



HAL
open science

Information et prescription de la contraception par les sages-femmes en fonction de la situation de précarité des patientes en suites de couches au Centre Hospitalier Annecy Genevois

Lilie Martin

► To cite this version:

Lilie Martin. Information et prescription de la contraception par les sages-femmes en fonction de la situation de précarité des patientes en suites de couches au Centre Hospitalier Annecy Genevois. Gynécologie et obstétrique. 2021. dumas-03326643

HAL Id: dumas-03326643

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03326643>

Submitted on 26 Aug 2021

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

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**Information et prescription de la contraception par les sages-
femmes en fonction de la situation de précarité des patientes en
suites de couches au Centre Hospitalier Annecy Genevois**

Information and prescription of contraception by midwives according
to patients precariousness after childbirth at the Centre Hospitalier

Annecy Genevois

Par : MARTIN Lilie

[Données à caractère personnel]

Mémoire soutenu le : 16 juin 2021

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

2021

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

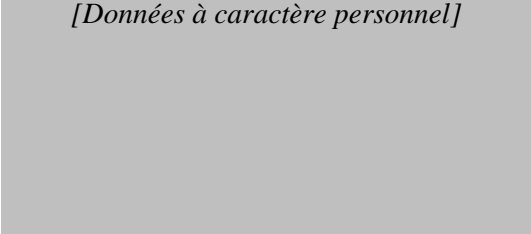
**Information et prescription de la contraception par les sages-
femmes en fonction de la situation de précarité des patientes en
suites de couches au Centre Hospitalier Annecy Genevois**

Information and prescription of contraception by midwives according
to patients precariousness after childbirth at the Centre Hospitalier

Annecy Genevois

Par : MARTIN – Lilie

[Données à caractère personnel]



Mémoire soutenu le : 16 juin 2021

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

2021

Résumé

Objectifs : L'objectif principal était de déterminer si les informations données et la contraception prescrite par les sages-femmes en suites de couches sont conformes aux recommandations de la HAS et du CNGOF. L'objectif secondaire était d'identifier s'il existe une différence dans l'information et la prescription d'une contraception selon la situation de précarité de la patiente.

Méthodes : Étude observationnelle descriptive, prospective, transversale monocentrique d'évaluation des pratiques professionnelles. Elle a été réalisée par 54 observations des sages-femmes dans le service de suites de couches du CHANGE du 11 septembre au 31 décembre 2020. Un score de conformité sur 25 a été établi pour qualifier la conformité des observations. La précarité des patientes était déterminée par le score EPICES.

Résultats : La moitié des sages-femmes ont obtenu un score compris entre 14 et 18 sur 25. Il est possible d'améliorer les explications sur la physiologie de l'ovulation et la contraception choisie. Plus la femme est en situation de précarité, moins l'information donnée en matière de contraception semble conforme. L'implant sous cutané est davantage prescrit aux femmes en situation de précarité.

Conclusion : Améliorer la formation et les conditions d'exercice des sages-femmes permettrait une meilleure qualité d'information sur la contraception. Cela permettrait une meilleure observance et diminuerait les grossesses non désirées en post-partum.

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

Abstract

Objectives: The primary objective was to determine whether the information given and the contraception prescribed by midwives in the postpartum period complied with the recommendations of the HAS and the CNGOF. The secondary objective was to identify whether there is a difference in the information and prescription of contraception according to patient's precariousness.

Methods: A single-center, prospective, cross-sectional, descriptive observational study to evaluate professional practices. This study has been made with 54 observations of midwives in the CHANGE maternity from 11 September to 31 December 2020. A compliance score out of 25 was established to qualify the compliance of the observations. The precariousness of patients was determined by the EPICES score.

Results: Half of the midwives has obtained a score between 14 and 18 out of 25. Explanations of the ovulation physiology and the contraception chosen may be improved. The more precarious the woman's situation, the less appropriate the information given about contraception seems to be. The subcutaneous implant is prescribed more often to women in precarious situations.

Conclusion: Improving the training and operating conditions of midwives would allow for better quality of information on contraception. It would lead to better adherence and would reduce unwanted postpartum pregnancies.

Key words : Contraception - Post-partum - Midwife – Poverty

Remerciements

Je remercie les membres du jury :

- **Mme Chrystèle CHAVATTE**, Sage-Femme, Enseignante au Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes, Présidente du Jury.

- **Pr Pascale HOFFMANN**, Gynécologue-Obstétricienne, PU PH à l'Hôpital Couple Enfant, CHU Grenoble-Alpes, Co-Présidente du Jury.

- **Mme Delphine MACK-LAURENT**, Sage-Femme, Cadre à l'Hôpital Couple Enfant, CHU Grenoble Alpes, Sage-Femme invitée.

- **Mme Jeanne MAHÉ**, Sage-Femme, CH Annecy Genevois, Epagny Metz-Tessy, Directrice de ce mémoire.

- **Mr Lionel CURTO**, Sage-Femme, Enseignant au Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes, Co-Directeur de ce mémoire.

Je remercie plus particulièrement :

- **Mme Jeanne MAHÉ**, Sage-Femme, CH Annecy Genevois, Epagny Metz-Tessy, Directrice de ce mémoire.
Pour avoir accepté de diriger ce mémoire, pour son soutien, son implication et sa douceur.

- **Mr Lionel CURTO**, Sage-Femme, Enseignant au Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes, Co-Directeur de ce mémoire.
Pour son aide, ses conseils et sa disponibilité.

- **Les Sages-Femmes du Centre Hospitalier Annecy Genevois**
Pour leur accueil, leur participation et leur confiance.

- **Mr Lionel DI MARCO**, Sage-Femme, Enseignant au Département de Maïeutique, Université Grenoble-Alpes, Référent de promotion.
Pour son soutien, son accompagnement et sa bienveillance durant ces quatre années d'étude.

« Ce n'est pas tant l'intervention de nos amis qui nous aide, mais le fait de savoir que nous pourrons toujours compter sur eux. »

Epicure

« La vocation, c'est le bonheur d'avoir pour métier sa passion. »

Stendhal

Table des matières

ABRÉVIATIONS.....	1
I. INTRODUCTION	2
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	5
1. TYPE D'ETUDE	5
2. PERIODE ET SITE D'ETUDE	5
3. POPULATION ETUDIEE : CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION	5
4. MATERIEL	5
5. RECUEIL DE DONNEES	6
6. METHODE	7
7. TAILLE DE L'ÉCHANTILLON	8
8. REGLEMENTATION	8
9. METHODE STATISTIQUE	8
III. RÉSULTATS	10
1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION	11
2. CARACTERISTIQUES DE L'ENTRETIEN	12
3. OBJECTIF PRINCIPAL : CONFORMITE DES INFORMATIONS DONNEES ET DE LA PRESCRIPTION	13
3.1. <i>Critères du score de conformité.....</i>	<i>13</i>
3.2. <i>Méthodes de contraceptions évoquées</i>	<i>15</i>
3.3. <i>Score de conformité.....</i>	<i>16</i>
4. OBJECTIF SECONDAIRE : SCORE DE CONFORMITE SELON LE SCORE EPICES	17
5. OBJECTIF SECONDAIRE : CONTRACEPTION PRESCRITE SELON LA SITUATION DE PRECARITE	18
IV. DISCUSSION.....	19
1. LIMITES ET BIAIS	19
2. COMPARAISON DES RESULTATS AVEC LA LITTERATURE	21
3. PERSPECTIVES ET AXES D'AMELIORATION	33
V. CONCLUSION	36
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	39
ANNEXES	43

ABRÉVIATIONS

CES – Centre d'Examens de Santé

CHANGE – Centre Hospitalier Annecy Genevois

CNGOF – Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CPAM – Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DIU – Dispositif Intra-Utérin

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

EPICES – Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examen de Santé

HAS – Haute Autorité de Santé

HPST – Hôpital Patient Santé Territoire

IST – Infection Sexuellement Transmissible

IVG – Interruption Volontaire de Grossesse

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

OMS – Organisation Mondiale de la Santé

SAPL – Syndrome des Anticorps Anti-Phospholipides

I. INTRODUCTION

Depuis les années 60, l'accès à la contraception n'a cessé d'évoluer en France. La loi Neuwirth votée le 28 décembre 1967 constitue une première étape clé en autorisant la contraception (1). En 1975, une deuxième grande étape est franchie avec la loi Veil du 15 janvier (2) qui légalise l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) et signe une évolution historique pour le droit des femmes. Dans ce mouvement, les sages-femmes jouent un rôle primordial dans l'accès à la contraception et la prévention des grossesses non désirées. Suite à la loi du 9 août 2004, les sages-femmes sont autorisées à prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen postnatal et après une interruption volontaire de grossesse (3). Ce nouveau champ de compétences s'est vu élargi depuis la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 autorisant les sages-femmes à assurer des consultations en matière de gynécologie préventive et de contraception auprès des femmes en bonne santé. Elles sont habilitées à prescrire, poser et retirer l'ensemble des moyens contraceptifs. Plus récemment, la loi du 26 janvier 2016 autorise les sages-femmes à pratiquer les IVG médicamenteuses, confirmant leur rôle primordial auprès des femmes (4).

Malgré un accès à la contraception de plus en plus facilité, le nombre de recours à une IVG est stable en France depuis plusieurs années (5). La situation se révèle encore plus difficile pour les femmes en situation de précarité qui concernent aujourd'hui une part non négligeable de la population : en 2018, 14,8% de la population française a un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté ; soit 15,2% des femmes en France (6).

Le mot « précarité » est utilisé de manière plurielle. La définition donnée par J. Wresinski semble une des plus complètes : « un état d'instabilité sociale caractérisé par l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux

familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux » (7). En 1998, un score individuel de précarité, le score d'Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examen de Santé (EPICES), a été élaboré (8) par un groupe de travail financé par l'Assurance Maladie dans le but de développer un indicateur individuel de précarité qui prend en compte le caractère multidimensionnel de celle-ci (9). Il s'agit d'un score individuel de mesure de la précarité sociale et économique par le recueil de onze réponses à des questions relevant des données socio-administratives des patientes.

Les études indiquent que les femmes isolées et en situation sociale précaire ont moins recours à la contraception pour de multiples raisons et notamment par méconnaissance des dispositifs existants (10). Elles ont davantage recours à l'IVG (11).

Un entretien de contraception de qualité est donc essentiel. En effet, les femmes pour qui le choix d'une méthode de contraception est libre et éclairé, sont susceptibles d'utiliser cette méthode contraceptive de façon plus longue et plus effective (12). Cependant, cinq pourcents des IVG ont lieu dans les six mois du post-partum (13). Cette période, et notamment celle des suites de couches, apparaît comme une étape charnière pour aborder la contraception dans son intégralité et le rôle de la sage-femme y est primordial afin de prévenir les grossesses non désirées et/ou rapprochées avec les risques associés.

L'objectif principal de notre étude est de déterminer si les informations données et la contraception prescrite par les sages-femmes en suites de couches sont conformes aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). En objectif secondaire, nous déterminerons

s'il existe une différence dans l'information et la prescription d'une contraception selon que la patiente soit ou non en situation de précarité.

La première hypothèse est que la qualité de l'information donnée en matière de contraception et sa prescription aux femmes lors de leur séjour en suites de couches est incomplète si on se réfère aux recommandations actuelles de la HAS (14) et du CNGOF (15).

Notre seconde hypothèse est que cette information est d'autant plus incomplète que la femme est en situation de précarité et qu'il existe une différence de contraception prescrite en fonction de la situation de précarité ou non de la patiente.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive, prospective, transversale monocentrique d'évaluation des pratiques professionnelles comportant un objectif secondaire à visée exploratoire.

2. Période et site d'étude

L'étude a été réalisée du 11 Septembre 2020 au 31 décembre 2020 dans le service de suites de couches du Centre Hospitalier Annecy Genevois (CHANGE) sur le site d'Annecy.

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

Les professionnelles observées sont les sages-femmes travaillant actuellement au CHANGE, soit une équipe de 43 personnes. L'observation portait sur les conseils de sortie et de contraception délivrés par les sages-femmes aux patientes pendant leur séjour en suites de couches. Les sages-femmes et les patientes refusant d'être observées ont été exclues, de même que les étudiantes sages-femmes. Les consentements des patientes et des sages-femmes étaient requis avant d'effectuer toute observation. Les sages-femmes signaient un consentement expliquant comment les données sont conservées et comment nous contacter afin de retirer leur consentement. (Annexe I)

4. Matériel

Les données ont été colligées sur une grille d'évaluation papier (Annexe II) rédigée à partir des recommandations de la HAS (14) et du CNGOF (15). Ces données concernent :

- les informations délivrées en matière de physiologie de l'ovulation, risque de grossesse et intérêt de la visite post-natale dans le cadre de la contraception
- les différentes méthodes contraceptives évoquées
- les informations données sur la méthode de contraception choisie
- les modalités de prescription
- l'environnement de l'entretien

Un pré-test a été réalisé lors de deux matinées, les 26 et 27 août 2020. Trois observations ont été effectuées et se sont avérées concluantes pour commencer l'étude.

Le score EPICES est le résultat d'une réduction d'un questionnaire comportant à l'origine 42 critères. Ce dernier a été réduit à 11 questions qui résument à 90% la précarité d'un sujet (9) pour faciliter son utilisation. Chaque question a un « poids » différent dans le calcul du score. La combinaison de celui-ci avec les réponses « oui/non » donne le score de chaque personne variant de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité maximale) (8). Le seuil de 30 est considéré comme seuil de précarité selon EPICES (9).

5. Recueil de données

Lors des observations, aucune intervention ni participation aux soins des patientes n'a été réalisée par l'observateur. Aucune donnée médicale de la patiente n'a été recueillie. Pour éviter un biais de désirabilité sociale, les sages-femmes n'avaient pas connaissance du sujet exact de l'étude, elles avaient pour seule information l'observation des conseils de sortie et de contraception dans leur globalité. Avant toute observation, un temps a été consacré à l'interrogatoire de la sage-femme. Les données recueillies étaient l'âge, l'année d'obtention du diplôme, l'ancienneté au CHANGE, l'ancienneté dans le service des suites de couches et l'obtention ou non d'une formation ou diplôme universitaire complémentaire en matière de contraception. Ensuite, le recueil des données a été réalisé par observation directe lors de

l'entretien de contraception en suites de couches. Avant ou à l'issue de l'entretien, les onze questions du score EPICES (Annexe III), ayant pour objectif de déterminer la situation de précarité ou non, étaient posées directement à la patiente en l'absence de la sage-femme. Chaque professionnelle pouvait être observée deux fois, face à une patiente en situation de précarité ou non.

6. Méthode

Nous avons choisi d'établir un score de conformité pour chaque observation afin de déterminer si les informations données étaient complètes. Ce score est basé sur 25 critères d'observation tirés des recommandations de la HAS (14) et du CNGOF (15). Un score de 25/25 représente une information complète, un score inférieur une information incomplète.

Les critères sont les suivants :

- pour les informations données : l'abord du type de contraception antérieur, sa tolérance et sa satisfaction, la reprise de l'ovulation à J25 au plus tôt, la nécessité d'une contraception efficace à partir de J21, la possibilité d'ovuler en aménorrhées, le fait que l'allaitement maternel peut retarder aléatoirement l'ovulation, le risque de grossesse et l'intérêt de la visite du post-partum pour la réévaluation ou le changement de contraception
- pour la contraception choisie : l'efficacité, la durée et le délai d'action, les modalités d'usage, le coût et remboursement, les événements pouvant diminuer l'efficacité, la conduite à tenir en cas d'oubli de prise ou d'accident (préservatif déchiré par exemple), les risques et effets indésirables, les avantages non contraceptifs, l'évocation de la contraception d'urgence.

- pour la prescription : la recherche de contre-indications, la prise en compte du risque thromboembolique du post-partum, la recherche de pathologies pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, la compatibilité de la méthode avec le mode d'allaitement, la posologie, le mode de prise et la durée du traitement sur l'ordonnance et l'ordonnance remise par la sage-femme ayant effectué l'entretien
- pour l'environnement de l'entretien : les réponses justes et adaptées de la sage-femme aux questions de la patiente

L'ensemble de ces critères peuvent être conformes, non conformes ou non observés. Un critère validé est un critère conforme.

7. Taille de l'échantillon

Dans le cadre d'un audit clinique de pratique, selon la HAS, il est admis que l'échantillon contienne entre 30 et 50 cas (16).

8. Réglementation

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

9. Méthode statistique

L'analyse statistique des données a été réalisée à l'aide de Microsoft Excel ainsi que le logiciel de statistiques 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 ou la moyenne et l'écart-type selon la distribution normale ou non de la variable. La corrélation entre le score EPICES et le score de conformité a été testée par un nuage de points et un coefficient de corrélation de Spearman. L'hypothèse testée était que le score de conformité est inversement

corrélé au score EPICES. Les comparaisons des méthodes de contraception prescrites en fonction de la situation de précarité ou non de la patiente ont été réalisées par le test de Chi-deux ou par la probabilité exacte de Fisher lorsque les conditions de validité du test de Chi-deux n'étaient pas réunies. Le seuil de signification statistique retenu était de 5%.

III. RÉSULTATS

La maternité du CHANGE compte 43 sages-femmes exerçant actuellement. Lors de ma période d'observation, 36 (83,72%) d'entre elles étaient présentes dans le service de suites de couches. Six sages-femmes sur les 36 présentes n'ont pas pu être observées par manque d'entretien de contraception à réaliser en ma présence. Aucune sage-femme n'a refusé de participer à l'étude. Au final, 30 sages-femmes ont été observées (69,77%). Parmi elles, 24 sages-femmes ont été observées deux fois.

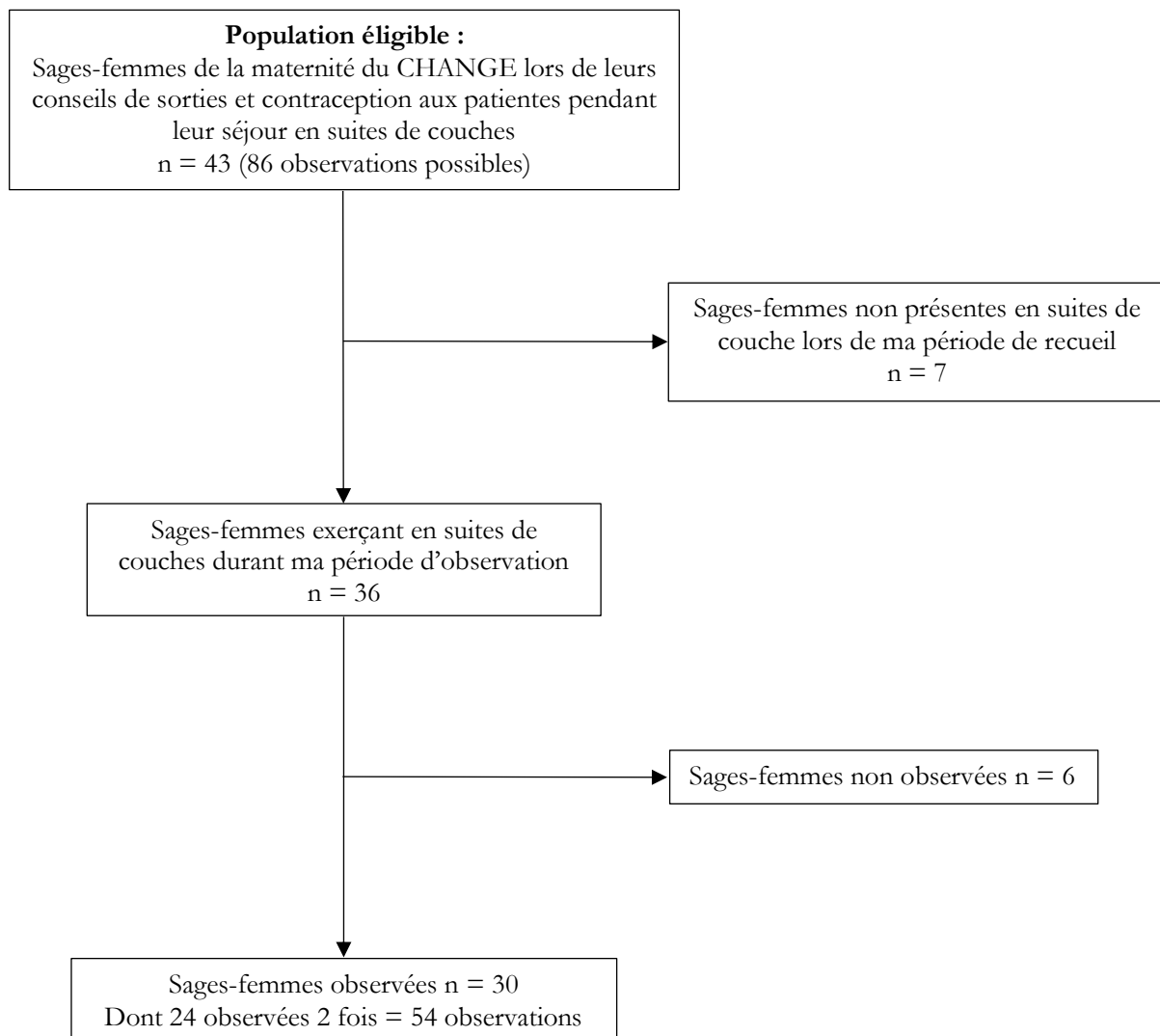


Figure 1 : Diagramme d'inclusion

1. Caractéristiques de la population

Tableau I : Caractéristiques de la population étudiée

	N = 30	
Age en année, m [IQR]	33	[26-45,25]
Année d'obtention du diplôme, m [IQR]	2010	[1999-2018]
Ancienneté au CHANGE en mois, m [IQR]	60	[19-150]
Ancienneté dans le service en jours, m [IQR]	7	[1-30]
Formation complémentaire, n (%)	8	(26,67)

N = effectif total, m = médiane, [IQR] = intervalle interquartile, n = effectif, % = pourcentage

L'âge médian des sages-femmes observées est 33 ans. L'année médiane d'obtention du diplôme est 2010. La durée d'ancienneté médiane au CHANGE des sages-femmes observées est de 60 mois soit cinq ans avec un minimum de trois mois et un maximum de 22 ans. La durée d'ancienneté médiane dans le service de suites de couches est de sept jours avec un minimum d'un jour et un maximum de 152 jours soit cinq mois. Sur les 30 sages-femmes observées, huit (26,67%) ont reçu une formation complémentaire en contraception.

2. Caractéristiques de l'entretien

Tableau II : Environnement de l'entretien

	N = 54	
	n	(%)
Jour post-accouchement		
J1	3	(5,56)
J2	40	(74,07)
J3	9	(16,67)
J4	1	(1,85)
J5	1	(1,85)
Type d'entretien		
Entretien en vue de préparer la sortie	49	(90,74)
Visite le jour de la sortie	5	(9,26)
Situation de précarité		
Oui	24	(44,44)
Non	30	(55,56)
Situation conforme aux compétences de la sage-femme		
Oui	50	(92,59)
Non	4	(7,41)
Allaitement maternel		
Oui	46	(85,19)
Non	8	(15,81)
Présence du conjoint		
Oui	26	(48,15)
Non	28	(51,85)

N = effectif total, n = effectif, % = pourcentage

L'information sur la contraception a été délivrée à J2 de l'accouchement dans les trois quarts (40) des observations. Elle a été délivrée à J1 trois fois (5,56%), à J3 neuf fois (16,67%) et une fois (1,85%) à J4 et à J5. L'information était donnée lors d'un entretien en vue de la préparation de la sortie dans 90,74% (49) des cas. Sur les 54 observations faites, 24 (44,44%) étaient destinées à une femme en situation de précarité. Quatre observations (7,41%) ont été réalisées dans des conditions ne relevant pas de la compétence de la sage-femme, soit deux femmes ayant eu une pré-éclampsie, une femme avec un Syndrome des Anticorps Anti-Phospholipides (SAPL) et une femme ayant des migraines avec aura. Sur les 54 patientes de l'étude, 46 (85,19%) allaitaient. Le conjoint était présent dans 48,15% (26) des cas.

3. Objectif principal : Conformité des informations données et de la prescription

3.1. Critères du score de conformité

Tableau III : Conformité des informations données et de la prescription

	N = 54	
	n	(%)
Abord du type de contraception antérieur	49	(90,74)
Explication de la physiologie de l'ovulation		
- reprise d'ovulation à J25 au plus tôt	15	(27,78)
- contraception efficace nécessaire à partir de J21	23	(42,59)
- possible ovulation en aménorrhées	24	(44,44)
- AM retarde aléatoirement l'ovulation	25	(46,30)
Risque de grossesse	48	(88,89)
Intérêt de la visite du post-partum	43	(79,63)
Informations délivrées sur la contraception choisie		
- efficacité	32	(59,26)
- durée d'efficacité	34	(62,96)
- délai d'efficacité	29	(53,70)
- modalités d'usage	44	(81,48)
- coût, remboursement	17	(31,48)
- évènements pouvant diminuer l'efficacité	18	(33,33)
- conduite à tenir en cas d'oubli de prise ou d'accident	20	(37,04)
- risques et effets indésirables	29	(53,70)
- avantages non contraceptifs	31	(57,41)
- contraception d'urgence évoquée	21	(38,89)
Prescription		
- recherche de contre-indications	45	(83,33)
- prise en compte du risque thromboembolique	42	(77,78)
- recherche de pathologies pendant la grossesse, l'accouchement, le post-partum	44	(81,48)
- méthode compatible avec le mode d'allaitement	54	(100)
- posologie, mode de prise, durée du traitement sur l'ordonnance	47	(87,04)
- ordonnance remise par la sage-femme ayant effectué l'entretien	16	(45,71)
Réponses de la sage-femme aux questions de la patiente	54	(100)
Décision prise par la patiente	54	(100)

N = effectif total, n = effectif d'observations conformes, % = pourcentage, AM = Allaitement Maternel

- Risque de grossesse

La tolérance et la satisfaction du type de contraception antérieur de la patiente ont été abordées dans 90,74% (43) des cas. Quinze (27,78%) patientes ont reçu l'information que l'ovulation

reprendait à J25 au plus tôt. La nécessité d'une contraception efficace à partir de J21 a été abordée 23 fois (42,59%).

Le fait que l'allaitement maternel retarde de manière aléatoire l'ovulation a été mentionné 25 fois (46,30%) et 24 (44,44%) patientes ont été informées de leur possibilité d'ovuler sans avoir eu leur retour de couche.

Le risque d'une nouvelle grossesse lors du post-partum a été abordé dans 88,89% (48) des observations.

- Contraception choisie

Les modalités d'usage (posologie et mode de prise) de la contraception choisie ont été expliquées dans 81,48% (44) des cas. Trente-quatre (62,96%) patientes ont été informées de la durée d'efficacité de la contraception choisie, 32 (59,26%) de l'efficacité de la méthode et 29 (53,70%) du délai d'efficacité.

Dans 53,70% (29) des observations, les sages-femmes ont mentionné les risques et effets indésirables de la contraception et dans 57,41% (31) des cas les avantages non contraceptifs de la méthode.

Les patientes ont été informées des événements pouvant diminuer l'efficacité de la contraception choisie dans 33,33% (18) des cas et de la conduite à tenir en cas d'oubli de prise ou d'accident dans 37,04% (20) des cas. La contraception d'urgence a été évoquée 21 fois (38,89%).

Dans 79,63% (43) des observations, les sages-femmes ont informé les patientes de l'intérêt de la visite du post-partum six à huit semaines après l'accouchement pour la réévaluation ou le changement de contraception.

La décision a toujours été prise par la patiente elle-même et toutes ont pu poser leurs questions et obtenir des réponses.

- Prescription

La posologie, le mode de prise et la durée du traitement ont été renseignés sur l'ordonnance par la sage-femme dans 87,04% (47) des cas.

Les sages-femmes ont recherché des contre-indications dans le dossier ou par l'interrogatoire dans 83,33% (45) des observations. Elles ont recherché des pathologies pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum dans 81,48% (44) des cas. Le risque thromboembolique a été pris en compte 42 fois (77,78%).

La méthode de contraception prescrite a toujours été compatible avec le mode d'allaitement.

L'ordonnance a été remise par la sage-femme ayant effectué l'entretien dans 45,71% (16) des cas.

3.2. Méthodes de contraceptions évoquées

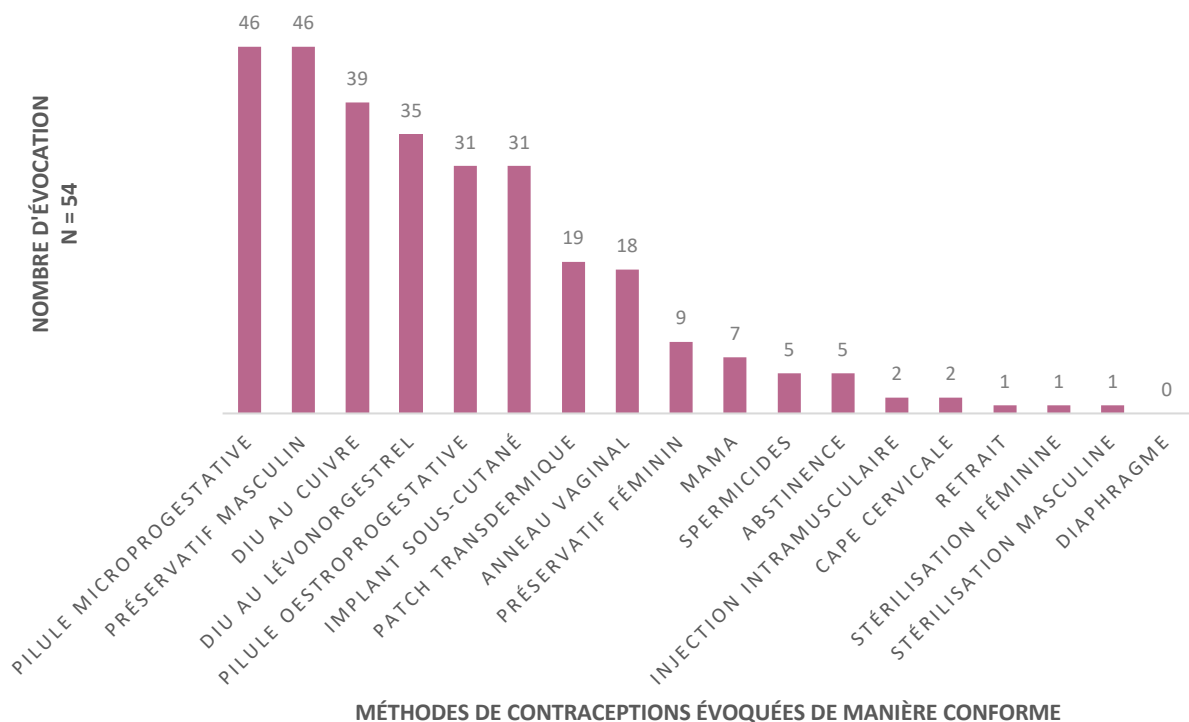


Figure 2 : Diagramme en bâton du nombre d'évocation des différentes méthodes de

contraception

La pilule microprogestative et le préservatif masculin ont été évoqués dans 85,19% (46) des cas. Les Dispositifs Intra Utérins (DIU) au cuivre ont été abordés 39 fois (72,22%) et les DIU au lévonorgestrel 35 fois (64,81%).

La pilule oestroprogestative et l'implant sous-cutané ont été mentionnés 31 fois (57,41%).

Les autres méthodes hormonales oestroprogestatives ont été évoquées 18 fois (33,33%) pour l'anneau vaginal et 19 fois (35,19%) pour le patch transdermique.

Dans neuf (16,67%) des observations la sage-femme a évoqué le préservatif féminin et sept fois (12,96%) la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA).

Les spermicides et l'abstinence comme moyen de contraception ont été abordés cinq fois (9,26%).

La cape cervicale et l'injection intramusculaire ont été évoquées deux fois (3,70%), le retrait et les méthodes de stérilisation féminines et masculines une fois (1,85%).

Le diaphragme n'a jamais été évoqué.

3.3. Score de conformité

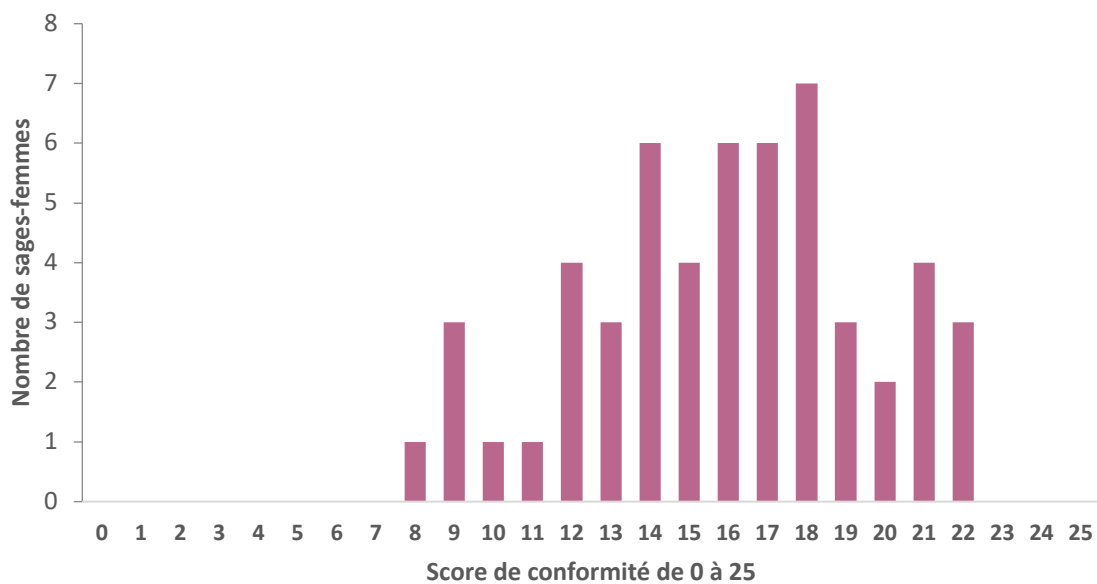


Figure 3 : Histogramme de la distribution des scores de conformité

Le score de conformité médian est établi à 16 sur 25. Concernant la répartition de ce score, un quart des sages-femmes ont un score inférieur ou égal à 14 sur 25 et ce même score est supérieur ou égal à 18 sur 25 pour un autre quart des sages-femmes. Le score minimum obtenu est de huit sur 25 et le maximum de 22 sur 25. Aucune sage-femme n'a obtenu un score de 25 sur 25.

4. Objectif secondaire : Score de conformité selon le score EPICES

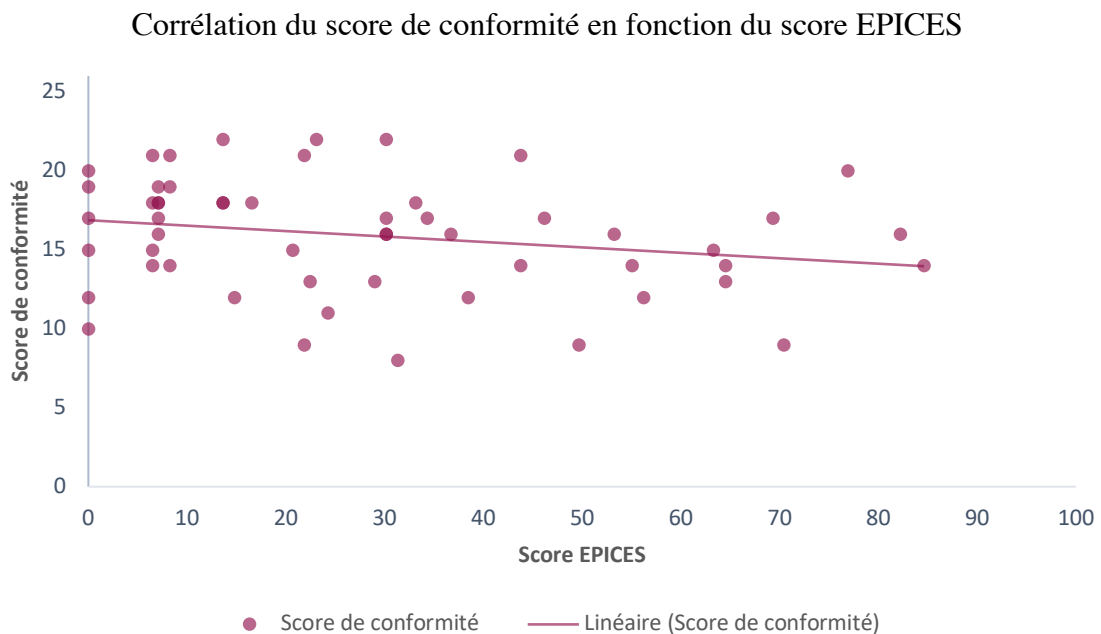


Figure 4 : Score de conformité en fonction du score EPICES

Il existe une corrélation négative faible mais significative entre le score de conformité et le score EPICES. Le score de conformité semble donc d'autant plus faible que le score EPICES est élevé. Autrement dit, nous observons une tendance : plus la femme est en situation de précarité, moins l'information donnée en matière de contraception semble conforme. Le coefficient r de Spearman est de $-0,25$ avec une p -value à $0,03$.

5. Objectif secondaire : Contraception prescrite selon la situation de précarité

Tableau IV : Comparaison de la contraception prescrite en fonction de la situation de précarité

	N = 54				P-valeur
	Situation non précaire n = 30		Situation de précarité n = 24		
	n	(%)	n	(%)	
Pilule microprogestative	14	(46,7)	8	(33,3)	0,32
DIU cuivre	10	(33,3)	4	(16,7)	0,16
Préservatif masculin	4	(13,3)	2	(8,3)	0,56
Implant sous cutané	1	(3,3)	10	(41,7)	0,001
Aucune	1	(3,3)	0	(0)	0,37
Contraception d'urgence	16	(53,3)	8	(33,3)	0,23

N = effectif total, n = effectif, % = pourcentage, DIU = Dispositif Intra Utérin

Nous observons une différence significative avec une p-valeur à 0,001 dans la prescription de l'implant sous cutané entre les deux populations. Cette méthode a été prescrite à 41,7% (10) des femmes en situation de précarité contre seulement 3,3% (1) des femmes non précaires.

Les différences observées pour les autres méthodes de contraception ne sont pas statistiquement significatives, leurs p-valeurs étant toutes supérieures à 0,05. La pilule microprogestative a souvent été prescrite avec 14 (46,7%) prescriptions aux femmes non précaires et huit (33,3%) aux femmes en situation de précarité. Chez les femmes non précaires, 33,3% (10) sont reparties avec une prescription de DIU au cuivre contre 16,7% (4) des femmes en situation de précarité. Seulement 13,3% (4) des femmes non précaires et 8,3% (2) des femmes en situation de précarité se sont vues prescrire une ordonnance pour des préservatifs masculins. Une (3,3%) seule femme en situation non précaire n'a reçu aucune prescription. Aucune patiente en situation de précarité n'est repartie sans prescription de contraception. Une contraception d'urgence a été prescrite 16 fois (53,3%) aux femmes en situation non précaire et huit fois (33,3%) aux femmes en situation de précarité.

IV. DISCUSSION

1. Limites et biais

• Type d'étude

L'étude par observation directe a été choisie pour la vision d'ensemble obtenue, malgré un temps de recueil augmenté. Elle permet de limiter les biais de mémorisation et déclaratifs retrouvés avec des questionnaires adressés aux sages-femmes ou aux patientes.

Ce type d'étude expose cependant à d'autres biais comme celui de désidérabilité sociale mis en valeur par l'effet Hawthorne. Il s'agit du fait que les participants à une étude sont plus performants qu'à leur habitude hors de ce contexte (17). Lors des observations, il a été indiqué aux sages-femmes que l'étude portait sur les conseils de sortie et de contraception dans leur globalité. Ainsi, ce biais a été limité en observant des entretiens sans préciser l'observation spécifique du versant contraceptif. Le choix d'un observateur unique connu des sages-femmes observées a également contribué à limiter ce biais en instaurant une relation de confiance.

Il existe aussi un biais de jugement lié à l'observateur illustré par l'effet de Halo. Cet effet se décrit par une tendance à inférer des caractéristiques à des personnes en se basant sur une impression générale subjective (18). Il s'ajoute à cela un biais d'examineur illustré par l'erreur possible dans la saisie et l'observation de l'observateur humain. Ce biais a cependant été limité en utilisant une grille standardisée pour les observations.

• Population observée

La HAS recommande au minimum 30 observations dans le cadre d'un audit clinique. Dans notre étude, 30 sages-femmes ont été observées ce qui nous permet de conclure à des résultats

représentatifs des pratiques du service des suites de couches d'Annecy dans notre période étudiée. En revanche, nous avons un biais de sélection car seules les sages-femmes présentes en suites de couche lors de la période de recueil ont été observées. Ce biais reste limité car la population observée représente 69,77% de l'effectif total des sages-femmes d'Annecy. Une étude plus longue recouvrant les différents roulements de services permettrait une représentativité de l'ensemble des pratiques du CHANGE. De plus, afin de répondre à notre objectif secondaire, 24 sages-femmes ont été observées dans deux situations différentes. Cette double observation peut augmenter ou diminuer les paramètres de conformité de notre étude.

- **Validité externe**

Notre étude est monocentrique et transversale menée uniquement au CHANGE, site d'Annecy sur une période donnée. Elle n'est donc pas transposable à d'autres maternités.

- **Score EPICES**

Nous avons fait le choix d'utiliser le score EPICES pour définir la situation de précarité des patientes. Il est très sensible mais très peu spécifique (19). Ainsi beaucoup de patientes ont pu être étiquetées précaires alors qu'elles ne l'étaient pas, participant à biaiser notre comparaison sur les prescriptions. C'est pourquoi le caractère continu du score a été utilisé pour notre corrélation afin de donner une interprétation plus juste des résultats que la classification binaire de précaire ou non.

Un biais d'information peut également être retrouvé quant aux réponses des patientes aux questions sur score EPICES. Les patientes ont pu choisir de ne pas répondre honnêtement à certaines questions. Il est également important de parler de la barrière linguistique. Aucun recours à un traducteur n'a été nécessaire durant cette étude, cependant il est possible que des questions aient été mal interprétées par les patientes maîtrisant mal la langue française.

2. Comparaison des résultats avec la littérature

• Caractéristiques de la population

Dans la population observée, l'année médiane d'obtention du diplôme d'État de sage-femme était 2010, soit six ans après la loi du 9 août 2004 autorisant les sages-femmes à prescrire une contraception hormonale dans les suites de couche (3). Autrement dit, au moins la moitié des sages-femmes observées ont donc bénéficié de cours sur l'information et la prescription d'une contraception dans leur formation initiale.

De plus, huit (26,67%) sages-femmes ont déclaré avoir reçu une formation complémentaire en matière de contraception depuis leur diplôme, en plus des réunions internes sur ce sujet. Cependant dans l'étude réalisée par C. Vignat (20) dans laquelle 20 sages-femmes sur les 110 incluses avaient reçu une formation complémentaire, aucune différence significative dans la qualité de l'information donnée n'a été retrouvée.

Par ailleurs, 75% des sages-femmes observées étaient dans le service depuis moins d'un mois (médiane de 7 jours), ce qui laisse penser qu'elles n'avaient peut-être pas eu le temps de s'habituer au service et de prendre leurs repères. Cette problématique du turn-over fréquent des équipes hospitalières avait déjà été relevée par J. Frigout (21) dans son étude où 63,3% des sages-femmes observées exerçaient en suites de couches depuis moins de trois mois.

• Caractéristiques de l'entretien

Dans notre étude, les observations ont majoritairement été réalisées lors d'un entretien dédié à la préparation de la sortie et à la contraception, au deuxième jour du post-partum. Il en était de même dans les mémoires de fin d'études de sage-femme de J. Frigout (21) et C. Vignat (20).

C'est un élément important selon l'étude de J. Danneels (22) qui relève que la majorité des patientes interrogées trouvaient les suites de couches comme le moment idéal pour aborder la contraception, à l'exception du jour de la sortie. L'information donnée le jour de la sortie serait trop brève et écourtée par le fait que les patientes partent le jour même. J. Danneels conclue que l'idéal serait d'accorder plusieurs temps à l'information sur la contraception et ce dès la période anténatale, comme le recommande la HAS (23).

Lors des entretiens, le conjoint était présent dans 48,15% des cas. Malgré une proportion supérieure à celle retrouvée dans l'étude de J. Frigout (21) où la présence du conjoint était retrouvée dans un tiers des cas, ce chiffre paraît assez faible. En effet, il paraît essentiel d'inclure le conjoint à cet entretien lorsque cela est possible car la contraception est un sujet de couple. Comme le dit la HAS (12), « l'implication du partenaire dans le choix de la contraception peut avoir des conséquences positives sur l'observance et l'acceptation de la méthode ». Ce temps dédié permet aussi une discussion autour de la physiologie de l'ovulation et de la sexualité qui concerne autant l'accouchée que son conjoint. Cependant, la situation sanitaire actuelle limitant les visites dans le service de maternité a pu compliquer cet aspect de l'entretien, en plus des contraintes d'organisation des sages-femmes inhérentes au service.

La proportion de femmes ayant choisi l'allaitement maternel dans notre étude, soit 85%, est supérieure à celle retrouvée dans l'enquête nationale périnatale de 2016 pour la région Auvergne-Rhône-Alpes qui était de 71% (24). Il en était de même dans le mémoire de J. Frigout (21) en 2020. Il sera intéressant de comparer ces chiffres à l'enquête nationale périnatale de 2021 qui est en cours.

Vingt-quatre entretiens ont été réalisés face à des femmes en situations de précarité, soit 44,44% des entretiens observés. Cette proportion est intéressante quand on la compare aux chiffres retrouvés dans le dernier rapport du Centre d'Examens de Santé (CES) de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de Haute-Savoie (25). Dans ce dernier, le score EPICES moyen des consultants d'Annecy était de 45 sur 100, soit une valeur classée comme précaire selon EPICES. Il était donc intéressant de pouvoir observer nombre de ces situations qui semblent refléter une part importante de la population d'Annecy.

• Conformité des informations données et de la prescription

Dans notre étude comme dans celles de E. Genton (26), C. Vrignat (20) et J. Frigout (21), aucune observation n'a pu être considérée comme parfaitement conforme aux recommandations de la HAS et du CNGOF et confirme notre première hypothèse.

Cependant la moitié des sages-femmes ont obtenu un score compris entre 14 et 18 sur 25 et ce malgré une durée médiane dans le service de sept jours. Les pratiques en matière de contraception au sein de la population observée tendent vers celles attendues par les recommandations de la HAS et du CNGOF. En revanche, la répartition de ce score va de huit à 22 sur 25. Cela reflète une certaine hétérogénéité des pratiques et l'existence de points forts et de points faibles en matière d'informations données et de prescription de contraception du post-partum.

◆ Points forts

◇ Abord de la contraception antérieure

La méthode de contraception antérieure, sa tolérance et sa satisfaction ont été abordées dans 90,74% des entretiens. Ce point paraît essentiel et permet un entretien contraceptif optimal.

◇ Prescription

Dans le cadre de la prescription d'une contraception, les contre-indications ont été recherchées dans le dossier ou par l'interrogatoire de la patiente dans 83,33% des observations. Les contre-indications en lien avec la grossesse (hypertension artérielle gravidique, pré-éclampsie, diabète gestationnel, phlébite...) ont quant à elles été recherchées dans 81,48% des cas. De plus, l'évaluation du risque thromboembolique de la patiente par l'examen des jambes et l'interrogatoire a été effectuée pour 77,78% des prescriptions. Sachant que ces chiffres ont pu être minorés pour les sages-femmes ayant examiné les patientes la veille, ils témoignent de bonnes pratiques en matière de prescription sur ces points et montrent que les sages-femmes ont pour habitude de tenir compte de l'histoire médicale de la patiente avant de leur prescrire une contraception.

La période du post-partum, de par le risque thromboembolique majoré qu'elle entraîne, limite les possibilités de contraception immédiate. En effet, la HAS (14) affirme qu'en l'absence de contre-indications, les méthodes contraceptives oestroprogestatives ne sont utilisables qu'à partir de 42 jours après l'accouchement. Ce délai s'étend à six mois si la femme allaite son enfant. Cet aspect de la prescription a été pris en compte et respecté par 100% des sages-femmes observées ce qui correspond aux observations faites par J. Frigout (21) dans son mémoire. Cela

montre donc que les sages-femmes ont une bonne connaissance des particularités qui incombent au post-partum dans le cadre de la contraception.

Dans 87,04% des entretiens observés, les sages-femmes ont utilisé des ordonnances pré-rédigées du service pour leurs prescriptions. Il était renseigné sur celles-ci la posologie, le mode de prise et la durée de traitement. Comme le proposait J. Frigout (21) dans son mémoire, ces ordonnances permettent aux patientes de retrouver facilement les informations et aux sages-femmes de gagner du temps.

◇ Méthodes de contraception évoquées

Selon les dernières recommandations du CNGOF (15), une contraception efficace doit être débutée au plus tard 21 jours après l'accouchement. Il apparaît donc conforme à cette recommandation que les méthodes de contraceptions les plus évoquées par les sages-femmes soient celles présentant les meilleurs indices de Pearl selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (27) et donc, les plus efficaces. En effet, la pilule microprogestative présente un indice de Pearl à 0,4, le DIU au cuivre à 0,6, le DIU au lévonorgestrel à 0,2 et l'implant sous cutané à 0,05. Seul le préservatif masculin largement mentionné présente un indice de Pearl plutôt élevé à 2. Cette méthode a en revanche l'avantage d'être la meilleure des contraceptions moins efficaces et est la seule à protéger des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) (27).

◇ Réponses aux questions

Sur les sages-femmes observées, 100% d'entre elles ont accordé un temps aux questions de leurs patientes et leur ont répondu de façon conforme. Cela permet de s'assurer d'une bonne compréhension des informations et de ne pas laisser la patiente avec des interrogations. Ce point

montre une bonne connaissance des sages-femmes en matière de contraception malgré le fait qu'elles soient depuis peu de temps dans le service et permet un choix libre et éclairé aux patientes. Dans cette étude, il aurait été intéressant d'observer si un temps était accordé aux patientes pour reformuler les informations données. La reformulation permet l'intégration et la réappropriation des informations. Cela permet également à la sage-femme de s'assurer que l'information donnée est identique à l'information reçue par la patiente. Cette méthode se révèle très utile lorsqu'il y a une barrière linguistique entre le donneur et le receveur d'information.

◇ Décision prise par la patiente

La HAS (12) recommande une contraception adaptée à chaque femme et choisie par et avec elle. Dans notre étude, 100% des décisions ont été prises par les patientes elles-mêmes. Cela montre que les sages-femmes ont conscience de l'importance de cette décision dans l'observance et la satisfaction ultérieure de cette contraception. En effet, la meilleure contraception est celle que la femme a vraiment choisie (13).

◆ Points faibles

◇ Physiologie de l'ovulation

Il est essentiel d'informer les patientes sur le risque de grossesse en post-partum. En effet, selon l'étude de M. Guibert (28) 63,6% des femmes pensaient ne pas être à risque de grossesse. Si cette information a été mentionnée dans 88,89% des entretiens de notre étude, des explications claires de la physiologie de l'ovulation n'ont pas toujours été données. Un peu moins de la moitié des femmes ont été informées qu'il est possible d'ovuler en aménorrhées et que l'allaitement maternel retarde de façon aléatoire l'ovulation. Seulement 27,78% des entretiens mentionnaient une reprise de l'ovulation au plus tôt 25 jours après l'accouchement ce pourquoi

une contraception efficace est nécessaire à partir de 21 jours après l'accouchement ; cette information a été donnée à 42,59% des patientes. Omettre ces informations lors de l'entretien expose à une mauvaise compréhension du risque de grossesse. Lorsque ce risque est mal identifié, le recours aux stratégies de rattrapage n'est pas forcément effectué et est donc source de grossesses non désirées (29). Selon l'étude de J. Danneels (22), la physiologie de l'ovulation est relativement mal connue des femmes. Le risque de grossesse est réellement connu par moins d'un tiers des femmes. Ces résultats peuvent refléter une connaissance incomplète de la physiologie de l'ovulation par les sages-femmes observées. Cela montre l'importance d'une formation adéquate pour améliorer la transmission de ces informations aux femmes.

◇ Importance de la visite du post-partum

L'intérêt de la visite post-natale pour la réévaluation ou le changement de contraception n'a pas été mentionné dans 20% des observations. Si l'on ajoute à ce pourcentage la proportion de femmes ayant reçu l'information mais ne se rendant pas à la consultation, on retrouve alors une part importante de femmes non revues pour discuter de leur contraception à la sortie de la maternité. Cet élément est important si l'on se réfère à l'étude de F. Blangis (30) qui dit que 30% des femmes déclarent ne pas avoir débuté ou avoir abandonné leur contraception au moment de la visite post-natale. Ces chiffres confirment l'importance de l'information sur le risque de grossesse en post-partum. Ils montrent également que si l'information sur la visite du post-partum au sujet de la contraception est importante, elle ne dispense pas d'un entretien optimal dès les suites de couches.

◇ Informations délivrées sur la contraception choisie

Lors de la prescription d'une contraception, la délivrance d'une information claire sur celle-ci est essentielle. Dans l'étude de J. Danneels (22), 29% des patientes interrogées ont déclaré avoir arrêté leur contraception en post-partum car elles ne la trouvaient pas adaptée. On s'interroge donc sur la qualité de l'information reçue.

Dans notre étude, les modalités d'usage de la contraception ont été expliquées dans 81,48% des entretiens. L'efficacité, la durée d'efficacité et les avantages non contraceptifs de la méthode ont quant à eux été mentionnés dans près de 60% des observations. Ces éléments ont donc été plutôt bien renseignés par les sages-femmes. En revanche, pratiquement la moitié des patientes ont été informées du délai d'efficacité, des risques et des effets indésirables de la contraception. Pour finir, seulement un tiers des observations mentionnaient le coût et le remboursement, les événements pouvant diminuer l'efficacité et la conduite à tenir en cas d'oublis de prise ou d'accident. Malgré des résultats supérieurs à ceux retrouvés dans l'étude de J. Frigout (21) et E. Genton (26), ces chiffres semblent assez faibles pour permettre aux femmes une information libre et éclairée pour le choix de leur méthode de contraception.

◇ Contraception d'urgence

La prescription systématique d'une contraception d'urgence à la maternité n'est actuellement pas recommandée par le CNGOF. Aborder cette possibilité fait pourtant partie intégrante des possibilités de rattrapage de toute contraception et est recommandé par la HAS (14). Dans notre étude, seules 38,89% des femmes ont été informées du recours à une contraception d'urgence possible. Le quotidien d'une jeune mère lors du post-partum se retrouve bouleversé et une mauvaise utilisation d'une contraception peut vite survenir. Dans cet optique, mentionner les

différentes contraceptions d'urgence voire les prescrire de façon systématique permettrait un accès facilité à celles-ci et augmenterait leur utilisation, comme le proposait J. Danneels (22) dans son mémoire.

◇ Remise de l'ordonnance

L'organisation du service de maternité d'Annecy veut que les ordonnances soient remises aux patientes le jour de la sortie, en même temps que les autres documents leur appartenant. Ceci explique que l'ordonnance ait été remise par la sage-femme ayant effectué l'entretien à seulement 45,71% des patientes. Cette problématique avait déjà été soulevée par J. Frigout (21) dans son étude réalisée dans une maternité de type III où elle expliquait que cette organisation pouvait permettre d'apporter un complément d'information le jour de la remise de l'ordonnance. Cela pose cependant question quant à la relecture de ces ordonnances avec les patientes. Le jour du départ étant généralement chargé du point de vue organisationnel, on peut facilement penser que les sages-femmes peuvent ne pas toujours prendre le temps de relire ces ordonnances et des erreurs peuvent alors passer inaperçues. De plus, l'absence de relecture peut empêcher une bonne compréhension de l'ordonnance par la patiente. Il apparaît donc essentiel que celui qui prescrit une ordonnance soit celui qui la délivre. Cela permettrait également d'alléger les informations à donner aux patientes le jour du départ où elles ne sont pas forcément les plus disponibles.

◇ Méthodes de contraceptions évoquées

Lors de nos observations, les différentes méthodes de contraception n'ont pas été évoquées de façon uniforme. Si, comme mentionné précédemment, les plus évoquées sont les plus efficaces, il est cependant possible de s'interroger sur un autre point. En effet, si le CNGOF recommande

une contraception efficace (15), la HAS prône une information libre et éclairée (12). Il est donc possible de se demander si omettre les contraceptions moins efficaces lors de cet entretien permet tout de même une information libre et éclairée pour le choix d'une contraception. De plus, prescrire une contraception présentant un indice de Pearl efficace ne garantit pas une efficacité optimale. Il faut également s'assurer de sa bonne observance. Par exemple, une contraception débutée après 21 jours de l'accouchement ne représente pas une protection optimale.

◇ Freins des sages-femmes

L'absence d'observation entièrement conforme aux recommandations peut en partie s'expliquer par le manque de temps des sages-femmes comme l'a relevé C. Vrignat (20) dans son étude. Les séjours en maternité étant de plus en plus réduits, il paraît difficile pour les sages-femmes de délivrer une information claire et complète en un temps limité en suites de couches. On peut donc aisément rejoindre J. Frigout (21) qui concluait sur l'importance d'intégrer les sages-femmes libérales dans ce schéma d'information. En effet, cela permettrait aux femmes de revenir sur des éléments mal compris ou encore de recevoir un complément d'information sur ce qui a été dit à la maternité. De plus, aborder la reprise des rapports sexuels dès la maternité peut parfois sembler trop précoce et l'information ne serait donc pas pleinement reçue. Les visites post-natales réalisées par les sages-femmes libérales pourraient permettre de délivrer cette information à un moment plus propice puisqu'en moyenne, la reprise des rapports sexuels a lieu 45 jours après l'accouchement (31). Une information débutée dès les séances de préparation à l'accouchement par les sages-femmes libérales permettrait également une meilleure qualité d'information et offrirait aux patientes un temps de réflexion précieux pour le choix de leur contraception à l'issue du séjour en maternité.

• Score de conformité selon le score EPICES

Selon M. Guibert (28), les femmes en situation de précarité ont globalement une mauvaise connaissance de leur contraception et des conduites à tenir en cas d'oublis. Dans notre étude, l'information semble d'autant moins complète que la femme se trouve en situation de précarité. La HAS recommande une information libre et éclairée pour une meilleure observance (12), or l'information semble être moins complète chez les femmes en situation de précarité et les expose donc à une moins bonne observance. Soixante-dix pourcents des femmes en situation de précarité interrogées dans l'étude de M. Guibert (28) se sont déclarées non satisfaites de leur contraception. Chez ses femmes, 36% des grossesses non désirées en post partum sont survenues par l'absence de contraception. La tendance de notre étude à montrer une information moins conforme chez les femmes en situation de précarité vient donc confirmer notre seconde hypothèse.

Il semble pourtant essentiel de fournir à ces femmes une information exhaustive en matière de contraception lors du séjour en suites de couche. En effet, leur situation sociale n'assure pas toujours une continuité des soins à la sortie de la maternité et il est donc important pour elles de bénéficier d'une prescription de contraception efficace et choisie par et avec elle. Cela permettrait d'éviter un fort taux de grossesses non désirées. Dans sa thèse, M Guibert (28) explique que le premier motif de recours à l'IVG chez les femmes en situation de précarité est l'absence de contraception.

Par ailleurs, les femmes en situation précaire interrogées dans l'étude de M-L. Oster (32) se sont dit globalement bien informées et ont estimé leurs connaissances en matière de contraception satisfaisantes. Cependant, on peut aisément penser qu'il existe une différence entre le fait de se sentir bien informé et l'être réellement. Notre étude montrant une corrélation

inverse faible entre le score de conformité et le score EPICES, il serait intéressant d'effectuer des observations sur un échantillon plus important afin d'obtenir des résultats plus justes sur le sujet.

• **Contraception prescrite selon la situation de précarité**

Si un entretien de contraception bien mené repose sur la délivrance d'une information libre et éclairée, il est également essentiel de proposer aux femmes une méthode de contraception adaptée à leur mode de vie. Selon l'étude de M. Guibert (28), 77% des échecs de contraception dans la population des femmes en situation de précarité seraient dus à un retard ou un oubli de la contraception et ce pour toute méthode confondue.

Dans notre étude, la pilule microprogestative a été largement prescrite pour les deux populations. Si cette méthode a l'avantage d'être remboursée et utilisable dès le 21^{ème} jour du post-partum, elle expose cependant à des problèmes d'observance. Selon M-L. Oster (32), 40% des femmes en situations de précarité déclarent oublier ou décaler fréquemment leur pilule, les exposant donc à un risque de grossesse. Dans sa thèse, M. Guibert (28) nous dit que les femmes en situation de précarité recherchent une contraception peu contraignante, gratuite et fiable. Dans cette démarche, il semble adapté que la méthode la plus prescrite par les sages-femmes de notre étude à cette population soit l'implant sous-cutané. Cette méthode est la plus fiable avec un indice de Pearl à 0,05 (27), elle est remboursée et utilisable dès 21 jours après l'accouchement. En pratique, il est même possible de poser un implant hors AMM sans risque dans le service de suites de couche. Le DIU au cuivre, prescrit à un tiers des femmes en situation non précaire, est deux fois moins prescrit chez les femmes en situation de précarité. En effet, cette méthode ne pouvant être utilisée que quatre semaines après l'accouchement (14), elle oblige la patiente à utiliser un autre moyen de contraception en attendant et nécessite une

deuxième consultation. Il semble donc adapté que cette méthode soit moins prescrite à la population des femmes en situation de précarité. En revanche, le fait que le DIU soit prescrit dès les suites de couches aux femmes ayant choisi cette contraception est en accord avec les recommandations du CNGOF (15) et permet sa pose lors de la visite post-natale. Ces chiffres viennent confirmer notre hypothèse disant qu'il existe une différence dans les méthodes de contraception prescrites selon la situation de précarité ou non de la patiente. Cette différence semble cependant être adaptée aux besoins des femmes. Une différence statistiquement significative a été retrouvée pour l'implant sous cutané uniquement ; une étude à plus grande échelle serait nécessaire pour comparer les autres méthodes de contraception.

La différence observée dans la prescription d'une contraception d'urgence entre ces deux populations n'est pas significative. Cependant, même si la prescription systématique d'une contraception d'urgence n'est pas recommandée actuellement par le CNGOF et la HAS, on peut aisément penser comme J. Frigout (21) que cette faible proportion de prescription est une perte de chance pour les patientes.

3. Perspectives et axes d'amélioration

La réalisation d'un audit clinique permet d'identifier des axes d'amélioration pour les pratiques professionnelles. Il est donc possible à la suite de notre étude de perfectionner l'information et la prescription de la contraception du post-partum.

• Restitution des résultats

Le premier élément pour l'amélioration des pratiques est de fournir aux sages-femmes observées les résultats de cette étude. Cela permettrait aux sages-femmes observées d'avoir un retour sur leurs pratiques afin d'identifier à la fois leurs points forts et les points qu'elles peuvent

améliorer. Pour cela, un visuel synthétique des résultats (Annexe IV) pourrait être affiché dans le service, en plus de la mise à disposition de l'écrit complet de ce mémoire. Une réunion de service pourrait également être organisée afin de relever les points faibles en vue de formations complémentaires. Cela permettrait d'améliorer les pratiques en portant une attention particulière aux femmes en situation de précarité.

• **Formations complémentaires**

Afin d'améliorer et d'uniformiser les pratiques au sein du service, il pourrait être intéressant de proposer des formations complémentaires aux sages-femmes. Une présentation du modèle BERGER de l'OMS (23) pourrait être réalisée. Il propose un déroulement de l'entretien de contraception en six étapes. (Annexe V). L'application de cette méthode permettrait de s'assurer d'un entretien complet et de la délivrance d'informations exhaustives.

Cet audit a particulièrement relevé un manque d'explication de la physiologie de l'ovulation aux femmes. La sage-femme étant la spécialiste de la physiologie de la femme (33), il est de son rôle d'informer au mieux les femmes sur ce sujet. Une formation de rappel de la physiologie de l'ovulation pourrait permettre d'améliorer cette information. Améliorer les connaissances des femmes en situation de précarité au sujet de la physiologie de l'ovulation leur permettrait de mieux comprendre l'intérêt de la contraception et leur offrirait une meilleure liberté de décision. Cela limiterait les grossesses non désirées qui viennent s'ajouter à leurs situations souvent compliquées

• **Augmentation des effectifs**

Le service de suites de couches d'Annecy contient 28 chambres simples dont quatre d'unités kangourou et six chambres doubles ; le service peut donc accueillir au total 40 femmes.

L'organisation actuelle prévoit trois sages-femmes affectées chacune sur un secteur, soit environ 13 patientes par sages-femmes si le service est complet. Une sage-femme supplémentaire est volante sur les trois services de la maternité (suites de couches, salle de naissance et grossesses à risques). Les sages-femmes ayant pour responsabilité le couple mère-enfant, elles se doivent de dispenser tous les soins nécessaires à la mère et à l'enfant après l'accouchement. Il apparaît difficile dans ces conditions d'offrir aux patientes un entretien de contraception de qualité. Les sages-femmes manquent de temps à consacrer aux patientes pour cet entretien. Cela ne leur permet pas d'assurer une bonne prise en charge obstétricale et médicale des patientes et de leurs enfants.

Augmenter l'effectif de sages-femmes en suites de couches permettrait un meilleur accompagnement des patientes. Cela réduirait le nombre moyen de patientes par sages-femmes et de ce fait, davantage de temps d'échange à chacune pourrait être consacré. Il serait donc possible de réaliser un entretien de contraception optimal.

• **Information anténatale**

La période du post-partum étant riche en émotions et découvertes pour les femmes, elle n'apparaît pas comme la période idéale pour recevoir toutes ces informations pour la première fois. La plupart des publications sur le sujet s'accordent à dire que donner une information anténatale est une meilleure stratégie (34). Les femmes peuvent alors avoir une idée de la contraception désirée avant l'accouchement. Ainsi, l'entretien de contraception en suites de couches pourrait être un temps pour revenir sur ce qui a été dit en anténatal et pour répondre aux questions subsistantes. Cela permettrait de donner davantage de temps à la réflexion aux patientes et d'alléger l'information à donner en suites de couches par les sages-femmes.

V. CONCLUSION

Notre avons pu répondre à notre objectif principal qui était de déterminer si les informations données et la contraception prescrite par les sages-femmes en suites de couches sont conformes aux recommandations de la Haute Autorité de Santé et du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Si aucune observation n'a pu être considérée comme parfaitement conforme, les scores obtenus évoquent cependant des pratiques qui tendent vers celles attendues et ce malgré une ancienneté médiane dans le service de sept jours.

A travers cette étude, nous avons pu relever des points forts comme un respect des contre-indications pour la prescription, des méthodes de contraception proposées fiables, des réponses justes et adaptées aux questions des patientes et une décision laissée aux patientes quant aux choix de leur contraception. Par ailleurs, nous avons également mis en évidence des points faibles tels qu'une physiologie de l'ovulation globalement mal expliquée, un manque d'informations sur la méthode de contraception choisie et une visite post-natale pas assez mise en valeur.

D'autre part, cette étude a mis en avant les difficultés des sages-femmes hospitalières à fournir une information optimale en matière de contraception lors du séjour en suites de couches. Le nombre élevé de patientes par sage-femme dans un service de suites de couches d'une maternité de type IIb s'ajoute au défaut de disponibilité des patientes à évoquer la contraception lors du post-partum immédiat. Cela explique ces difficultés. En effet, si l'on compare les conditions françaises d'exercice à celles de la Belgique, on observe que le nombre de naissances par sage-femme par an est deux fois plus élevé en France. (35)

Nous avons également pu répondre à notre objectif secondaire qui était de déterminer s'il existe une différence dans l'information et la prescription d'une contraception selon que la patiente soit ou non en situation de précarité. Nous avons donc observé une tendance : plus la femme est en situation de précarité, moins l'information donnée en matière de contraception semble conforme. En matière de contraception, notre étude montre qu'il y a plus d'implants sous cutanés prescrits aux femmes en situation de précarité. Cette contraception ne présentant pas de problématique d'observance, elle semble la plus adaptée à ces femmes qui recherchent une contraception peu contraignante, gratuite et fiable. Davantage d'observations seraient nécessaires pour déterminer s'il existe une différence de prescription pour les autres méthodes de contraception.

Si notre étude montre des résultats globalement satisfaisants, il est tout de même possible de proposer quelques axes d'amélioration. Afin d'offrir une meilleure qualité d'information aux patientes, il semblerait bon de mieux informer les patientes au sujet de la physiologie de l'ovulation et d'apporter davantage de précisions quant à la contraception choisie et ce particulièrement aux femmes en situation de précarité. Pour cela, un retour de cette étude par un affichage et une réunion pourra être faite aux sages-femmes afin qu'elles identifient leurs axes d'améliorations. Des formations complémentaires sur la méthode BERCER et la physiologie de l'ovulation pourraient être proposées afin d'améliorer leurs entretiens. Une augmentation des effectifs de sages-femmes dans le service favoriserait une meilleure prise en charge des patientes et davantage de temps consacré aux patientes quant à leur contraception future. Comme le revendiquent actuellement les sages-femmes hospitalières françaises, une révision des décrets de périnatalité de 1998 est nécessaire pour des effectifs adaptés aux besoins. La délivrance d'une information anténatale pourrait également permettre une meilleure intégration des informations et ainsi alléger l'entretien en suites de couches. Pour finir, réaliser

une nouvelle évaluation après mise en place de ces outils d'amélioration permettrait d'évaluer l'efficacité de ces propositions.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique [Internet]. 67-1176 déc 28, 1967. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000880754/>
2. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse [Internet]. 75-17 janv 17, 1975. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000700230/>
3. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique [Internet]. 2004-806 août 9, 2004. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000787078/>
4. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Internet]. 2016-41 janv 26, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641/>
5. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. *Population*. 2014;69(3):365.
6. Pauvreté selon le sexe et le seuil [Internet]. Insee. 2020 [cité 9 janv 2021]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/3567016#tableau-figure1_radio1
7. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Paris : Journal Officiel de la République Française. 28 févr 1987;113.
8. Moulin J-J, Labbe É, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Précarité et facteurs de risque: le score EPICES. *Rev Francoph Psycho-Oncol*. juin 2006;5(2):115-21.
9. L'Assurance Maladie. Le score EPICES: L'indicateur de précarité des Centres d'examen de santé financés par l'Assurance Maladie [Internet]. Cetaf; 2005 oct [cité 20 mars 2021] p. 2. (Précarité et Inégalités de santé). Disponible sur: <http://gemsto.free.fr/gemstoprekarite18dec07epicescalcul.pdf>

10. Gosselin C. La contraception chez les femmes en situation de précarité dans l'agglomération nantaise. Thèse de médecine. Nantes, 2004.
11. Opatowski M, Bardy F, David P, Dunbavand A, Saurel-Cubizolles M-J. Caractéristiques des femmes ayant eu recours à plusieurs IVG – Enquête multicentrique sur les IVG médicamenteuses en France en 2014. *Gynécologie Obstétrique Fertilité Sénologie*. 1 janv 2017;45(1):22-7.
12. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2019 [cité 4 avr 2020]. Disponible sur: https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj_contraception_prescription-conseil-femmes-060215.pdf
13. Mulet F, Descamps Ph. Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 29 nov 2006;2006:9.
14. Contraception chez la femme en post-partum [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2013 [cité 3 déc 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1369193/fr/contraception-chez-la-femme-en-post-partum
15. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Post-partum: recommandations CNGOF pour la pratique clinique [Internet]. Elsevier Health Sciences; 2018 [cité 11 févr 2021]. 386 p. Disponible sur: https://nls.ldls.org.uk/welcome.html?ark:/81055/vdc_100062283934.0x000001
16. Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2003 [cité 24 juin 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_457168/fr/reussir-un-audit-clinique-et-son-plan-d-amelioration
17. Parneix P. Hawthorne effect. *HYGIENES*. 2018;XXVI(5):16.
18. Rosenzweig P. L'effet halo, ou les mirages de la performance. *J Ecole Paris Manag*. 2009;79(5):9.
19. Fouchard A, Bréchat P-H, Castiel D, Pascal J, Sass C, Lebas J, et al. Caractéristiques métrologiques et comparaison de trois outils de repérage de la précarité sociale dans une

permanence d'accès aux soins de santé hospitalière à Paris. Rev Epidémiologie Santé Publique. 1 août 2014;62(4):237-47.

20. Vrignat C. Informations données, connaissances et pratiques des sages-femmes sur la contraception du postpartum. 2018;55.

21. Frigout J. Information et prescription de la contraception par les sages-femmes en suites de couches au Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes (CHUGA). 2020;64.

22. Danneels J. La contraception du post-partum: les stratégies d'information, le point de vue des femmes. 9 avr 2014;78.

23. Haute Autorité de Santé. Contraception chez l'homme et chez la femme [Internet]. 2013 avr [cité 29 mars 2021] p. 249. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-02/contraception_fiches_memo_rapport_delaboration.pdf

24. INSERM et DREES. Enquête nationale Périnatale - Rapport 2016 [Internet]. 2017 oct [cité 29 mars 2021] p. 317. Disponible sur: <http://www.epopé-inserm.fr/enquete-nationale-perinatale-2016-premiers-resultats-952>

25. L'Assurance Maladie. Rapport du CES - CPAM de Haute-Savoie [Internet]. 2019 [cité 29 mars 2021] p. 15. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/ra-ces2019_cpam-haute-savoie.pdf.pdf

26. 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. 10 juin 2015;36.

27. Haute Autorité de Santé. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet]. 2013 mars [cité 30 mars 2021] p. 56. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf

28. Guibert M. Echecs de contraception chez la femme en situation de précarité : Etude auprès de 101 patientes consultant au planning familial de l'hôpital Jean-Verdier (Bondy). mai 2014;72.

29. INPES. Contraception : Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? oct 2011;18.
30. Blangis F, Lopes P, Branger B, Garnier P, Philippe H-J, Ploteau S. La contraception du post-partum : à propos de 600 patientes dont 129 revues à la consultation post-natale. Gynécologie Obstétrique Fertil. sept 2013;41(9):499-504.
31. Fabre-Clergue C, Duverger-Charpentier H. Sexualité du postpartum. Rev Sage-Femme. déc 2008;7(6):301-4.
32. Oster M-L. Influence de la précarité sur l'observance de la contraception. 5 avr 2013;
33. Les compétences des sages-femmes [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 1 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
34. Post-partum contraception. Baillière Clin Obstet Gynaecol. 1 avr 1996;10(1):25-41.
35. Blanchard L. Sages-femmes en Europe : vers une analyse comparative de la formation et des conditions d'exercice de la profession en Europe. 19 mai 2016;80.

ANNEXES

Annexe I

Lettre d'information - Consentement

Objet de l'étude : Observation des pratiques professionnelles des conseils de sortie et de contraception par les sages-femmes en suites de couches

Investigateur principal : Martin Lilie, étudiante en maïeutique à l'UGA

Service : IFPS – Département de maïeutique

Coordonnées : lilie.martin97@gmail.com

Objet : Consentement

Madame, Monsieur,

Lilie Martin, étudiante en maïeutique, souhaite conduire une recherche sur les pratiques professionnelles. Cette étude débute en septembre et il est prévu qu'elle s'achève en décembre.

Les données sont stockées sur un serveur du CHUGA fourni par le département de maïeutique.

Le responsable de traitement procédera à la collecte de ces données par observation directe des sages-femmes et à leur traitement.

Vous disposez de droits d'accès et de rectification, d'opposition et d'un droit de réclamation à une autorité de contrôle (CNIL).

Si vous souhaitez vous opposer à l'utilisation de vos données pour ce projet ou si vous avez des questions sur l'étude, vous pouvez contacter directement Lilie Martin.

Je soussigné(e) accepte l'utilisation de mes données sur la pratique professionnelle pour cette recherche.

Lieu :

Date :

Signature :

Annexe II

Grille d'observation

Date : N° anonymat SF : N° d'observation :

Age SF : Année d'obtention diplôme :

Ancienneté au CHANGE :

Ancienneté dans le service :

Jour en SDC (connaissance antérieure du dossier) :

Formation complémentaire : oui non si oui, laquelle :

Situation conforme aux compétences de la SF : oui non

Allaitement maternel : oui non

Situation de précarité : oui non

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

Informations données sur :				
	C	NC	NO	Commentaires
Explication physiologie de l'ovulation : - reprise ovulation J25 au plus tôt - contraception efficace nécessaire à partir de J21 - possible ovulation en aménorrhées - AM peut retarder l'ovulation mais aléatoire <i>conditions strictes pour en faire un moyen de contraception fiable :</i> - AM exclusif - AM jour et nuit, 6 à 10 tétées/jour - pas plus de 6h entre 2 tétées la nuit, pas plus de 4h le jour - aménorrhée persistante				
Risque de grossesse				
Intérêt de la visite du post-partum pour la réévaluation ou le changement de contraception				

Méthodes évoquées :				
	C	NC	NO	Commentaires
Méthodes hormonales oestroprogestatives : - pilule - anneau vaginal - patch transdermique				
Méthodes hormonales progestatives : - pilule - implant sous-cutané - injection intramusculaire				
Dispositifs intra-utérins : - DIU au cuivre - DIU au lévonorgestrel				
Méthodes barrières : - préservatif masculin - préservatif féminin - diaphragme - cape cervicale - spermicides				
Méthodes naturelles : - MAMA - retrait - abstinence				
Méthodes de stérilisation : - féminine - masculine				

Contraception choisie				
	C	NC	NO	Commentaires
Efficacité				
Durée d'efficacité				
Délai d'efficacité				
Modalités d'usage : posologie, mode de prise				
Coût, remboursement				
Évènements pouvant diminuer l'efficacité				
Conduite à tenir en cas d'oubli de prise ou accident				
Risques et effets indésirables				
Avantages non contraceptifs				
Contraception d'urgence évoquée				
Méthode de contraception choisie :				

Prescriptions				
	C	NC	NO	Commentaires
Recherche de contre-indications (dossier, interrogatoire)				
Prise en compte du risque thromboembolique du PP : - examen clinique des jambes - interrogatoire sur ATCD personnels et familiaux				
Recherche de pathologies pendant la grossesse, l'accouchement, le post-partum (dossier, interrogatoire)				
Méthode compatible avec le mode d'allaitement				
Posologie, mode de prise, durée du traitement sur l'ordonnance remise à la patiente				
Prescription contraception d'urgence				

Environnement de l'entretien :

Jour post-accouchement :

Type d'entretien : entretien dédié à la préparation de la sortie
 visite de sortie

Présence du conjoint : oui non

Recours à des supports explicatifs : oui non

Réponses de la SF aux interrogations de la patiente : C NC NO

Décision prise par la patiente : oui non

Ordonnance remise par la SF ayant effectué l'entretien : oui non

Ordonnance relue, expliquée et contrôlée : oui non

C = conforme ; NC = non conforme ; NO = non observé

Annexe III

Calcul du score EPICES

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Êtes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 dernier mois ?	-7,10	0
8	Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	-9,47	0
10	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47	0
11	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
	Constante	75,14	

Calcul du score : Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées
Chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui

Synthèse d'audit

Information et prescription de la contraception en suites de couches

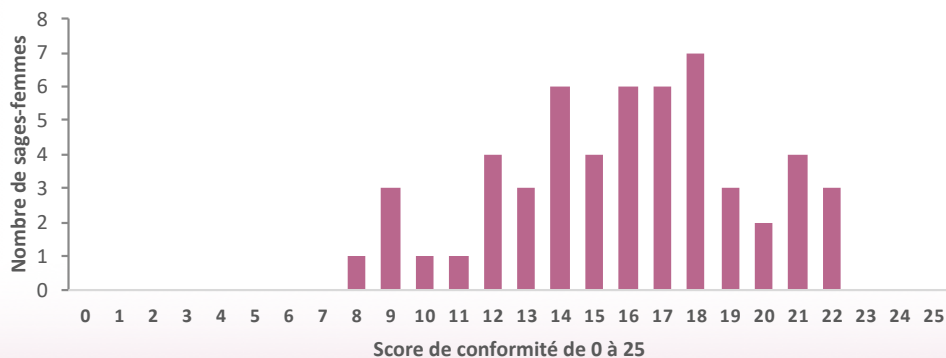
Critères du score de conformité

N = 54

	n	(%)
Abord du type de contraception antérieur	49	(90,74)
Explication de la physiologie de l'ovulation		
- reprise d'ovulation à J25 au plus tôt	15	(27,78)
- contraception efficace nécessaire à partir de J21	23	(42,59)
- possible ovulation en aménorrhées	24	(44,44)
- AM retarde aléatoirement l'ovulation	25	(46,30)
Risque de grossesse	48	(88,89)
Intérêt de la visite du post-partum	43	(79,63)
Informations délivrées sur la contraception choisie		
- efficacité	32	(59,26)
- durée d'efficacité	34	(62,96)
- délai d'efficacité	29	(53,70)
- modalités d'usage	44	(81,48)
- coût, remboursement	17	(31,48)
- évènements pouvant diminuer l'efficacité	18	(33,33)
- conduite à tenir en cas d'oubli de prise ou d'accident	20	(37,04)
- risques et effets indésirables	29	(53,70)
- avantages non contraceptifs	31	(57,41)
- contraception d'urgence évoquée	21	(38,89)
Prescription		
- recherche de contre-indications	45	(83,33)
- prise en compte du risque thromboembolique	42	(77,78)
- recherche de pathologies pendant la grossesse, l'accouchement, le post-partum	44	(81,48)
- méthode compatible avec le mode d'allaitement	54	(100)
- posologie, mode de prise, durée du traitement sur l'ordonnance	47	(87,04)
- ordonnance remise par la sage-femme ayant effectué l'entretien	16	(45,71)
Réponses de la sage-femme aux questions de la patiente	54	(100)
Décision prise par la patiente	54	(100)

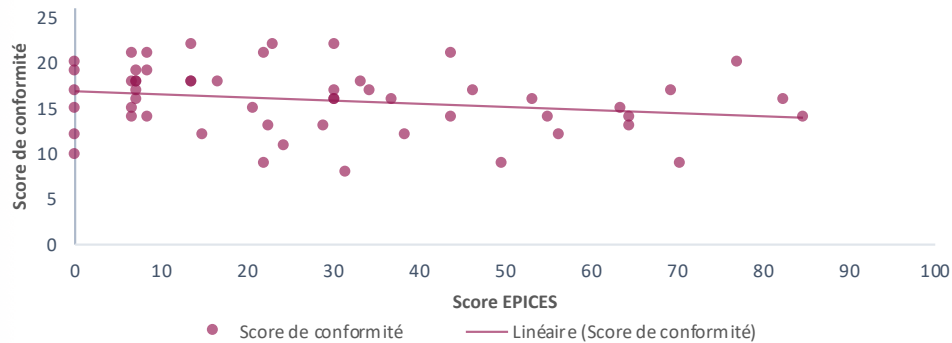
N = effectif total, n = effectif d'observations conformes, % = pourcentage, AM = Allaitement Maternel

Histogramme de la distribution des scores de conformité



Zoom sur la précarité

Corrélation du score de conformité en fonction du score EPICES



Nous observons une tendance : plus la femme est en situation de précarité, moins l'information donnée en matière de contraception semble conforme.











Comparaison de la contraception prescrite en fonction de la situation de précarité

N = 54

	Situation non précaire n = 30		Situation de précarité n = 24		P-valeur
	n	(%)	n	(%)	
Pilule microprogestative	14	(46,7)	8	(33,3)	0,32
DIU cuivre	10	(33,3)	4	(16,7)	0,16
Préservatif masculin	4	(13,3)	2	(8,3)	0,56
Implant sous cutané	1	(3,3)	10	(41,7)	0,001
Aucune	1	(3,3)	0	(0)	0,37
Contraception d'urgence	16	(53,3)	8	(33,3)	0,23

N = effectif total, n = effectif, % = pourcentage, DIU = Dispositif Intra Utérin

Points clés

-  Abord de la contraception antérieure
-  Physiologie de l'ovulation
-  Prescription
-  Importance de la visite du post-partum
-  Méthodes de contraception évoquées
-  Informations données sur la contraception choisie
-  Réponses aux questions
-  Contraception d'urgence
-  Décision prise par la patiente
-  Remise des ordonnances

Annexe V

Le modèle BERGER de l'OMS propose un déroulement de la consultation en 6 étapes :

- **Bienvenue** : temps d'accueil (présentation du soignant, rappel de la confidentialité, rôle, objectif et déroulement de la consultation).
- **Entretien** : recueil d'information et expression de la femme sur les raisons de sa visite, ses sentiments, ses besoins, ses souhaits et doutes. Élaboration d'un diagnostic éducatif partagé.
- **Renseignement** : délivrance d'une information claire, hiérarchisée et sur mesure en s'assurant de la bonne compréhension des informations (mode d'emploi, efficacité en pratique courante, contre-indications, avantages-inconvénients, risques, coût).
- **Choix** : le professionnel souligne que la décision finale appartient à la femme en fonction de sa situation de famille, ses préférences (et celles de son partenaire), des bénéfices/risques des différentes méthodes, et de la possibilité pour elle de respecter la méthode en fonction de sa situation.
- **Explication** : discussion autour de la méthode choisie et de son emploi, démonstration, manipulation, réflexion sur les possibilités d'établir une prise de pilule en routine, information sur les effets secondaires et la conduite à tenir, sur les oublis, sur les situations qui nécessitent de revenir consulter. Au mieux, fournir un document écrit.
- **Retour** : lors des consultations de suivi. Évaluer la méthode et son utilisation, qu'elle est adaptée à la personne et sa satisfaction. Discuter éventuellement un changement de méthode. Prendre en compte les modifications de situation personnelle, médicale, affective et sociale. À partir de 35-40 ans, réévaluer l'adéquation de la méthode contraceptive utilisée en raison de l'augmentation avec l'âge des risques cancéreux et cardio-vasculaires.

RÉSUMÉ

Objectifs : L'objectif principal était de déterminer si les informations données et la contraception prescrite par les sages-femmes en suites de couches sont conformes aux recommandations de la HAS et du CNGOF. L'objectif secondaire était d'identifier s'il existe une différence dans l'information et la prescription d'une contraception selon la situation de précarité de la patiente.

Méthodes : Étude observationnelle descriptive, prospective, transversale monocentrique d'évaluation des pratiques professionnelles. Elle a été réalisée par 54 observations des sages-femmes dans le service de suites de couches du CHANGE du 11 septembre au 31 décembre 2020. Un score de conformité sur 25 a été établi pour qualifier la conformité des observations. La précarité des patientes était déterminée par le score EPICES.

Résultats : La moitié des sages-femmes ont obtenu un score compris entre 14 et 18 sur 25. Il est possible d'améliorer les explications sur la physiologie de l'ovulation et la contraception choisie. Plus la femme est en situation de précarité, moins l'information donnée en matière de contraception semble conforme. L'implant sous cutané est davantage prescrit aux femmes en situation de précarité.

Conclusion : Améliorer la formation et les conditions d'exercice des sages-femmes permettrait une meilleure qualité d'information sur la contraception. Cela permettrait une meilleure observance et diminuerait les grossesses non désirées en post-partum.

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

ABSTRACT

Objectives: The primary objective was to determine whether the information given and the contraception prescribed by midwives in the postpartum period complied with the recommendations of the HAS and the CNGOF. The secondary objective was to identify whether there is a difference in the information and prescription of contraception according to patient's precariousness.

Methods: A single-center, prospective, cross-sectional, descriptive observational study to evaluate professional practices. This study has been made with 54 observations of midwives in the CHANGE maternity from 11 September to 31 December 2020. A compliance score out of 25 was established to qualify the compliance of the observations. The precariousness of patients was determined by the EPICES score.

Results: Half of the midwives has obtained a score between 14 and 18 out of 25. Explanations of the ovulation physiology and the contraception chosen may be improved. The more precarious the woman's situation, the less appropriate the information given about contraception seems to be. The subcutaneous implant is prescribed more often to women in precarious situations.

Conclusion: Improving the training and operating conditions of midwives would allow for better quality of information on contraception. It would lead to better adherence and would reduce unwanted postpartum pregnancies.

Key words : Contraception - Post-partum - Midwife - Poverty