

CONTRACEPTION DU POST-PARTUM

INFORMATIONS DE CONTRACEPTION EN SUITES DE COUCHES :

SOMMES-NOUS DANS LE PERTINENT ?



Source : choisirsacontraception.fr

FROGER Amélie
Née le 23/11/1990

Sous la direction de
Mme GAUDIN Catherine

Université d'Angers
Unité de formation et de recherche de médecine
Diplôme d'état de sage-femme. Années 2010-2014
Ecole de sages-femmes René Rouchy d'Angers

CONTRACEPTION DU POST-PARTUM

INFORMATIONS DE CONTRACEPTION EN SUITES DE COUCHES :

SOMMES-NOUS DANS LE PERTINENT ?

FROGER Amélie

Née le 23/11/1990

Soutenu publiquement le :
25 Avril 2014

ABREVIATIONS

AA : Allaitement Artificiel

AM : Allaitement Maternel

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ATCD : Antécédents

AVB : Accouchement Voie Basse

CH : Centre Hospitalier

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DPC : Développement Professionnel Continu

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

EPP : Entretien Prénatal Précoce

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patients Santé Territoires

INED : Institut National des Etudes Démographiques

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

IP : Indice de Pearl

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MAMA : Méthode de l'Allaitement Maternel avec Aménorrhée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

RPS : Réseau de Santé Périnatal

SA : Semaines D'Aménorrhées

VPN : Visite Post-Natale.

REMERCIEMENTS

Je remercie,

Mme GAUDIN pour sa disponibilité, ses conseils et son soutien quant à la réalisation et à l'aboutissement de ce mémoire.

Le Centre Hospitalier du Mans qui a accepté de diffuser mon questionnaire et tout particulièrement Mme PILLOT et Mme MARY qui ont su me guider sur la stratégie à adopter pour la distribution.

Mme CAZA, sage-femme au CH du Mans, qui a su mobiliser ses collègues afin que la distribution des questionnaires par ceux-ci soit optimale. Je la remercie également pour tous ses conseils qui m'ont permis de concrétiser cette enquête. Merci à l'ensemble des sages-femmes sans qui cette étude n'aurait pas pu avoir lieu ainsi qu'aux aides hôtelières qui récupéraient les questionnaires pour me les restituer.

Les patientes qui ont donné de leur temps pour remplir l'enquête.

Laurence SADI ainsi que toute l'équipe enseignante pour ces quatre années de formation.

Mes parents, mon frère et mon grand-père qui m'ont soutenue pendant ces cinq années d'études et sans qui je n'en serais pas là aujourd'hui. J'ai aussi une pensée particulière pour ma grand-mère, partie trop vite, et avec qui j'aurais eu plaisir à partager la fin de ce cursus.

Alex, Benoît et Léa pour les moments passés ensemble et leur présence.

Mes amis pour leur soutien, et tout particulièrement Laetitia pour ses compétences en Anglais. Ainsi que Lola et Solène avec qui j'ai partagé ces 5 années d'études.

Et bien évidemment, Benjamin pour me supporter, me rassurer et être là au quotidien.



ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussignée FROGER Amélie, déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

FROGER Amélie

SOMMAIRE

ABREVIATIONS.....	
REMERCIEMENTS.....	
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : GENERALITES	3
1. LE POST-PARTUM	3
1.1. Définition	3
1.2. Fécondabilité du post-partum	3
1.3. Sexualité du post-partum	4
2. RECOMMANDATIONS DES STRATEGIES DE CHOIX DES METHODES CONTRACEPTIVES CHEZ LA FEMME EN POST-PARTUM	4
2.1. Particularités des conseils et de la prescription d’une méthode contraceptive, chez la femme en post-partum	4
2.2. Méthodes utilisables en post-partum	5
2.3. Recommandations pour une démarche optimale d’aide au choix	8
3. LE SERVICE DE SUITES DE COUCHES DU MANS.....	9
3.1. Introduction	9
3.2. Organisation du service	9
3.3. Compétences et rôles de la sage-femme en matière de contraception [3] [16] [17]	11
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET RESULTATS	13
1. L’ETUDE	13
1.1. Problématique	13
1.2. Hypothèses	13
1.3. Objectifs	14
2. POPULATION ET METHODE	14
2.1. Type d’étude	14
2.2. Déroulement de l’étude	14
2.3. Population étudiée	14
2.4. Description du questionnaire	15
2.5. Saisie des résultats	15
3. RESULTATS.....	15
3.1. Présentation de la population	15
3.2. Point de vue obstétrical et gynécologique	17
3.3. Contraception.....	18
3.3.1. Avant la grossesse	18
3.3.2. Pendant la grossesse	18
3.4. L’entretien contraception en suites de couches.....	19
3.4.1. Déroulement	19
3.4.2. Durée.....	19
3.4.3. Contexte	19
3.4.4. Support écrit	20
3.4.5. Opinion des femmes	21
3.4.6. Contraception prescrite à la sortie de la maternité	23

3.4.7.	Evaluation des connaissances des patientes.....	23
TROISIEME PARTIE : DISCUSSION.....		25
1.	LES LIMITES DE L'ETUDE.....	25
1.1.	Les forces de l'étude.....	25
1.2.	Les faiblesses de l'étude.....	25
2.	REPRESENTATIVITE DE LA POPULATION ETUDIEE PAR RAPPORT A LA POPULATION GENERALE.....	26
2.1.	L'âge.....	26
2.2.	Origine géographique.....	26
2.3.	Situation familiale.....	26
2.4.	Niveau d'étude.....	26
2.5.	Parité.....	26
2.6.	Recours à l'IVG.....	26
2.7.	Survenue de la grossesse.....	27
2.8.	Contraception antérieure à la grossesse.....	27
2.9.	Allaitement.....	27
3.	SATISFACTION DES FEMMES.....	27
3.1.	Avant la grossesse.....	27
3.2.	Pendant la grossesse.....	28
3.3.	Dans le service de suites de couches : l'entretien de contraception.....	29
3.3.1.	Déroulement de l'entretien de contraception.....	30
3.3.2.	Opinion des patientes sur l'entretien.....	32
	a) Qualité de l'entretien.....	32
	b) Utilité et respect du choix contraceptif.....	32
	c) Besoins des patientes.....	32
3.4.	Conclusion.....	33
4.	EVALUATION DES CONNAISSANCES DES FEMMES.....	34
4.1.	Conclusion.....	36
5.	PROPOSITION D'ACTIONS.....	36
CONCLUSION.....		38
BIBLIOGRAPHIE.....		40
ANNEXE 1.....		44
ANNEXE 2.....		45
ANNEXE 3.....		50
ANNEXE 4.....		52
ANNEXE 5.....		55
ANNEXE 6.....		56
RESUME.....		58

INTRODUCTION

Malgré une diffusion et une utilisation massive des méthodes de contraception, on constate un taux de grossesses non désirées qui reste élevé. En effet, environ un tiers des grossesses interviennent alors qu'elles n'étaient pas prévues et 5% des IVG surviennent dans les 6 mois qui suivent un accouchement (11 000 femmes par an en France). [1]

Ce constat est appelé « paradoxe français » et pose question sur la manière et les moyens d'aborder la contraception auprès de la femme enceinte et du couple.

Le post-partum constitue une période particulière et délicate puisque la femme est souvent plus soucieuse de son nouveau-né et de sa fonction de mère que de son devenir en tant que femme. Il est donc important pour la sage-femme de trouver le moment opportun pour aborder le sujet de la contraception en suites de couches, ainsi que de garder en mémoire la phrase du Dr E.Aubeny [2] « la meilleure contraception n'est pas la plus efficace théoriquement, mais celle que la femme a vraiment choisie ». L'idée principale de cette phrase est rappelée régulièrement par la campagne lancée par l'INPES en 2007 (par le biais des radios, de film télévisé, de brochures, de mise en ligne d'un site internet ainsi que d'un numéro téléphonique gratuit).

D'autre part, depuis la loi « Hôpital Patient Santé Territoires », les compétences des sages-femmes se sont trouvées étendues en 2004 par la possibilité d'informer et de prescrire la contraception en post-partum. En 2009 [3], ces compétences se sont encore élargies permettant aux sages-femmes d'informer et de prescrire aux femmes tout au long de leur vie, en l'absence de pathologies. Ceci a pour but une continuité des soins et une meilleure mise en place de la relation patient-soignant.

Le constat de ce problème de santé publique, nous a amené à effectuer ce travail de recherche.

Dans un premier temps, nous avons abordé la particularité de la période du post-partum, les recommandations des stratégies de choix d'une manière contraceptive chez la femme en post-partum et enfin nous avons exposé l'organisation du service de suites de couches ainsi que le rôle et les compétences de sages-femmes en matière de contraception.

Dans un second temps, nous avons choisi d'effectuer un travail de recherche concernant l'information sur la contraception. Nous avons donc proposé aux patientes ayant accouché au CH du Mans de nous faire part de leur opinion et de leur satisfaction quant à l'entretien de contraception qui a lieu en suites de couches.

Dans un troisième et dernier temps, nous avons étudié également les facteurs qui pouvaient influencer leur satisfaction. L'analyse de ces différents points, nous a permis d'orienter notre réflexion sur les moyens qui pourraient être mis en œuvre pour optimiser la prise en charge et répondre le plus fidèlement aux besoins des patientes.

PREMIERE PARTIE : GENERALITES

1. LE POST-PARTUM

1.1. Définition

Le post-partum désigne la période débutant 2 heures après la délivrance et se terminant au retour des règles (retour de couches). Sa durée est variable puisque celle-ci est dépendante du mode et de la durée de l'allaitement mis en place. Le retour de couches survient en moyenne six semaines après l'accouchement. Cependant une ovulation peut se produire dès le 21ème jour notamment en l'absence d'allaitement [4] [8]. Il est donc important d'en informer les patientes afin qu'elles aient bien conscience du risque et ainsi pouvoir leur proposer une méthode contraceptive si elles le souhaitent.

Enfin, le post-partum est marqué par de nombreux bouleversements : anatomiques, physiologiques, métaboliques et hormonaux dont il faudra tenir compte pour le choix contraceptif des patientes. [4][5][6][8]

1.2. Fécondabilité du post-partum

La reprise de la fonction ovarienne et de l'ovulation est en partie dépendante du mode d'allaitement mis en place. [6] [9]

➤ En cas d'allaitement artificiel :

Dans le cas où la patiente n'a pas pris d'inhibiteur de lactation, aucune ovulation n'aura lieu avant six semaines après l'accouchement. [8]

Dans le cas où la patiente a pris l'inhibiteur de lactation de type B2, le retour de couches (et donc le retour de la fonction ovarienne) aura lieu plus précocement et en moyenne au bout de trois semaines suivant la naissance.

C'est pour cela qu'il est recommandé, de conseiller à ces femmes, de mettre en place une contraception qui sera efficace au terme des 3 semaines qui suivent l'accouchement.

➤ En cas d'allaitement maternel :

L'AM est responsable d'une mise au repos de la fonction ovarienne endocrine et exocrine entraînant une anovulation.

Il existe certaines conditions physiopathologiques (recommandations de l'OMS), pour que le blocage de l'ovulation soit optimal et pouvoir mettre en place la méthode MAMA (conditions citées dans le chapitre des différentes méthodes contraceptives)

Cependant, 2% des femmes, pratiquant cette méthode à visée contraceptive, seront de nouveau enceintes 6 mois après leur accouchement.

1.3. Sexualité du post-partum

En ce qui concerne la sexualité du post-partum, elle nécessite un temps d'adaptation variable en fonction de diverses difficultés qui peuvent émerger : psychologiques, anatomiques, hormonales...

Selon la fiche action numéro dix-sept éditée par l'INPES en Mai 2010, la reprise des relations intimes après la naissance est progressive : 9 à 17 % des couples ont des rapports sexuels avant 6 semaines, 66 à 94 % à 2 mois, 88 à 95 % à 3 mois, 95 à 100% à 7 mois. La reprise moyenne est donc : 6 à 8 semaines après l'accouchement. [7]

Selon Christian LOISEL, sexothérapeute "Le post-partum est un temps du bilan, le moment où après la tempête, l'équipage du "navire-couple" se doit de constater les éventuelles avaries, colmater les brèches, accepter en son sein un nouveau membre, s'il ne veut pas que le navire aille à l'eau, ou que tout simplement, il coule."[10]

Il est donc primordial d'informer les couples, pendant la grossesse et le séjour en suites de couches, des possibles difficultés auxquelles ils auront peut-être à faire face après la naissance de leur enfant.

2. RECOMMANDATIONS DES STRATEGIES DE CHOIX DES METHODES CONTRACEPTIVES CHEZ LA FEMME EN POST-PARTUM

La Contraception est définie par l'OMS comme « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter ». [4]

La mise en place de celle-ci est particulièrement délicate après un accouchement pour de nombreuses raisons que l'HAS met en lumière dans sa fiche mémo, fondée sur les recommandations les plus récentes (consacrée exclusivement à la période du post-partum). [11]

Cette fiche, mise à disposition des professionnels de santé, est un outil afin d'aider au mieux les femmes /les hommes à trouver le moyen contraceptif qui leur conviendra à cette période donnée de leur vie.

2.1. Particularités des conseils et de la prescription d'une méthode contraceptive, chez la femme en post-partum.

Le choix de la méthode contraceptive devra prendre en compte : [11]

- l'**allaitement** éventuel mis en place ;
- le **risque thromboembolique veineux**, qui est majoré pendant la grossesse et après l'accouchement, pendant une durée moyenne de six semaines ;
- les **pathologies survenues au cours de la grossesse** (HTA gravidique, pré-éclampsie, diabète, phlébite...);

- les **antécédents médicaux, familiaux** de la patiente ainsi que **ses addictions** possibles ;
- les **désirs de la patiente et/ou du couple**

L'HAS met en relief l'importance d'aborder et d'informer les patientes durant la grossesse afin de leur proposer une contraception en post-partum immédiat qui soit réfléchie et bien comprise. La visite post-natale, aura, entre autre, pour but d'évaluer la contraception mise en place en post-partum (on abordera ainsi l'observance, la compatibilité de celle-ci avec le mode de vie de la patiente, les effets indésirables...) et de la réadapter si elle ne satisfait pas la patiente.

Différentes informations devront être rappelées :

- la **reprise de l'ovulation** est possible au bout du 21ème jour post-accouchement ;
- les **différentes méthodes contraceptives utilisables chez la femme qui allaite ou non** ;
- les **différentes modalités de rattrapage** (en cas de rapport non ou mal protégé, vomissements et diarrhées), leur efficacité ainsi que leur moyen d'accès.

2.2. Méthodes utilisables en post-partum

➤ Méthodes hormonales-estroprogestatifs [11]

Chez les **femmes qui allaitent**, les estroprogestatifs ne sont pas recommandés avant le 6ème mois après la naissance.

Chez les **femmes qui n'allaitent pas**, les estroprogestatifs sont utilisables à partir du 42ème jour après l'accouchement en l'absence de contre-indications et en prenant en compte les facteurs de risques thromboemboliques.

Cependant, ce délai peut être raccourci au 21ème jour après l'accouchement (selon l'OMS) en l'absence de facteurs de risques thromboemboliques veineux et d'autres contre-indications.

Plusieurs voies d'administration sont possibles : *la pilule, l'anneau et le patch*. Il est recommandé de prescrire en première intention une pilule combinée de 1re ou 2e génération. Les autres estroprogestatifs (dont anneaux et patchs) ne devraient être réservés qu'aux cas d'intolérance aux pilules de 1re ou 2e génération et aux femmes pour lesquelles un autre type de contraception n'est pas possible.

➤ Méthodes hormonales-Progestatifs

Celles-ci sont utilisables après la naissance en l'absence des contre-indications suivantes : accidents thromboemboliques veineux évolutifs, saignements génitaux inexplicables, cancers du sein ou de l'utérus, pathologie hépatique sévère actuelle ou ancienne.

Elles peuvent être utilisées seules à partir du 21^{ème} jour post-accouchement quel que soit le mode d'allaitement.

Il existe également plusieurs voies d'administration :

- *la pilule micro progestative* : au lévonorgestrel ou au désogestrel
- *l'implant à l'étonogestrel* : qui est une méthode intéressante pour les patientes qui ont des problèmes d'observance.
- *les injections d'acétate de médroxyprogestérone* (tous les trois mois) : limitées au cas où d'autres moyens contraceptifs ne sont pas utilisables.

Les macroprogestatifs ne possèdent pas d'AMM pour l'indication contraception.

➤ Dispositif intra-utérin (au cuivre ou au lévonorgestrel)

Il est utilisable dans le post-partum, que la femme allaite ou pas, et peut être posé à partir de la fin de la 4^{ème} semaine après l'accouchement dans les deux cas (recommandations de l'OMS). L'orifice externe du col utérin restant perméable jusqu'à la fin de la troisième semaine du post-partum, la pose de stérilet dans les heures qui suivent l'accouchement ou la césarienne est plus souvent source d'échec (car expulsion du DIU plus fréquente).

Les contre-indications au DIU hormonal sont les mêmes que celles des progestatifs.

➤ Méthodes barrières

Ces méthodes ont une efficacité moindre par rapport aux méthodes précédemment citées. Elles nécessitent la motivation des deux partenaires, une bonne compréhension ainsi qu'une utilisation à chaque rapport sexuel afin que son efficacité soit optimale. De plus, compte tenu du taux d'échec, l'éventualité d'une grossesse doit être acceptable par la femme et/ou le couple.

- *Préservatifs (masculins, féminins)*

C'est le moyen de contraception à privilégier si une méthode barrière doit être utilisée en post-partum et si l'on souhaite se protéger des IST.

Il faut informer les patientes du mode d'emploi de ceux-ci ainsi que de la démarche à suivre en cas de rupture/ glissement du préservatif et de la contraception d'urgence.

- *Diaphragme, Cape cervicale, spermicides*

Ils sont inutilisables avant la 6^{ème} semaine après l'accouchement.

L'efficacité du diaphragme et de la cape cervicale est meilleure s'ils sont associés aux spermicides.

Leur taille doit être appréciée par un praticien et être réévaluée après la grossesse.

➤ Méthodes naturelles (MAMA, retrait, méthodes d'abstinence périodique et d'auto-observation)

- *Aménorrhée Lactationnelle (MAMA)*

L'allaitement a un effet contraceptif jusqu'à 6 mois après l'accouchement si les conditions suivantes sont réunies :

- Allaitement exclusif
- Allaitement jour et nuit, 6 à 10 tétées par jour
- Pas plus de 6h entre chaque tétée la nuit, pas plus de 4h le jour
- Aménorrhée persistante

L'OMS recommande de changer de moyen de contraception en cas de retour des règles, réduction de la fréquence et de la durée des tétées et enfin passage à la diversification.

- *Autres méthodes*

Elles sont moins fiables que les méthodes hormonales, mécaniques et barrières, il convient donc que les femmes et les couples qui les utilisent soient conscients du risque de grossesse non désirée et soient donc capables d'accepter cette idée.

➤ Méthodes de stérilisation

Elles sont parfois une réponse appropriée dans certaines situations. Un délai de réflexion de 4 mois est nécessaire entre la demande de l'acte et la réalisation de la stérilisation. Il existe 2 méthodes :

- *La ligature des trompes*
- *La mise en place de dispositif intra-tubaire*

Il est recommandé de les présenter comme irréversibles.

➤ Contraception d'urgence

La HAS insiste bien sur le fait que « la contraception d'urgence n'est pas un dispositif isolé mais une méthode de contraception de « rattrapage » qui s'inscrit dans le cadre général de la santé sexuelle et reproductive ». [12]

Elle recommande d'informer les femmes et les hommes sur les caractéristiques suivantes de la contraception d'urgence : les délais d'utilisation des différentes méthodes, leur mode d'utilisation et les possibilités d'accès.

Enfin, la fiche mémo de l'HAS souligne qu'il est important d'aborder les points suivants lorsque l'on prescrit une contraception :

- **Les modalités d'instauration** de la méthode contraceptive choisie selon la voie d'administration (ex : prise quotidienne au même moment de la journée pour la pilule) ;
- **La conduite à tenir en cas d'oubli** et l'utilisation de la **contraception d'urgence** ;
- **l'efficacité** de la contraception choisie (tableau disponible sur le site de l'HAS)
- **les possibles inconvénients** de cette méthode (ex : mastodynie, trouble du cycle...)
- **les risques de l'utilisation du contraceptif** (risques thromboemboliques veineux et artériels) ainsi que leurs symptômes afin qu'elles puissent consulter rapidement.
- **la nécessité de signaler l'utilisation de la contraception choisie** à toute consultation (prise d'un traitement intercurrent, consultation pour opération chirurgicale, risque d'immobilisation...)
- **la possibilité de faire renouveler une fois leur contraceptif oral** pour une période supplémentaire de 6 mois par le pharmacien ou l'infirmière sur présentation d'une ordonnance datant de moins de 1 an. [11]

2.3. **Recommandations pour une démarche optimale d'aide au choix**

L'INPES a mis à disposition des professionnels de santé (confrontés au sujet de la contraception) un document (émis en mai 2005) intitulé « Comment aider une femme à choisir sa contraception ». [13]

Ce document insiste sur le fait que la contraception, pour être bien acceptée et bien suivie, doit être adaptée à chaque femme (dans son individualité) et choisie par elle-même et/ou le couple en fonction de sa réalité quotidienne. C'est pour cela, qu'il est souvent nécessaire de l'aborder à plusieurs consultations afin de trouver la contraception qui convient le mieux à la femme et au couple.

La littérature a montré que le fait de permettre aux femmes de choisir leur contraception est associé à une meilleure satisfaction et donc une meilleure utilisation et observance de la contraception. [14] Cependant, il est important d'explorer le niveau d'implication souhaité par chacune. L'accord du conjoint pour la méthode contraceptive utilisée a également un impact positif sur le suivi de la méthode. Cela est donc la preuve qu'il est indispensable de considérer le couple dans la démarche contraceptive.

Il existe deux méthodes décrites par l'INPES afin d'aider les femmes concernant le choix de la contraception : *l'approche éducative* ou *la démarche de conseil et d'accompagnement* (« *counseling* »).

L'OMS décrit un modèle de déroulement de consultation et de suivi qu'il a nommé le modèle **BERCER** et qui se déroule en 6 étapes qui sont les suivantes : **Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour**. (ANNEXE 1) [14]

Le counseling consiste à avoir une approche de conseil et d'accompagnement de la patiente, qui va ensuite l'aider à exprimer son choix. Le soignant doit alors garder le plus de neutralité possible par rapport aux démarches abordées. Les bases de cette démarche sont l'empathie envers la personne, le respect de la sexualité, de son attitude, de ses sentiments et de ses besoins.

Quant à la démarche éducative, elle sous-entend un partenariat pédagogique, centré sur la patiente, en la rendant autonome pour sa prise en charge. Elle se fonde donc à la fois sur ce qu'elle est, sur ce qu'elle sait, ce qu'elle croit, ce qu'elle redoute et ce qu'elle espère ainsi que sur ce que le soignant est, sait, croit, redoute et espère.

Pour finir, il faut insister sur le point suivant : **la contraception doit répondre à différents critères** :

- **L'efficacité** : mesurée par l'IP qui correspond au nombre de grossesses pendant l'utilisation de la contraception par 100 couples durant 1 an (1200 cycles de femme).
- **L'acceptabilité** : méthode adaptée et pratique à ce moment de la vie, coût acceptable...
- **La réversibilité** : fécondité normale à l'arrêt de la méthode contraceptive
- **L'innocuité** : risque pour la femme, pour l'environnement...

3. LE SERVICE DE SUITES DE COUCHES DU MANS

3.1. Introduction

Le service de suites de couches accueille les femmes après leur accouchement. Selon l'enquête nationale périnatale de 2010 [15], la durée du séjour en suites de couches est en moyenne de 3 à 4 jours, lors d'un accouchement voie basse. Celle-ci pouvant être raccourcie par l'organisation d'une sortie précoce, à condition que le couple mère-enfant remplisse des conditions médicales et sociales précises et qu'un suivi à domicile soit possible (organisation préalable à la sortie). Cette durée de séjour de plus en plus court pose question sur la qualité et la quantité des informations (notamment de contraception) qui peuvent être abordées lors du séjour ainsi que le niveau de compréhension et de mémorisation des informations utiles par les patientes.

3.2. Organisation du service

Dans le service de suites de couches du Mans, les sages-femmes abordent le sujet de la contraception tout au long du séjour des patientes afin qu'elles disposent d'un maximum de temps pour y réfléchir et poser les questions qui leur viennent à l'esprit.

L'entretien et les conseils de contraception se réalisent la majorité du temps la veille de la sortie, à l'exception des patientes qui bénéficient du programme PRADO qui ont plutôt cet entretien le matin de la sortie.

En effet, les femmes sont davantage reposées par rapport au premier jour suivant leur accouchement, l'allaitement et/ou la relation mère-enfant a pu se mettre en place. D'autre part, il y a pour autre avantage, le fait que cela laisse une journée à la femme pour assimiler les informations et poser des questions.

Pendant cet entretien, doivent être abordées les informations suivantes : des informations complètes (énumérées précédemment) sur les contraceptions possibles pour la patiente en fonction de ses désirs, de ses besoins et de ses habitudes de vie, mais aussi sur le suivi pédiatrique et gynécologique, le retour de couche, le retour à la fécondité, la sexualité du post-partum, les précautions à prendre pour la mère et l'enfant (allaitement, hygiène, alimentation...) ainsi que l'explication des différents papiers administratifs (carnet de santé, prescriptions...). L'entretien aborde donc des informations multiples concernant aussi bien la maman mais aussi le nouveau-né, on peut se demander ce que retiennent les patientes de cet entretien. Un examen clinique complet est également réalisé comprenant un examen général ainsi qu'un examen gynécologique.

Cependant, on peut penser que de nombreux obstacles entrent en jeu dans cet entretien :

- **Le manque de temps** du soignant (du fait du nombre de patientes et de bébés pris en charge ainsi que la variété d'actes à effectuer).
- **Une confiance non optimale** : puisque la patiente sera en relation avec plusieurs sages-femmes pendant leur hospitalisation. Le contact entre patiente et sage-femme est donc moins optimal par rapport à un contact qui serait quotidien ; rendant l'abord de la sexualité, des peurs, des doutes, des sentiments plus difficile.
- **Une disponibilité réduite** : En effet la patiente est souvent accaparée par son bébé. En suites de couches immédiates, les patientes sont souvent plus préoccupées par le bien être de leur enfant, par l'organisation du retour à domicile, par la gestion de leur aîné, par l'organisation des formalités administratives que par la contraception.

Dans de nombreux cas, les patientes ne se sont pas posé la question de la contraception pendant leur grossesse et ne savent donc pas laquelle choisir en suites de couches.

-Les remaniements psychiques des mères : qui se jouent au cours de la grossesse et à la naissance, et qui ont pour but de sensibiliser les mamans aux besoins de leur enfant.

Ainsi beaucoup d'entre elles, ont le sentiment d'être plus mère que femme (en tant qu'amante) et en viennent à négliger ce qui est en relation avec leur réalité de femme.

- **Des défauts de compréhension** : Les patientes ont des niveaux socio-économiques et d'études différents auxquels le professionnel doit s'adapter en utilisant un vocabulaire et un langage qui puissent être compris par celles-ci.

- **L'intimité** : Au CH du Mans, il y a 4 chambres doubles, ce qui sous-entend que les patientes qui y séjournent auront des informations en présence de leur voisine. D'autre part les patientes peuvent être gênées par les pleurs incessants de leur enfant, l'arrivée de leurs visites, les appels téléphoniques (autant pour la patiente que pour la sage-femme).

Pour essayer de pallier à ces obstacles, un groupe de travail sur les conseils de sortie a été créé au CH du Mans. Celui-ci a notamment pour projet, de mettre en place des réunions de groupe (en suites de couches, animé par une sage-femme et une auxiliaire puéricultrice) afin de délivrer les conseils de sortie, à l'exception des informations de contraception (souhait de les donner dans une intimité conservée : tête à tête ou en couple).

3.3. **Compétences et rôles de la sage-femme en matière de contraception** [3] [16] [17]

Depuis quelques années, les compétences des sages-femmes se sont vues élargies. Cette extension de compétences confronte donc les sages-femmes à de nouvelles responsabilités quel que soit leur mode d'exercice : hospitalier, libéral ou de PMI et cela *à différents moments de la vie d'une femme* (consultation post-natale, après une IVG, séjour en suites de couches et lors d'une demande de contraception d'urgence).

Le 21 Juillet 2009, une loi a été adoptée : **la loi HPST**. Celle-ci étend grandement le champ de compétences de la sage-femme. En effet, les sages-femmes sont alors habilitées, par l'article L4151-1 du code de santé publique, à réaliser des consultations de contraception. Cela induit donc que les sages-femmes peuvent dorénavant prescrire les examens complémentaires utiles au suivi de la patiente ainsi que lui proposer différentes méthodes contraceptives possibles dans sa situation.

De plus, l'article L.5134-1 du code de santé publique précise que les sages-femmes peuvent prescrire :

- **Les contraceptifs locaux et hormonaux ;**
- **Les contraceptifs intra-utérins, les diaphragmes et les capes cervicales.**

Elles sont aussi compétentes dans la démarche d'apprentissage de pose du diaphragme ou de la cape, dans la pose des dispositifs intra-utérins et des implants contraceptifs ainsi que dans leurs surveillance et retrait.

Le code de déontologie des sages-femmes [17] exige qu'elles donnent des soins « conformes aux données scientifiques du moment, que requièrent la patiente et le nouveau-né ». Il est donc nécessaire de suivre des formations dans le but de réaliser dans des conditions optimales les actes et les prescriptions entrant dans les nouvelles compétences (Cela est établi dans la loi L 5153-1 sur l'obligation de formation continue).

DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET RESULTATS

1. L'ETUDE

1.1. Problématique

Selon une étude réalisée en 2006 [1], 5% des interruptions volontaires de grossesse surviendraient dans les 6 mois qui suivent une naissance soit environ 11 000 femmes chaque année en France. Ce chiffre élevé témoigne de la situation paradoxale française : en effet la France se trouve être l'un des pays d'Europe où le taux de recours et de diffusion de la contraception est le plus élevé, pourtant le taux d'IVG reste stable à un niveau élevé.

Comment expliquer que durant le post-partum, moment où les femmes reçoivent des informations sur la contraception (en suites de couches et à la visite post-natale), le nombre de grossesses non prévues et d'IVG soit si important ?

Cette étude propose donc de répondre aux questions suivantes. Dans un contexte où la durée d'hospitalisation est de plus en plus courte, les patientes arrivent-elles à assimiler les informations de contraception qui leurs sont données ? Celles-ci sont-elles suffisamment claires et adaptées au moment particulier qu'est le post-partum ? L'hospitalisation en suites de couches est-il le moment le plus opportun pour aborder le sujet de la contraception ?

Les besoins qu'ont les patientes en termes d'informations de contraception sont-ils satisfaits ?

1.2. Hypothèses

Les hypothèses de cette étude sont :

- Les informations données en suites de couches sur la contraception du post-partum sont peut-être insuffisantes ou mal assimilées par les mères.
- L'organisation du service ainsi que la disponibilité des femmes en suites de couches ne sont pas favorables pour donner des informations de contraception de qualité.
- L'hospitalisation en suites de couches n'est peut-être pas le moment le plus opportun pour parler de contraception.

1.3. Objectifs

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la satisfaction ou non des besoins des patientes quant aux informations de contraception qui leurs sont données en suites de couches. Nous avons donc étudié la manière dont celles-ci sont abordées dans le service ainsi que le temps qui leur est consacrées. Cette étude avait donc pour but de trouver des pistes afin de pouvoir adapter notre pratique de manière la plus optimale possible pour répondre aux besoins des patientes.

2. POPULATION ET METHODE

2.1. Type d'étude

Pour réaliser ce mémoire de fin d'étude, une enquête rétrospective qualitative monocentrique par questionnaires a été menée. Les questionnaires ont été distribués au CH du Mans durant une période de 7 semaines, du 22 Octobre 2013 au 6 Décembre 2013.

2.2. Déroulement de l'étude

Dans un premier temps, une demande d'autorisation de diffusion du questionnaire a été effectuée lors d'un entretien avec Mme PILLOT (cadre de santé à la maternité du CH du Mans), qui a transmis celle-ci à la cadre supérieure Mme DELUCHE et au chef de service de gynéco-obstétrique Mme CHEVE.

Le questionnaire était distribué (par les sages-femmes ou par moi-même) à la population cible, dans le service de suites de couches, la veille de leur départ après leur examen de sortie.

Les patientes avaient donc la possibilité de remplir le questionnaire dès leur distribution et cela jusqu'au lendemain. Nous avons choisi cette stratégie afin d'avoir un meilleur taux de participation.

Une lettre de consentement à la participation à l'étude (l'anonymat des patientes étant conservé par la mise en place d'un numéro d'anonymat) ainsi qu'une lettre présentant l'étude et ses objectifs accompagnaient le questionnaire distribué aux patientes. (ANNEXE 3 et 4)

La récupération des questionnaires était réalisée par les aides hôtelières du service de suites de couches, le jour de la sortie, et étaient ensuite déposés dans les pochettes mises à leur disposition dans leurs offices.

2.3. Population étudiée

Les critères d'inclusion :

- Les femmes ayant accouché au CH du Mans durant la période choisie pour mener notre étude.
- Primipares et multipares confondues.

Les critères d'exclusion :

- Les femmes dont l'enfant avait un pronostic vital engagé (hospitalisation en néonatalogie)
- Les femmes ayant eu une hystérectomie d'hémostase
- Les femmes ne parlant pas français

Les critères de non inclusion

- Les femmes ayant refusé de participer à l'étude
- Les enquêtes remplies de manière incomplète (n'étant alors pas exploitables)

2.4. Description du questionnaire

Le questionnaire (ANNEXE 2) était constitué de 30 questions dont la plupart étaient à choix unique (7 sont des questions à choix multiples) et était divisé en quatre parties :

Les Renseignements généraux : Cette partie était composée de 5 questions permettant de connaître l'âge, l'origine culturelle, la situation familiale, le niveau d'étude et la profession des femmes participant à cette étude.

Les antécédents obstétricaux et gynécologiques : Les questions abordaient successivement : la parité, le recours ou non à l'IVG, le nombre d'IVG pour les femmes ayant eu recours à cette intervention, la contraception utilisée avant la grossesse et le niveau de satisfaction de la patiente par rapport à celle-ci et enfin la nature de la survenue de la grossesse (spontanée, induite, prévue, non prévue).

Le séjour en suites de couches : cette partie reprenait l'entretien de contraception en suites de couches (contexte, disponibilité de la patiente...) et avait pour but de rendre compte de la satisfaction des patientes par rapport aux informations données. De plus, elle pouvait éventuellement mettre en lumière les besoins particuliers des patientes par rapport à la contraception.

Connaissances : cinq questions de connaissances étaient posées à la fin du questionnaire. Cette partie visait à évaluer le niveau de connaissances ainsi que ce qui avait été retenu par les patientes.

2.5. Saisie des résultats

Le recueil des données, la saisie statistique et l'analyse statistique ont été réalisés à l'aide du logiciel Microsoft Excel Starter 2010.

3. RESULTATS

3.1. Présentation de la population

La moyenne d'âge de notre population était de 29.6 ans.

Tableau I : critères sociodémographiques de la population étudiée

		Pourcentage (%) (Effectif N=192)
<u>Lieu de Naissance</u>		
Europe		92.7 (178)
Afrique du Nord		2.1 (4)
Amérique du Sud		0.5 (1)
Afrique Subsaharienne		1.6 (3)
Asie		1.0 (2)
Autre		1.6 (3)
<u>Situation familiale</u>		
Mariée		34.9 (67)
En couple		32.3 (62)
Pacsée		25.0 (48)
Célibataire		6.8 (13)
Séparée		0.5 (1)
<u>Niveau d'étude</u>		
Aucun diplôme		3.6 (7)
Brevet des collèges		2.1 (4)
CAP/BEP		20.8 (40)
Brevet professionnel		4.2 (8)
Etudes supérieures courtes	(>BAC)	25.0 (48)
Etudes supérieures longues	(>BAC+2)	44.3 (85)
<u>Profession</u>		
Agricultrice		0.5 (1)
Commerçante/Artisane	Chef d'entreprise	4.2 (8)
Cadre/Profession intermédiaire sup	Médecin/professeur	13.0 (25)
Profession intermédiaire/Cadre moyen		5.7 (11)
Employée		54.7 (105)
Ouvrière		2.6 (5)
Sans activité professionnelle		17.2 (33)
Autre		2.1 (4)

3.2. Point de vue obstétrical et gynécologique

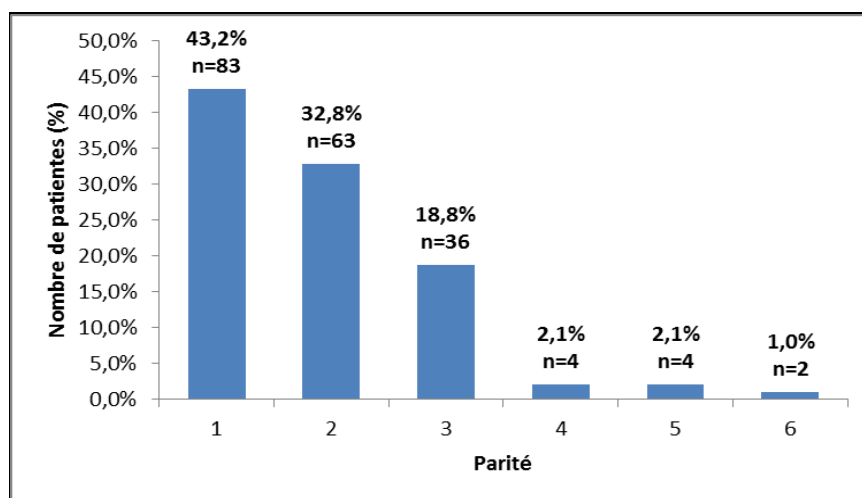


Figure 1 : Répartition de la parité dans la population

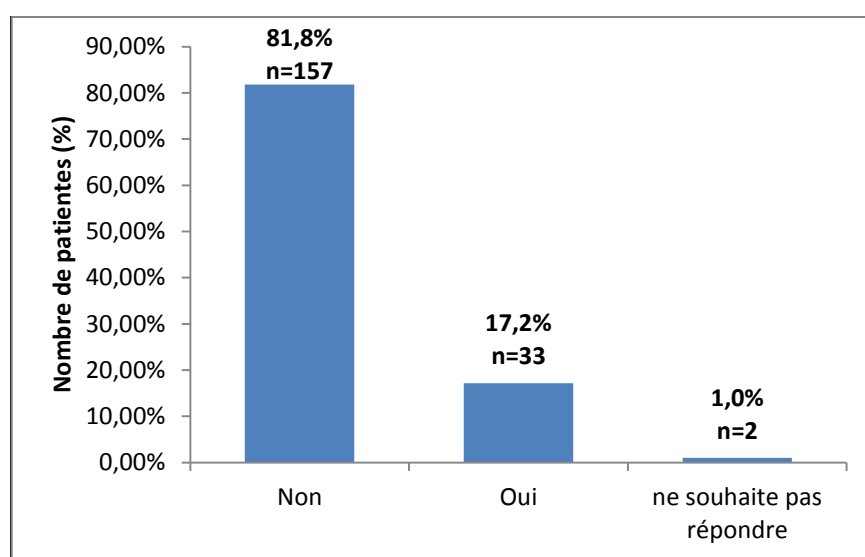
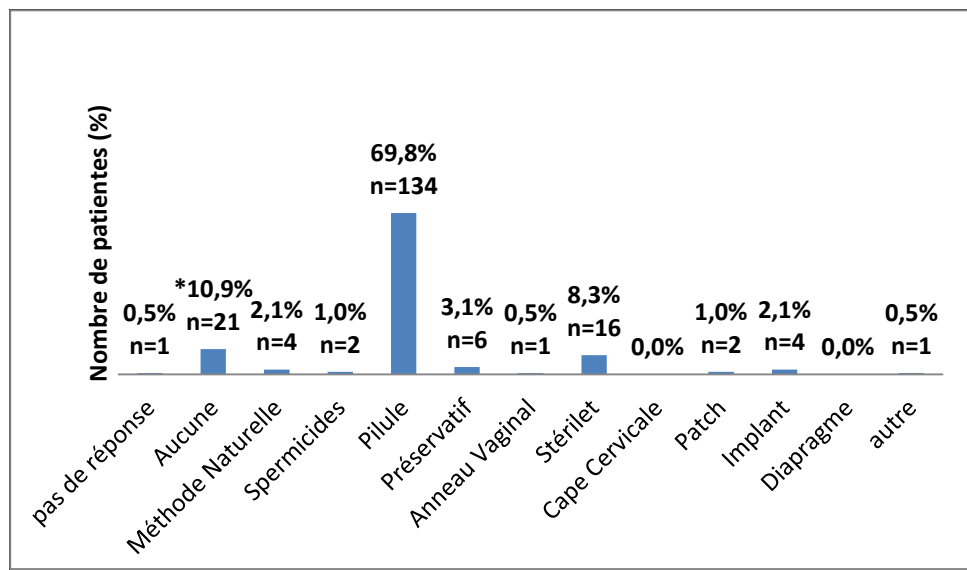


Figure 2 : Nombre de patientes en fonction du recours ou non à l'IVG

Sur les 33 patientes ayant eu recours à l'IVG : 75.8% (n=25) d'entre elles ont dit avoir fait 1 IVG et 24.2% (n=8) 2 IVG ou plus. Quant à la survenue de la grossesse, pour 11.5% (n=22) des femmes celle-ci n'étaient pas prévue contre 83.3% (n=160) pour qui elle était programmée. Notons que 5.2% de la population étudiée (n=10) n'ont pas répondu à la question.

3.3. Contraception

3.3.1. Avant la grossesse



* 3.6% (n=7) des patientes ont débuté une grossesse grâce à l'AMP contre 81.8% (n=157) qui ont débuté leur grossesse spontanément.

Figure 3 : Répartition des méthodes de contraception avant la grossesse

Concernant la satisfaction des femmes par rapport à la contraception antérieure à la grossesse, 86.5% (n=166) d'entre elles se disent satisfaites ou plutôt satisfaites de celle-ci. A l'inverse, 6.3% (n=12) affirmaient qu'elles n'étaient que peu satisfaites voire pas du tout satisfaites de leur contraception passée

3.3.2. Pendant la grossesse

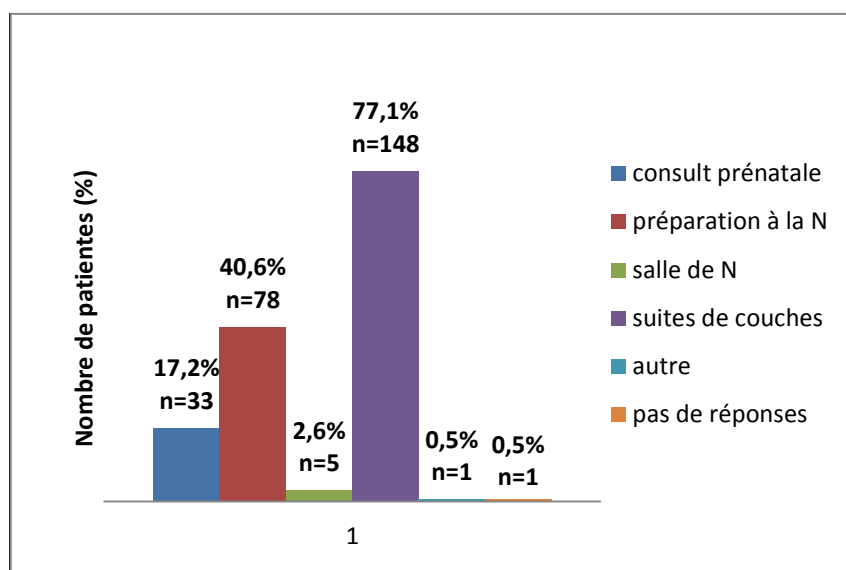


Figure 4 : Moment de la grossesse où a été abordée la contraception

Pour 96.9% (n=186) des femmes, le seul moment où on leur a parlé de contraception a été suffisant et ne sont pas en demande de plus d'informations durant la grossesse. Seules 2 patientes auraient voulu qu'on aborde le sujet de la contraception en prénatal, 2 durant la préparation à la naissance, 1 avant la grossesse et 1 pendant la grossesse (pas de précision du moment précis).

3.4. L'entretien contraception en suites de couches

3.4.1. Déroulement

Tableau II : Professionnel de santé donnant l'information de contraception durant la grossesse et/ou en suites de couches

	Pourcentage (%)	Effectifs (n=159)
Sage-femme	77.4	(123)
Sage-femme libérale	45.9	(73)
Interne	8.8	(13)
Etudiant(e) sage-femme	4.4	(7)
Obstétricien/gynécologue	2.5	(4)
Médecin traitant	0.6	(1)

3.4.2. Durée

La durée moyenne de l'entretien de contraception en suites de couches a été estimée par les patientes à environ **10 minutes** (9.6) (allant de moins de 5 minutes à 30 minutes).

3.4.3. Contexte

En présence de qui ?

65.1% (n=125) des femmes ont répondu être en tête à tête avec le professionnel de santé lors de l'entretien de contraception, 27.1 % (n=52) était en présence de leur conjoint, 3.6 % (n=7) en présence de leur voisine, 1.6% (n=3) en présence de leur visite, 0.5% (n=1) en présence des visites de leur voisine et 0.5% (n=1) en présence du conjoint de leur voisine.

Quand ?

Majoritairement les conseils de sortie étaient donnés pour 47.9% (n=92) des femmes au cours de la matinée, 37% (n=71) lors de l'après-midi et enfin 1.6% (n=3) le matin et l'après-midi.

4.7% (n=9) des patientes déclarent avoir eu les informations pendant une tétée et 2.1% (n=4) pendant les soins ou le bain du bébé.

3.4.4. Support écrit

12.5% des patientes (n=24) ont bénéficié d'un support papier afin d'étayer les informations de contraception.

40.6% (n=78) auraient souhaité avoir une plaquette d'informations sur la contraception contre 44.3% (n=85) des femmes qui n'en voulaient pas, 13.5% (n=26) disaient ne pas avoir d'opinion sur la question.

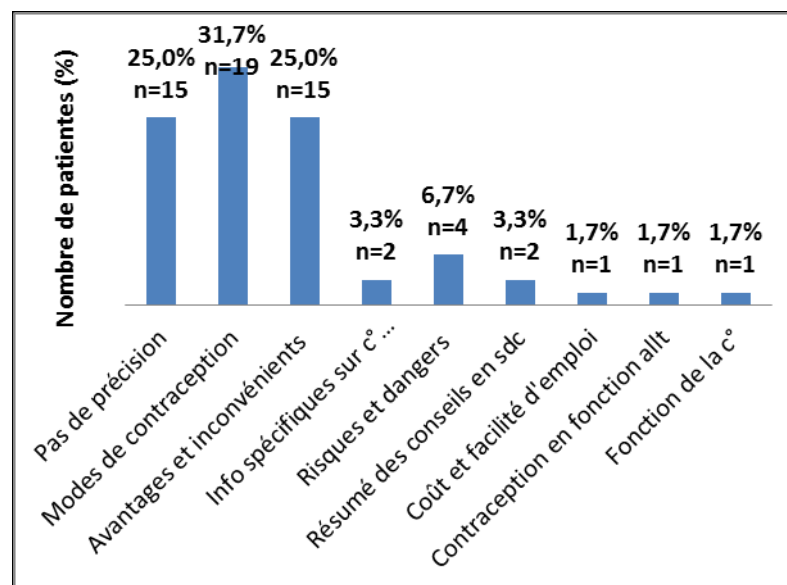


Figure 5 :Nature des informations souhaitées par les 60 patientes désirant une plaquette d'information

3.4.5. Opinion des femmes

Tableau III : Opinion des femmes

	Pourcentage (%) (Effectif (n=192))
<i>Disponibilité des patientes</i>	
Totalement disponible	80.7 (155)
Plutôt disponible	15.6 (30)
Pas très disponible	3.7 (7)
Indisponible	0 (0)
<i>Ecoute du professionnel</i>	
Totalement à l'écoute	90.1 (173)
Plutôt à l'écoute	8.9 (17)
Pas très à l'écoute	1.0 (2)
Pas du tout à l'écoute	0 (0)
<i>Contraception prescrite en sdc</i>	
Envisagée par la patiente	94.3 (181)
Non envisagée par la patiente	4.7 (9)
Envisagée mais à court terme	0.5 (1)
Pas de réponse	0.5 (1)
<i>Liberté à poser des questions</i>	
Oui	87.5 (168)
Non	0 (0)
Patiente n'avait pas de question	11.5 (22)
Patiente n'a pas osé	1.0 (2)
<i>Utilité de l'entretien de contraception</i>	
Très utile	63 (121)
Plutôt utile	32.8 (63)
Peu utile	3.1 (6)
Pas utile	0.5 (1)
Pas de réponse	0.5 (1)

***Eléments qui orientent le choix
contraceptif***

Coût	33.3	(64)
Pas d'oubli possible	42.7	(82)
Facilité d'emploi	67.2	(129)
Pas d'hormones	20.8	(40)
Eviter les IST	7.3	(14)
Ne sait pas	7.3	(14)

***Souhait d'une information plus
longue en sdc***

Oui	21.9	(42)
Non	55.7	(107)
Sans opinion	22.4	(43)

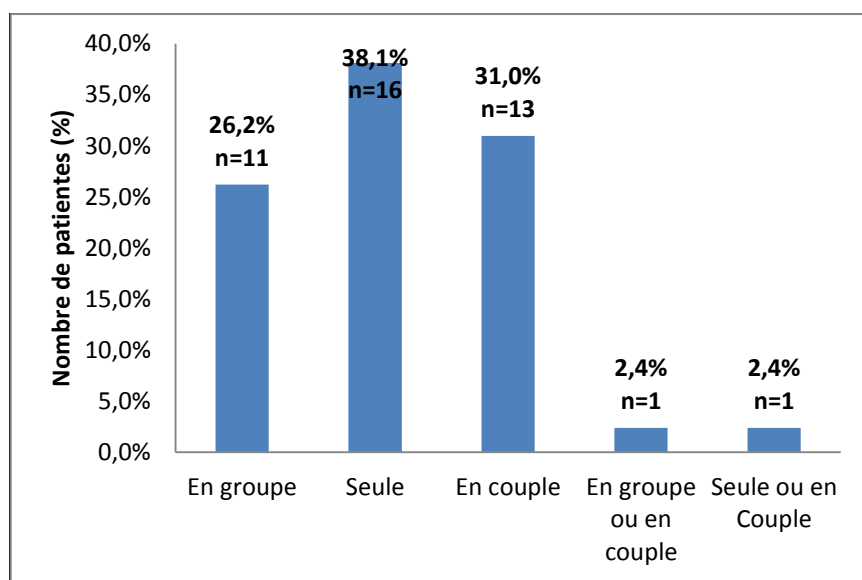


Figure 6 : Manière envisagée par les femmes pour aborder la contraception en suites de couches

Selon les patientes, les moyens contraceptifs dont les professionnels parlent le plus sont : la pilule 71.9% (n=138), le stérilet 60.4% (n=116), l'implant 39.1% (n=75), les préservatifs masculins 16.7% (n=32), l'anneau vaginal 12% (n=23), le patch 8.9% (n=17), les préservatifs féminins 6.3% (n=12).

Les autres moyens étaient abordés plus rarement telles que les méthodes naturelles (n=8), le diaphragme (n=6) et les spermicides (n=3). 12% des femmes (n=23) disaient n'avoir eu aucune information, au contraire 2 patientes ont affirmé avoir eu des informations sur toutes les contraceptions existantes.

3.4.6. Contraception prescrite à la sortie de la maternité

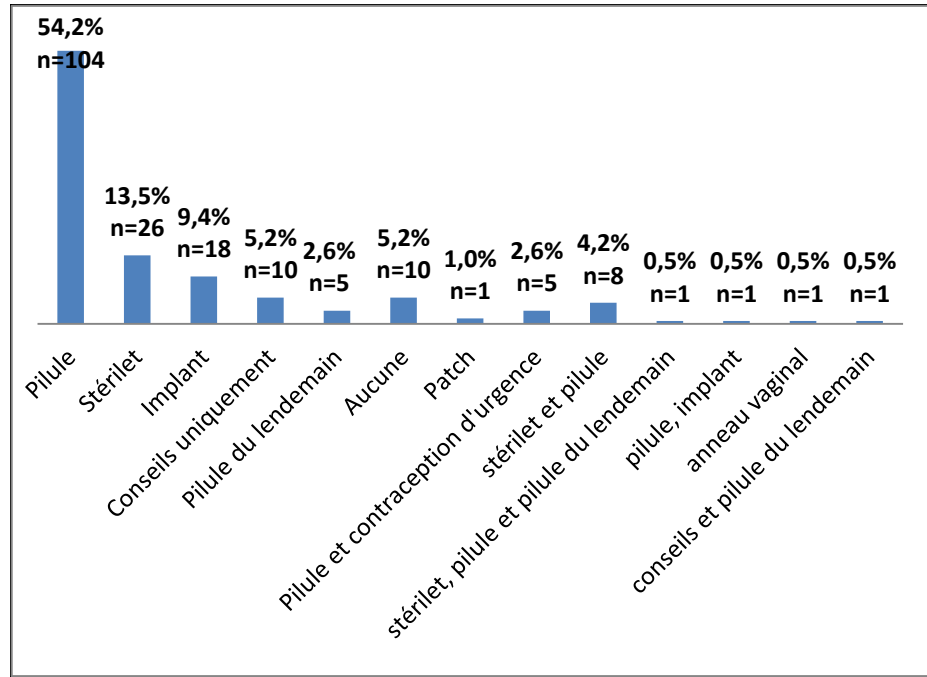


Figure 7 : Répartition de la contraception prescrite en SDC dans la population cible

3.4.7. Evaluation des connaissances des patientes

(Annexe 2)

La question 1 abordait la reprise de la fécondité lorsqu'une femme allaite.

Le taux de bonnes réponses à cette question était de 85.4% (n=164) contre 4.2% (n=8) de mauvaises réponses. 10.4% (n=20) des femmes ne savaient pas répondre à celle-ci.

A la question numéro 2 qui abordait la contraception d'urgence, 87.5% (n=168) des patientes déclaraient connaître celle-ci. Quant au délai possible de prise de cette contraception, 6.8% (n=13) des femmes n'avaient pas répondu malgré la connaissance de cette méthode, 14.1% (n=27) ne savaient pas, 35.9% (n=69) pensaient que celle-ci devait être prise dans les 24h suivant l'oubli.

Ainsi, seulement 14.6% (n=28) des femmes déterminaient ce délai de 72h (3 jours) et 2.6 % (n=5) de 120h (5 jours).

A la question suivante, 77.6% (n=149) des femmes ont répondu qu'une femme pouvait être de nouveau enceinte avant le retour de couche sans contraception. 8.9% (n=17) des patientes pensaient que cela n'était pas possible et 13.5% (n=26) ne savaient pas répondre à cette question.

Puis, on abordait la connaissance ou non des moments où le retour de l'ovulation peut avoir lieu. Seulement 4.7% des patientes (n=9) ont coché toutes les bonnes réponses, 5.7% (n=11) avaient 2 bonnes réponses sur 3, 39.6% (n=76) avaient 1 bonne réponse sur 3.

On constate un taux de non réponses et d'aucunes bonnes réponses élevé dont les valeurs sont respectivement les suivantes : 27.6% (n=53) et 18.8% (n=36).

La dernière question visait à évaluer la connaissance ou non de la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule. 4.2 % (n=8) ont coché toutes les bonnes réponses (ont trouvé la démarche la plus optimale), 10.9% (n=21) 4 bonnes réponses sur 5, 22.9% (n=44) 3 bonnes sur 5, 34.9% (n=67) 2 bonnes sur 5, 22.9% (n=44) 1 seule bonne réponse sur 5.

On constate néanmoins que seulement 3.1% (n=6) des patientes ne savaient pas répondre à cette question.

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

1. LES LIMITES DE L'ETUDE

1.1. Les forces de l'étude

Nous avons obtenu un fort taux de réponse (91.4%) et un faible nombre de questionnaires non exploitables (3). Cela nous a donc permis d'obtenir des résultats significatifs.

D'autre part, le caractère anonyme de ce questionnaire a permis à la population cible de répondre de manière la plus sincère possible aux questions plus intimes.

Cependant quelques biais sont à relever.

1.2. Les faiblesses de l'étude

Biais de sélection : seules les patientes volontaires ont répondu au questionnaire (biais de volontariat) et ceci dans un seul centre hospitalier. Notre étude aurait pu avoir plus de représentativité, si elle avait été étendue au réseau périnatal de pays de la Loire.

Biais de recrutement : en effet, les patientes qui ne parlaient pas français étaient exclues de l'étude. Cependant ces patientes constituent un groupe à risque de mauvaise utilisation de la contraception et de leur non satisfaction du fait de la non compréhension des informations qui leur sont données.

D'autre part, certaines patientes pouvant être incluses dans l'étude, n'ont pas été sollicitées pour remplir le questionnaire par erreur ou oubli d'inclusion par nous-mêmes et les sages-femmes.

Biais d'informations : les patientes n'ont pas été suivies par les mêmes professionnels de santé durant la grossesse, il est ainsi difficile de se rendre compte exactement des informations reçues.

D'autre part, nous avons pris la décision de distribuer le questionnaire la veille et quelques fois le jour de la sortie (lors des sorties précoces) en suites de couches afin d'avoir un meilleur taux de participation, ainsi qu'une meilleure appréciation des critères évalués (les patientes auraient pu ne pas se souvenir de ce qui avaient été dit en suites de couches si on les avait interrogées à distance du séjour à la maternité). Il aurait été intéressant de distribuer les questionnaires à distance afin d'avoir la notion de leur satisfaction une fois qu'elles avaient repris leur contraception (notion d'observance, voir si avec le recul elles changeaient d'avis sur les informations données en suites de couches...).

Malgré un fort taux de participation, ces résultats sont à nuancer du fait du manque de puissance de cette étude.

2. REPRESENTATIVITE DE LA POPULATION ETUDIEE PAR RAPPORT A LA POPULATION GENERALE

Les caractéristiques de la population, incluse dans notre étude, ont été comparées à celles de la population de l'enquête nationale périnatale de 2010. (**Annexe 3**) [15]

2.1. L'âge

La moyenne d'âge de notre population était de 29.6 ans ce qui correspond à celle de la population de référence de l'enquête périnatale qui était de 29.9 ans (en 2008).

2.2. Origine géographique

Dans notre population, on retrouve 7.3% de femmes d'origine étrangère contre 13.4% de la population de référence de 2010.

Cette différence peut être expliquée par le fait que nous n'avons pas fait la différence entre la nationalité Française et Européenne dans les réponses possibles à la question mais aussi par un bassin de population différent.

2.3. Situation familiale

34.9% de notre population était mariée contre 47.3% de celle de l'enquête périnatale. Cette différence peut être expliquée et corrélée avec la baisse des mariages depuis quelques années au profit des unions libres. Cependant, le pourcentage de femmes seules est identique et s'élève à 7.3%.

2.4. Niveau d'étude

Dans notre échantillon, 69.3% des patientes avaient un niveau d'étude supérieur au Baccalauréat contre 61.2% dans la population de référence de l'enquête périnatale. 3.6% des femmes de notre étude n'avaient aucun diplôme (contre 2.4% de l'enquête périnatale)

2.5. Parité

Les résultats de notre étude et de l'enquête périnatale sont comparables.

2.6. Recours à l'IVG

17.2% des patientes, faisant partie de notre population cible, avaient déjà eu recours à l'IVG contre 15.5% dans la population de l'enquête périnatale. Le nombre de recours à l'IVG par patientes est comparable.

2.7. Survenue de la grossesse

Pour 11.5% de notre population, la grossesse n'était pas prévue contre 7.5% de l'enquête périnatale.

3.6% des femmes ont eu recours à l'AMP afin de débiter une grossesse contre 5.5%.

2.8. Contraception antérieure à la grossesse

Le nombre de femmes n'ayant pas de contraception avant la grossesse était de 10.9% dans notre population contre 8.3% dans l'enquête périnatale de 2010. Cette différence peut s'expliquer par le fait d'une incompréhension de la question posée dans le questionnaire (les femmes qui ont mis plus de temps que la moyenne à débiter une grossesse négligent peut être la contraception avant le désir d'un enfant.). Les moyens de contraception les plus utilisés sont la pilule (69.8% dans notre étude contre 80.4% dans l'enquête de 2010), le stérilet (8.3% dans notre étude contre 6.1% dans l'enquête périnatale) et l'implant, patch, anneau vaginal (3.6% dans notre étude contre 2.9% dans l'enquête périnatale).

2.9. Allaitement

Pour ce critère, on trouve une grande différence entre notre étude et l'enquête périnatale de 2010. En effet, dans notre population cible l'allaitement maternel représente 38.5% des femmes et l'allaitement artificiel 50.5% contre à 60.2% d'AM et 31.3% d'AA.

La répartition des patientes pratiquant l'allaitement mixte est, quant à elle, similaire.

3. SATISFACTION DES FEMMES

3.1. Avant la grossesse

On constate qu'une majorité de femmes ayant participé à notre étude (88.4% soit 170 patientes) utilisaient un moyen de contraception avant la grossesse. La pilule était la méthode la plus répandue avec 69.8% (n=134) des femmes. Ce chiffre est un peu plus faible que celui retrouvé dans l'enquête périnatale de 2010 qui s'élevait à 80.4%. [15]

On peut émettre les hypothèses suivantes :

- la confiance des femmes dans la contraception hormonale a peut-être été affectée par le débat sur les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations (Décembre 2012/Janvier 2013) et donc influe sur le nombre de femmes à utiliser ces méthodes ; [18]

- les campagnes d'informations sur la contraception se multiplient (menées par l'INPES), véhiculant l'idée importante d'individualité de chacun dans le choix contraceptif. Cette notion est reprise dans différents slogans « A chacun sa contraception », « la meilleure contraception c'est celle que l'on choisit ». Ceci a pour but de lutter contre les parcours contraceptifs stéréotypés et en particulier l'utilisation trop systématique des pilules, qui ne sont pas adaptées dans certaines situations. [18][19][20]

Cependant, 10.9% des patientes de notre population révèlent ne pas avoir de contraception avant la grossesse. Ceci est à analyser avec prudence. En effet, cette valeur élevée peut être due à un biais de compréhension de la question « Quelle contraception utilisiez-vous avant d'être enceinte ? ». Ainsi les femmes qui ont arrêté leur contraception un long moment avant la grossesse n'ont peut être pas signalé leur ancien moyen de contraception. D'autre part, 3.6% (n=7) des femmes sont passées par l'AMP, elles constituent un groupe qui, probablement, n'avait pas de contraception du fait de leur stérilité.

L'évaluation de la satisfaction des femmes par rapport aux informations données sur la contraception antérieure a ensuite été réalisée. Ainsi, 86.5% (n=166) d'entre elles se disaient satisfaites ou plutôt satisfaites. Néanmoins, 12 patientes n'étaient que peu satisfaites voire pas du tout satisfaites (10 avaient pour contraception une pilule, 1 aucune et 1 un stérilet). Il aurait été intéressant de connaître les raisons de cette insatisfaction afin de pouvoir proposer des solutions pour y pallier et pouvoir enrichir nos informations.

3.2. Pendant la grossesse

L'HAS met l'accent sur l'importance « d'aborder la contraception et d'informer les femmes sur les méthodes possibles au cours de la grossesse et de la proposer en post-partum immédiat », dans la fiche mémo basée sur les recommandations les plus récentes. [11]

Plusieurs études ont démontré que le fait d'aborder la contraception avec les patientes à plusieurs moments de la grossesse augmente la qualité, l'efficacité des informations données ainsi que la satisfaction des mamans [8][13][21][22][23]. Cependant, on constate que seulement 73 patientes (38%) ont bénéficié de renseignements sur la contraception à 2 moments différents (pendant la grossesse et en suites de couches) et que 4 personnes (2.1%) de notre population les ont eus à trois moments différents.

De plus, seules 77.1% (n=148) de notre population disaient que ce sujet a été traité en suites de couches alors qu'elles ont toutes accès à cette information avant la sortie. Comment analyser ce phénomène ? Ceci est peut-être dû au fait que les femmes ne savaient ou ne comprenaient pas la signification du terme « suites de couches » ou encore que l'entretien dans le service a été si rapide qu'elles ne l'ont pas assimilé comme tel.

Enfin, pour 40.6% (n=78) des femmes, on a parlé de la contraception durant les cours de préparation à la naissance et 17.2% (n=33) en consultation prénatale (malheureusement, on ne peut pas savoir si ce sujet de santé publique est abordé pour toutes les femmes qui suivent les cours de préparation puisque qu'aucune question n'abordait le nombre de patientes bénéficiant des cours de préparation à l'accouchement). Or, ces moments semblent primordiaux, comme on l'a dit précédemment, pour introduire le sujet de la contraception. En effet, cela laisse à la femme le temps d'y réfléchir, de se renseigner et de l'intégrer. Les cours de préparation à la naissance permettent l'interaction avec d'autres mamans et donc un partage de leurs propres expériences (permettant l'abord de questions générales : fonctionnement d'une contraception, avantages et inconvénients...) et la consultation prénatale plutôt la prise en compte de l'individualité de la femme (antécédents, mode de vie, contraceptions antérieures, échecs de contraceptions...).

Bien que nos constatations nous orientent vers un manque d'informations durant la grossesse, les patientes, dans leur majorité, ont estimé qu'on leur en avait assez parlé puisque 96.9% d'entre elles (n=186) ont répondu négativement à la question « Auriez-vous préféré qu'on vous en parle à un autre moment ? ».

3.3. Dans le service de suites de couches : l'entretien de contraception

Les suites de couches immédiates sont un moment qui paraît indispensable pour donner les conseils de contraception, mais aussi pour la prescrire, par le fait que la majorité des femmes ne reverront aucun professionnel de santé avant la visite post-natale (6 à 8 semaines après l'accouchement). Or, la reprise des rapports sexuels se fait généralement 6 semaines après la naissance [7], la mise en place d'une contraception à la sortie de la maternité est donc capitale pour la prévention des grossesses non désirées dans le post-partum.

Malgré cela, plusieurs obstacles peuvent intervenir et jouer sur la qualité de cet entretien. En effet, celui-ci a souvent lieu le troisième jour de l'hospitalisation, jour où advient généralement la montée laiteuse, le « baby-blues », l'appréhension des mamans face à la prise de poids ou non du bébé, l'empressement des femmes à rentrer chez elle....Est-ce le moment le plus opportun ?

3.3.1. Déroulement de l'entretien de contraception

Le temps moyen de l'entretien de contraception en suites de couches était de 10 minutes environ. Il aurait été intéressant de demander aux patientes si la durée de l'entretien les avait satisfaites. Cette durée est similaire aux résultats trouvés dans certaines études [33] [34].

Le contexte de l'entretien était le suivant : pour 65.1% (n=125) des femmes, cet entretien a eu lieu en tête à tête avec le professionnel et pour 27.1% (n=52) en la présence de leur conjoint. Les conditions d'intimité propices pour ce genre d'entrevue étaient alors respectées dans 92.2% des cas (le peu de chambres doubles au CH du Mans est bénéfique car l'intimité est ainsi mieux respectée). Le point positif est le fort taux de dialogue se passant en toute intimité et qui permet au professionnel d'établir la relation de confiance avec la patiente.

La valeur du nombre de femmes ayant eu les informations en présence de leur conjoint est intéressant puisqu'il est assez élevé mais des progrès restent à effectuer pour inclure le plus possible le conjoint dans le choix contraceptif (en réalité difficile puisque les papas sont peu disponibles du fait de leur travail). En effet, selon l'étude de l'INPES menée en 2011 [14], il est préférable d'avoir l'avis et l'accord du conjoint sur le moyen de contraception qui sera choisi en post-partum (meilleure observance et satisfaction).

Pendant cet entretien, les moyens de contraception dont on parle le plus sont : la pilule 71.9% (n=138) des femmes en ont entendu parler en suites de couches, le stérilet (60.4% (n=116)), l'implant (39.1% (n=75)) et le préservatif masculin (16.7% (n=32)). Les autres moyens (en particulier les moyens locaux, l'anneau vaginal, le patch et les injectables) sont abordés plus rarement en suites de couches. Cette constatation est similaire avec une étude menée également en suites de couches au CH du Mans en 2004 [32]. Il aurait été pertinent de savoir si, lors de cet entretien, il avait été abordé la contraception d'urgence.

De plus, comme le rappelle les recommandations de l'HAS, il est important d'utiliser la méthode **BERCER (annexe 1)** afin de mener une discussion de qualité. Ceci passe entre autre par une étape de recueil d'informations et d'expression des sentiments et des besoins de la femme, permettant de rendre compte de leur réalité quotidienne.

De même, l'abond de la reprise des rapports sexuels et des difficultés que le couple peut rencontrer dans le post-partum, ainsi que le retour à la fécondité est essentiel. Il aurait été enrichissant de voir si ces recommandations étaient suivies et de connaître l'avis des femmes sur la pertinence de ces informations.

Quant aux moyens de contraception prescrits, on remarque le faible taux de prescription de la contraception d'urgence puisque cela concerne seulement 6.2% des patientes. Pourtant les recommandations insistent sur le fait qu'il faut d'une part informer les patientes sur cette méthode de rattrapage, et d'autre part proposer une ordonnance de celle-ci [12]. Dans certains cas à risque de grossesses non désirées [24] (puisque qu'aucune contraception n'est prescrite), soit 10.4% (n=20) des femmes, la méthode de rattrapage n'a pas été prescrite. On peut étendre cette constatation, aux méthodes contraceptives autres qu'orales, puisqu'il existe un délai sans couverture contraceptive (le stérilet est souvent posé à la consultation post-natale...). Cependant, il ne faut pas négliger la part des femmes qui ont entendu parler de cette contraception d'urgence mais qui n'en souhaitaient pas la prescription (aucunes questions dans notre questionnaire n'abordaient précisément les raisons de la non prescription de celle-ci : non souhait des femmes, pas d'information sur celle-ci...ce qui biaise notre constatation).

Dans notre population, 26 patientes ont optées pour un stérilet et 18 patientes pour un implant. Ces méthodes, bien qu'intéressantes pour les femmes ayant de problèmes d'observance, ne sont souvent pas posées dans le service de suites de couches (seulement 10 patientes, ont eu une prescription de contraception transitoire avant la pose de ces moyens). On peut se demander si elles se le feront poser et dans quel délai.

Enfin, nous avons pu observer, durant notre étude, que la prescription de contraception se faisait par le biais d'ordonnances informatisées très riches en informations. En effet, pour la méthode prescrite était rappelé son mode d'utilisation et une ressource internet « choisirsecontraception.fr » à laquelle les femmes pouvaient se référer en cas de questions à domicile, ce qui est recommandé par l'HAS. [11]

3.3.2. Opinion des patientes sur l'entretien

a) Qualité de l'entretien

Dans la littérature, on retient l'idée majeure que pour mener un entretien de manière optimale, il faut qu'il s'établisse une véritable relation de confiance entre le soignant et la femme.

Cela sous-entend qu'il faut que la femme soit disponible (pour une bonne assimilation) mais aussi qu'elle sente que le soignant soit à son écoute.

Ainsi, 7 patientes ne se disaient pas très disponibles pendant l'entretien. On peut donc en déduire, qu'elles étaient moins réceptives, qu'elles seront sûrement moins satisfaites et qu'elles auront retenu moins de choses que si elles avaient été disponibles.

L'évaluation de la qualité d'écoute du professionnel par les femmes était bonne. 2 patientes ont jugé que le soignant n'était pas très à l'écoute. Cela coïncide avec les résultats que l'on a obtenus sur la liberté de femmes à poser des questions, puisqu'aucune patiente n'a répondu négativement, 2 patientes n'ont pas osé poser de question.

Quant à la qualité des réponses données, 1 personne seulement l'a qualifiée de partielle, les autres patientes trouvant les réponses claires ou n'avaient pas de questions.

b) Utilité et respect du choix contraceptif

Globalement, les patientes trouvent ce moment pour parler de contraception très utile ou plutôt utile (184 d'entre elles soit 95.8%).

9 femmes ont dit que la contraception prescrite en suites de couches n'était pas celle qu'elles avaient envisagée. Pour le reste des patientes, la contraception prescrite correspondait au désir de celles-ci, ce qui correspond aux recommandations et aux différentes études [11][12][13]. Celles-ci indiquent que la satisfaction des patientes est liée à leur participation active dans le choix contraceptif.

c) Besoins des patientes

Différentes questions ont été posées dans cette enquête afin de voir si ce que l'on proposait en matière d'informations était suffisant, et le cas échéant pouvoir réadapter notre prise en charge afin de satisfaire les mamans.

Ainsi, 42 femmes (21.9%) ont émis le souhait d'une information plus longue en suites de couches. On peut donc dire que ce souhait n'est pas partagé par la majorité des femmes puisque cela ne représente que 1/5 de notre population. Cependant, 43 patientes n'avaient pas d'opinion sur ce sujet, comment interpréter cela ? Est-ce dû à des préoccupations qui sont éloignées de ce sujet ?

Ce discours sur la contraception est-il trop précoce pour ces femmes qui se considèrent souvent plus mères que femmes ?

Plusieurs manières d'aborder la contraception en suites de couches étaient alors proposées et ont été choisies par ces 42 femmes : un entretien individuel (n=16), en couple (n=13) ou une réunion en groupe (n=11). On remarque donc une certaine homogénéité des réponses et pas de réelle préférence pour une des propositions.

Nous avons aussi cherché à savoir si un support écrit intéresserait les patientes. En effet, l'étude de Johnson [25] montre que la distribution de supports écrits sur la contraception du post-partum augmente la capacité des femmes à prendre une décision.

Or, les femmes de notre population étaient assez demandeuses : 40.6% (n=78) d'entre elles en sachant que 13.5% (n=26) étaient sans avis sur la question.

Les informations souhaitées sur la plaquette sont les différents modes de contraception possibles en post-partum (n=19), les avantages et les inconvénients (n=15), une partie des patientes n'ont pas précisé ce qu'elles souhaitaient (n=15).

Enfin, nous nous sommes intéressés aux éléments qui orientent le choix contraceptif des patientes. Pour une grande partie d'entre elles la facilité d'emploi est essentielle (67.2% n=129), vient ensuite l'absence d'oubli possible (42.7% n=82). Ceci est un peu paradoxal avec ce que l'on constate puisqu'une grande partie d'entre elles avait pour contraception la pilule (les moyens contraceptifs correspondant à ces critères le stérilet et l'implant, sont peu utilisés) moyen de contraception qui ne correspond pas à ces critères. Ce phénomène est bien décrit dans le dossier de presse de l'INPES de 2011 [14]. On peut alors se demander si ces femmes ont participé au choix de leur moyen de contraception antérieure puisque celui-ci ne correspond pas à leurs critères de choix.

Le coût est aussi un élément qui oriente le choix puisque 33.3% (n=64) des femmes étaient concernées.

3.4. Conclusion

Globalement, les patientes paraissaient satisfaites de l'entretien de contraception en suites de couches, puisqu'elles estimaient (en majorité) que celui-ci était utile, et qu'elles n'étaient pas particulièrement demandeuses d'informations plus longues ou sous une autre forme.

Ce constat est en accord avec celui de l'étude INPES BVA « Les Français et la contraception » qui révélait que la quasi-totalité des utilisateurs d'un moyen de contraception étaient satisfaits (95 %) et même très satisfaits (79 %) du moyen qu'ils utilisaient [28]. D'autres études soulignent également ce taux de satisfaction [26][27].

Toutefois, une brochure d'informations sur les contraceptions possibles en post-partum, paraît être une ressource utile pour une partie des patientes (à laquelle elles pourraient se référer pour avoir une vision globale de ce qui est possible et pouvoir se décider sur une contraception).

Un score de satisfaction sur les informations données nous aurait permis d'évaluer de manière plus précise ce niveau de satisfaction. De plus, peut être que le fait d'opter pour une autre méthode d'étude, et plus particulièrement les entretiens semi-directifs (plutôt que les questionnaires), nous aurait permis d'appréhender plus précisément les besoins des femmes en matière de contraception et comprendre ce qui pourrait nuire à la bonne satisfaction de celles-ci. Ces entretiens auraient mieux pris en compte l'individualité de chaque femme (on aurait donc eu la même démarche que ce qui est recommandé pour mener un entretien de contraception), chose qu'avec un questionnaire il est difficile de réaliser (puisque'il y avait une trame de questions avec des propositions de réponses afin que celui-ci ne soit pas trop compliqué et long à remplir).

Bien que les mamans semblent satisfaites des informations en suites de couches, on peut se demander ce qu'elles retiennent de cet entretien et quel est leur niveau de connaissance.

Une constatation appuie ce questionnement : le taux assez élevé de recours à l'IVG dans notre population (17.2%) ainsi que celui de la survenue de grossesses non prévues (11.5%). Ce phénomène serait-il lié à des connaissances approximatives de la physiologie féminine et de l'utilisation des moyens contraceptifs ?

4. EVALUATION DES CONNAISSANCES DES FEMMES

Nous nous sommes interrogés sur ce que retenaient les femmes des conseils et informations donnés en suites de couches. Nous avons donc formulé 5 questions qui abordaient successivement des connaissances qu'il est indispensable que les femmes aient à leur sortie de maternité afin de prévenir les grossesses non désirées.

La première question abordait la reprise de la fécondité chez une femme qui allaite, on constate que 20 femmes ne savaient pas répondre à la question et que 8 ont donné une mauvaise réponse.

Nous avons ensuite évalué la connaissance ou non de la contraception d'urgence. Malgré le nombre élevé de femmes sachant ce qu'était la contraception d'urgence (n=168), 6.8% n'ont pas mis le délai maximum pour celle-ci (la connaissent-elles vraiment ?).

On remarque que le délai de prise maximale de cette contraception d'urgence est mal connu. En effet, seulement 28 (14.6%) femmes l'ont estimé à 72 h (5% des françaises dans le dossier de presse de 2007 de l'INPES). [29]

Cela peut être lié au faible taux de prescription de celle-ci en suites de couches et donc à des informations données sur celle-ci non systématique ou trop faible. Cependant, l'abord de la contraception d'urgence nous paraît indispensable, puisque beaucoup de femmes à leur sortie de suites de couches n'ont pas de contraception, et donc sont à risque de l'utiliser. De plus, les femmes prenant la pilule auront un rythme de vie modifié avec l'arrivée du bébé, ce qui peut être source de plus d'oublis.

Quant à la connaissance du possible retour à la fécondité avant le retour de couches, sans contraception, 77.6% en étaient conscientes.

Le nombre de femmes ne sachant pas ou pensant qu'il n'est pas possible d'être de nouveau enceinte avant le retour de couches est assez élevé (n=43) et nous questionne.

Une question encore plus précise était posée par la suite sur les moments où l'ovulation était possible et seules 9 patientes ont coché toutes les bonnes réponses. Presque la moitié des femmes (49.5% (n=95)) ne savaient pas répondre, n'avaient pas de bonnes réponses ou avaient des réponses bonnes mais aussi fausses.

Enfin, on demandait quelle était la démarche à suivre en cas d'oubli de pilule (puisque'on savait qu'une majorité de femmes prenait la pilule avant la grossesse). Nous repérons que seules 4.2% d'entre elles auraient eu la conduite recommandée par l'HAS (conduite entière).

Ces constats ont pu être biaisés par une mauvaise compréhension des questions par les femmes ou pour les deux dernières questions par le fait qu'elles étaient à choix multiples (questions auxquelles elles n'ont peut-être pas l'habitude de répondre). De plus, on ne sait pas quelles étaient leurs connaissances avant la grossesse.

Cependant, l'étude « Les français et la contraception » [29] montre que malgré une utilisation répandue des moyens contraceptifs, des représentations erronées sur la contraception persistent ainsi que des nombreuses lacunes concernant le cycle féminin et l'utilisation de la contraception.

Un mémoire de fin d'étude de sage-femme, intitulé « Connaissance et méconnaissance du corps des femmes par les femmes », révélait une réelle méconnaissance ou mal connaissance de l'anatomie féminine et du fonctionnement des organes génitaux. De plus, les notions de base qui permettent de comprendre la physiologie de la femme (cycle féminin, hormones...) et le fonctionnement du corps n'étaient connues que de manière approximative.

4.1. Conclusion

Ces résultats posent question puisque ces mamans sont censées avoir eu ces informations en suites de couches et celles-ci étaient très récentes puisque les questionnaires étaient distribués peu de temps après l'entretien.

On peut admettre les hypothèses suivantes :

-l'organisation du service de suites de couches ne permet pas de donner une information de qualité. En effet, nous avons observé que la durée moyenne des entretiens de contraception était de 10 minutes. Est-ce suffisant ?

-le moment de suites de couches n'est peut-être pas le moment le plus adapté pour délivrer ce genre d'informations. En effet, beaucoup de femmes ne savent pas quelle contraception choisir par manque de réflexion sur ce sujet pendant la grossesse (pensant qu'il n'y a pas d'urgence et n'étant pas dans cet état d'esprit de choix contraceptif mais plutôt dans la préparation de l'arrivée de bébé...) mais aussi par la certitude qu'elles n'auront pas de rapports sexuels avant la visite post-natale (étant centré sur leur rôle de maman plutôt que de femme).

-Beaucoup de femmes n'ont pas eu d'informations répétées sur la contraception du post-partum, cela rendant l'assimilation de celles-ci plus difficiles pour les patientes comme le démontre l'étude de Glasier. [22]

5. PROPOSITION D'ACTIONS

Au vu des résultats que l'on a obtenus lors de cette étude, nous avons élaboré les propositions suivantes afin d'améliorer l'information sur la contraception du post-partum :

- **Aborder le sujet de la contraception à plusieurs reprises** lors de la grossesse et du post-partum (consultation prénatale, préparation à la naissance, suites de couches et visite post-natale) afin d'avoir une meilleure facilité au choix contraceptif en suites de couches ainsi qu'une meilleure assimilation des informations données.

- **Elaborer un support écrit** sur les contraceptions possibles dans le post-partum en fonction de l'allaitement, sur la contraception d'urgence et sur la démarche à suivre en cas d'oubli de contraceptif. Des rappels sur ce qu'est le retour de couches, le retour de la fécondité, la sexualité nous paraissent également importants.

Ce document pourrait être distribué le premier jour de l'hospitalisation, cela laissant le temps aux femmes d'intégrer les contraceptions existantes et de faire un choix. De plus, cela constituerait un document auquel elles pourraient se référer à la maison.

Une plaquette d'informations, que nous avons effectuée, a été proposée à la cadre Sage-femme de suites de couches et a été transmise à l'ensemble des participants au groupe de travail sur les conseils de sortie en suites de couches. (**Annexe 6**)

- **Réaliser l'entretien selon la méthode BERCER**, en intégrant bien l'individualité de la femme (dans son mode de vie, ses croyances, ses antécédents médicaux, ses expériences contraceptives passées ...).
- **Evaluer les connaissances des femmes avant la sortie** et réadapter les informations en fonction des résultats.
- **Proposer une contraception d'urgence de manière plus systématique** d'autant plus quand les femmes repartent sans contraception et évaluer leur connaissances sur l'utilisation, le délai de prise...
- **Mener une étude par le biais d'entretiens semi-directifs** afin de cibler ce qui est important pour les femmes en matière de contraception en respectant l'individualité de chaque femme.
- **Proposer une réunion d'information en prénatal** à la maternité sur le thème de la contraception en abordant l'anatomie féminine, la physiologie, la fécondité et la sexualité après un accouchement et enfin les différents moyens contraceptifs envisageables en post-partum (fonctionnement, avantages, inconvénients...)

Conclusion

Ce qui semble fondamental lors de la délivrance des informations en suites de couches est le respect et la prise en compte de l'individualité de chaque patiente. Il est important de personnaliser cet entretien contraceptif ; en fonction de l'histoire de la patiente et du couple, de ces antécédents, de son mode de vie ... ; en employant les recommandations de l'HAS sur la manière de mener celui-ci (méthode éducative ou counseling).

Lors de cette étude, nous avons constaté que la majorité des femmes avaient reçu des informations, concernant la contraception du post-partum, et étaient satisfaites de celles-ci. En effet, elles ont estimé, pour la plupart, avoir bénéficié d'une bonne écoute du professionnel de santé ayant effectué l'entretien et se disaient disponible lors de celui-ci. Quant à la qualité de cette entrevue, elle avait lieu très fréquemment dans un contexte favorable (intimité respectée) puisque une majorité de femmes s'étaient retrouvées seules avec le soignant ou en la présence de leur mari. De plus, selon ces patientes, la liberté à poser des questions était respectée et les réponses à ces interrogations étaient claires. Enfin, on a pu remarquer que les mamans n'étaient pas spécialement demandeuses d'informations plus longues en suites de couches et donc ne jugeaient pas nécessaire une autre prise en charge.

Toutefois, les patientes étaient intéressées par un support papier auquel elles pourraient se référer facilement, dont elles pourraient avoir accès rapidement lors du séjour pour y penser un peu avant les conseils de sortie.

Cependant, alors qu'il est démontré et recommandé d'aborder le sujet de la contraception à plusieurs reprises durant la grossesse (afin que les femmes assimilent plus facilement les informations et soient plus satisfaites), cette stratégie n'est pas encore très répandue.

De plus, cette étude nous a permis de mettre en évidence le manque de connaissances, notamment sur le retour de la fécondité, la contraception d'urgence et la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule. Cela pose question sur leur capacité d'assimilation en suites de couches puisque celles-ci sont centrées sur leur enfant. On peut donc dire que le moment où est abordée la contraception n'est pas le moment le plus propice à l'intégration de ces informations, puisque à priori elles n'en retiennent qu'une partie.

Enfin, on a remarqué que les femmes se disaient satisfaites bien que leurs critères de choix de contraception ne correspondaient souvent pas à leur contraception antérieure ou à celle prescrite en suites de couches.

Ces constats nous amènent à conclure qu'il faut insister sur le fait de la multiplication des sources et des moments de l'information, l'implication du conjoint (encore trop peu souvent observé) ainsi que sur l'importance de choisir la contraception en fonction de son mode de vie.

Enfin, il aurait été intéressant de connaître la satisfaction de ces femmes à distance de ce séjour en suites de couches. Ceci, aurait permis d'évaluer celle-ci de manière plus précise puisque les femmes l'auraient utilisée et auraient plus de recul pour dire si elles sont satisfaites de ce que l'on leur avait dit en suites de couches et si elles avaient toutes les informations nécessaires pour l'utilisation de la contraception.

Bibliographie

- [1] Mulet F, Descamps P. Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale, Contraception du post partum et du post abortum. Paris; 2006 nov
- [2] Aubeny, E. « Actualité en contraception. 14es journées nationales d'études sur l'avortement et la contraception » ANCIC 2001 (s. d.): 207-209.
- [3] « Loi HPST : les nouvelles compétences » no 21. Contact sages-femmes. La lettre du conseil de l'ordre (octobre 2009).
- [4] Lansac, J, Berger C, et Magnin G. « Les suites de couches et leurs pathologies ». In Obstétrique, 413. 5ème éd. Pour le praticien. Masson, 2008.
- [5] Cabrol, D, JC Pons, et F Goffinet. Traité d'obstétrique. 1ère éd. Médecine-sciences. Flammarion, 2005.
- [6] Horovitz, J., F. Coatleven, D. Roux, et F. Vandenbossche. « Suites de couches normales et pathologiques (hors syndromes neuroendocriniens) ». EMC - Obstétrique 6, no 1 (janvier 2011): 1-14. doi:10.1016/S0246-0335(11)52498-6.
- [7] Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. « Fiche action n°17 : Couple, sexualité et contraception », 2010. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3q.pdf>.
- [8] Robin, G, P Massart, F Graizeau, et B Guérin du Masgenet. « Postpartum birth control: State-of-the-art » 36, no 6. Gynécologie, obstétrique et fertilité (juin 2008): 603-615.
- [9] Serfaty, D. Contraception. 3ème éd. Masson, 2007.
- [10] Loisel. « Importance de la réhabilitation de la sexualité dans le postpartum ». In Périnée et maternité, 336. 2ème éd. Grands sujets. ELPEA, s. d.

- [11] « Fiche Mémo Contraception chez la femme en post-partum ». HAS, juillet 2013.
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-postpartum.pdf>.
- [12] « Recommandations en santé publique - Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance ». Haute Autorité de Santé, avril 2013.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/contraception_durgence_-_synthese_et_recommandations.pdf.
- [13] « Comment aider une femme à choisir sa contraception ? » Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, septembre 2013.
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf>.
- [14] « CONTRACEPTION : Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? » Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, octobre 2011.
<http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf>.
- [15] Les MATERNITÉS en 2010 et leur évolution depuis 2003. Enquête Nationale Périnatale. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, juillet 2010.
- [16] Gomez, C. « La contraception : quel rôle pour la sage-femme ? Incidences des nouvelles dispositions légales » 6, no 2. La revue Sage-femme (juin 2007): p74-89.
- [17] « Code de déontologie des sages-femmes | Legifrance ». Consulté le 6 mars 2014.
<http://legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072635&dateTexte=20040807>.
- [18] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. « Conférence de presse Mise en œuvre de la politique sur la contraception Lancement de la campagne de communication », 15 mai 2013.
<http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/13/dp130515.pdf>.
- [19] « Contraception - Les ressorts de la campagne 2013 », no 94. Équilibres, la lettre de l'Inpes (juin 2013).
http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/equilibre/numeros/94/contraception_les_ressorts_de_la_campagne_2013.asp.

- [20] Inpes. « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit », 2007.
<http://www.inpes.sante.fr/70000/cp/07/cp070911.asp>.
- [21] Smith, K B, Z M van der Spuy, L Cheng, R Elton, et A F Glasier. « Is Postpartum Contraceptive Advice given Antenatally of Value? » *Contraception* 65, no 3 (mars 2002): 237-243.
- [22] Glasier, A F, J Logan, et T J McGlew. « Who Gives Advice about Postpartum Contraception? » *Contraception* 53, no 4 (avril 1996): 217-220.
- [23] Di Giacomo, Patrizia, Alessia Sbarlati, Annamaria Bagnasco, et Loredana Sasso. « Woman's Contraceptive Needs and Preferences in the Postpartum Period: An Italian Study ». *Journal of Clinical Nursing* 22, no 23-24 (décembre 2013): 3406-3417. doi:10.1111/jocn.12432.
- [24] Rouanet, Julie. Un entretien prénatal de contraception peut-il avoir un impact sur le choix et l'observance ? Montpellier : Université de Montpellier 1 - Interne, UFR Médecine. p. Diplôme d'Etat de sage-femme 2013.
[En ligne sur Internet]. Disponible sur :
http://www.biumontpellier.fr/florabium/jsp/nomem.jsp?nomem=2013_MEM_MON1_ESFM_45
(consulté le 20/03/14).
- [25] Moos, Merry K, Neva E Bartholomew, et Kathleen N Lohr. « Counseling in the Clinical Setting to Prevent Unintended Pregnancy: An Evidence-Based Research Agenda ». *Contraception* 67, no 2 (février 2003): 115-132.
- [26] Johnson, Lisa K, Alison Edelman, et Jeffrey Jensen. « Patient Satisfaction and the Impact of Written Material about Postpartum Contraceptive Decisions ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 188, no 5 (mai 2003): 1202-1204.
- [27] Blangis, F., P. Lopes, B. Branger, P. Garnier, H.-J. Philippe, et S. Ploteau. « La contraception du post-partum : à propos de 600 patientes dont 129 revues à la consultation post-natale ». *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 41, no 9 (septembre 2013): 499-504. doi:10.1016/j.gyobfe.2013.07.017.

- [28] COLLET, Marc. « Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement », no 660. Etudes et résultats (septembre 2008). <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er660.pdf>.
- [29] Proctor, Asha, Todd R Jenkins, Terri Loeb, Mollie Elliot, et Amy Ryan. « Patient Satisfaction with 3 Methods of Postpartum Contraceptive Counseling: A Randomized, Prospective Trial ». The Journal of Reproductive Medicine 51, no 5 (mai 2006): 377-382.
- [30] « Inpes - Contraception : que savent les Français ? » Consulté le 13 mars 2014. <http://www.inpes.sante.fr/70000/cp/07/cp070605.asp>.
- [31] Corré Labat, Maëlle. « Connaissance et méconnaissance du corps des femmes par les femmes ». Mémoire, Angers, 2012. <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/2012474/fichier/474F.pdf>.
- [32] Fanello, S., V. Parat-Pateu, C. Dagorne, H. Hitoto, J. Collet, T. Routiot, C. Baron, et A. Fournié. « La contraception du post-partum: les recommandations médicales, le point de vue des femmes ». Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 36, no 4 (juin 2007): 369-374. doi:10.1016/j.jgyn.2006.12.002.
- [33] Pourtier, Emilie « LA CONTRACEPTION DU POST-PARTUM Satisfaction des patientes sur l'entretien contraceptif en suites de naissances ». Mémoire, Clermont Ferrand, 2013. <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/90/62/12/PDF/2013 - MSF - Pourtier - E.pdf>
- [34] Alardo, Flore « CONTRACEPTION EN SUITES DE COUCHES Les entretiens menés en suites de couches correspondent-ils aux besoins des patientes ? ». Mémoire, Paris Descartes, 2012. http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/71/41/36/PDF/memoire_esfbaudelocque_alardo.pdf

ANNEXE 1

Les 6 étapes du modèle **BERCER** sont les suivantes :

- **Bienvenue** : c'est la première étape, elle consiste en l'accueil de la patiente. Le soignant se présente, explique le rôle, les objectifs et le déroulement de la consultation et assure la confidentialité de l'entretien.
- **Entretien** : c'est un temps du recueil d'information et d'expression de la femme. Celui-ci permet à la patiente d'exprimer ses sentiments, ses besoins, ses souhaits et ses doutes afin de pouvoir établir un diagnostic éducatif.
- **Renseignement** : C'est une phase pendant laquelle le soignant doit délivrer une information claire, hiérarchisée et sur mesure ainsi que s'assurer de la bonne compréhension des méthodes souhaitées par la patiente (mode d'emploi, efficacité en pratique courante, contre-indications, avantages, inconvénients, effets indésirables, risques graves, coût).
- **Choix** : C'est l'étape où le professionnel insiste sur le fait que la décision finale appartient à la femme. Il faut donc revoir avec elle quelle est sa situation familiale, ses préférences, les bénéfices, les risques et les conséquences de son choix. Il s'assure aussi qu'elle pourra être observante et respecter le mode d'utilisation de cette méthode.
- **Explication** : discussion sur la méthode choisie et ce que cela implique dans la vie d'une femme (observance, coût, effets secondaires, avantages...). Le praticien informe sur les méthodes de rattrapage en cas d'oubli, des démarches à effectuer en cas de vomissements et de diarrhées et les raisons médicales qui peuvent justifier le retour de la consultante.
- **Retour** : Le suivi permet de faire un point sur la tolérance de la contraception choisie, que son utilisation est optimale, et de vérifier qu'elle soit bien adaptée au quotidien de la femme.

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE

Actuellement en dernière année à l'école de sage-femme d'Angers, je réalise un mémoire sur la contraception en suites de couches.
Celui-ci a pour but de réaliser une étude quant à la satisfaction de vos besoins en terme d'informations de contraception.

Pour cela, je vous propose une enquête sous forme de questionnaire qui vous sera distribué le jour de votre sortie de la maternité.
Celui-ci restera entièrement anonyme, les résultats ne seront utilisés que dans le cadre de cette enquête.

Les questions posées sont à choix unique à l'exception de certaines questions (il sera mentionné question à choix multiples).

Je vous remercie d'avance pour le temps que vous consacrerez à remplir ce questionnaire.
Amélie FROGER

PARTIE 1 : RENSEIGNEMENTS GENERAUX

1-Quel est votre âge ?

- | | |
|------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Moins de 20 ans | <input type="checkbox"/> 20 - 25 ans |
| <input type="checkbox"/> 26 - 31 ans | <input type="checkbox"/> 32 - 37 ans |
| <input type="checkbox"/> 38 - 43 ans | <input type="checkbox"/> Plus ou égal à 44 ans |

2-Quel est votre lieu de naissance ?

- | | |
|------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Europe | <input type="checkbox"/> Afrique du Nord |
| <input type="checkbox"/> Afrique de Sud | <input type="checkbox"/> Amérique du Nord |
| <input type="checkbox"/> Amérique du Sud | <input type="checkbox"/> Afrique subsaharienne |
| <input type="checkbox"/> Asie | |
| | <input type="checkbox"/> Autre:..... |

3-Quelle est votre situation familiale?

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mariée | <input type="checkbox"/> En couple |
| <input type="checkbox"/> Pacsée | <input type="checkbox"/> Célibataire |
| <input type="checkbox"/> Séparée | <input type="checkbox"/> Veuve |
| <input type="checkbox"/> Autre:..... | |

4-Votre niveau d'étude est le suivant :

- | | |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aucun diplôme | <input type="checkbox"/> Brevet des collèges |
| <input type="checkbox"/> CAP/BEP | <input type="checkbox"/> Brevet professionnel |
| <input type="checkbox"/> Etudes supérieures courtes (>BAC) | <input type="checkbox"/> Etudes supérieures longues (>BAC+2) |

5-Quelle profession exercez-vous ?

- ☐ Agricultrice
- ☐ Commerçante/Artisane/chef d'entreprise
- ☐ Cadre/Profession intermédiaire supérieure/Médecin/Professeur
- ☐ Profession intermédiaire/Cadre moyen
- ☐ Employée
- ☐ Ouvrière
- ☐ Sans activité professionnelle
- ☐ Autre:.....

PARTIE 2 : D'UN POINT DE VUE OBSTETRICAL ET GYNECOLOGIQUE :

6-Combien d'enfant(s) avez-vous ?(en comptant l'enfant qui vient de naître)

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <input type="checkbox"/> Plus: | |

7-Avez-vous eu recours à l'interruption volontaire de grossesse ?

- | | | |
|---------------------------------------------------|----------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Non | | |
| <input type="checkbox"/> Oui | Combien? | <input type="checkbox"/> 1 |
| | | <input type="checkbox"/> 2 |
| | | <input type="checkbox"/> 3 |
| | | <input type="checkbox"/> >3 |
| <input type="checkbox"/> Ne souhaite pas répondre | | |

8-Quelle contraception utilisiez-vous avant d'être enceinte ?

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aucune | <input type="checkbox"/> Méthode naturelle |
| <input type="checkbox"/> Spermicides | <input type="checkbox"/> Pilule |
| <input type="checkbox"/> Préservatif | <input type="checkbox"/> Anneau vaginal |
| <input type="checkbox"/> Stérilet | <input type="checkbox"/> Cape cervicale |
| <input type="checkbox"/> Patch | <input type="checkbox"/> Implant |
| <input type="checkbox"/> Diaphragme | <input type="checkbox"/> Autre:..... |

9-Étiez-vous satisfaite des informations que l'on vous avait données sur ce moyen de contraception ?

- | | |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Satisfaite | <input type="checkbox"/> Plutôt satisfaite |
| <input type="checkbox"/> Peu satisfaite | <input type="checkbox"/> Pas satisfaite |

10-Cette grossesse était : (question à choix multiples)

- ☐Spontanée
☐Induite (Procréation médicalement assistée)
- ☐Prévue
☐Non prévue

PARTIE 3 : VOTRE SEJOUR EN SUITES DE COUCHES

11-Quel type d'allaitement avez-vous mis en place ?

- | | |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Artificiel (biberon) | <input type="checkbox"/> Maternel |
| <input type="checkbox"/> Mixte (biberon et seins) | |

12-A quel moment, vous a-t-on parlé de la contraception à envisager après la grossesse? (question à choix multiples)

- | | |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Consultation prénatale | <input type="checkbox"/> Préparation à l'accouchement |
| | |
| <input type="checkbox"/> Salle d'Accouchement | <input type="checkbox"/> Suites de couches |
| | |
| <input type="checkbox"/> Autre: | |

(Remplir les pointillés des cases cochées avec la qualification du professionnel de santé qui vous a parlé de contraception. Exemple: Sage-femme, externe, étudiant(e) sage-femme

13-Auriez-vous préféré que l'on vous en parle à un autre moment ? (question à choix multiples)

☐ Non

☐ Oui
Quand?.....
.....
.....

14-Quelle a été la durée des informations de contraception délivrées par les professionnels de santé en suites de couches?

☐ Moins de 5 minutes

☐ Entre 5 et 10 minutes

☐ Plus de 10 minutes (durée approximative :)

**15-Cette intervention a eu lieu dans quel contexte ?
(Question à choix multiples)**

En présence de qui?

☐ En tête à tête

☐ En présence de votre conjoint

☐ En la présence de vos visites

☐ En la présence de votre voisine

☐ En la présence des visites de votre voisine de chambre

☐ Autre:.....

Quand?

☐ Pendant une tétée ou un biberon

☐ Pendant les soins ou le bain de votre bébé

☐ Le matin au réveil

☐ Au cours de la matinée

☐ Au cours d'un repas

☐ L'après-midi

☐ Autre:.....

16-Votre disponibilité pour cet entretien :

☐ Totalement disponible

☐ Plutôt disponible

☐ Pas très disponible

☐ Indisponible

17-Le professionnel de santé qui l'a réalisé a été ?

☐ Totalement à l'écoute

☐ Plutôt à l'écoute

☐ Pas très à l'écoute

☐ Pas du tout à l'écoute

18-Quelle contraception vous a-t-on prescrite ?

☐ Pilule (nom:.....)

☐ Stérilet

☐ Implant

☐ Conseils uniquement

☐ La pilule du lendemain

☐ Aucune

Celle-ci correspond-elle à ce que vous aviez envisagé ?

☐ Oui

☐ Non

19-Avez-vous pu librement poser des questions ?

☐ Oui

☐ Non

☐ Vous n'aviez pas de questions

☐ Vous n'avez pas osé poser de questions

Pourquoi ?.....

20-Comment avez-vous jugé les réponses à vos questions ?

- | | |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Claires | <input type="checkbox"/> Partielles |
| <input type="checkbox"/> Pas de réponses à vos questions | <input type="checkbox"/> Vous n'aviez-pas de questions |

21-Ce moment pour parler de contraception en suites de couches vous a semblé ?

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Très utile | <input type="checkbox"/> Plutôt utile |
| <input type="checkbox"/> Peu utile | <input type="checkbox"/> Pas utile |

22-Aimeriez-vous que le sujet de la contraception soit abordé plus longuement en suites de couches?

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Sans opinion | |

Si oui, de quelle manière ?

- ☐ En groupe (avec d'autres mamans)
☐ Seule
☐ En couple
☐ Autre :

23-Est-ce qu'une plaquette d'informations sur la contraception vous-a été donnée?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

Si non, auriez-vous aimé en avoir une?

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Sans opinion | |

Si Oui, quelles informations voudriez-vous y trouver?

.....
.....
.....

**24-Parmi les éléments suivants, le(s)quel(s) vous semble (nt) indispensable(s) dans le choix de votre contraception?
(Question à choix multiples)**

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Coût | <input type="checkbox"/> Pas d'oubli possible |
| <input type="checkbox"/> Facilité d'emploi | <input type="checkbox"/> Pas d'hormones |
| <input type="checkbox"/> Eviter les maladies sexuellement transmissibles | |
| <input type="checkbox"/> Vous ne savez pas | |
| <input type="checkbox"/> Autre: | |

25-Vous avez eu des informations, en suites de couches, sur les moyens de contraception suivants : (question à choix multiples)

- | | |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aucun | <input type="checkbox"/> Pilule |
| <input type="checkbox"/> Implant | <input type="checkbox"/> Stérilet |
| <input type="checkbox"/> Méthode naturelle | <input type="checkbox"/> Cape cervicale |
| <input type="checkbox"/> Diaphragme | <input type="checkbox"/> Spermicides |
| <input type="checkbox"/> Anneau vaginal | <input type="checkbox"/> Patch |
| <input type="checkbox"/> Injectables | <input type="checkbox"/> Préservatif masculin |
| <input type="checkbox"/> Préservatif féminin | <input type="checkbox"/> Toutes |
| <input type="checkbox"/> Autre:..... | |

Pour les moyens de contraception non cochés auriez-vous aimé en avoir ?

- ☐ Oui ☐ Non
(Pour le(s)quel(s) :
.....
.....

PARTIE 4 : QUELQUES QUESTIONS DE CONNAISSANCES

26-Une femme qui allaite peut-elle être de nouveau enceinte ?

- ☐ Oui ☐ Non, elle ne peut pas
☐ Non, si c'est un allaitement exclusif ☐ Je ne sais pas

27-Connaissez-vous la contraception d'urgence ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui,
Dans quel délai doit-on la prendre s'il y a eu un rapport sexuel non protégé?.....

28-Pensez-vous qu'il soit possible d'être de nouveau enceinte avant le retour de couche sans contraception (premières règles après l'accouchement) ?

- ☐ Oui ☐ Non
☐ Je ne sais pas

**29-D'après vous, après un accouchement, l'ovulation (moment où l'ovule est expulsé par l'ovaire) est possible :
(Question à choix multiples)**

- ☐ Tout de suite après ☐ Au bout d'1 mois
☐ Avant le retour de couche ☐ Après le retour de couche
☐ Après l'allaitement ☐ Ne sait pas
☐ Autre:.....

**30-Savez-vous quelle est la démarche à suivre en cas d'oubli de pilule ?
(Question à choix multiples)**

- ☐ Il n'y a rien à faire
☐ Tout dépend de la durée d'oubli
☐ Cela dépend du type de pilule que l'on prend
☐ Prendre le comprimé oublié
☐ Prendre la pilule du lendemain si le délai d'oubli est dépassé
☐ Utiliser un préservatif s'il y a rapport sexuel après l'oubli
☐ Ne sait pas

Pour finir avez-vous des remarques qui pourraient améliorer notre pratique ?

.....
.....
.....

Merci de votre participation.

Amélie FROGER

ANNEXE 3

Titre du Document : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
Emetteur : Catherine HUE – Cellule Promotion - DAMR

CONTRACEPTION DU POST-PARTUM
**INFORMATIONS DE CONTRACEPTION EN SUITES DE COUCHES : SOMMES-
NOUS DANS LE PERTINENT ?**

Promoteur : CHU d'Angers - 4 rue Larrey, 49933 Angers cedex 9

Investigateur coordonnateur... FROGER Amélie –GAUDIN Catherine

Initiales du patient : |__| |__|
NOM Prénom

Nom du patient :

Prénom du patient :

Adresse :

.....

Date de naissance : |__|_|_|/|__|_|_|/|__|_|_|_|_|

Lieu de naissance :

L'étudiant(e) sage-femme FROGER Amélie

CHU

d'Angers.....Service : Ecole de sages-femmes d'Angers

Adresse : Ecole de sages-femmes, C.H.U. Angers 4 rue Larrey 49000 Angers

Tél : 02.41.35.32.32

m'a proposée de participer à l'étude clinique [Contraception du post-partum].

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

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

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

J'ai compris que les données collectées à l'occasion de la recherche seront protégées dans le respect de la confidentialité. Elles pourront uniquement être consultées par les personnes soumises au secret professionnel appartenant à l'équipe de l'étudiant(e) sage-femme de l'étude, mandatées par le promoteur ou les représentants des autorités de santé.

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

Je certifie être affiliée au régime de la Sécurité Sociale.

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

J'accepte de participer à l'étude "Contraception du post-partum"

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Investigateur		Patient	
Nom, prénom	FROGER Amélie	Nom, prénom	
Date		Date	
Signature		Signature	

ANNEXE 4

Contraception du post-partum Informations de contraception : Sommes-nous dans le pertinent ?

Investigateur coordonnateur

Nom : FROGER Amélie – GAUDIN Catherine

Service: Ecole de sages-femmes d'Angers

Téléphone : 02.41.35.32.32.

Madame, Mademoiselle,

Vous avez été invitée à participer à une étude clinique appelée : Contraception du post-partum Le C.H.U. d'Angers est le promoteur de cette étude, il en est responsable et en assure l'organisation.

Avant de décider de participer à cette étude, il est important pour vous d'en comprendre l'objectif ainsi que ses implications. Prenez le temps de lire consciencieusement les informations suivantes, et d'en discuter avec vos proches. Si toutefois certains points manquent de clarté ou si vous avez besoin d'informations complémentaires, n'hésitez pas à en parler avec votre médecin traitant. Vous pouvez prendre le temps qui vous est nécessaire pour décider si vous souhaitez participer ou non à l'étude.

Si vous décidez de participer à cette recherche, on vous demandera de signer un formulaire de consentement. Cette signature confirmera que vous êtes d'accord pour participer à cette étude.

1- OBJECTIF DE L'ETUDE

L'objectif principal de cette étude est de connaître votre avis par rapport aux informations de contraception qui vous sont faites dans le service de suites de couches.

Suivant vos réponses, elle permettra d'évaluer au mieux vos besoins et vos demandes afin de répondre le plus fidèlement possible aux attentes des patientes à venir.

2- DEROULEMENT DE L'ETUDE

L'étude sera menée par le biais d'un questionnaire qui sera distribué le jour où les informations de contraception sont faites et concerne les patientes ayant accouchées au CH du Mans entre mi-octobre et fin décembre.

De plus, elle ne concernera que les patientes qui accepteront de remplir l'enquête et le consentement à la participation à l'étude.

Ce questionnaire restera entièrement anonyme, les résultats ne seront utilisés que dans le cadre de l'enquête.

3- PARTICIPATION VOLONTAIRE

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à l'étude à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait et sans que cela n'entraîne de conséquences sur la qualité des soins qui vous seront prodigués. Dans ce cas, vous devez informer l'étudiante sage-femme de l'étude de votre décision.

Durant l'étude, vous serez avertie par l'étudiante sage-femme de l'étude, si des faits nouveaux pouvaient affecter votre volonté de participer à l'étude.

Les Autorités de Santé, l'étudiante sage-femme de l'étude peut décider de mettre un terme à votre participation à l'étude à n'importe quel moment sans votre consentement préalable. Si cela devait se produire, vous en serez avertie et les raisons vous seraient expliquées.

4- OBTENTION D'INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Si vous le souhaitez, l'étudiante sage-femme de l'étude FROGER Amélie, que vous pourrez joindre au numéro de téléphone suivant : 06.11.37.97.25, pourra répondre à tout moment à toutes vos questions concernant l'étude : Contraception du post-partum.

A l'issue de l'étude, et à votre demande, vous pourrez être informée des résultats globaux de la recherche par le médecin de l'étude.

5- CONFIDENTIALITE ET UTILISATION DES DONNEES MEDICALES

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle le C.H.U. d'Angers et Melle FROGER Amélie vous proposent de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche.

A cette fin, les données médicales recueillies, y compris les questionnaires et les données relatives à vos habitudes de vie vous concernant, [*ainsi que, dans la mesure où ces données sont nécessaires à la recherche vos origines ethniques ou des données relatives à votre vie sexuelle*)], seront transmises au promoteur de la recherche : le CHU d'Angers.

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

Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises ou étrangères, ou à d'autres entités du C.H.U. d'Angers.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

Dans le cas où vous retirez votre consentement en cours d'étude et sauf opposition écrite de votre part, nous effectuerons un traitement informatique de vos données personnelles recueillies préalablement à votre retrait de consentement.

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin ou d'une sage-femme de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L 1111-7 du Code de la Santé Publique. Ces droits s'exercent auprès de l'étudiante sage-femme qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

6- PROTECTION DES PERSONNES

Cette étude sera menée conformément à la loi n°2004-806 du 9 août 2004 ainsi qu'aux textes réglementaires relatifs à la protection des personnes se prêtant à des recherches biomédicales.

La participation à cette étude nécessite que vous soyez affiliée ou bénéficiaire d'un régime de sécurité sociale.

Date et Signature de l'étudiante sage-femme de l'étude:

Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter et de signer le formulaire de recueil de consentement en deux exemplaires. Vous conserverez cette lettre d'information.

ANNEXE 5

	Notre étude	Enquête périnatale	
	N=192	N=14 681	Différence entre les deux populations
Age			
âge moyen de la population	29,6 ans	29,9 ans	0,3 ans
Origine géographique			
Européenne	92,70%	90%	2,70%
Afrique du Nord	2,10%	4,80%	-2,70%
Autre pays d'Afrique	1,60%	2,80%	-1,20%
Autres nationalités	3,10%	2,50%	0,60%
Situation familiale			
Mariée	34,90%	47,30%	-12,40%
Seule	7,30%	7,30%	0%
Niveau d'étude			
Aucun diplôme	3,60%	2,40%	1,20%
Brevet des collèges	2,10%	8,30%	-6,20%
Brevet professionnel	4,20%	17,60%	-13,40%
CAP/BEP	20,80%	10,50%	10,30%
Etudes supérieures courtes	25%	30,70%	-5,70%
Etudes supérieures longues	44,30%	30,50%	13,80%
Profession			
Agricultrice	0,50%	0,60%	-0,10%
Commerçante/Artisane/chef entreprise	4,20%	1,80%	2,40%
Cadre/Profession intermédiaire sup/Médecin/Professeur	13%	16,50%	-3,50%
Profession intermédiaire/Cadre moyen	5,70%	27,60%	-21,90%
Employée	54,70%	46,70%	8%
Ouvrière	2,60%	6,60%	-4%
Sans activité professionnelle	17,20%	0,40%	16,80%
Parité			
Ipare	43,20%	43,40%	-0,20%
IIpare	32,80%	34,50%	-1,70%
IIIpare	18,80%	14,30%	4,50%
≥Ivpare	5,20%	7,80%	-2,60%
Nombre d'IVG			
0	81,80%	84,50%	-2,70%
1	13%	12,50%	0,50%
2	2,60%	2,30%	0,30%
≥3	1,60%	0,70%	0,90%
Survenue de la grossesse			
AMP	3,60%	5,50%	-1,60%
Non prévue	11,50%	7,50%	4%
Antécédent contraceptif			
pilule	69,80%	80,40%	-10,60%
stérilet	8,30%	6,10%	2,20%
Implant, patch, anneau vaginal	3,60%	2,90%	0,70%
Préservatif masculin	3,10%	9,10%	-6%
Pas de contraception	10,90%	8,30%	2,60%
Autre méthode	3,60%	0,30%	3,30%
Allaitement			
Maternel	38,50%	60,20%	-21,70%
Artificiel	50,50%	31,30%	19,20%
Mixte	10,90%	8,50%	2,40%

ANNEXE 6

Brochure d'informations proposée au CH du Mans

(ci-après)

- **Anneau vaginal** : anneau flexible que l'on met au fond du vagin durant 3 semaines, 1 semaine d'arrêt (non remboursé).
- **Stérilet** : souvent posé lors de la visite post-natale pour une durée de 5 ans, remboursé.
 - Cuivre** : cycles respectés, règles plus abondantes
 - Hormonal (Miréna)** : cycles irréguliers, peu ou pas de règles
- **Méthodes Barrières** : Diaphragmes, capes cervicales, spermicides

J'opte pour une pilule, quelques rappels indispensables

En cas d'oubli : Savoir quel délai la pilule que je prends autorise pour rattraper mon oubli 12 heures pour la plupart des pilules, 3 heures pour microval)

Si ce délai est écoulé :

- 1) prendre le comprimé oublié dès que possible
- 2) poursuivre la plaquette à l'heure habituelle (2 cp peuvent être pris le même jour)
- 3) prendre la pilule du lendemain (Norlevo ou Ella-one) s'il y a eu des rapports sexuels mal protégés dans les 5 jours précédant l'oubli.
- 4) utiliser des préservatifs pendant les 7 jours qui suivent l'oubli en poursuivant ma plaquette. (Il faut 7 jours pour que la pilule redevienne efficace)
- 5) si l'oubli concerne les 7 derniers comprimés de la plaquette (cas des pilules oestro-progestatives) : continuer la plaquette, supprimer l'arrêt de 7 jours et enchaîner une autre plaquette (il est possible que vous n'ayez pas de règles).

En cas d'inquiétude, faire un test de grossesse 3 semaines après l'oubli.

En cas de vomissements : s'ils surviennent dans les 4 heures qui suivent la prise de pilule, prendre le même comprimé sur une nouvelle plaquette.

En cas de diarrhées : utiliser des préservatifs pendant toute la durée de la diarrhée et les 7 jours qui suivent.

Ressources internet

<http://www.choisirscontraception.fr/contacts-utiles/>

INPES: www.inpes.sante.fr

Ministère de la santé: www.sante.gouv.fr

MFPF (Mouvement français pour le planning familial): www.planning-familial.org



QUELLE CONTRACEPTION APRES VOTRE ACCOUCHEMENT ?



Sources : choisirscontraception.fr et <http://www.jeunesse77.fr/choisir-sa-contraception>.

Constat actuel

Dans les semaines ou les mois qui suivent un accouchement, les grossesses non prévues sont nombreuses. En effet, **5% des IVG ont lieu dans les 6 mois qui suivent la naissance.**

Beaucoup de femmes ne disposent pas d'un moyen contraceptif adapté à leur nouvelle situation de jeune maman, ou sont trop occupées par leur enfant pour consulter un médecin.

« **La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit** » en fonction de sa réalité quotidienne, de son mode de vie, de son rapport avec son corps, de l'avis de son conjoint.

Quelques rappels

Le **post-partum** est la période qui s'étend de l'accouchement au **retour de couche**. Le **retour de couche** désigne les premières règles après l'accouchement. Celles-ci surviennent 4 à 6 semaines après la naissance ou après l'arrêt de l'allaitement maternel strict.

Une **ovulation** est possible avant la survenue du retour de couche, par conséquent on peut être à nouveau enceinte rapidement après un accouchement (**ovulation possible dès le 21^{ème} jour du post-partum**). Il est donc important de parler contraception pendant la grossesse et dans le service de suites de couches, afin de mettre un moyen contraceptif en place rapidement dans le cas où une grossesse n'est pas envisagée.

La pilule du lendemain, 2 types : *Norlevo* (pas besoin d'ordonnance pour l'obtenir en pharmacie, à prendre dans les 3 jours qui suivent le rapport sexuel non protégé) ou *Ella-One* (nécessite une ordonnance, à prendre dans les 5 jours suivant le rapport sexuel non protégé).

ALLAITEMENT MATERNEL, JE PEUX CHOISIR :

Dès l'accouchement

- **Préservatifs** féminins ou masculins

A partir du 21^{ème} jour du post-partum

Contraception hormonale Progestative

- **Pilule** : 1 cp par jour tous les jours pendant 28 jours. Enchaînement des plaquettes sans interruption.

Cérazette : délai d'oubli de 12 heures, non remboursée

Microval : peu conseillée car délai d'oubli de 3 heures, prise rigoureuse, remboursée

- **Implant** : (*Nexplanon*) petit bâtonnet cylindrique de 4 cm de long et 2mm de diamètre, contenant les mêmes hormones que les pilules progestatives. Il est posé sous anesthésie locale au niveau de la face interne du bras non dominant (bras droit pour les gauchères, bras gauche

pour les droitières), pour une durée de 2 à 3 ans. Remboursé. Pose possible en suites de couches dans certains cas. Bonne efficacité, pas d'oubli possible

- **Progestérone Injectable** : 1 injection tous les 3 mois, remboursée, indication limitée aux situations où l'utilisation d'autres moyens contraceptifs n'est pas possible, doit être limitée dans le temps.

A partir de 6^{ème} semaine du post-partum

- **Stérilets** : souvent posé lors de la visite post-natale pour une durée de 5 ans, remboursé.

Cuivre : cycles respectés, règles plus abondantes

Hormonal (*Miréna*) : cycles irréguliers, peu ou pas de règles

- **Méthodes Barrières** : **Diaphragmes, capes cervicales, spermicides**

ALLAITEMENT ARTIFICIEL (BIBERON), JE PEUX CHOISIR :

Dès l'accouchement

- **Préservatifs** féminins ou masculins

A partir du 21^{ème} jour du post-partum

Contraception hormonale Progestative

- **Pilule** : 1 cp par jour tous les jours pendant 28 jours. Enchaînement des plaquettes sans interruption.

Cérazette : délai d'oubli de 12 heures, non remboursée

Microval : peu conseillée car délai d'oubli de 3 heures, prise rigoureuse, remboursée

- **Implant** : (*Nexplanon*) petit bâtonnet cylindrique de 4 cm de long et de 2 mm de diamètre, contenant les mêmes hormones que les pilules progestatives. Il est posé sous anesthésie locale au niveau de la face interne du bras non dominant (bras droit pour les gauchères, bras gauche pour les droitières), pour une durée de 2 à 3 ans. Remboursé. Pose possible en suites de couches dans certains cas. Bonne efficacité, pas d'oubli possible.

- **Progestérone Injectable** : 1 injection tous les 3 mois, remboursée, indication limitée aux situations où l'utilisation d'autres moyens contraceptifs n'est pas possible, doit être limitée dans le temps.

A partir de la 6^{ème} semaine du post-partum

Contraception hormonale Oestro-Progestative

- **Pilule** : 1 cp par jour pendant 21 jours puis 7 jours d'arrêt et reprise de la plaquette suivante.

- **Patch** : 1 patch par semaine pendant 3 semaines, 1 semaine d'arrêt puis reprise. 1 patch se laisse en place pour une semaine. Non remboursé (environ 15 euros par mois).

RÉSUMÉ

La contraception du post-partum est un réel enjeu de santé publique puisque 5% des IVG sont réalisés dans les 6 mois qui suivent un accouchement. Les informations délivrées en suites de couches sont donc importantes et doivent être données dans une approche de disponibilité et d'écoute de la femme et du couple.

Objectifs : Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer la satisfaction des patientes par rapport aux informations données en suites de couches. Cette étude avait donc pour but de trouver des pistes afin d'adapter notre pratique de manière la plus optimale possible, pour répondre aux besoins des patientes. Enfin, une partie des connaissances visait à estimer ce que les patientes renaient de cet entretien de contraception.

Matériel et méthode : Une enquête rétrospective qualitative mono centrique a été menée. Celle-ci reposait sur la distribution de 210 questionnaires aux patientes accouchant au CH du Mans, le troisième jour d'hospitalisation en suites de couches.

Résultats : Nous avons observé une bonne satisfaction des femmes concernant l'entretien contraceptif en suites de couches. En effet, pour ce qui concerne le contexte de cette entrevue, celui-ci était plutôt favorable puisque dans 92.2% elle avait lieu en toute intimité (tête à tête ou en couple). Au sujet de la qualité de ce moment destiné à parler contraception : 96.3% des patientes se disaient disponibles et 99% estimaient que le professionnel, menant l'entretien, était à l'écoute. De plus, la liberté de ces femmes à poser des questions était respectée (seulement 1% n'ont pas osé poser de questions) et les réponses à celles-ci étaient claires (1 seule personne les a qualifiées de partielles). On a aussi remarqué que les femmes participant à notre étude n'étaient, en majorité, pas demandeuses d'informations plus longues en suites de couches (42 femmes seulement l'étaient) bien que la durée moyenne de l'entretien contraceptif n'était que de 10 minutes. De même, nous avons constaté que, malgré un taux de femmes ayant des informations à plusieurs moments de la grossesse (40.1%), 96.9% estimaient que le ou les moments où a été abordée la contraception, étaient suffisants.

Cependant, on note que les connaissances des femmes (notamment sur le retour à la fécondité, la contraception d'urgence ou même la conduite à tenir en cas d'oubli) n'étaient pas satisfaisantes d'autant plus qu'elles venaient d'avoir les informations. Cela montre que probablement les femmes ne sont pas si disponibles que cela lors de l'entretien de contraception, ce qui rend l'assimilation des informations plus difficiles.

mots-clés : *Contraception-Post-partum-Satisfaction-Entretien-Information*

ABSTRACT

The contraception in post-partum is a real important issue of public health since 5% of the abortions happened in the 6 following months after a childbirth. The informations about postpartum are very important and should be given in an approach of availability and understanding for the woman and the couple.

Objectives : The aim of this study was to evaluate the satisfaction of the patients with the informations given in postpartum. The goal of the study was to find some leads to adapt and improve our practice to satisfy the needs of the patients. Finally, the study estimates what the patients remember after a contraception counseling.

Material and method : A qualitative and monocentric retrospective survey has been conducted. It was based on 210 questionnaires of women who gave birth in the Hospital Center of Le Mans, at the third day of hospitalization in postpartum.

Results : The study shows complete satisfaction of the women concerning the contraception consultation in postpartum. The context of the interview was favorable 92.2% of the cases and the interviews were leaded in privacy (one-to-one or in couple). About the quality of this moment made for speaking about contraception : 96.3% of the patients were available and 99% were estimating that the professional who was leading the interview was listening to them. Furthermore, the freedom of women to ask questions was respected (only 1% did not dare asking questions) and the answers were clear (only 1 person qualified them in part unclear). We have also noticed that the women who participated to this study did, in majority, not need more informations in postpartum (only 42 women had this need) even though the average length of the contraceptive interview was only 10 minutes. Likewise, we have observed that, despite a rate of woman who got informations during the pregnancy (40.1%), 96.9% appraised that they did not felt well informed about contraception.

Nevertheless, we note that the knowledge of woman (above all about the return of fertility, the emergency contraception or even the behavior to adopt in case of forgetting) were not satisfactory, all the more that they just got the informations. This shows that probably the women are not so much available during the contraception interview, which makes the assimilation more hard.

keywords : *Contraception-Postpartum-Satisfaction-Interview-Information*

