal				
Patch transdermique				
Implant ethonogestrel				
Stérilisation féminine				
Stérilisation masculine				
DIU lévonorgestrel				
DIU au cuivre				
Cape				
Diaphragme				
Spermicides				
MAMA				
Méthodes naturelles				
Abstinence				

Annexe 2 : Grille de recueil (suite)

	C	N C	N O	Commentaires
Contraception choisie				
Efficacité				
Durée d'efficacité				
Délai d'efficacité				
Modalités d'usage : posologie, mode de prise				
Coût, remboursement				
Evènements pouvant diminuer l'efficacité				
Conduite à tenir en cas d'oubli de prise ou accident (préservatif)				
Risque et effets indésirables				
Avantages non contraceptifs				
Contraception d'urgence évoquée				

	C	N C	N O	Commentaires
Prescriptions :				
Recherche de contre indications				
- Dans le dossier et/ou interrogatoire				
Prise en compte risque thromboembolique majoré en post-partum	-Examen clinique des jambes...			
	Interrogatoire sur antécédents personnels et familiaux de pathologies thromboemboliques			
Recherche de pathologie pendant la grossesse, accouchement, post-partum				
- Dans le dossier et/ou interrogatoire				
Méthode compatible avec le mode d'allaitement				
Posologie, mode de prise, durée du traitement conforme aux recommandations CNGOF sur l'ordonnance remise à la patiente				
Prescription contraception d'urgence				
	C	N C	N O	Commentaires
Visite du post-partum				
Intérêt de la visite du post-partum pour la réévaluation/changement de la contraception				

Annexe 2 : Grille de recueil (suite)

Environnement de l'entretien

Jour post-accouchement :

Genre de l'entretien :

- Entretien dédié à la préparation de la sortie (la veille)
- Visite de sortie (le jour même)

Présence du conjoint :

- Oui
- Non
- Autres
- Commentaires :

Respect de la confidentialité (absence de la voisine de chambre, des visites) :

- Oui
- Non

Recours à des supports explicatifs :

- Oui
- Non

Réponses de la sage femme aux interrogations de la patiente :

- Conforme
- Non conforme
- Non observé
- Commentaires :

Situation conforme aux compétences de la sage-femme :

- Oui
- Non

Décision prise par la patiente

- Oui
- Non
- Commentaires :

Ordonnance remise par la sage-femme ayant effectué l'entretien :

- Oui
- Non
- Autres
- Commentaires :

Ordonnance relue expliquée et contrôlée :

- Oui
- Non
- Autres
- Commentaires :

Contraception choisie :

C= conforme /NC= Non conforme / NO= Non observé

Vous venez d'avoir un bébé et vous prenez ou allez prendre Desogestrel 75ug ?

Ce qu'il faut savoir:

- Vous pouvez prendre cette pilule même si vous donnez le sein à votre bébé.
- Si vous désirez bénéficier d'un moyen de contraception efficace, il est important de la commencer 21 jours après l'accouchement. Et ce, même si:
 - Vous n'avez pas eu votre retour de couche
 - Vous allaitez toujours
 - Vous n'avez pas repris de rapports sexuels

J'ai accouché le:	Je dois reprendre ma pilule le:



- Si vous reprenez votre pilule plus tard, utilisez des préservatifs les 7 premiers jours de prise des comprimés

Comment prendre Desogestrel 75ug ?

-Prendre un comprimé tous les jours à la même heure, sans interruption entre les plaquettes.

-Vous avez 12h pour prendre Desogestrel 75ug sans que cela ne soit considéré comme un oubli, c'est à dire :

Si vous décidez de prendre votre pilule à 20h vous avez jusqu'à 8h du matin pour la prendre, au delà c'est un oubli et il peut exister un risque de grossesse.

Y-a-t-il des inconvénients ?

Avec cette pilule il est possible que vous **n'ayez plus vos règles** ou bien des **petits saignements aléatoires** et irréguliers (spottings)
Ces saignements peuvent s'estomper à partir de 3 mois de prise.

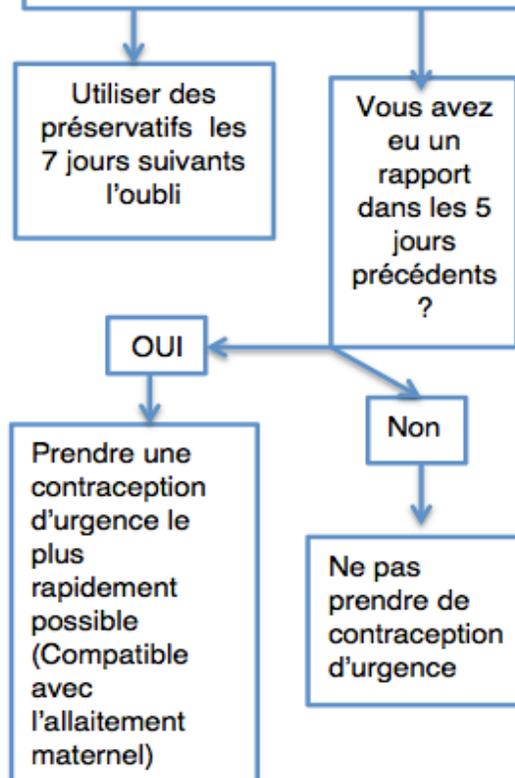
Et si cela ne vous convenait pas ?

Votre moyen de contraception sera réévalué à la visite post-natale 6 à 8 semaines après l'accouchement.

Vous pouvez aussi poser vos questions à votre sage femme libérale.

Vous avez oublié votre pilule plus de 12h:

Prendre le comprimé oublié et poursuivre la prise des autres à l'heure habituelle

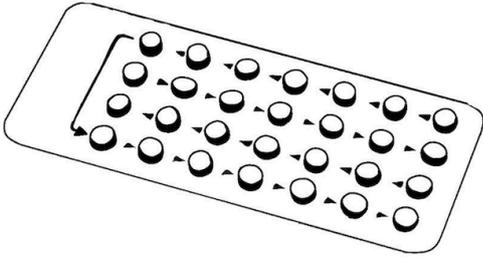
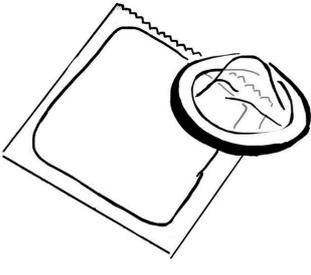


En cas de diarrhées ou de vomissement dans les 4h suivant la prise du comprimé :
Reprendre un comprimé et poursuivre la prise normalement les jours suivants

Annexe 4 : Support explicatif concernant les méthodes disponibles

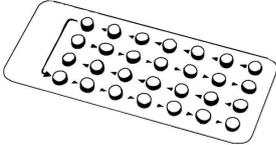
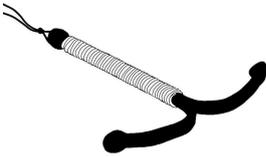
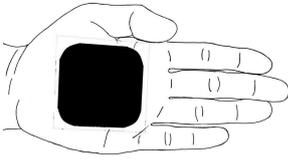
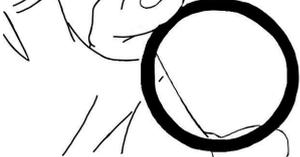
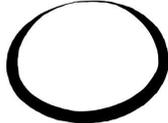
LES DIFFERENTES METHODES DE CONTRACEPTION ET LEUR UTILISATION APRES L'ACCOUCHEMENT

METHODES POUVANT ETRE UTILISEES AVANT LA VISITE DU POST-PARTUM

<p>La pilule progestative</p>  <ul style="list-style-type: none">• Contraception hormonale• Compatible avec l'allaitement maternel• Utilisable 21 jours après l'accouchement• À prendre tous les jours sans interruption• <u>Prise en charge</u> par l'Assurance Maladie	<p>L'implant contraceptif</p>  <ul style="list-style-type: none">• Contraception hormonale• Bâtonnet souple de 4cm inséré sous la peau• Peut être posé à partir de 21 jours ou dans certains cas à la maternité.• Efficace 3 ans• <u>Pris en charge</u> par l'Assurance Maladie
<p>Le préservatif masculin</p>  <ul style="list-style-type: none">• Contraception non hormonale• À utiliser à chaque rapport sexuel• Peut être prescrit et pris en charge par l'Assurance Maladie	<p>Le préservatif féminin</p>  <ul style="list-style-type: none">• Contraception non hormonale• À utiliser à chaque rapport sexuel• Non pris en charge par l'Assurance Maladie
<p>MAMA (Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée)</p>  <ul style="list-style-type: none">• Méthode non hormonale, gratuite• <u>Conditions strictes :</u><ul style="list-style-type: none">-Allaitement maternel exclusif-6 à 10 tétées par 24h-4h maximum entre les tétées le jour, 6h la nuit-pas de retour de couche	

Illustrations : © Manon Rat-Patron

METHODES POUVANT ETRE UTILISEES APRES LA VISITE DU POST-PARTUM

<p><u>La pilule oestroprogestative</u></p>  <ul style="list-style-type: none"> • Contraception hormonale • Non compatible avec l'allaitement maternel • Peut être commencée 42 jours après l'accouchement en cas d'allaitement artificiel • À prendre tous les jours. • <u>Pris en charge</u> par l'Assurance Maladie 	<p><u>Le stérilet hormonal</u></p>  <ul style="list-style-type: none"> • Contraception hormonale • Compatible avec l'allaitement maternel • Peut être posé à la visite du post-partum par une sage-femme, un gynécologue ou un médecin généraliste. • Efficace 5 ans • <u>Pris en charge</u> par l'Assurance Maladie
<p><u>Le stérilet au cuivre</u></p>  <ul style="list-style-type: none"> • Contraception non hormonale • Compatible avec l'allaitement maternel • Peut être posé à la visite du post-partum par une sage-femme, un gynécologue ou un médecin généraliste. • Efficace 5 ans • <u>Pris en charge</u> par l'Assurance Maladie 	<p><u>Le patch contraceptif</u></p>  <ul style="list-style-type: none"> • Contraception hormonale • Non compatible avec l'allaitement maternel • Peut être commencé 42 jours après l'accouchement en cas d'allaitement artificiel • À changer chaque semaine • <u>Non pris en charge</u> par l'Assurance maladie (une boîte de 3 environ 15€)
<p><u>La stérilisation féminine</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Contraception non hormonale • Méthode définitive • Intervention chirurgicale sous anesthésie générale réalisée par un gynécologue • Délai de réflexion de 4 mois • <u>Prise en charge</u> par l'Assurance Maladie 	<p><u>La stérilisation masculine (vasectomie)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Contraception non hormonale • Méthode définitive • Intervention chirurgicale sous anesthésie locale réalisée par un urologue • Délai de réflexion de 4 mois • <u>Prise en charge</u> par l'Assurance Maladie
<p><u>L'anneau contraceptif</u></p>  <ul style="list-style-type: none"> • Contraception hormonale • Non compatible avec l'allaitement maternel • Peut être commencé 42 jours après l'accouchement en cas d'allaitement artificiel • Mis en place dans le vagin pour 3 semaines • <u>Non pris en charge</u> par l'Assurance maladie (16€) 	<p><u>La cape, le diaphragme associé à des spermicides</u></p>  <ul style="list-style-type: none"> • Contraception non hormonale, doit être associé à un spermicide pour augmenter son efficacité • Utilisable 42 jours après l'accouchement • Doit être mis en place avant chaque rapport sexuel • <u>Non pris en charge</u> par l'Assurance Maladie

Annexe 5 : Ordonnance pilule et préservatifs masculins

Nom de la sage-femme

Numéro d'identification

Nom et prénom de la patiente

Date de naissance de la patiente

Date de la prescription

-Desogestrel 75µg 28 comprimés

QSP 6 mois

- À prendre à partir de 21j après l'accouchement soit le :/.....
 - Si vous commencez plus tard que cette date, utilisez des préservatifs à chaque rapport sexuel, ainsi que les 7 premiers jours de prise de pilule
- Prendre un comprimé par jour, tous les jours à la même heure sans interruption entre les plaquettes.
- En cas d'oubli d'un comprimé supérieur à 12h
 - Prendre immédiatement le comprimé oublié
 - Continuer la prise aux horaires habituels
 - Utiliser des préservatifs pendant les 7j suivants l'oubli
 - En cas de rapport sexuel dans les 5 jours précédents l'oubli utilisez une contraception d'urgence disponible en pharmacie;
 -
- En cas de vomissement ou de diarrhée dans les 4h suivant la prise d'un comprimé reprendre un autre comprimé.

En cas de doute ou de question contacter votre sage-femme ou médecin traitant.

Une consultation du post-partum est à réaliser 6 à 8 semaines après l'accouchement avec une sage-femme, le médecin traitant, ou votre gynécologue

-Préservatifs masculins, une boîte de 24 - (Eden® ou Sortez Couverts®)

AR 1 an

- En cas de rupture ou de glissement du préservatif utiliser le plus rapidement possible un moyen de contraception d'urgence

Signature sage-femme

RESUME

Objectifs : L'objectif principal était d'évaluer la conformité des informations et de la prescription de la contraception données aux patientes par les sages-femmes avant la sortie de la maternité, avec les recommandations de la HAS et du CNGOF.

Méthode : Étude observationnelle descriptive, prospective, transversale monocentrique d'évaluation des pratiques professionnelles. Elle a été réalisée par 33 observations directes des sages-femmes dans le service de suites de couches de l'HCE à Grenoble. Des critères majeurs ont été définis et devaient être tous réunis pour qu'une observation soit conforme.

Résultats : Aucune observation n'a rempli l'ensemble des critères majeurs. Cette étude a mis en évidence certains points forts dans la pratique des sages-femmes. Mais aussi un manque de connaissance au sujet de la physiologie et la pharmacologie de la contraception du post-partum. Aucun support explicatif n'a été utilisé.

Conclusion : Les suites de couches ne sont pas le meilleur moment pour aborder la contraception du post-partum, une information doit être donnée en anténatal. Il serait nécessaire de former régulièrement les sages-femmes aux dernières recommandations, de mettre en place des supports explicatifs et des ordonnances types. Il serait intéressant de réévaluer les pratiques professionnelles trois à six mois après ces changements.

Mots-clés : Contraception-Post-partum – Sage-femme

ABSTRACT

Objectives: The main objective was to assess the conformity of information and prescription of contraception given to patients by midwives with HAS and CNGOF recommendations.

Material and Methods: It's an observational, descriptive prospective transversal and monocentric clinical audit. This study is based on 33 direct observations of midwives in maternity. Major Criteria were defined and had to be filled to define conformity.

Results: No observations met all of the major criteria. This study highlighted some strengths in midwifery practice. But also a lack of knowledge about the physiology and pharmacology of post-partum contraception. No explanatory support was used.

Conclusion: Maternity stay is not the best period to talk about contraception, information should be given in antenatal. It would be necessary to train midwives regularly on the latest recommendations, to put in place explanatory aids and standard prescriptions. It would be interesting to re-evaluate professional practices three to six months after these changes.

Keywords : Contraception-Post-partum –Midwife

