

ESF-Sorbonne Université
Ecole de Sages-Femmes Saint Antoine

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE SAGE-FEMME

La contraception du post-partum

La satisfaction des besoins des patientes lors de l'entretien
contraceptif en maternité

BILLY Séverine
Née le 26 Août 1996
Ermont
Nationalité Française

Directeur de mémoire : Madame CHAPLET, sage-femme
enseignante, Ecole de sages-femmes Saint Antoine

Année universitaire 2019-2020

ESF-Sorbonne Université
Ecole de Sages-Femmes Saint Antoine

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE SAGE-FEMME

La contraception du post-partum

La satisfaction des patientes lors de l'entretien contraceptif
en maternité

BILLY Séverine
Née le 26 Août 1996
Ermont
Nationalité Française

Directeur de mémoire : Madame CHAPLET, Sage-femme
enseignante, Ecole de sages-femmes Saint Antoine

Année universitaire 2019-2020

Remerciements

Je remercie tout d'abord Madame Véronique CHAPLET pour avoir accepté de diriger ce mémoire, pour son soutien, sa compréhension et sa disponibilité tout au long de la réalisation de ce travail.

Je remercie également les sages-femmes libérales, Mesdames Manon FORTHOFFER, Audrey ALPHONSE, Marceline CARPENE-RETAILLEAU, Hélène BOURGES, Cécile LETSCHER, Anne ZACCONE, Corinne BRUNEL, Marie Alix DESJARDIN, qui ont accepté de participer à cette étude, pour le temps qu'elles m'ont accordé, leur disponibilité, leur aide, leur bienveillance et leur soutien.

Je remercie toute l'équipe pédagogique de l'Ecole de Sages-femmes Saint Antoine pour leur aide et leur soutien tout au long de ces 4 années d'études.

Je remercie personnellement,

Mon père et ma mère, pour leur soutien à toute épreuve, leur présence à mes côtés, leur bienveillance, leur aide, leur compréhension, leurs encouragements et leur affection durant toutes ces années parfois difficiles.

Ma sœur pour ses encouragements et les bons moments passés ensemble malgré les difficultés.

Mes amies rencontrées à l'Ecole de Sages-Femmes, Laurelen et Alix, pour tous ces bons moments passés ensemble, leur soutien, et la motivation qu'elles ont su me donner pendant tout notre cursus.

Enfin, un grand merci à Benoît, mon compagnon, pour son soutien sans faille, sa présence à mes côtés en toutes circonstances, ses encouragements, son aide précieuse et tous ses efforts de relecture.

Sommaire

Remerciements	4
Glossaire.....	8
Introduction	9
Revue de la littérature	11
1. Le post-partum	11
1.1. Définition	11
1.2. Physiologie du post partum.....	11
1.3. La reprise de la sexualité.....	12
2. Les recommandations en matière de prescription de contraception du post- partum ...	13
2.1. Les contraceptions œstro-progestatives	13
2.2. Les contraceptions progestatives pures.....	14
2.3. Les dispositifs intra utérins (DIU) au cuivre et au Lévonorgestrel [16]	14
2.4. Les méthodes barrières.....	15
2.5. La méthode de l'aménorrhée lactationnelle, ou méthode MAMA	15
2.6. Les autres méthodes naturelles [16].....	16
2.7. La stérilisation à visée contraceptive [16].....	16
2.8. La contraception d'urgence [19].....	16
3. Les rôles des soignants dans la satisfaction des femmes concernant la contraception du post-partum.....	17
3.1. Mener un entretien de choix contraceptif	17
3.2. Le rôle du « counseling ».....	18
3.3. Les femmes et leur contraception	18
4. Méthodologie	19
4.1. Rappel de la problématique, des hypothèses et des objectifs de l'étude.....	19
4.2. Le déroulement de l'étude	20
4.3. L'informatisation et l'analyse des données	21
4.4. Les critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude.....	21

4.5. Variables retenues	22
4.6. Considérations éthiques et réglementaires	23
Résultats	24
5.1. Provenance des questionnaires	24
5.2. Présentation de la population.....	25
5.3. Histoire contraceptive et de la dernière grossesse	26
5.4. Survenue de pathologies obstétricales durant la dernière grossesse	27
5.5. L'entretien contraceptif en maternité	27
5.6. Score de satisfaction de l'entretien contraceptif en suites de couches	29
5.7. La visite post natale et l'utilisation de la contraception prescrite en maternité.....	30
Analyse et discussion	35
6.1. Biais et limites de l'étude	36
6.1.1. Durée de l'étude.....	36
6.1.2. Population étudiée	36
6.1.3. Biais de l'étude	37
6.2. Points forts de l'étude.....	38
6.3. Analyse et Discussion des résultats	38
6.3.1 La population étudiée	38
6.3.1.1. Données socio démographiques	39
6.3.1.2 Données concernant les grossesses.....	39
6.3.1.3 Données concernant la contraception	40
6.4. Discussion des hypothèses, des objectifs et de la problématique de l'étude.....	41
6.5. Implications, perspectives, ouvertures	42
6.5.1. Des informations contraceptives pendant les consultations pré natales	43
6.5.2. Le livret d'informations sur la contraception prescrite en maternité.....	43
6.5.3. L'entretien contraceptif	44
6.5.4. La visite post natale	44
6.5.5. Les contraceptifs choisis en maternité.....	45
6.5.6. Réalisation d'une étude à plus grande échelle.....	45

Conclusion.....	47
Bibliographie et références.....	48
Annexe I : Questionnaire utilisé et distribué pour l'étude	51
Annexe II : Livret d'informations sur la contraception.....	58
Annexe III : Fiche Mémo HAS 2019	66

Glossaire

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

DIU : Dispositif intra-utérin

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

HAS : Haute Autorité de Santé

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

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LNG : Lévonorgestrel

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMA : Procréation Médicalement Assistée

SIU : Système intra-utérin

Introduction

Depuis la légalisation de la contraception en France, en 1967, grâce à la loi Neuwirth, le paysage contraceptif n'a cessé d'évoluer. Les moyens de contraception se sont diversifiés, et permettent aujourd'hui aux femmes et aux couples de disposer de plusieurs possibilités. En 2013 en France, 97% des femmes en âge de procréer disposaient d'une couverture contraceptive [1-2]. D'après le Baromètre Santé de Santé Publique France de 2016, plus de 7 femmes sur 10 concernées par la contraception ont recours à une méthode de contraception médicalisée : parmi les méthodes médicales, la pilule reste la plus utilisée, (33.2%) notamment dans la tranche d'âge des 15-24 ans, suivie du dispositif intra utérin dont l'utilisation va augmenter avec l'âge des patientes, puis de l'implant contraceptif. L'utilisation du préservatif concerne 15,5% des femmes en âge de procréer, et son utilisation va en diminuant avec l'âge [3]. Avec la loi Hôpital Patients, Santé, Territoires, dès 2009, les consultations gynécologiques préventives et la prescription de contraception peuvent être réalisées par les sages-femmes, pour les femmes en bonne santé et ce, tout au long de leur vie. Il leur est possible de prescrire les contraceptifs locaux, hormonaux, dispositifs intra-utérins (DIU) et les contraceptifs d'urgence [4].

Pourtant, malgré une importante diffusion et disponibilité des moyens de contraception en France, il persiste dans le pays un nombre important d'interruptions volontaires de grossesse (IVG), et 6%, soit environ 10 000 par an, surviennent dans le post-partum [5]. Une autre étude a constaté que 4% des IVG ayant été réalisées en 2007 concernaient des patientes ayant accouché 6 à 12 mois avant cette intervention [6]. Il s'agit du paradoxe Français : d'une part, on constate la diffusion massive et le recours important aux moyens de contraception, et d'autre part, on observe un nombre plutôt constant d'IVG par an (216 700 en 2017, selon la DREES) [7]. Différentes études ont montré un lien entre la non prescription, ou la mauvaise observance de la contraception en post partum, et les grossesses rapprochées avec les risques qu'elles impliquent [8-9-10], ce qui pourrait s'expliquer par une prescription inadaptée au rythme de vie, aux besoins ou encore aux choix des patientes dans les suites de l'accouchement.

La période du post partum est cruciale pour la femme, le nouveau-né, le couple mère-enfant et le couple parental. Il est important pour la sage-femme de trouver le moment opportun, en consultation prénatale, durant les séances de préparation à la naissance ou en maternité, pour informer la future et la jeune mère sur une contraception qui pourrait lui être adaptée. Nous avons constaté lors de nos différents stages dans les services de suites de couches, que certaines mères ne se sentaient pas pleinement satisfaites de la prescription de contraception qui leur avait

été faite en maternité. D'autres pensaient ne pas avoir bien compris le mode d'utilisation et de fonctionnement de leur contraception. Enfin, quelques patientes avouaient ne pas se projeter psychiquement dans la contraception, parce que toute leur attention était focalisée sur le nouveau-né. Nous avons également constaté lors de stages avec une sage-femme libérale, que certaines patientes se présentant à leur consultation post natale n'avaient pas une observance optimale de leur contraception (oubli de pilule, arrêt, problèmes de tolérance). Ce dysfonctionnement nous a alors amenée à nous interroger.

Nous nous sommes donc demandé si l'entretien contraceptif lors du séjour en maternité satisfaisait, d'après les patientes, leurs besoins individuels en matière d'informations sur la contraception, et si elles considéraient que cet entretien était adapté à ce moment particulier qu'est le post-partum.

Dans un premier temps nous avons effectué une revue de la littérature afin de faire le point sur les méthodes de contraception utilisables en post partum. Nous avons d'abord abordé les modifications du post partum, puis les recommandations en matière de contraception du post partum, et enfin, nous en avons étudié l'utilisation par les patientes. Nous nous sommes aussi intéressés au rôle qu'ont à jouer les professionnels de santé concernant le suivi des patientes, et de leur contraception.

Nous avons ensuite réalisé une enquête auprès des patientes durant la période du post partum pour savoir comment elles ont été informées, et quelle contraception leur a été prescrite en maternité. Nous analyserons ensuite leurs réponses afin d'apporter des améliorations pour mieux répondre à leurs besoins.

Revue de la littérature

1. Le post-partum

1.1. Définition

Nous pouvons commencer par donner une définition du post-partum : il s'agit de la période débutant deux heures après la délivrance et s'achevant avec l'arrivée des premières règles, aussi appelée retour de couches. La durée va varier en fonction d'un allaitement maternel ou artificiel, mais en moyenne, elle est de 6 semaines [11]. Il est néanmoins possible qu'une ovulation ait lieu à partir du 21^{ème} jour du post partum : il est donc important que les patientes en soient informées et qu'une contraception puisse être mise en place si elles la souhaitent. Il faudra également tenir compte des modifications hormonales, biologiques, anatomiques, pour proposer aux patientes une contraception adaptée.

1.2. Physiologie du post partum

Il est important de se préoccuper de la contraception du post-partum car il faut prendre en compte deux évènements qui interviennent à plus ou moins long terme après un accouchement : le retour de la fertilité et la reprise de la sexualité. Nous parlerons tout d'abord des modifications hormonales et biologiques qui surviennent durant le post partum pour conduire à une reprise de la fertilité.

- Le plan hormonal

On observe une chute importante du taux sanguin des œstrogènes et de la progestérone dans le post-partum, et une forte concentration de prolactine. Cette concentration va varier en fonction du mode d'allaitement.

Si l'allaitement est artificiel, la prolactine ne sera plus sécrétée en une dizaine de jours. Si aucun inhibiteur de la lactation n'a été utilisé par la femme, aucune ovulation ne surviendra pendant les 6 premières semaines du post-partum. En cas d'inhibition par un agoniste dopaminergique de type D2, le retour de couche survient en moyenne 3 semaines après

l'accouchement [12]. Il est donc raisonnable de conseiller aux femmes non allaitantes de débiter une contraception au bout des 3 premières semaines du post-partum.

Si la femme allaite le nouveau-né, la première ovulation sera retardée, mais néanmoins possible à partir du 21^{ème} jour du post-partum. La succion mamelonnaire va provoquer un pic de prolactine, qui aura pour conséquence de ralentir la fréquence pulsatile du GnRH et de mettre au repos les fonctions ovariennes, conduisant à une anovulation. En cas d'allaitement exclusif, les premières menstruations peuvent intervenir dans les 6 mois suivant l'accouchement, et correspondent souvent à des cycles anovulatoires ou dysovulatoires. Cependant, 2% des femmes pratiquant correctement cette méthode à visée contraceptive seront à nouveau enceintes dans les 6 mois suivant l'accouchement [12]. La reprise de l'activité ovarienne est très dépendante des caractéristiques de l'allaitement : durée, fréquence des tétées, caractère exclusif ou non [13].

- Le plan biologique

Pendant la grossesse, des modifications importantes de l'hémostase vont survenir. Les taux des facteurs de la coagulation, notamment VII VIII et X ainsi que le fibrinogène vont augmenter, tandis que les taux des inhibiteurs physiologiques de la thrombose vont diminuer (Protéine S, Protéine C activée). Il s'agit d'une adaptation du corps de la femme enceinte pour la prémunir d'une hémorragie lors de la délivrance [6]. Après un accouchement, il persiste encore pendant 6 semaines un état d'hypercoagulabilité avec un risque thromboembolique veineux majoré, surtout les 3 premières semaines. L'incidence des maladies veineuses thromboembolique est 4 à 10 fois supérieure par rapport à celle rencontrée dans une population appariée non enceinte [13]. Il est donc important de choisir une contraception du post-partum adaptée à cet état d'hypercoagulabilité.

1.3. La reprise de la sexualité

La question de la reprise des rapports sexuels dans le couple se pose également à la suite d'un accouchement. Il y a nécessité d'un temps d'adaptation variable selon les couples : en moyenne, la reprise de la sexualité aura lieu dans les 5 semaines suivant l'accouchement. On considère qu'un mois après l'accouchement, 60% des couples auront eu un rapport sexuel. De nombreux facteurs vont influencer le retour à une sexualité épanouissante : Cela dépendra en grande partie des conditions d'accouchement et de facteurs psychologiques : lésions périnéales, manœuvres instrumentales, voie d'accouchement, mise en place d'un allaitement maternel ou

non, mauvaise acceptation de son corps, fatigue, anxiété [12-13-14]. Il est important de pouvoir informer les couples des éventuelles difficultés qu'ils pourraient rencontrer dans leur sexualité de par leur nouveau statut de parent, car les couples rencontrent souvent de la naissance jusqu'aux premières années de vie de l'enfant, une diminution nette de leur sexualité [14].

2. Les recommandations en matière de prescription de contraception du post- partum

L'efficacité d'une méthode contraceptive se mesure grâce à l'indice de Pearl. Il correspond au nombre de femmes sur 100 utilisant ce moyen contraceptif et présentant une grossesse dans l'année suivant le début de l'utilisation [15].

2.1. Les contraceptions œstro-progestatives

Les molécules contenues dans les pilules oestro-progestatives sont dans la majorité des cas l'éthinyl-œstradiol couplé à un progestatif de synthèse. Les doses utilisées varient de 15 µg à 50 µg [13]. Elles sont classées, selon le progestatif utilisé, en pilule de 1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} génération.

D'après la fiche mémo de la Haute Autorité de Santé sur la contraception chez la femme en post-partum, dont la dernière mise à jour date du mois de Juillet 2019, les contraceptions oestro-progestatives ne sont pas recommandées, chez la femme qui allaite, dans les 6 mois suivant l'accouchement. Pour une femme non allaitante, ces moyens de contraception (pilule, patch, anneau vaginal), sont utilisables à partir de 42 jours après l'accouchement, si la patiente ne présente pas de contre-indication, et sans facteurs de risques associés de thrombose veineuse (tabac, âge supérieur à 35 ans, obésité). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ce délai peut être raccourci à 21 jours en l'absence de facteurs de risque et de contre-indication. Les pilules de 3^{ème} génération contenant du désogestrel ou du gestodène et de 4^{ème} génération contenant de la drospirénone, exposent à un risque thrombo-embolique accru et ne doivent pas être utilisées en première intention [16]. L'indice de Pearl théorique des pilules oestro-progestatives est de 0.3 et en pratique il est de 8 [15].

2.2. Les contraceptions progestatives pures

En ce qui concerne les contraceptions progestatives, (pilule, injection intramusculaire, implant sous cutané) elles peuvent être utilisées, en cas d'allaitement ou non, à partir du 21^{ème} jour suivant l'accouchement, en l'absence des contre-indications suivantes : accidents thromboemboliques veineux évolutifs, saignements génitaux inexpliqués, cancer du sein ou de l'utérus, pathologie hépatique sévère actuelle ou ancienne. Les patientes doivent être informées des effets indésirables et secondaires de ces médicaments [16].

Il existe plusieurs voies d'administration :

- La pilule micro progestative : au Lévonorgestrel (LNG) ou désogestrel, dont l'indice de Pearl théorique est de 0.3 et en pratique de 8 [15].
- Implant à l'Etonogestrel : permet une couverture contraceptive pendant 3 ans. Son indice de Pearl théorique est de 0.05 et en pratique, il est également de 0.05 [15].
- Injections d'Acétate de médroxyprogestérone : Une injection tous les 3 mois est nécessaire pour maintenir une couverture contraceptive. Etant donné les effets indésirables : prise de poids, risque de déminéralisation osseuse, thrombose, ce moyen de contraception ne doit pas être utilisé en première intention. Il ne doit être proposé qu'en cas d'impossibilité d'utiliser un autre moyen contraceptif, et de manière limitée dans le temps [16]. Ces injections à visée contraceptive n'interfèrent pas avec l'allaitement [17]. L'indice de Pearl théorique de cette méthode contraceptive est de 0.3 et en pratique, il est de 3 [18].

2.3. Les dispositifs intra utérins (DIU) au cuivre et au Lévonorgestrel [16]

Ils sont utilisables chez la femme en post-partum, que celle-ci allaite ou non, à partir de 4 semaines après l'accouchement. Il faut avoir évalué et écarté un risque infectieux (rechercher une infection à Chlamydia trachomatis et Neisseria Gonorrhée avant la pose notamment en cas d'IST, infection génitale haute en cours ou récente, âge inférieur à 25 ans, partenaires multiples).

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

La pose d'un DIU au cuivre dans les 48 heures après un accouchement est possible mais n'est pas d'usage courant en France. Leur longue durée d'action est de 4 à 10 ans pour le DIU au cuivre, 5 ans pour le DIU au LNG. Le DIU au LNG est à privilégier en cas de ménorragies fonctionnelles ou de saignements abondants avec un DIU au cuivre, à condition que les femmes acceptent l'éventualité de ne plus avoir de règles.

2.4. Les méthodes barrières

Ces méthodes ont une efficacité moindre par rapport aux moyens contraceptifs hormonaux ou encore les DIU. Les couples qui les utilisent doivent être motivés. Compte tenu du taux élevé d'échec, en cas d'utilisation exclusive de ces moyens de contraception, l'éventualité d'une grossesse imprévue doit être connue et acceptée par le couple. Un apprentissage est nécessaire avant de pouvoir utiliser ces moyens contraceptifs, et il faut les utiliser pour chaque rapport sexuel.

- Les préservatifs masculins et féminins : leurs indices de Pearl théoriques sont respectivement de 2 et 5, et leurs indices en pratique sont respectivement de 15 et 21. Les préservatifs offrent également une protection mécanique contre les infections sexuellement transmissibles. Ils sont la méthode à privilégier en cas de choix par le couple d'une méthode barrière contraceptive en post-partum. Il faut informer les patients des modes d'utilisation et des conduites à tenir en cas de rupture, glissement du préservatif (contraception d'urgence) [16].
- Les diaphragmes et capes cervicales ne sont pas utilisables avant le 42^{ème} jour du post-partum. L'indice de Pearl théorique pour l'utilisation exclusive d'une cape cervicale est de 26 et en pratique, il est de 32 [18].
- Les spermicides sont disponibles en France sous diverses formes galéniques : ovules, crèmes, capsules. Les principaux spermicides modernes agissent grâce à l'action de surfactants, et abaissent la tension superficielle de la membrane cellulaire des spermatozoïdes, les tuant par déséquilibre osmotique. Les principales molécules sont le nonoxynol-9, non commercialisé en France, et le benzalkonium (CBK). L'indice de Pearl théorique pour les spermicides est de 18. Il est de 28 en utilisation courante. Néanmoins, les études ayant servi à déterminer l'efficacité des spermicides ont été menées en étudiant davantage le nonoxynol-9 que le CBK. Il est important d'expliquer précisément le mode d'utilisation des spermicides aux couples : les utiliser avant chaque rapport, respecter le temps de pose, ne pas utiliser de savons anioniques avant ou après le rapport sexuel, respecter un délai avant de procéder à une toilette après le rapport [6].

2.5. La méthode de l'aménorrhée lactationnelle, ou méthode MAMA

L'allaitement maternel peut avoir un effet contraceptif pendant une période maximale de 6 mois après l'accouchement, si et seulement si toutes les conditions favorables sont réunies : allaitement exclusif, jour et nuit, 6 à 10 tétées par jour, sans dépasser un délai de 6 heures entre

deux tétées la nuit et de 4 heures le jour. Il faut expliquer à la patiente qu'en cas de métrorragies, la méthode ne sera plus efficace et qu'il sera important, si elle souhaite une contraception, de se tourner vers une autre solution contraceptive [16].

2.6. Les autres méthodes naturelles [16]

Tout comme les méthodes barrières, les méthodes naturelles telles que l'abstinence périodique et l'auto-évaluation de la glaire cervicale ont un taux d'échec important en utilisation courante. Le couple doit donc être prévenu de l'éventualité d'une grossesse imprévue, et cette possibilité doit être acceptable pour lui, sinon, il vaut mieux préférer une autre méthode. Il est nécessaire qu'un retour de couches ait eu lieu pour utiliser ces deux méthodes, et que 3 cycles soient passés afin que la femme puisse prendre ses nouveaux repères dans ses cycles. Ces méthodes ne sont pas recommandées pendant le post-partum.

2.7. La stérilisation à visée contraceptive [16]

Il est nécessaire de présenter cette alternative comme définitive à la patiente et au couple, mais elle peut apporter une réponse contraceptive adaptée à certaines situations. Un délai de 4 mois doit être respecté avant de procéder à l'intervention qui, pour la femme, consiste soit en une ligature des trompes, une pose d'anneaux ou de clips, soit une électrocoagulation. Pour l'homme, la vasectomie est également une possibilité qui peut s'envisager.

2.8. La contraception d'urgence [19]

La contraception d'urgence concerne les méthodes contraceptives que peut utiliser une femme pour se prémunir d'une grossesse. La fiche mémo de l'HAS à ce sujet stipule qu'il ne s'agit pas d'une méthode régulière de contraception, mais uniquement d'une méthode de rattrapage. Il en existe 3 possibles : la première sous forme d'une pilule en prise unique dosée à 1.5 mg de Lévonorgestrel, qu'il est possible d'utiliser jusqu'à 72 heures après le rapport à risque, la deuxième, en prise unique, sous forme de comprimé dosé à 30 mg d'Ulipristal acétate, qu'il est possible d'utiliser jusqu'à 120 heures après le rapport à risque. Enfin, la pose d'un DIU dans les 120 heures suivant un rapport potentiellement fécondant est considéré comme une méthode contraceptive d'urgence.

3. Les rôles des soignants dans la satisfaction des femmes concernant la contraception du post-partum

3.1. Mener un entretien de choix contraceptif

La prescription d'une contraception doit se faire en accord avec la patiente, son rythme de vie, ses éventuelles contre-indications. Elle doit être choisie par et avec elle, car elle pourra évoluer au fil de sa vie. Une consultation tout entière doit être dédiée à ce choix contraceptif. Il faut prendre en compte le choix du couple car si un conjoint est impliqué dans la contraception, cela peut avoir une influence positive sur l'observance. L'information qui est délivrée lors de cette consultation doit être claire, individualisée et adaptée à la personne afin de s'assurer de sa compréhension. Il faut prendre en compte les préférences de la patiente, ses habitudes de vie, son état de santé, le rapport bénéfice/risque des méthodes proposées. Des examens, un clinique et un biologique seront ensuite proposés à la patiente [20]. Il peut être important de parler de la contraception choisie lors de plusieurs consultations.

Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), a émis en 2018 des recommandations globales sur la contraception. Il y est précisé que si le praticien affiche son choix contraceptif lors d'une consultation avec la patiente, la persistance contraceptive en sera diminuée. La consultation doit être personnalisée et structurée pour permettre à la patiente de changer d'avis sur la contraception et d'adopter un autre mode contraceptif. Les effets indésirables doivent être évoqués également, pour se prémunir d'une rupture d'observance. Il est important de pratiquer une aide à la décision lorsqu'il existe un choix thérapeutique : cela peut se faire par le biais de médias (diaporamas, prospectus, modules informatisés). Présenter les contraceptifs par ordre d'efficacité va permettre une meilleure compréhension de l'efficacité du contraceptif choisi, plutôt que de les présenter par ordre de nombre de grossesses [21].

L'INPES a publié en 2015 un document intitulé « Comment aider une femme à choisir sa contraception ? » destiné aux professionnels de santé, et ayant pour rôle de les guider dans la consultation de prescription contraceptive. Le document présente le modèle B.E.R.C.E.R de l'OMS, qui décline la consultation en 6 étapes : **B**ienvenue, **E**ntretien, **R**enseignements, **C**hoix, **E**xpllications, **R**etour. Ce modèle permet de donner une structure à la consultation, pour prendre en charge la demande de la patiente dans sa globalité. Il lui permet d'être acteur de sa prise en charge et d'exprimer librement ses questions, choix et envies. Le praticien présentera de manière claire, personnalisée et loyale, les différents moyens de contraception mis à disposition

de la patiente, les effets recherchés, les effets indésirables. Il pourra également débiter un apprentissage de l'utilisation du moyen choisi, si nécessaire [22].

3.2. Le rôle du « counseling »

Le « counseling » s'inscrit dans une démarche d'aide au choix, de conseil et d'accompagnement [22]. En ce qui concerne la contraception du post-partum, plusieurs études ont montré l'intérêt de communiquer sur le sujet avec la patiente, en anté-natal et en post-natal. Une étude de 2015, parue dans *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, a permis de recruter 9536 femmes à risque de grossesse rapprochées, sur une période de 4 ans, et de montrer que le fait de leur avoir parlé de contraception durant et après leur grossesse influençait de manière significative le fait de choisir ou pas un moyen de contraception en post-partum. L'article montre que 78% des femmes ont reçu des informations sur la contraception en prénatal, 86% en post partum, 72 % sur les deux périodes. Au final, de nombreuses femmes choisiront un moyen de contraception après leur accouchement (85%).

On note que la grande majorité des femmes ayant reçu une information en post-partum utilisent une contraception par la suite, et que celles n'ayant pas bénéficié de cet entretien étaient moins nombreuses à en souhaiter une. On observe le même phénomène quand des entretiens prénataux ou sur les deux périodes sont proposés aux patientes. Les contraceptifs à longue durée d'action sont plus souvent choisis lorsque des entretiens ont eu lieu pendant et après la grossesse.

Cette étude a donc montré que le fait de dispenser des informations en prénatal et en postnatal était associé à un plus grand pourcentage d'utilisation de contraceptif en post-partum, dont des contraceptifs de longue durée d'action et de meilleure efficacité [23].

3.3. Les femmes et leur contraception

On peut s'interroger sur la satisfaction qu'ont les femmes de la contraception qui leur a été prescrite en post partum. Une étude de 2013 a voulu comparer la contraception prescrite en suites de couches et celle effectivement prise par les patientes lors de leur visite post natale. 600 patientes avaient été sélectionnées, 129 ont été revues à la visite post natale. L'étude a duré 10 semaines dans un centre hospitalo-universitaire. Une contraception a été prescrite à 92.4% de ces 600 patientes, et pour 73.5% d'entre elles, il s'agissait d'une contraception hormonale. La méthode la plus prescrite restait la pilule micro progestative (63.5%). Un DIU a été prescrit à

12.7% des femmes. A la visite post-natale, une mauvaise observance est notée chez un tiers des femmes, que ce soit avec une méthode naturelle ou hormonale. Moins de 50% des femmes ayant une contraception par méthode barrière continuent à observer cette méthode. Finalement, seulement 2 femmes sur 3 poursuivent, à la visite post-natale, la contraception qui leur a été prescrite en maternité, ce qui pose la question de la pertinence des informations données en maternité lors de l'entretien contraceptif. Les femmes semblent demandeuses de plus d'informations en anté-natal, estimant que celles-ci arrivent trop tard durant leur séjour en suites de couches [24].

Finalement, on peut se demander si les patientes ont bien été averties des modes d'utilisation des contraceptifs prescrits, si le défaut d'observance a résulté d'une indisponibilité psychique, ou si les informations qui leur ont été données ont bien été personnalisées.

Une autre étude de 2006 ayant eu lieu à la maternité du Mans a interrogé, par l'intermédiaire de questionnaires en suites de couches, 104 accouchées, concernant les informations qu'elles avaient reçues sur la contraception en maternité. Elles avaient ensuite été recontactées 1 an après par téléphone, pour connaître leurs pratiques vis-à-vis de la contraception. Les deux tiers des patientes avaient choisi un allaitement maternel, et 70% d'entre elles ont reçu une ordonnance de progestatifs, qui a été suivie par 78% des femmes. Les femmes ayant choisi l'allaitement artificiel avaient, pour leur part, reçu une ordonnance d'oestroprogestatifs dans 62.5% des cas. Elles étaient 96% à l'avoir utilisée au retour à domicile. Un grand nombre de ces femmes (87.5%) trouvaient ces moyens de contraception efficaces, mais 38.9% d'entre elles les trouvaient peu pratiques. Une femme sur deux oubliait sa contraception en post-partum et 86% l'ont modifiée dans l'année, en substituant souvent le DIU aux progestatifs, sous conseil d'un médecin, ou par arrêt de l'allaitement maternel. Un tiers des femmes déclarait mal tolérer les oestroprogestatifs et se plaignaient de céphalées, métrorragies, prise de poids ou trouble de la lactation [25].

Cette étude nous permet de nous poser également la question de l'exhaustivité des informations données aux femmes lors de cet entretien contraceptif.

4. Méthodologie

4.1. Rappel de la problématique, des hypothèses et des objectifs de l'étude

Nous nous sommes demandé si l'entretien contraceptif lors du séjour en maternité satisfaisait, d'après les patientes, leurs besoins individuels en matière d'informations sur la

contraception, et si elles considéraient que cet entretien était adapté à ce moment particulier qu'est le post-partum.

Nous avons dégagé deux objectifs à notre étude, le premier étant d'évaluer les besoins des patientes, leur satisfaction et leurs attentes par rapport aux informations qui leur sont données à la maternité, sur la contraception du post partum. Le second objectif de cette étude est d'étudier la manière dont est utilisée la contraception prescrite à la maternité jusqu'à la visite post natale. Nous avons émis deux hypothèses pour nous guider, la première étant que, l'entretien contraceptif étant majoritairement proposé aux patientes, celles-ci considèrent que le moment des suites de couches est un moment privilégié pour aborder le thème de la contraception. La deuxième hypothèse était la suivante : les informations dispensées lors de l'entretien contraceptif répondent aux besoins et aux attentes des patientes.

4.2. Le déroulement de l'étude

Pour répondre à notre question de recherche et vérifier nos hypothèses, nous avons effectué un travail de recherche et mené une étude quantitative, observationnelle, multicentrique et rétrospective : Nous avons commencé par rechercher des sages-femmes libérales acceptant de participer à notre étude. Nous les avons sollicitées par mail, appel, message vocal et message écrit. Nous avons contacté 80 sages-femmes à Paris et en Île de France. Finalement, 9 d'entre elles ont accepté de distribuer les questionnaires à leurs patientes. Nous leur avons donc remis un total de 200 questionnaires (ANNEXE I), concernant la satisfaction, le vécu et l'utilisation de la contraception par les patientes, depuis leur accouchement, jusqu'à la visite post-natale. Nous nous sommes tournés vers les sages-femmes libérales pour mener notre étude car nous avons constaté lors de nos stages dans les services de suites de couches, que les patientes souhaitent le plus souvent effectuer leur consultation post-natale avec le professionnel de santé qui avait fait le suivi de la grossesse, et il s'agissait le plus souvent de sages-femmes libérales plutôt que de gynécologues libéraux, de médecins généralistes ou de sages-femmes exerçant à l'hôpital (ces dernières prenant en charge la patiente le plus souvent au cours du dernier trimestre de la grossesse).

Cette enquête a eu lieu du 1^{er} Août 2019 au 20 Janvier 2020, sur 23 semaines. Les questionnaires comportaient une première page expliquant l'étude et ses buts aux patientes, s'assurant de leur consentement pour leur participation, puis une série de 28 questions, la plupart sous forme de questions à choix multiples (QCM), et quelques espaces d'expression libre. Sur la période de l'étude, les sages-femmes libérales ont transmis les questionnaires de manière anonyme ; une enveloppe était fournie aux patientes qui les rendaient donc scellés.

Nous retournions ensuite une fois par mois au cabinet des sages-femmes pour récupérer les questionnaires.

Sur la période du 1^{er} au 31 Août 2019, afin de tester la pertinence de notre outil d'étude, nous avons distribué 5 questionnaires à une sage-femme exerçant dans les Yvelines. Après les avoir récupérés et consulté notre directrice de mémoire, il a été convenu que ces questionnaires « test » pouvaient être inclus dans l'étude car les questions semblaient avoir toutes été comprises par les patientes, et le contenu des réponses, analysable.

4.3. L'informatisation et l'analyse des données

Le logiciel Excel a été utilisé pour effectuer la saisie des données. Les variables qualitatives ont été présentées en effectifs et pourcentages. Elles ont été analysées grâce à des tests de comparaison de 2 proportions observées, Z-test avec un risque de première espèce $\alpha=0,05$.

4.4. Les critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude

Les patientes incluses dans l'étude devaient répondre à plusieurs critères :

- Accepter de participer à l'étude
- Etre âgée d'au moins 18 ans
- Avoir accouché en Île de France
- Avoir réalisé une consultation post natale à la suite de cet accouchement avec une sage-femme libérale
- Avoir correctement complété le questionnaire, permettant une analyse correcte des données

Les critères d'exclusion des patientes de l'étude étaient les suivants :

- Refus de participation de la patiente
- Patiente ne parlant ou ne comprenant pas le Français
- Patiente ne sachant pas lire et/ou écrire
- Patiente ayant accouché hors Île de France
- Patiente n'ayant pas effectué de visite post natale
- Questionnaire insuffisamment rempli ne permettant pas l'analyse des données

L'âge (sous réserve d'avoir au minimum 18 ans), la parité des patientes ou le caractère multiple d'une grossesse n'étaient pas des critères retenus comme excluant de l'étude.

4.5. Variables retenues

Les variables retenues étaient les suivantes :

- Données sociodémographiques : âge, profession, situation maritale, niveau d'études, origines géographiques, nombre d'enfants.
- Région d'accouchement (seules les patientes ayant accouché en Île de France étaient ciblées par l'étude).
- Les données concernant leur contraception (contraception antérieure à la grossesse, contraception prescrite à la maternité en suites de couches et lors de leur consultation post-natale, éventuelles difficultés rencontrées lors de l'utilisation de la contraception du post-partum)
- Les données concernant leur grossesse (spontanéité, survenue de pathologie, mode d'alimentation choisie pour le nouveau-né, voie d'accouchement).
- Les données concernant l'entretien contraceptif en suites de couches (attente et besoin des patientes, sentiment de facilité pour évoquer ses choix avec le professionnel, place de la prescription de contraception lors des suites de couches en maternité).

Pour répondre à notre problématique, nous avons appliqué un score de satisfaction, reprenant les réponses aux 4 questions suivantes : « Les informations données à la maternité sur la contraception ont-elles répondu à vos attentes ? », « Les informations qui vous ont été données à la maternité en suites de couches concernant la contraception vous ont-elles paru complètes et adaptées à votre situation ? » « Estimez-vous que le moment des suites de couches en maternité est idéal pour vous parler de contraception ? », « A la maternité, vous sentiez-vous réceptive aux informations qui vous ont été données ? ». Une réponse affirmative à une question valait +1 point. Une réponse négative valait 0 point. A la question : « Qu'est-ce qui, selon vous, aurait pu améliorer votre satisfaction concernant les informations données à la maternité sur la contraception ? », si la patiente cochant : « Rien de plus, vous étiez satisfaite des informations données », 1 point supplémentaire était attribué. Le score était ainsi coté sur 5 points. Nous avons décidé d'établir le score suivant :

- Aucune, 1 ou 2 réponses affirmatives : Patiente non satisfaite de son entretien
- 3 réponses affirmatives : Patiente moyennement satisfaite de son entretien
- 4 ou 5 réponses affirmatives : Patiente satisfaite de son entretien

4.6. Considérations éthiques et réglementaires

Le sujet de l'étude et la méthodologie ont été validés en Février 2019 par un comité scientifique.

Le consentement des patientes a été recueilli via la première page du questionnaire : il s'agissait d'une lettre leur expliquant le contenu des questions, le but de l'étude. Les patientes apposaient une signature et une date en bas de page, accompagnées de la mention « lu et approuvé », si elles consentaient à participer. Une enveloppe était également fournie à chaque patiente, permettant ainsi un rendu respectant l'anonymat.

Les questionnaires ont été ensuite séparés de cette première page lors de l'analyse des données. Nous nous sommes engagés à détruire tous les questionnaires à la fin de l'étude pour préserver l'anonymat des patientes.

Résultats

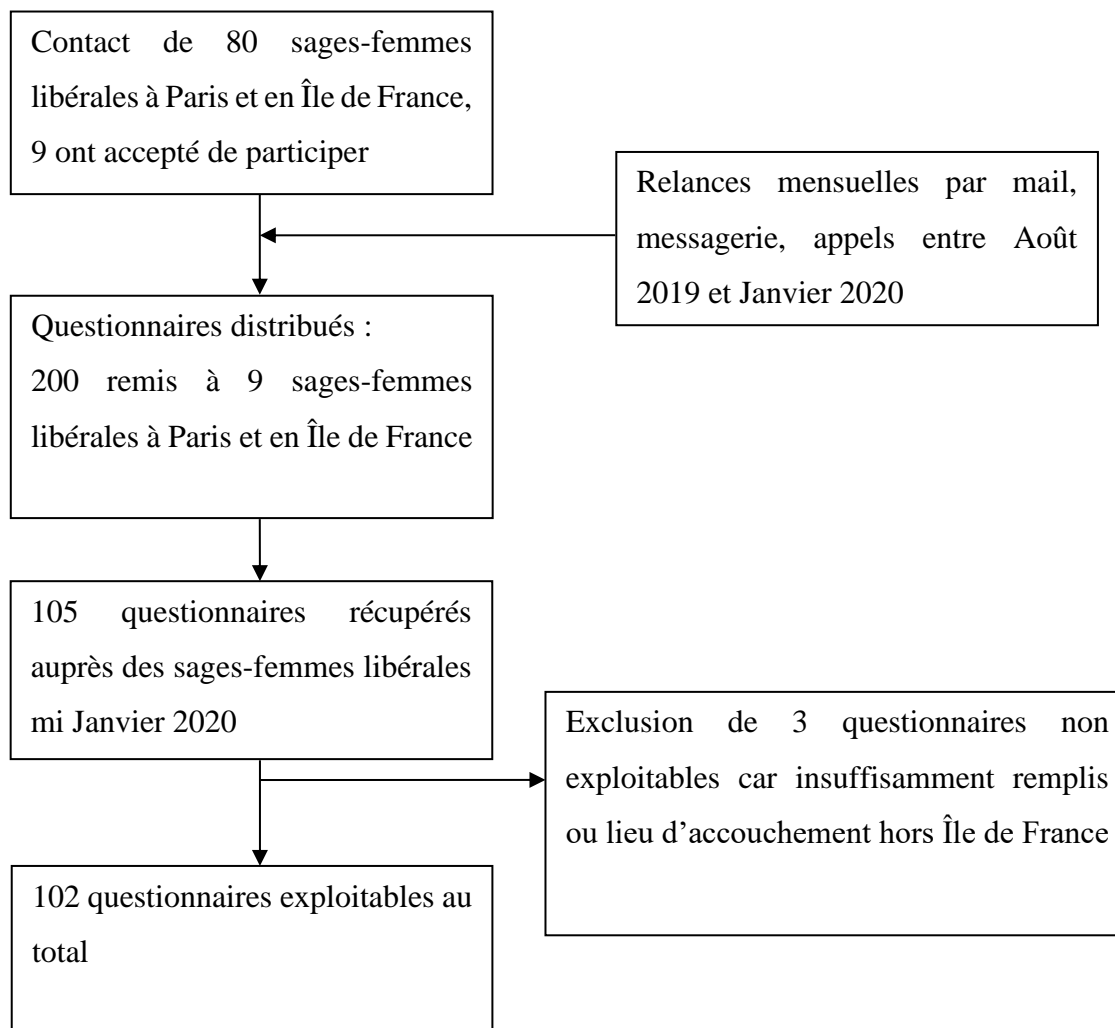


Figure 1 : Diagramme de flux

5.1. Provenance des questionnaires

Tableau I : Lieux de distribution des questionnaires

Provenance des questionnaires	Nombre (%)
Paris (12 ^e /13 ^e /16 ^e arrondissement)	56 (54.9)
Eaubonne (95600)	15 (14.7)
Courbevoie (92400)	15 (14.7)
Conflans Sainte Honorine (78700)	14 (13.7)
Etampes (91150)	2 (1.9)

5.2. Présentation de la population

Tableau II : Présentation de la population, données socio-démographiques

Âge	Pourcentages (N=102)
Entre 20 et 25 ans	5.88 (6)
Entre 26 et 31 ans	39.21 (40)
Entre 32 et 37 ans	46.07 (47)
Entre 38 et 44 ans	8.82 (9)
Profession	
Commerçante/Artisane/chef d'entreprise	3.92 (4)
Cadre/Profession intermédiaire/Médecin/Professeur	45.09 (46)
Cadre moyen	12.74 (13)
Employée	30.39 (31)
Etudiante	3.92 (4)
Sans activité	3.92 (4)
Situation familiale	
Mariée	48.03 (49)
En couple	50.98 (52)
PACS	0.98 (1)
Célibataire	0 (0)
Niveau d'études	
CAP/BEP	2.94 (3)
Etudes supérieures courtes (<2 ans)	7.94 (8)
Baccalauréat	4.90 (5)
Brevet professionnel	0.98 (1)
Etudes supérieures longues (>2 ans)	83.33 (85)
Origines géographiques	
Europe	83.33 (85)
Afrique du Sud	0.98 (1)
Asie	4.90 (5)
Afrique du Nord	6.86 (7)
Amérique du Nord	0.98 (1)
Afrique Sub Saharienne	2.94 (3)

5.3. Histoire contraceptive et de la dernière grossesse

Pour leur dernière grossesse, 63.7% des femmes étaient primipares au moment de répondre au questionnaire, 28.4 % des femmes deuxième pares, 6.8% troisième pares, et 1 patiente avait 4 enfants. Concernant la voie d'accouchement, 12,7% des femmes (N=13), ont accouché par césarienne, et 87,2% (N=89), ont accouché par voie basse pour leur dernière grossesse. Pour le mode d'alimentation du nouveau-né, 57.8% (N=59) des femmes ont donné le sein, 29.4% (N=30) ont donné le biberon, et 12.7% (N=13) des patientes ont procédé à un allaitement mixte.

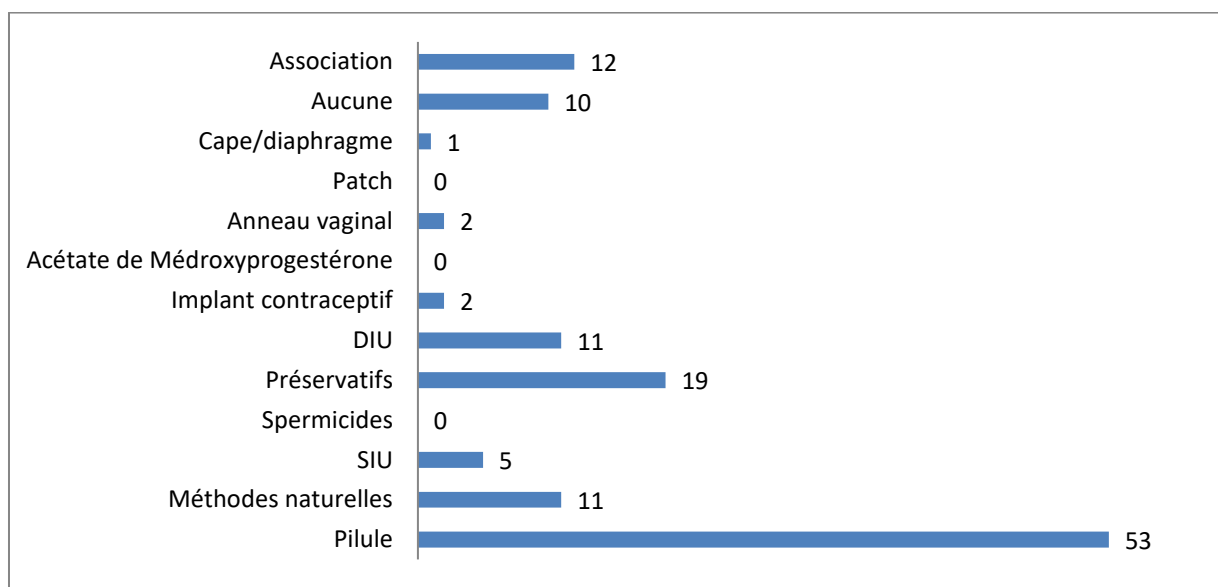


Figure II : Modes de contraception utilisés par les femmes avant leur dernière grossesse

Concernant la survenue de la dernière grossesse, 94% des femmes (N=96), ont eu une grossesse spontanée, et 5.88% (N=6) des grossesses ont été obtenues par des méthodes de procréation médicalement assistée.

5.4. Survenue de pathologies obstétricales durant la dernière grossesse

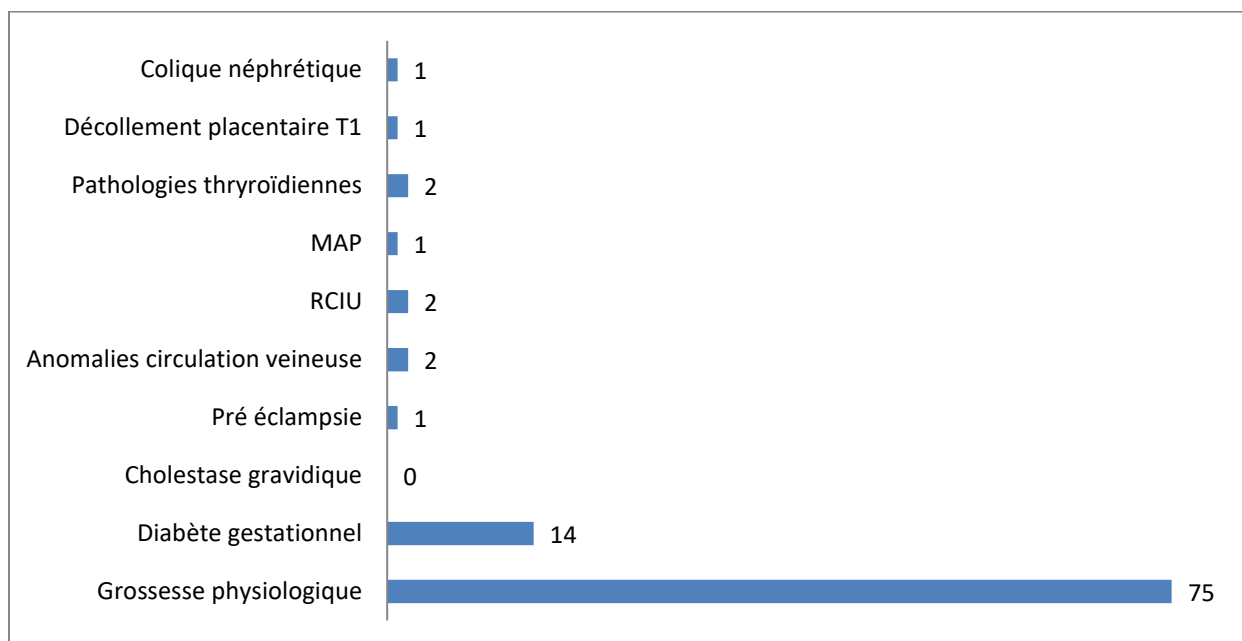


Figure III : Caractère physiologique ou pathologique de la dernière grossesse

5.5. L'entretien contraceptif en maternité

Tableau III : Présentation des attentes des patientes concernant l'entretien en suites de couches.

Attentes des patientes	Pourcentages (N=102)
- Exprimer leur choix au professionnel	50.0 (51)
- Connaître les différentes méthodes de contraception adaptées à elles	57.8 (59)
- Connaître les modalités d'utilisation, conduite à tenir en cas d'oubli	18.6 (19)
- Aucune	7.8 (8)
- Autre	8.8 (9)
- Pas de case cochée	0 (0)

Parmi les femmes ayant coché la case « Autre », plusieurs attentes étaient énoncées : souhait d'avoir des informations sur les méthodes naturelles (N=1), connaître les risques concernant les grossesses rapprochées (N=1), connaître le délai d'attente recommandé entre

l'accouchement et la première prise contraceptive (N=1), avoir des informations sur une contraception adaptée à la mutation du facteur V Leiden (N=1). Une femme ne souhaitait pas parler de contraception au moment de l'entretien, et une autre n'y avait pas réfléchi.

Tableau IV : Ressenti des patientes concernant leur entretien contraceptif en maternité

	Oui (%)	Non (%)	Non coché (%)
Réponses aux attentes des patientes	68.6 (N=70)	28.4 (N=29)	2.9 (N=3)
Informations complètes et adaptées	61 (N=63)	38.2 (N=39)*	-
Moment choisi idéal en maternité pour parler contraception	45 (N=46)	54.9 (N=56)	-
Patiente disponible au moment de l'entretien	41.1 (N=42)	58.8 (N=60)**	-
Aucun entretien contraceptif en suites de couches	7.8 (N=8)	-	-

Légende

- * : Parmi ces femmes, 9 auraient souhaité avoir plus d'informations sur la conduite à tenir en cas d'oubli de contraception, 11 auraient aimé avoir plus d'informations sur les modalités d'utilisation de leur contraception, 3 auraient voulu avoir plus d'explications sur le choix d'une contraception en cas de pathologie de la grossesse, et 18 auraient souhaité avoir plus d'explications sur le choix d'une contraception en cas d'allaitement au sein.
- ** Pour ces dernières, plusieurs facteurs étaient en cause selon elles : 73.3% (N=44) évoquaient la fatigue, 68.3% (N=41) ne se projetaient pas dans la contraception à ce moment-là, 33.3% (N=20) s'occupaient de leur bébé au moment de l'entretien, 11.6% (N=7) nourrissaient leur enfant ou ce dernier était en train de pleurer, et 6.6% (N=4) n'étaient pas seules avec le professionnel au moment de l'entretien. De plus, 3.3% de ces femmes indiquaient qu'il y avait trop d'informations à retenir en post partum en plus de celles données lors de l'entretien contraceptif en maternité.

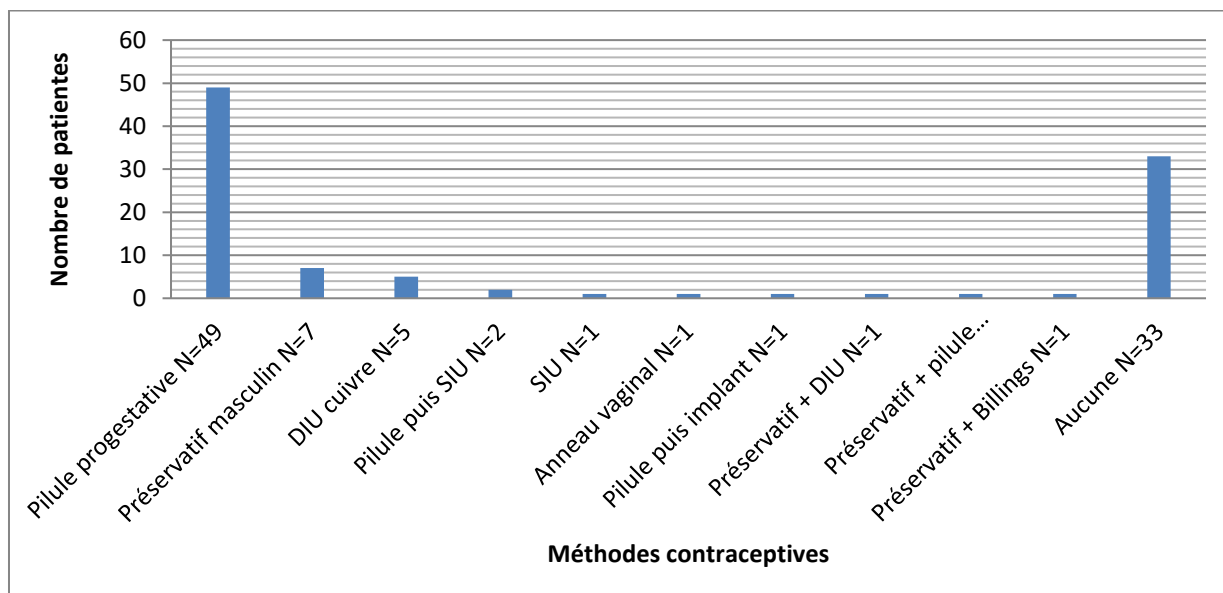


Figure IV : Les méthodes de contraception du post partum prescrits en maternité

5.6. Score de satisfaction de l'entretien contraceptif en suites de couches

Tableau V : Etablissement du score de satisfaction des patientes concernant l'entretien en suites de naissance

Eléments entrant en compte dans le calcul du score	Oui (%)	Non (%)	Non coché (%)
Réponses aux attentes des patientes	68.6 (N=70)	28.4 (N=29)	2.9 (N=3)
Informations complètes et adaptées	61 (N=63)	38.2 (N=39)	-
Moment choisi idéal en maternité pour parler contraception	45 (N=46)	54.9 (N=56)	-
Patiente disponible au moment de l'entretien	41.1 (N=42)	58.8 (N=60)	-
Patiente satisfaite des informations données en suites de couches, n'ayant pas besoin de plus d'informations	33.3 (N=34)	66.6 (N=68)	-
Score de satisfaction	Pourcentages (%)		Non coché (%)
Patiente satisfaite de son entretien de suites de couches (4 ou 5 réponses affirmatives sur 5)	27.4 (N=28)		-
Patiente moyennement satisfaite de son entretien en suites de couches (3 réponses affirmatives sur 5)	19.6 (N=20)		-
Patiente non satisfaite de son entretien en suites de couches (aucune, 1 ou 2 réponses affirmatives sur 5)	51.9 (N=53)		-

5.7. La visite post natale et l'utilisation de la contraception prescrite en maternité

Tableau VI : Données concernant l'observance contraceptive entre l'accouchement et la visite post natale, les difficultés rencontrées

Délai entre accouchement et consultation post natale	Pourcentage (%)
Avant 6 semaines*	27.4 (N=28)
Après 8 semaines**	18.6 (N=19)
Observance de la contraception	
Contraception prise entre l'accouchement et la consultation	39 (N=40)
Contraception non prise entre l'accouchement et la consultation	48 (N=49)
Femmes n'ayant pas répondu à la question	12.7 (N=13)
Difficultés rencontrées par les femmes ayant pris la contraception	
Patientes estimant avoir eu des difficultés d'observance parmi celles ayant pris la contraception prescrite	30 (N=12)
Oublis de comprimés	27.5 (N=11)
Arrêt entre accouchement et consultation	2.5 (N=1)
Impossibilité de prendre la contraception avant la consultation (DIU)	5 (N=2)
Contraception considérée comme non « pratique »	22.5 (N=9)
Changement de contraception à la consultation car ne convenait plus à la patiente	44 (N=45)

Légende :

* : Plus court délai entre l'accouchement et la consultation : 1 semaine

** : Plus long délai entre l'accouchement et la consultation : 21 semaines

Délai moyen entre l'accouchement et la consultation : 6.5 semaines

Tableau VII : Raisons évoquées par les patientes pour changer de moyen de contraception lors de la visite post natale

Contraintes	Pourcentages (N=45)
Effets indésirables	13.3 (N=6)
Oublis répétés	24.4 (N=11)
Souhait d'arrêt de l'allaitement maternel	0 (N=0)
Contraception non adaptée au nouveau mode de vie avec un nouveau-né	40(N=18)
Autre	35.5(N=16)

Pour les femmes ayant coché la case « Autre », 8 d'entre elles expliquaient qu'elles souhaitaient une contraception car elles n'avaient pas eu de prescription en maternité, 4

souhaitaient attendre la visite post natale pour la pose d'un DIU, 2 souhaitaient une autre contraception que la pilule, et 1 était dans l'attente d'une contraception adaptée à la mutation du facteur V Leiden.

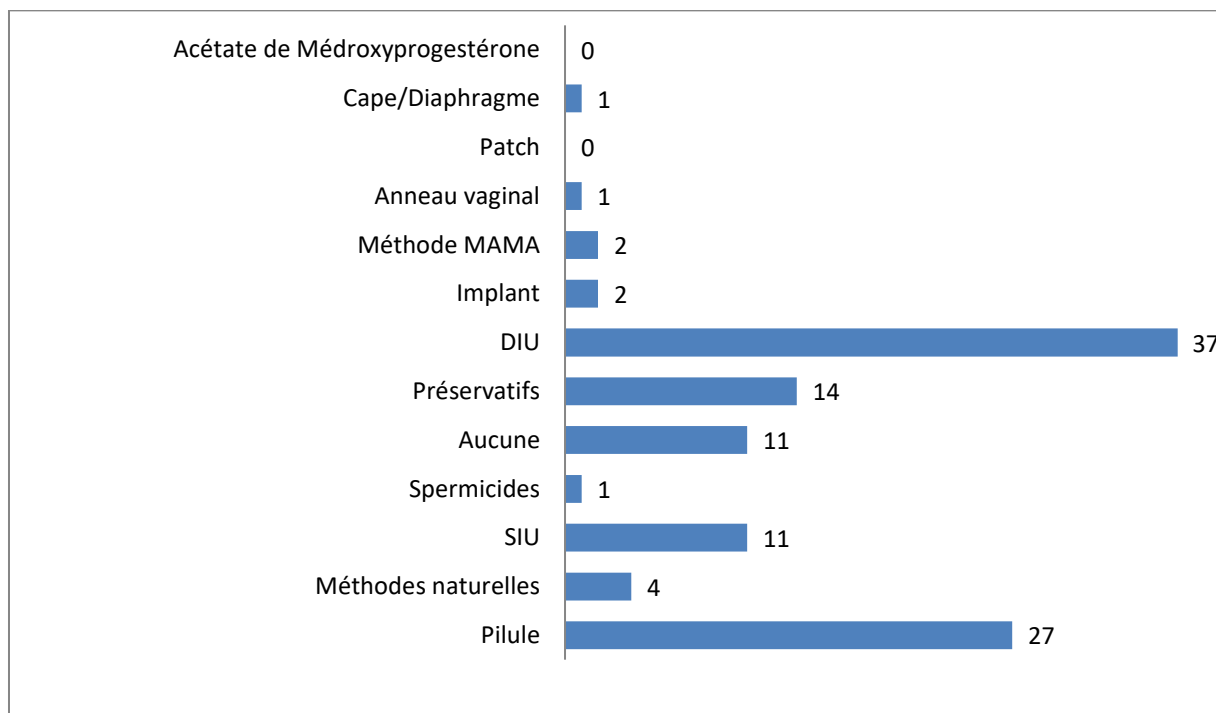


Figure V : Les contraceptions prescrites à l'issue de la visite post natale

Tableau VIII : Comparaison des attentes, de l'observance, et la satisfaction de l'entretien en suites de couches entre les patientes primipares et multipares

	Primipares	Multipares	p-value
Patientes satisfaites de l'entretien de suites de couches (en %)	32 (N=21)	35 (N=13)	>0.05
Observance de la contraception prescrite en post partum (en %)	35 (N=23)	46 (N=17)	>0.05
Souhait d'une fiche explicative sur la contraception prescrite (en %)	40 (N=26)	35 (N=13)	>0.05
Souhait de pouvoir exprimer son choix au professionnel de santé (%)	46 (N=30)	56 (N=21)	>0.05
Connaître les différents contraceptifs adaptés à la patiente (%)	60 (N=39)	54 (N=20)	>0.05
Connaître les modalités d'utilisation des contraceptifs prescrits (%)	13.8 (N=9)	13.5 (N=5)	>0.05

Nous avons de plus calculé que 71% des femmes qui ont fait changer leur contraception à l'issue de la visite post natale s'estimaient insatisfaites de leur entretien d'après le score établi.

- Il n'a pas été montré de différence vis-à-vis de la satisfaction de l'entretien en suites de couches, de l'observance de la contraception en post partum, du souhait d'une fiche explicative sur la contraception, du souhait de pouvoir exprimer son choix contraceptif au professionnel de santé en suites de couches, du souhait de connaître les différents contraceptifs adaptés à la patiente et sur le souhait de connaître les modalités d'utilisation des contraceptifs prescrits en suites de couches, entre les patientes primipares et les patientes multipares ($p > 0,05$ pour tous ces critères).

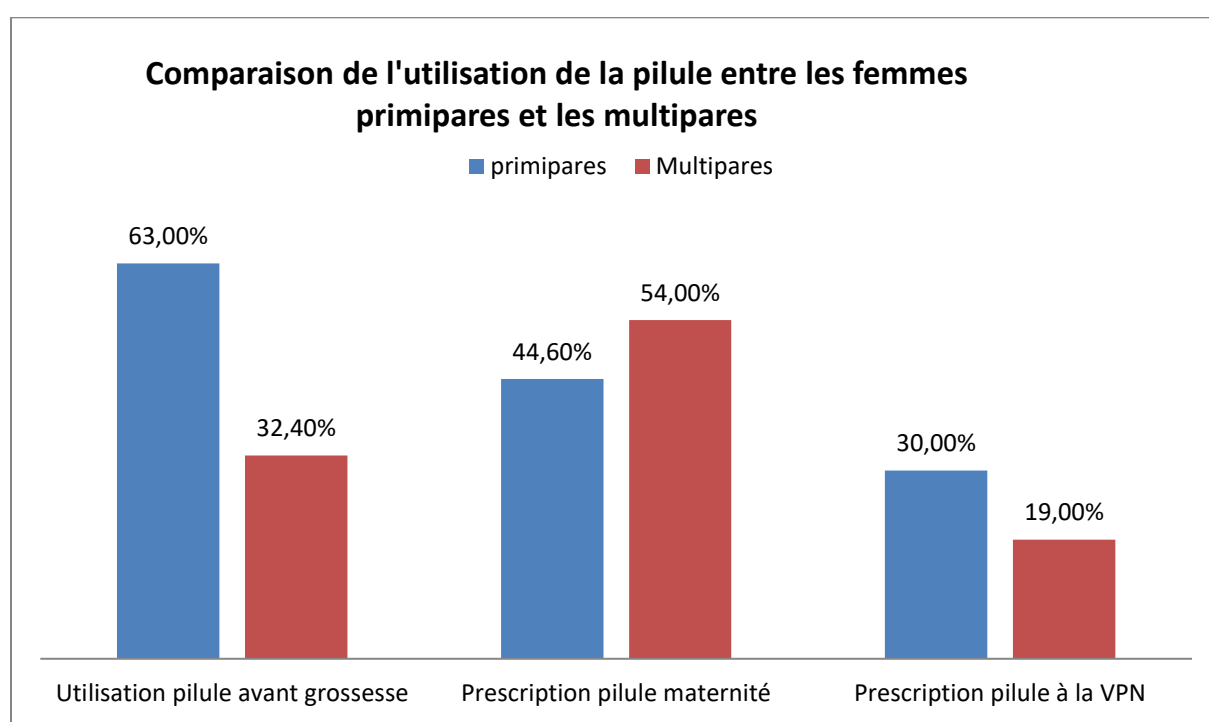


Figure VI : Évolution de l'utilisation de la pilule contraceptive

- On observe une diminution significative de l'utilisation de la pilule contraceptive chez les patientes primipares entre la période précédant leur grossesse et la visite post natale avec $p < 0.001$.
- La diminution de la prescription de pilule contraceptive chez les patientes primipares entre l'entretien en suites de couches et la visite post natale, n'est pas significative ($p > 0.05$). Il n'a pas été prescrit plus de pilule contraceptive aux patientes primipares entre l'entretien de suites de couches et la visite post natale.

- On observe une diminution significative de la prescription de la pilule contraceptive entre l'entretien en suites de couches et la visite post natale avec $p < 0,01$ chez les patientes multipares.
- Les patientes primipares sont significativement plus nombreuses à utiliser la pilule contraceptive par rapport aux patientes multipares avant leur grossesse (respectivement 63% versus 32.4%, avec un $p < 0,01$).
- Il n'a pas été montré de différence significative de prescription de la pilule contraceptive entre les primipares et les multipares à la suite de la visite post natale (respectivement 30% versus 19% avec $p > 0,05$). Il n'a pas été prescrit plus de pilule aux patientes primipares qu'aux patientes multipares.

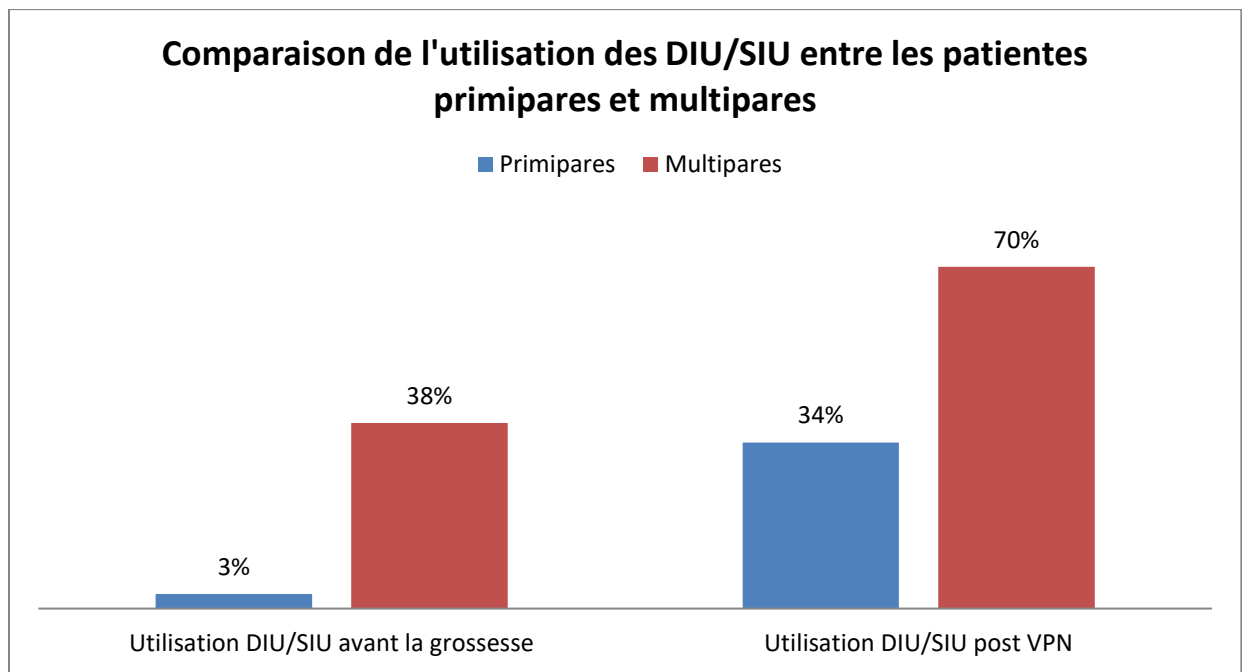


Figure VII : Évolution de l'utilisation des DIU/SIU

- On observe une augmentation significative de l'utilisation des DIU/SIU après la visite post natale versus avant la grossesse chez les patientes primipares (respectivement 34% versus 3% avec $p < 0,00001$).
- On observe une augmentation significative de l'utilisation des DIU/SIU après la visite post natale versus avant la grossesse chez les patientes multipares (respectivement 70% versus 38% avec $p < 0,01$).

- On observe que les patientes multipares utilisent significativement plus le DIU/SIU que les patientes primipares avant la grossesse, (respectivement 38% versus 3% avec $p < 0,00001$)
- On observe que les patientes multipares utilisent significativement plus le DIU/SIU que les patientes primipares après la visite post natale (respectivement 70% versus 34% avec $p < 0,001$).

Tableau IX : Propositions d'amélioration des informations concernant la contraception, selon les patientes

Propositions pour améliorer la satisfaction des patientes	Pourcentages (%)
- Informations anté natales sur la contraception	34.1 (N=35)
- Repartir de la maternité avec une fiche explicative sur la contraception	38.2 (N=39)
- Utilisation de supports par le professionnel lors de l'entretien	14.7 (N=15)
- Parler de contraception lors d'une réunion avec d'autres jeunes mamans à la maternité	22.5 (N=23)

Analyse et discussion

Le premier objectif de cette étude était d'évaluer les besoins des patientes, leur satisfaction et leurs attentes en matière d'informations données en maternité sur la contraception du post partum. Le second objectif était d'étudier la manière dont était utilisée la contraception prescrite à la maternité, jusqu'à la visite post natale. Nous avons donc mené une étude quantitative, observationnelle, multicentrique, rétrospective. Les résultats ont été présentés dans la partie précédente.

Pour rappel, parmi les résultats les plus marquants :

- Plus d'un quart des patientes interrogées (28.4%) a estimé que l'entretien proposé en suites de couches n'avait pas répondu à leurs attentes. Plus de la moitié (54.9%) estimaient que le moment des suites de couches en maternité n'était pas idéal pour parler de la contraception, en évoquant diverses raisons comme la fatigue, l'absence de projection psychique dans la contraception, leur propre indisponibilité, la grande quantité d'informations à assimiler en suites de couches en plus des informations contraceptives, le moment de l'entretien mal choisi (patiente en train de nourrir son nouveau-né, ou présence d'une autre personne en plus du professionnel dans la chambre à ce moment-là).
- Nous avons de plus calculé que 71% des femmes qui ont fait changer leur contraception à l'issue de la visite post natale s'estimaient insatisfaites de leur entretien d'après le score de satisfaction que nous avons établi. D'après ce même score, 52% des patientes s'estimaient insatisfaites de leur entretien contraceptif.
- Enfin, 8 patientes disaient ne pas avoir bénéficié d'un entretien en suites de couches, bien que L'HAS insiste 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 mises à jour en 2019 [16].
- Pour près de la moitié des femmes ayant participé (48%), une pilule progestative seule a été prescrite à l'issue de l'entretien, la pilule est donc le moyen de contraception qui a été le plus majoritairement prescrit aux patientes, mais plus d'un tiers des femmes est reparti de la maternité sans moyen de contraception, soit par choix, soit parce que le moyen de contraception prescrit n'était pas utilisable en post partum, soit parce qu'elles

n'avaient pas bénéficié de l'entretien contraceptif. A l'issue de la visite post natale, le DIU est le moyen de contraception le plus prescrit (36% des patientes), suivi de la pilule contraceptive (26% des patientes).

Nous allons à présent confronter les résultats de l'étude aux hypothèses formulées avant de répondre à notre problématique et à nos objectifs, et discuter des forces, des biais et des limites de notre étude.

6.1. Biais et limites de l'étude

6.1.1. Durée de l'étude

Initialement, la durée prévue de notre étude était du 1^{er} Août 2019 au 1^{er} Janvier 2020. Néanmoins, au 1^{er} Janvier, nous n'avions pas rempli notre objectif en matière de nombre de questionnaires (en raison du nombre de patientes venant consulter en visite post natale, vacances scolaires, congés des sages-femmes ayant accepté de participer, patientes ayant oublié de rendre le questionnaire aux sages-femmes), et nous avons donc allongé la durée de notre étude jusqu'au 20 Janvier 2020. Par la suite, les contraintes liées au temps imparti pour la réalisation du mémoire ne nous permettaient pas d'accorder un délai supplémentaire à la distribution des questionnaires, ce qui explique le manque de puissance de notre étude et la taille de notre population. Il s'agit ici d'une limite à notre étude.

6.1.2. Population étudiée

La population étudiée n'est pas représentative de la population générale. Nous n'avons pas pu recruter suffisamment de patientes dans suffisamment de départements différents pour augmenter la puissance de notre étude, car, malgré le fait que nous ayons contacté 80 sages-femmes, seulement 9 ont accepté de participer. Notre étude manque de puissance de par le faible nombre de personnes y étant incluses. De plus, distribuer les questionnaires et les récupérer nécessitait beaucoup de déplacements et prenait du temps. Les patientes pouvaient également oublier de rendre le questionnaire à la sage-femme, ou la sage-femme oublier de le donner à la patiente, ce qui a limité le nombre de réponses à l'enquête.

Le temps nous a donc manqué car les délais de réalisation du mémoire et nos moyens de locomotion ne nous permettaient pas de nous déplacer trop loin des Yvelines et de Paris.

6.1.3. Biais de l'étude

Par rapport à l'outil que nous avons utilisé, on attribue au questionnaire différents biais : biais de délimitation, de sélection, de codage et de traitement des données, et enfin le biais de lecture [26]. Notre enquête ne comporte pas le biais de délimitation : le sujet a été réfléchi, proposé à la lecture, corrigé et validé par le comité scientifique de l'Ecole de Sages-Femmes, et par notre directrice de mémoire.

Il existe un biais de sélection des patientes, notre population était très ciblée, nous avons exclu de l'étude les patientes ayant effectué leur visite post natale à l'hôpital, ou avec un gynécologue de ville, les patientes ne parlant pas le Français, et les mineures ; alors que ces patientes pourraient être la cible d'une mauvaise compréhension et utilisation de la contraception du post partum, ainsi que les patientes ayant accouché hors Île de France. De plus, beaucoup de patientes ayant accouché par césarienne sont revues à la visite post natale à l'hôpital, par un médecin, ces femmes ont donc été également exclues de l'étude.

Concernant le biais de codage, notre population était assez peu nombreuse, nous pouvons supposer que les données ont été correctement codées, limitant ce biais.

Le biais de lecture est l'utilisation à posteriori uniquement d'une partie des données. Dans notre étude, toutes les données ont été recueillies, utilisées, codées, ce biais est donc éliminé.

Concernant plus spécifiquement notre étude, il existe un important biais de mémoire. En effet, les patientes sont interrogées plusieurs semaines après l'entretien du post partum mené en maternité. Il est donc possible que des informations aient été oubliées entre ce moment et le remplissage des questionnaires, et que certaines réponses soient donc erronées.

Il existe aussi un biais d'information : toutes les patientes n'ont pas été suivies au cours de leur grossesse par les mêmes professionnels. Il est donc impossible de se rendre compte des informations qu'elles ont pu recevoir concernant la contraception pendant les cours de préparation à la naissance et à la parentalité, ou pendant les consultations de grossesse.

De plus, dans notre questionnaire, nous avons omis de poser la question de la reprise ou non des rapports sexuels au moment de la visite post natale. En effet, une patiente pour qui cela ne serait pas le cas pourrait dans ce cas refuser une contraception, ce qui pourrait en partie expliquer pourquoi certaines patientes repartent de la visite post natale sans moyen de contraception.

6.2. Points forts de l'étude

Nous n'avons trouvé que peu d'études traitant du sujet de la satisfaction des patientes concernant la contraception du post partum, malgré le lien étroit qu'il existe entre la prise inadéquate de contraception du post partum et le risque de grossesse indésirée, grossesse rapprochée, IVG [8-9-10]. Notre étude, montre, bien qu'à petite échelle, les patientes sont globalement insatisfaites des informations communiquées lors de l'entretien contraceptif, ce qui nous permet d'entrevoir des améliorations possibles à apporter.

Nous avons choisi de distribuer un questionnaire pour obtenir les réponses à nos interrogations, plutôt que des entretiens semi dirigés, ou de l'observation. Nous souhaitons obtenir de nombreuses réponses, il s'agit d'une méthode plus objective que les autres, dont résultent moins de biais. Cette méthode est quantitative, le nombre de questionnaires récupérés lui confère sa validité.

Notre questionnaire a été conçu de telle sorte que l'anonymat des patientes était complètement respecté. Les sages-femmes récupéraient les questionnaires de manière scellés dans une enveloppe, et nous les transmettaient sans que la patiente soit présente. Aucune question ne permettait d'identifier la patiente. La première page comportant le consentement de la patiente a été séparée du reste du questionnaire avant de traiter les données. Cette façon de procéder nous a paru plus efficace pour obtenir les réponses les plus sincères à nos questions, les patientes se sachant anonymes.

Le questionnaire a également été relu par notre directrice de mémoire, corrigé de manière à limiter les biais de sélection, et a été testé sur 5 patientes avant d'être plus largement distribué, ce qui en renforce la qualité.

6.3. Analyse et Discussion des résultats

6.3.1 La population étudiée

Nous allons comparer notre population avec la population générale des femmes et des femmes enceintes, en nous basant sur les résultats de l'Enquête Périnatale 2016 réalisée auprès de 13 894 femmes [27], et sur ceux du Baromètre Santé 2016 sur la contraception [3].

6.3.1.1. Données socio démographiques

Nos populations étaient comparables en ce qui concernait le pourcentage de femmes mariées, le pourcentage de femmes exerçant une profession intermédiaire ou employée.

Notre population n'était pas comparable à la population générale des femmes sur plusieurs points : Moins de 1% de nos patientes étaient pacsées, contre 41.3% de la population générale. Nous n'avons pas pu comparer les origines géographiques de nos patientes, car l'Enquête Périnatale s'intéressait aux nationalités des patientes, et nous leur demandions leurs origines géographiques. Néanmoins, nous pouvons estimer qu'avec plus de 83% de patientes ayant des origines Européennes, notre population de femmes n'était pas représentative de la population générale.

En ce qui concerne le niveau d'étude, nous avons 91% de patientes détentrices d'un Baccalauréat contre 55% dans l'enquête Périnatale. Nous pourrions proposer une explication à ces chiffres : il se peut que la population qui fréquente les cabinets des sages-femmes libérales soit plutôt constituée de femmes Européennes, avec une connaissance de la langue Française, et détentrice de davantage de diplômes, par rapport à la population générale. Le niveau d'éducation des patientes fréquentant les cabinets libéraux des sages-femmes semble plus élevé que la population générale. Peut-être observerions-nous davantage de mixité lors des consultations effectuées en milieu hospitalier.

6.3.1.2 Données concernant les grossesses

Notre population n'était pas comparable, en matière de parité, à celle de l'Enquête Périnatale : nous avons dans notre enquête 64% de patientes primipares, 28% de 2^{ème} pares, 1% de 4^{ème} pares contre respectivement 42%, 35% et 7.8% dans l'Enquête Périnatale. Nous pouvons avancer l'hypothèse que les patientes primipares ont davantage tendance à se rendre à leur rendez-vous de visite post natale que les patientes multipares. Nous avons moins de patientes ayant accouché par césarienne que dans la population générale (12.7% vs 20.4%), ce qui pourrait s'expliquer par le fait que les patientes ayant accouché par césarienne sont davantage reçues par des gynécologues hospitaliers. Néanmoins, nos populations étaient comparables en matière de survenue de pathologies obstétricales : apparition d'un diabète gestationnel, d'une pré éclampsie, d'un fœtus petit pour âge gestationnel. Le nombre de grossesses ayant eu lieu avec un parcours de procréation médicalement assistée (PMA), est similaire dans la population générale et dans notre étude, de même que le pourcentage d'allaitement au sein.

6.3.1.3 Données concernant la contraception

Dans notre étude, 90.2% des patientes avaient un moyen contraceptif avant de débiter la grossesse, ce qui montre une couverture contraceptive large. Ce pourcentage est comparable à celui de la population de l'Enquête Périnatale, qui est de 91.7%.

Les pourcentages d'utilisation d'une pilule contraceptive, du préservatif masculin, du patch ou de l'anneau contraceptif avant la grossesse étaient également comparables dans les 2 populations. Par contre, ils n'étaient pas comparables en ce qui concerne l'utilisation de l'implant contraceptif avant la grossesse selon le Baromètre Santé 2016.

Par rapport à l'utilisation du DIU avant la grossesse, nous n'avons pas des populations comparables, nous comptons 15.5% d'utilisatrices contre 25.6% dans la population générale, ce qui peut s'expliquer par la plus grande proportion de patientes primipares dans notre population, et que celles-ci seraient plus réticentes à utiliser le DIU dans notre étude (3% de nullipares en étaient porteuses seulement avant leur grossesse, contre 34% après leur premier accouchement à la suite de leur visite post natale). Nous pouvons donc nous demander si les patientes nullipares savent qu'elles peuvent bénéficier d'un DIU, et si elles ont toutes les informations concernant l'utilisation de ce moyen contraceptif. Cette question se pose d'autant plus que pour les multipares, on voit dans notre étude qu'elles sont 38% à utiliser le DIU avant la grossesse et qu'après la visite post natale, ce pourcentage augmente jusqu'à 70% des patientes, diminuant ainsi de manière significative l'utilisation d'une pilule contraceptive à l'issue de la visite post natale chez les patientes multipares.

En ce qui concerne la contraception prescrite en post partum, nous nous sommes penchés sur une étude datant de 2013 s'intéressant à la comparaison entre la contraception prescrite en maternité et celle effectivement prise à la visite post natale [24]. Dans cette étude, 27.4% des femmes avaient reçu une prescription de contraception à la maternité, contre 67% dans notre population. Cette étude nous permet de penser qu'en l'espace de 7 ans, le sujet de la contraception du post partum a été de plus en plus pris au sérieux et que la couverture contraceptive en suites de couches va en augmentant. De la même manière, les recommandations HAS semblent davantage suivies, ce qui permet une meilleure prise en charge des patientes.

On voit donc à travers toutes ces données que nos résultats ne peuvent pas tous être généralisés à l'ensemble de la population. Les patientes consultant en visite post natale avec des sages-femmes libérales ne sont pas représentatives de la population générale.

6.4. Discussion des hypothèses, des objectifs et de la problématique de l'étude

- Rappelons notre première hypothèse : « l'entretien contraceptif étant majoritairement proposé aux patientes, celles-ci considèrent que le moment des suites de couches est un moment privilégié pour aborder le thème de la contraception ». Nous allons pouvoir infirmer cette hypothèse, car bien que l'entretien ait été effectué auprès de 92% des femmes interrogées, soit une très grande majorité d'entre elles, il semble qu'elles ne soient globalement pas satisfaites du moment choisi pour aborder ce thème. En effet, quasiment 55% de la population interrogée estime que le moment des suites de couches en maternité n'est pas idéal pour aborder le sujet de la contraception du post-partum, et plus d'un tiers des patientes souhaiterait que l'information soit dispensée pendant les consultations pré natales, car pendant la période des suites de couche en maternité, 44 patientes signalaient de la fatigue, 41 ne se projetaient pas dans la contraception à ce moment-là, et 3.3% des femmes indiquaient qu'il y avait trop d'informations à retenir en post partum en plus de celles données lors de l'entretien contraceptif . Nous pouvons donc estimer que les informations dispensées pendant l'entretien n'auront pas été retenues de manière optimale pour assurer une observance adéquate de la contraception jusqu'à la visite post natale. Le fait de parler de contraception pendant les consultations pré natales pourrait permettre aux patientes de réfléchir sur les différentes méthodes adaptées pour elles, et pouvoir formuler un choix plus facilement en maternité.

De plus, les nouveaux enjeux induits par la naissance d'un enfant ne permettent pas aux patientes d'être réceptives aux informations données pendant l'entretien : les patientes, en maternité, s'estimaient non réceptives dans presque 59% des cas. Les principales raisons évoquées étaient une indisponibilité psychique, car leur attention était focalisée sur le nouveau-né, et une absence de projection dans la reprise d'une contraception (des rapports sexuels ?), la fatigue de l'accouchement et des premiers jours de vie de l'enfant.

- Pour répondre à notre 2^{ème} hypothèse qui était « Les informations dispensées lors de l'entretien contraceptif répondent aux besoins et attentes des patientes. », on peut dire que d'après les patientes interrogées, cet entretien ne satisfait pas leurs besoins individuels en matière d'informations. En effet, environ 52% d'entre elles en sont insatisfaites et 20% moyennement satisfaites selon le score de satisfaction que nous avons établi. Toutes avaient des attentes diverses, mais elles souhaitaient majoritairement pouvoir évoquer un choix contraceptif avec le professionnel de santé et

connaître les différentes méthodes de contraception qui leur seraient adaptées. Nous avons vu que 40% des femmes pensaient que les informations données n'étaient pas complètes et adaptées à leur situation. Plusieurs explications étaient données à cette insatisfaction : d'après elles, il manquait des informations sur la conduite à tenir en cas d'oubli de contraception, sur les modalités d'utilisation de la contraception prescrite et sur les possibles effets de la prise contraceptive concomitante à un allaitement maternel. Il se peut que l'entretien contraceptif ne soit pas aussi complet que le souhaitent les femmes, mais plusieurs facteurs peuvent l'expliquer, comme par exemple le manque de temps que peut rencontrer le personnel médical dans les maternités, et la gestion d'un service de suites de couches ayant une forte activité. Il se peut qu'il soit parfois difficile de trouver un moment durant la journée pour réaliser cet entretien avec la patiente, si celle-ci n'est pas souvent dans sa chambre (visite à son nouveau-né hospitalisé en service de Néonatalogie par exemple), ou si les visites médicales et les soins se succèdent tout au long de la journée (visite du pédiatre, bain, surveillance infectieuse, ou pesée du nouveau-né). Nous pouvons donc infirmer notre hypothèse et formuler des propositions qui permettraient aux patientes de sortir de la maternité avec des informations plus complètes, et dont elles se sentiraient davantage satisfaites.

6.5. Implications, perspectives, ouvertures

Un tiers des patientes de l'étude a estimé avoir rencontré des difficultés pour prendre la contraception prescrite à la maternité et parmi elles, on observe plusieurs oublis de pilule, 1 arrêt de la contraception entre la prescription en maternité et la visite post natale, 22% de patientes ne trouvant pas leur contraception pratique, et 44% souhaitant la faire changer à la visite post natale car elle ne convenait plus à leur mode de vie. De plus, plus de la moitié des patientes interrogées s'estiment insatisfaites de l'entretien de suites de couches, ce qui peut les exposer à une difficulté d'observance optimale de la contraception et conduire à des grossesses indésirées. Nos patientes, qu'elles soient primipares ou multipares avaient des attentes similaires de cet entretien et il n'a pas été montré de différences dans l'observance contraceptive des patientes primipares ou multipares. Nous pouvons supposer que pour les patientes insatisfaites, la contraception n'était pas adaptée à leur mode de vie, et nous leur avons posé la question des améliorations possibles de l'entretien contraceptif en suites de couches pour améliorer les informations données et leur satisfaction.

6.5.1. Des informations contraceptives pendant les consultations pré natales

. Plus d'un tiers des patientes interrogées souhaiterait que des informations anté natales soient dispensées au sujet de la contraception du post partum. Plusieurs études ont montré l'intérêt de dispenser des informations sur la contraception en anté et en post natal. Une d'entre elles, réalisée en 2015, a mis en lumière que le fait de dispenser des informations en prénatal et en postnatal était associé à un plus grand pourcentage d'utilisation de contraceptif en post-partum, dont des contraceptifs de longue durée d'action et de meilleure efficacité [23]. Des informations pourraient donc être données durant l'entretien pré natal quand il est réalisé, ou lors de la dernière consultation de suivi de grossesse, pour laisser le temps aux patientes de réfléchir, de s'intéresser au sujet et aux divers moyens de contraception existant, tant que l'enfant n'est pas encore né.

6.5.2. Le livret d'informations sur la contraception prescrite en maternité

Pour répondre aux demandes des patientes, nous avons créé un livret d'informations sur la contraception du post partum (ANNEXE 2). En effet, 38% des patientes interrogées trouvaient intéressante l'idée de repartir de la maternité avec une fiche expliquant le mode de fonctionnement du moyen contraceptif prescrit en maternité. Le livret comporte donc des informations sur toutes les méthodes contraceptives qu'il est possible de proposer aux femmes à plus ou moins long terme, avec les délais à respecter avant la pose ou l'utilisation, les effets recherchés et indésirables, le mode d'action du contraceptif, les délais d'efficacité, la posologie, les conduites à tenir en cas d'oublis etc. Les informations sont basées sur les dernières recommandations de l'HAS 2019 (ANNEXE 3) en matière de contraception du post-partum [16]. Ce livret peut être un outil supplémentaire pour retrouver rapidement des informations qui auraient été oubliées, et peut être facilement utilisé une fois que la patiente est rentrée à son domicile. Il pourrait par exemple être distribué à l'issue de la dernière consultation de suivi de grossesse, ou à l'arrivée dans le service de suites de couches. Il permettrait aux femmes d'avoir une vision globale des différents moyens de contraception existant. Elles pourraient faire un choix plus éclairé, et en discuter avec le professionnel de santé lors de l'entretien contraceptif. Cela pourrait palier le fait que les patientes ne sont pas assez réceptives aux informations transmises sur la contraception pendant le séjour en suites de couches.

6.5.3. L'entretien contraceptif

D'après notre étude, 15% des patientes souhaiteraient que les professionnels utilisent des supports pour expliquer la contraception du post partum, et 22% aimeraient une réunion faite en maternité pour avoir les informations contraceptives. Certaines maternités proposent déjà ce genre de réunion pendant le séjour en suites de couches, il pourrait être intéressant de la généraliser dans d'autres maternités. Les patientes pourraient poser des questions, et se faire une meilleure idée du choix contraceptif.

L'INPES a publié en 2015 un document intitulé « Comment aider une femme à choisir sa contraception ? » destiné aux professionnels de santé, et ayant pour rôle de les guider dans la consultation de prescription contraceptive. Le document présente le modèle B.E.R.C.E.R de l'OMS, qui décline la consultation en 6 étapes : **B**ienvenue, **E**ntretien, **R**enseignements, **C**hoix, **E**xplications, **R**etour. Ce modèle permet de donner une structure à la consultation, pour prendre en charge la demande de la patiente dans sa globalité. Il lui permet d'être acteur de sa prise en charge et d'exprimer librement ses questions, choix et envies. Le praticien présentera de manière claire, personnalisée et loyale, les différents moyens de contraception mis à disposition de la patiente, les effets recherchés, les effets indésirables. Il pourra également débiter un apprentissage de l'utilisation du moyen choisi, si nécessaire [22]. Pour mener l'entretien contraceptif, cette méthode pourrait être utilisée. Associer aux informations orales une information écrite, ou montrer une plaquette de pilules factices, un DIU, un préservatif masculin/féminin, pourrait aider les femmes à se projeter dans leur contraception et en faciliter l'observance.

6.5.4. La visite post natale

La HAS recommande une visite post natale entre 6 et 8 semaines après l'accouchement [28]. Néanmoins et d'après nos résultats, seulement 54% de notre population a réalisé cette consultation dans les délais recommandés. On sait que la reprise de l'ovulation peut intervenir dès le 21^{ème} jour du post partum pour une femme non allaitante et qu'une grossesse peut donc survenir dès 3 semaines après l'accouchement. La reprise des rapports sexuels pouvant intervenir avant le rendez-vous de la visite post natale, il pourrait être intéressant de diminuer le délai fixé pour la visite du post partum, par exemple à partir de 4 semaines après l'accouchement, car les DIU sont utilisables à partir de ce délai. [16].

6.5.5. Les contraceptifs choisis en maternité

Dans notre étude, dans plus de la moitié des cas, les patientes sont reparties de la maternité avec une ordonnance de pilule seule. Par la suite en consultation post natale, 37 DIU au cuivre, 11 SIU et 2 implants ont été prescrits. Il a donc été observé une franche augmentation de l'utilisation des DIU et SIU par rapport à la pilule. Les recommandations les plus récentes indiquent qu'il est possible d'insérer un DIU dans les 48 heures qui suivent la naissance, même si ce n'est pas d'usage courant en France [16], et en proposant la visite du post partum entre 6 et 8 semaines après l'accouchement, on prend le risque qu'une femme sortie de la maternité sans ordonnance de contraception, ou avec un moyen de contraception qui ne sera posé qu'à la visite post natale, ait repris les rapports sexuels avant ce délai avec un risque de grossesse non désirée [29]. Il est intéressant de se demander si la pose des DIU pourrait être faite, avec accord de la patiente, après l'accouchement, ou dans les 48 premières heures qui le suivent. En effet, certaines femmes ne reviendront pas pour leur consultation post natale, du fait de la difficulté pour certaines de se déplacer avec un nouveau-né, ou à cause du coût du transport, et du manque de temps disponible si d'autres enfants en bas âge sont déjà à la maison [30]. Une étude qui avait pour objectif de comparer la contraception prescrite en suites de couches avec celle utilisée lors de la visite post natale avait suivi 600 femmes, dont seulement 129 ont été vues en visite post natale [23], il semble donc que peu de femmes se rendent à ce rendez-vous. On peut également se demander si les patientes multipares se rendent moins à ce rendez-vous que les patientes primipares, de par un manque de temps personnel, ou l'idée qu'elles en ont moins besoin que lors de leur premier accouchement. D'autres femmes auront été chercher leur DIU ou SIU en pharmacie en étant sorties de la maternité sans autre moyen de contraception, et attendront 6 à 8 semaines leur consultation post natale.

6.5.6. Réalisation d'une étude à plus grande échelle

Notre étude, bien que comportant des biais, a permis de se rendre compte que les femmes sont globalement insatisfaites de l'entretien contraceptif fait en maternité. Néanmoins, l'échantillon étudié n'était ni assez grand, ni représentatif de la population générale. Une nouvelle étude sur une période plus grande, et à plus grande échelle, incluant les patientes venant faire leur visite post natale à la maternité, chez les sages-femmes libérales, chez les gynécologues libéraux, permettrait d'obtenir une population plus importante, plus mixte, et de réduire, notamment, le biais de sélection de cette enquête. Une distribution des questionnaires sous forme de Google Form ® réduirait les temps de distribution, de déplacement, de

recupération des questionnaires et le coût des impressions. Le fait d'interroger des patientes qui seraient revues à l'hôpital ou en ville par des gynécologues permettrait de toucher davantage une population de patiente ayant accouché par césarienne, ou ayant eu des pathologies pendant la grossesse contre indiquant certaines contraceptions.

Conclusion

Plus de 50 ans après la loi Neuwirth et la légalisation de la contraception en France, de nombreux moyens contraceptifs sont à la disposition des couples. Dans le cadre de la parentalité, les patientes bénéficient d'un suivi médical possible depuis leur projet de grossesse jusqu'à la visite post natale. Le sujet de la contraception du post partum doit pouvoir être abordé précocement durant le suivi de la grossesse, et les femmes doivent pouvoir bénéficier, selon les recommandations de la HAS, d'un entretien contraceptif en suites de naissances aboutissant à une prescription de contraception si celle-ci est souhaitée par la patiente. Cet entretien doit apporter une information complète, adaptée au mode de vie de la patiente et aux éventuelles contre-indications médicales. L'observance de cette contraception durant la période du post partum est très importante car une ovulation et une grossesse peuvent avoir lieu dès 21 jours après un accouchement, il peut dans ce cas s'agir d'une grossesse indésirée pouvant conduire à une IVG dans les premières semaines, ou premiers mois suivant une naissance. Le rôle d'information attribué aux sages-femmes et autres personnels médicaux est donc crucial pour améliorer la compréhension des patientes sur le sujet de la contraception du post partum.

Or, nous avons montré que les patientes se sentent globalement insatisfaites de cet entretien mené en suites de couches, et nombreuses sont celles qui n'utilisent pas la contraception prescrite en maternité de manière optimale. Plusieurs axes peuvent être abordés pour l'améliorer tels que la création d'un livret d'information sur la contraception à destination des patientes, la réalisation d'une information contraceptive durant la période pré natale, l'utilisation de supports tels que des plaquettes fictives de pilule, un DIU, des préservatifs, ou un implant contraceptif de démonstration pendant l'entretien contraceptif. Il serait également intéressant de discuter le raccourcissement du délai de la consultation post natale à 4 semaines afin de pouvoir poser un DIU ou SIU plus précocement si la patiente avait choisi ce moyen de contraception, ou même de poser ces dispositifs dans les 48 heures suivant la naissance, puisque cette possibilité est également proposée dans les recommandations de l'HAS 2019.

Néanmoins, l'étude proposée manquant de puissance, il serait préférable de poursuivre les investigations sur des effectifs plus larges, notamment en élargissant nos critères de sélection.

Bibliographie et références

- [1] : Moreau C, Desfrères J, Bajos N. Circonstances des échecs et prescription contraceptives post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. Rev Fr Aff Soc 2011;148-61
- [2] : Bajos N, Bohet A, Le Guen M, Moreau C. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Popul Sociétés 2012 :1-4.
- [3] : Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017.8p
- [4] : Suivi gynécologique et contraception-Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (consulté le 26/03/19). Disponible à partir de l'URL : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/le-suivi-gynecologique-de-prevention-et-les-consultations-en-matiere-de-contraception/>
- [5] : Mulet F, Descamps P. Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale, Contraception du post partum, et du post abortum. Paris ; 2006 nov
- [6] : Serfaty D. Contraception des femmes allaitantes : place des spermicides. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. janv 2015;44(1):18-27
- [7] : Vilain A. Etudes et résultats 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2016, DREES [on line] Septembre 2018-Numéro 1081 (consulté le 30/11/18) Disponible à partir de : URL< <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/216-700-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-2017>>
- [8] : Dedecker F, Graesslin O, Ceccaldi P-F, Baudelot E, Montilla F, Derniaux E, et al. Grossesses rapprochées: facteurs de risque et conséquences périnatales. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Paris ; 2006 ;35 :28-34
- [9] : Vandebroucke L, Lavoué V, Voltzenlogel M-C, Le Guellec M, Lassel L, Isly H, et al. Facteurs de risques et conséquences périnatales des grossesses rapprochées : étude cas-témoin rétrospective. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 1 avr 2013;42(2):166-73.
- [10]: White K, Teal SB, Potter JE. Contraception After Delivery and Short Interpregnancy Intervals Among Women in the United States. Obstet Gynecol. juin 2015;125(6):1471-7.
- [11] : Lansac J, Berger C, Magnin G. Les suites de couches et leurs pathologies. In : LansacJ, Magnin G. Obstétrique. 5^{ème} éd. Paris : Masson ; 2008. P.413
- [12] : Robin G, Massart P, Graizeau F, Guérin du Masgenet B. La contraception du post-partum: état des connaissances. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. juin 2008;36(6):603-15.

- [13] : Raccah-Tebeka B, Plu-Bureau G. Contraception du post-partum: recommandations pour la pratique clinique. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. déc 2015;44(10):1127-34.
- [14] : Colson M-H. Sexualité féminine et étapes de la parentalité. Gynécologie obstétrique & fertilité [En ligne]. 2014 [consulté le 28/03/2019] ; 42 (10) : 714-720. Disponible sur <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1297958914002690>
- [15] : Assurance maladie. L'efficacité des moyens contraceptifs [Internet]. 2016 [cité le 28/03/2019]. Disponible sur : <http://www.ameli-sante.fr/contraception/efficacite-des-moyens-contraceptifs.html>
- [16] : Haute Autorité de Santé, fiche mémo. Contraception chez la femme en post partum. Dernière mise à jour 2019.
- [17]: Nelson AL. Prenatal contraceptive counseling and method provision after childbirth. Open Access J Contracept. 13 mai 2015;6:53-63.
- [18]: Haute Autorité de Santé, document de synthèse. Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces possible. Dernière mise à jour 2017.
- [19] : Haute Autorité de Santé, fiche mémo. Contraception d'urgence. Dernière mise à jour Juillet 2015.
- [20] : Haute Autorité de Santé, fiche mémo. Contraception et conseils aux femmes. Dernière mise à jour 2015.
- [21] : Agostini A, Cardinale C, Hamdaoui N, Hassoun D, Joinville-Bera A.P, Lambert M et al. Recommandations pour la pratique clinique. Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français, 2018
- [22] : « 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>.
- [23] : Zapata LB, Murtaza S, Whiteman MK, Jamieson DJ, Robbins CL, Marchbanks PA, et al. Contraceptive counseling and postpartum contraceptive use. Am J Obstet Gynecol. févr 2015;212(2):171.e1-171.e8.
- [24] : Blangis F, Lopes P, Branger B, Garnier P, Philippe H-J, Ploteau S. La contraception du post-partum: à propos de 600 patientes dont 129 revues à la consultation post-natale. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. sept 2013;41(9):499-504.
- [25] : Fanello S, Parat-Pateu V, Dargone C, Hitoto H, Collet J, Routiot T et al. La contraception du post-partum : les recommandations médicales, le point de vue des femmes. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 36 (2007) 369–374.

- [26] : Vilatte J-C. Méthodologie de l'enquête par questionnaire. Laboratoire Culture & Communication. Avignon ; 2007.
- [27] : Coulm B, Bonnet C, Blondel B, Vanhaesebrouck A, Vilain A, Fresson J et al. Enquête nationale périnatale Rapport 2016, INSERM, DREES [on line] Octobre 2017 (consulté le 06/03/2020) Disponible à partir de : URL < http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf >
- [28] : Haute Autorité de Santé, Recommandations de bonnes pratiques. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés ; Mars 2014
- [29] : Makins A, Cameron S. Post pregnancy contraception. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology [Internet]. 4 mars 2020 [cité 5 mars 2020]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S152169342030016X>
- [30] : Sok C, Sanders JN, Saltzman HM, Turok DK. Sexual behavior, satisfaction, and contraceptive use among postpartum women. J Midwifery Wom Health 2016;61(2):158e65.

Questionnaire

Bonjour Madame,

Je m'appelle Séverine BILLY, je suis étudiante sage-femme à **l'École de sages-femmes de l'Hôpital Saint Antoine, à Paris**. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je souhaiterais vous remettre ce questionnaire portant sur l'information qui vous a été apportée en maternité sur la **contraception du post partum** : période s'étendant de l'accouchement au retour de couche (réapparition des règles). L'objectif de cette enquête est de comparer la contraception qui vous a été prescrite à la maternité, et celle prescrite après la visite post-natale qui a lieu 6 à 8 semaines après l'accouchement, de recueillir votre satisfaction par rapport aux informations qui vous ont été données à la maternité, les éventuelles difficultés que vous avez pu rencontrer avec la prise de votre contraception, dans le but d'améliorer les pratiques de prescription en maternité.

Toutes les données recueillies au cours de ces questions resteront anonymes et répondre à ce questionnaire prendra environ 5 minutes. Les données seront détruites après utilisation.

Pour chaque question, merci de **cocher la ou les cases correspondantes à votre réponse**. Pour les questions ouvertes, **les mots-clés sont acceptés**.

A la fin du questionnaire, merci de bien vouloir le placer dans l'enveloppe fournie et de le rendre à la sage-femme avant de partir.

Je vous remercie d'avance de votre participation et du temps que vous acceptez de me consacrer.

Si vous consentez à participer à l'étude, merci de bien vouloir indiquer la mention « lu et approuvé », la date du jour ainsi qu'une signature.

Séverine BILLY
Etudiante sage-femme
Hôpital Saint Antoine

I) Informations générales

1) Votre accouchement a-t-il eu lieu dans une maternité d'Île de France ?

- Oui Non

2) Quel âge avez-vous ?

- Moins de 20 ans 32-37 ans
 20-25 ans 38-44 ans
 26-31 ans Plus de 44 ans

3) Quelle est votre profession ?

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

4) Quelle est votre situation familiale ?

- Mariée En couple Célibataire
 Autre

5) Quel est votre niveau d'études ?

- Aucun diplôme Brevet des collèges
 CAP/BEP Brevet professionnel
 Etudes supérieures courtes Etudes supérieures longues (BAC+2 ou plus)
 Baccalauréat

6) Quelle est votre origine géographique ?

- Europe Afrique du Nord
 Afrique du Sud Amérique du Nord
 Amérique du Sud Afrique subsaharienne
 Asie

7) Combien d'enfants avez-vous ?

- 1 2 3
 4 Plus de 4

III) Votre histoire contraceptive et votre grossesse actuelle

8) Quelle contraception utilisiez-vous avant cette grossesse ? (Plusieurs réponses possibles)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pilule | <input type="checkbox"/> Préservatif | <input type="checkbox"/> Anneau vaginal |
| <input type="checkbox"/> Méthodes naturelles | <input type="checkbox"/> Stérilet au cuivre | <input type="checkbox"/> Patch contraceptif |
| <input type="checkbox"/> Stérilet hormonal | <input type="checkbox"/> Implant contraceptif | <input type="checkbox"/> Cape / diaphragme |
| <input type="checkbox"/> Spermicides | <input type="checkbox"/> Contraceptif injectable | <input type="checkbox"/> Aucune |

9) Cette grossesse était :

- Spontanée (Pas d'aide médicale) Induite (Parcours de Procréation Médicalement Assistée)

10) Pendant cette grossesse avez-vous souffert de certaines pathologies ? (plusieurs réponses possibles) :

- Hypertension artérielle/Pré-éclampsie
 Troubles veineux et/ou de coagulation : phlébite, embolie pulmonaire ...
 Diabète gestationnel
 Cholestase
 Autre pathologie : _____
 Non pas de pathologie particulière

11) Vous avez accouché pour votre dernier enfant :

- Par voie basse Par césarienne

12) Quel est le mode d'alimentation de votre bébé ?

- Allaitement maternel (sein)
 Allaitement artificiel (biberon)
 Allaitement mixte (sein + biberon)

III] Renseignements sur l'entretien contraceptif durant votre séjour à la maternité

13) Quelles étaient vos attentes concernant la prescription de votre contraception en maternité ? (plusieurs réponses possibles)

- Pouvoir exprimer votre choix de contraception au professionnel de santé
- Connaître les différents moyens de contraception adaptés à vos besoins et mode de vie
- Connaître les modalités d'utilisation de votre contraception et ce que vous devez faire en cas d'oubli de prise de contraception
- Autre (veuillez préciser) :

14) Les informations données à la maternité sur la contraception ont-elles répondu à vos attentes ?

- Oui Non

15) Les informations qui vous ont été données à la maternité en suites de couches concernant la contraception vous ont-elles parues complètes et adaptées à votre situation ?

- Oui Non

16) Si vous avez répondu non à la question précédente, pensez-vous qu'il vous a manqué des informations pendant l'entretien en maternité ? Qu'auriez-vous souhaité savoir de plus ? (plusieurs réponses possibles)

- Vous auriez aimé avoir plus d'informations sur ce que vous devez faire en cas d'oubli de contraception
- Vous auriez aimé avoir plus d'informations sur les modalités d'utilisation de votre contraception
- Vous auriez aimé plus d'explications sur le choix d'une contraception en cas de pathologie de la grossesse
- Vous auriez aimé avoir plus d'explications sur le choix d'une contraception en cas d'allaitement au sein
- Autre : _____

17) Estimez-vous que le moment des suites de couches en maternité est le moment idéal pour vous parler de contraception ?

Oui

Non

18) A la maternité, vous sentiez-vous réceptive aux informations qui vous ont été données ?

Oui

Non

19) Si vous avez répondu non, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

Vous étiez fatiguée

Vous n'arriviez pas à vous projeter dans la contraception à ce moment-là

Vous vous occupiez de votre bébé

Votre bébé pleurait ou était en plein repas

Vous n'étiez pas seule avec le professionnel de santé dans votre chambre à ce moment-là

Autre :

20) Quelle contraception vous a été prescrite à la maternité ? (Donnez si possible le nom de votre contraception s'il s'agit d'une pilule ou d'un dispositif intra-utérin). Si aucune contraception ne vous a été prescrite, écrivez « Aucune »

III] Les informations concernant la visite post-natale

21) Vous sortez de votre consultation post-natale. Pouvez-vous indiquer la date de votre accouchement et celle de votre consultation post natale ?

22) Avez-vous pris la contraception prescrite à la maternité ?

Oui

Non

23) Avez-vous rencontré des difficultés pour prendre correctement la contraception prescrite à la maternité ?

Oui

Non

24) Si vous avez répondu oui, quelles difficultés avez-vous rencontrées ? (plusieurs réponses possibles)

Oubli de comprimés (si une pilule vous a été prescrite)

Vous avez arrêté votre contraception entre la prescription à la maternité et la visite post natale

Vous n'avez pas du tout utilisé le moyen de contraception prescrit à la maternité

La contraception qui vous a été prescrite n'était pas utilisable avant la visite post-natale (dispositif intra utérin par exemple)

Vous ne trouviez pas votre contraception « pratique »

25) Avez-vous demandé à changer votre moyen de contraception au cours de la visite post natale parce que celui prescrit à la maternité ne vous convenait pas ou ne convenait plus ?

Oui

Non

26) Si vous avez répondu oui, quelles raisons vous ont poussées à faire modifier votre contraception à la suite de la consultation post-natale ? (plusieurs réponses possibles)

Effets indésirables importants et gênants

Oublis répétés

Vous souhaitiez arrêter votre allaitement maternel

Contraception non adaptée à votre nouveau mode de vie avec votre bébé

Autre :

27) Quel moyen de contraception vous a été prescrit à l'issue de la consultation post-natale ? (plusieurs réponses possibles)

Pilule

Préservatif

Anneau vaginal

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Méthodes naturelles | <input type="checkbox"/> Stérilet au cuivre | <input type="checkbox"/> Patch contraceptif |
| <input type="checkbox"/> Stérilet hormonal | <input type="checkbox"/> Implant | <input type="checkbox"/> Cape/Diaphragme |
| <input type="checkbox"/> Spermicides | <input type="checkbox"/> Méthode MAMA | |
| <input type="checkbox"/> Contraceptif injectable | <input type="checkbox"/> Aucune | |

28) Qu'est-ce qui selon vous, aurait pu améliorer votre satisfaction concernant les informations données à la maternité sur la contraception ?

- Avoir des informations sur la contraception pendant la grossesse (en consultation, en préparation à la naissance par exemple)
- Repartir de la maternité avec une fiche explicative sur la contraception qui vous a été prescrite
- Que le professionnel utilise des supports pour vous présenter les moyens de contraception en maternité
- Parler de contraception à la maternité lors d'une réunion prévue avec les professionnels de santé et d'autres jeunes mamans
- Rien de plus, vous étiez satisfaite des informations données en maternité
- Autre : _____

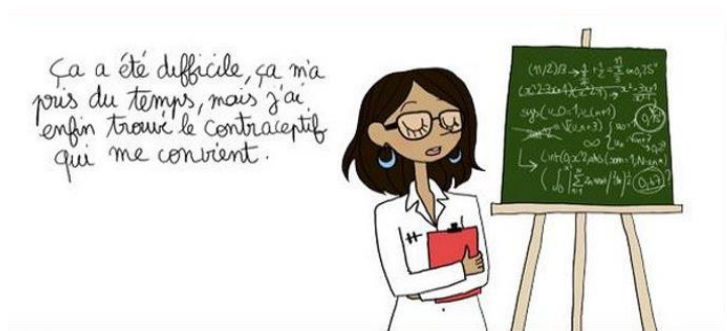
Merci de votre participation !

Merci de bien vouloir remettre ce questionnaire à la sage-femme avant de partir

LA CONTRACEPTION A LA SORTIE DE LA MATERNITE

Madame, ce livret vous est remis car vous avez bénéficié de la prescription d'un moyen de contraception à la suite de votre accouchement. Le contenu du livret a un but informatif sur la contraception qui vous a été prescrite, et peut vous servir de guide pour votre choix contraceptif futur.

En cas de questions supplémentaires, n'hésitez pas à consulter votre sage-femme, votre gynécologue, votre médecin généraliste, qui pourront vous apporter des réponses et vous aider dans votre choix.



Source image : choisirscontraction.fr

La pilule progestative pure (Claréal Gé®, Cérazette® etc.) :

→ Contraception efficace, cette pilule peut-être utilisée, **que vous allaitiez ou pas**, à partir du 21^{ème} jour suivant votre **accouchement**.

→ Elle se présente sous la forme d'une **plaquette de 28 comprimés**. Un comprimé est pris **chaque jour à heure fixe, sans arrêt entre les plaquettes**. **Les 7 premiers jours de prise**, veillez à utiliser un **préservatif** en cas de rapports sexuels car son délai d'action est de **7 jours**. Des **effets indésirables** peuvent survenir (saignements vaginaux : « spotting »). Si ces effets vous gênent, parlez-en à votre **sage-femme, gynécologue, ou médecin généraliste** afin de discuter d'un changement de moyen de contraception si vous le souhaitez. Après plusieurs mois d'utilisation, une aménorrhée peut survenir.

→ **En cas d'oubli de plus de 12h de votre comprimé**, prenez le comprimé oublié au moment où vous vous en rendez compte, en plus de celui du jour, continuez votre plaquette, et utilisez un préservatif en cas de rapport sexuel les 7 prochains jours. Si vous avez oublié votre pilule et eu un rapport sexuel dans la semaine précédant l'oubli, il existe un risque de grossesse. Vous pouvez prendre une contraception d'urgence dans les 72h (Norlevo®) suivant le rapport si vous ne souhaitez pas de grossesse, ou dans les 120h (EllaOne®).



Source image : choisirscontraction.fr

L'implant contraceptif (progestatifs seuls) :

→ Contraception très efficace, ce dispositif est placé au niveau de votre bras et a une durée d'action et d'efficacité de **3 ans**. Il a la taille d'une allumette.

→ Une **sage-femme ou un gynécologue** sont compétents pour le poser. La pose se fait sous **anesthésie locale**.

→ Il peut être placé dès le **21^{ème} jour suivant votre accouchement**, que vous **allaitiez ou pas**. En pratique, il est parfois posé avant votre sortie de la maternité.

→ Des **effets secondaires** peuvent survenir (saignements vaginaux : « spotting » par exemple.) Parlez-en à votre **sage-femme, gynécologue ou médecin généraliste**. Après plusieurs mois d'utilisation, une **aménorrhée** peut survenir.

→ C'est une contraception de **longue durée d'action, à faire changer tous les 3 ans** mais il est possible de le faire enlever à tout moment **si vous souhaitez changer de contraception ou avez un désir d'enfant dans le futur**.

Le Dispositif Intra Utérin hormonal (DIU, progestatifs seuls) :

→ Très efficace, ce moyen de contraception, connu sous le nom de « stérilet », peut être placé à l'intérieur de votre utérus, à partir de **4 semaines après votre accouchement**, que vous **allaitiez ou non**. Il est donc conseillé d'utiliser un **préservatif** ou autre moyen de contraception en attendant la pose, si des rapports sexuels ont lieu, car un **retour de la fertilité peut arriver à partir de 21 jours après votre accouchement**. Il délivre de **petites quantités d'hormones de manière continue**.

→ Il peut être placé par une **sage-femme ou un gynécologue** et a une durée d'action de **5 ans**. Il peut néanmoins être retiré à tout moment si vous le désirez.

→ Des **effets secondaires** peuvent survenir : saignements vaginaux : « spotting ». Si ces événements persistent et vous gênent, parlez-en à votre **sage-femme ou gynécologue** afin de discuter d'un changement de contraception. Après plusieurs mois d'utilisation, une **aménorrhée** peut survenir.

→ Des **antalgiques** vous seront proposés, car des contractions utérines peuvent survenir dans les quelques heures suivant la pose.



Source image : choisirscontraction.fr



Source image : choisirscontraction.fr

La contraception oestro-progestative :

La pilule oestro-progestative, le patch contraceptif, l'anneau vaginal, ne sont **pas utilisables pendant les 6 premiers mois suivant l'accouchement si vous allaitez**. Si vous **n'allaites pas**, il est possible de les utiliser au bout de **6 semaines après l'accouchement** si vous ne présentez pas de **contre-indication**. A cause du risque accru de **phlébite** dans les semaines suivant un accouchement, il n'est pas possible de vous proposer ce type de contraception dans des délais plus courts.

→ **La pilule** se présente sous la forme d'une **plaquette de 21 comprimés** à prendre **chaque jour à heure fixe**, et d'une **semaine d'arrêt** pendant laquelle des **saignements** vont apparaître. En cas d'oubli de plus de **12h** de votre comprimé, **prenez le comprimé oublié** au moment où vous vous en rendez compte, **en plus de celui du jour**, continuez votre plaquette, et utilisez un **préservatif** en cas de rapport sexuel les **7 prochains jours**. Les 7 premiers jours de prise, veillez à utiliser un préservatif en cas de rapports sexuels car le **délai d'action est de 7 jours**. Si vous avez oublié votre pilule et eu un rapport sexuel dans la semaine précédant l'oubli, il existe un risque de grossesse. Vous pouvez prendre une **contraception d'urgence** dans les **72h** (Norlevo®) suivant le rapport si vous ne souhaitez pas de grossesse, ou dans les 120h (EllaOne®).

→ **Le patch** se colle sur le **ventre, l'épaule, le bas du dos, mais JAMAIS près d'un sein**. Il reste en place **3 semaines**, puis est retiré pendant **1 semaine**, des saignements apparaissent alors. Pensez à utiliser un **préservatif** les 7 premiers jours lors de la première pose car le **délai d'action est de 7 jours**.

→ **L'anneau vaginal** est en plastique. Il est **inséré dans le vagin** et diffuse des **hormones**. Il reste en place **3 semaines** puis vous le retirez **1 semaine**, des saignements apparaissent alors. Pensez à utiliser un **préservatif** les 7 premiers jours lors de la première pose, le **délai d'action est de 7 jours**. Il y a nécessité d'apprendre à se servir de l'anneau avant utilisation courante, avec votre sage femme ou votre gynécologue.



Source image : choisirsacontraccetion.fr

Le Dispositif Intra Utérin au cuivre :

→ Ce dispositif, aussi connu sous le nom de « stérilet », est un moyen de contraception **très efficace**, il est en forme de T et est placé à **l'intérieur de l'utérus**. Il en existe de plusieurs tailles.

→ Il peut être posé par une **sage-femme ou un gynécologue à partir de 4 semaines après votre accouchement**.

→ Ce dispositif ne **délivre pas d'hormones**, les cycles menstruels que vous aurez seront **naturels**.

→ Ce DIU peut **allonger la durée de vos règles et en augmenter le flux**. En cas de règles abondantes ou très douloureuses auparavant, il est intéressant de discuter avec un professionnel de santé pour choisir un moyen de contraception plus adapté.

→ Le DIU au cuivre est **efficace dès le jour de la pose**.

→ Pensez à utiliser un autre moyen de contraception en attendant qu'il puisse vous être posé à votre consultation post-natale car le retour de votre fertilité peut intervenir au bout de **21 jours suivant l'accouchement** : (pilule progestative, préservatif masculin / féminin par exemple).

→ Il faut le faire changer tous les **4 à 10 ans selon les modèles**.

→ Des **antalgiques** vous seront proposés, car des contractions utérines peuvent survenir dans les quelques heures suivant la pose.



Source image : choisirsacontraccetion.fr

Les spermicides

- Il s'agit d'une méthode contraceptive « barrière »
- Ce sont des substances qui rendent **inactifs** ou **détruisent les spermatozoïdes**.
- Ils existent sous forme de **gels ou d'ovules** à placer **dans le vagin** avant le rapport sexuel. Il est recommandé de les utiliser **avec une autre méthode barrière pour en augmenter l'efficacité** (préservatif, diaphragme, cape cervicale). Respectez le temps de pose des spermicides. Lisez la notice avant utilisation.
- **N'utilisez pas de savon dans les 6 à 8 heures suivant le rapport, il existe un risque d'inaction du spermicide.**
- Leur efficacité étant **moins** importante que les contraceptions hormonales ou le DIU au cuivre, l'éventualité d'une **grossesse** doit être **connue et acceptée par le couple**.



Source image : choisirsacontraction.fr

La cape cervicale et le diaphragme

- Il s'agit de méthodes contraceptives « barrière », **utilisables seulement 6 semaines après votre accouchement**, mais qui restent peu adaptées à la période du post-partum. Privilégiez les rapports sexuels avec un préservatif en attendant de pouvoir utiliser la cape ou le diaphragme.
- La **cape cervicale** est en silicone. Elle se place au contact du **col de l'utérus** pour empêcher le passage des spermatozoïdes. Elle peut être posée **juste avant** le rapport sexuel mais aussi **jusqu'à 2h avant**. Pour plus d'efficacité, associez là avec des **spermicides**. Laissez-la en place **8h après le rapport et maximum 24h après**. Lavez-la après chaque utilisation.
- Le **diaphragme**, en silicone ou en latex, se place au contact du **col de l'utérus** pour empêcher le passage des spermatozoïdes. Il peut être posé **juste avant** le rapport sexuel mais aussi **jusqu'à 2h avant**. Pour plus d'efficacité, associez-le avec des **spermicides**. Laissez-le en place **8h après le rapport et maximum 24h après**. Lavez-le après chaque utilisation.
- Il est important de savoir que ces 2 moyens de contraception, **non hormonaux**, peuvent être utilisés **après avoir appris à s'en servir** auprès de votre sage-femme ou de votre gynécologue. **Il existe un risque de grossesse plus important qu'avec les méthodes hormonales ou le DIU au cuivre, ce risque de grossesse doit être connu du couple, et envisageable.**
Ces dispositifs seront placés par **vous-même** à l'intérieur de votre vagin, ils sont donc plus adaptés aux femmes qui sont d'accord avec cette idée.

Les préservatifs

→ Il en existe un modèle **masculin** et un autre **féminin**. Le préservatif est le **seul moyen connu de protection contre les infections sexuellement transmissibles**.

→ Si vous les utilisez comme seuls moyens de contraception, ce sont des dispositifs à **usage unique**, à utiliser à **chaque rapport sexuel**, à **tout moment du cycle menstruel**. En cas d'usage seul du préservatif, il existe un risque de grossesse plus important que lors de l'utilisation d'une contraception hormonale ou DIU au cuivre. La possibilité d'une **grossesse imprévue** doit être connue du couple et acceptée par celui-ci.

→ Le préservatif **masculin** empêche le passage des spermatozoïdes dans le vagin et donc la fécondation. Il en existe en latex ou en polyuréthane, et il se déroule sur le pénis en érection avant la pénétration. Ne mettez **jamais** 2 préservatifs l'un sur l'autre. C'est un moyen de contraception à usage unique. Aujourd'hui, certains préservatifs masculins sont en partie pris en charge par la Sécurité Sociale. Lisez la notice avant utilisation. Il est possible d'associer le préservatif à d'autres moyens de contraception pour une meilleure efficacité contraceptive. Parlez-en avec une sage-femme, gynécologue, médecin généraliste.

→ Le préservatif **féminin** fonctionne comme le préservatif masculin. Il est en nitrile ou en polyuréthane et comporte 2 anneaux souples aux extrémités. Il se place **dans le vagin**, au moment du rapport ou même plusieurs heures avant. Il est à **usage unique**. Il est important de savoir **s'en servir correctement** : lisez la notice avant utilisation, entraînez-vous, demandez conseil à votre sage-femme, gynécologue, médecin généraliste. Vous pouvez associer le préservatif féminin à un autre moyen de contraception pour plus d'efficacité



Source image : choisirsacontracction.fr

Les progestatifs injectables

→ C'est une méthode contraceptive **très efficace** si les délais entre les injections sont **respectés**, qui consiste en une **injection intramusculaire** tous les **3 mois**, de progestatifs. L'injection se fait par un **médecin, une sage-femme, une infirmière**. La première injection se fait **21 jours après votre accouchement**. Ce n'est pas un moyen de contraception de première intention mais il peut vous être proposé en cas **d'impossibilité d'utiliser un autre moyen de contraception**. Leur utilisation doit être **limitée dans le temps**, compte tenu des **effets indésirables** (risque de phlébite, déminéralisation osseuse, prise de poids). Ils peuvent aussi des effets sur vos règles : aménorrhée ou spotting.



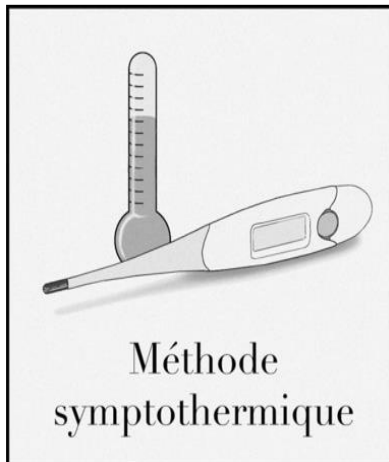
Bon. En fait, j'avoue, j'ai pas d'angine, je voulais juste avoir quelques précisions sur les contraceptifs.

Source image : choisirsacontracction.fr

Les méthodes naturelles

→ On parle de méthodes naturelles pour toutes les méthodes visant à **identifier la période de l'ovulation** pour éviter d'avoir des rapports sexuels à ce moment-là : **abstinence périodique, méthode des températures, étude de la glaire cervicale, retrait etc.**

→ Après un accouchement, les cycles prennent du temps pour se **réguler**, et les repères que vous pouviez avoir auparavant sont **perturbés**. Pour utiliser ces méthodes correctement, il est nécessaire **d'attendre le retour de vos règles**, et d'avoir eu **3 cycles minimum réguliers et successifs**. Leur efficacité est moindre par rapport à l'utilisation de méthodes hormonales, DIU au cuivre, ou barrière. L'éventualité d'une **grossesse imprévue** doit donc être connue et **acceptée par le couple**. Si vous souhaitez utiliser ces méthodes, consultez votre sage-femme ou votre gynécologue pour apprendre à les connaître et les utiliser de manière efficace.



Source image : <https://www.fqpn.qc.ca/?methodes=symptothermique>

La méthode de l'aménorrhée lactationnelle (MAMA)

→ L'allaitement maternel peut avoir un effet contraceptif pendant une **période maximale de 6 mois après l'accouchement**, si et seulement si toutes les conditions favorables sont réunies : **allaitement exclusif, jour et nuit, 6 à 10 tétées par jour, sans dépasser un délai de 6 heures entre deux tétées la nuit et de 4 heures le jour.**

→ Cette méthode **ne sera plus efficace si vous avez votre retour de couches** (survenue des premières règles après un accouchement). Renseignez-vous auprès de votre sage-femme, gynécologue, médecin généraliste pour mettre en place **un autre moyen de contraception** quand la méthode MAMA ne sera plus efficace ou si elle ne vous convient plus.



Source image : <https://mamanonboard.com/>

La stérilisation à visée contraceptive

- C'est une méthode **irréversible** qui concerne les **femmes et les hommes** qui ne souhaitent plus avoir d'enfants.
- Pour la **femme**, la « ligature des trompes » se fait sous **anesthésie générale** et nécessite une **hospitalisation** de courte durée. Elle est efficace **immédiatement**.
- Pour l'**homme**, la vasectomie est pratiquée par un **médecin urologue, sous anesthésie**. Elle n'est **efficace** qu'au bout de **3 mois** ; il n'y aura alors plus de spermatozoïdes actifs. Il faudra, pendant ces 3 mois, penser à **protéger** les rapports (préservatif ou autre méthode de contraception).
- Pour l'homme et la femme, l'intervention ne se fait qu'après un **délai de réflexion de 4 mois**. Il n'y a **pas de condition de nombre d'enfants ou de statut marital** entrant en ligne de compte, toute personne **majeure** est en droit de demander à avoir recours à cette opération. Un **consentement écrit** vous sera demandé.
- Vous pouvez **changer d'avis à tout moment** entre votre prise de décision et le jour de l'opération.
- L'opération, pour la femme, **ne se fera pas dans les suites immédiates de votre accouchement**, parlez-en à votre sage-femme ou votre gynécologue lors de la consultation post-natale 6 à 8 semaines après votre accouchement.

Informations à destination du couple :

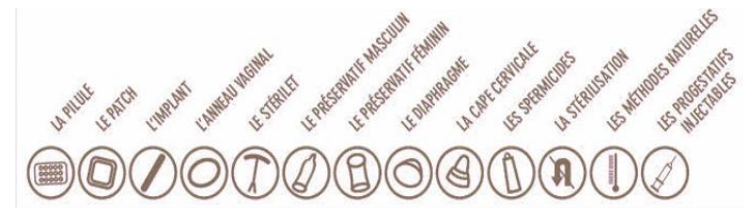
→ **La contraception se pense à deux**. Bien que les moyens de contraception masculins soient encore peu nombreux, choisir une contraception est une responsabilité que l'on peut prendre en couple. Vous pouvez sans problème assister à deux aux **consultations de contraception, consultation post-natale**. Cela vous permettra d'avoir des informations sur les différents moyens de contraception, de poser vos questions, d'exprimer vos craintes, vos doutes à deux. **La meilleure contraception est celle que l'on choisit.**

→ Le moment de la **reprise des rapports sexuels après un accouchement varie d'un couple à l'autre, d'une femme à l'autre**. Même si l'on estime qu'en moyenne, la reprise de la sexualité intervient dans les 5 semaines après l'accouchement, plusieurs facteurs entrent en ligne de compte pour vous : psychologiques, physiques, allaitement, culturels etc. Ne reprenez des rapports que lorsque vous vous sentirez **prêts**. Si vous avez des doutes, des douleurs persistantes, des questions concernant la sexualité, n'hésitez pas à contacter votre sage-femme, votre gynécologue, votre médecin généraliste. Après un accouchement, vous pouvez souffrir de **sécheresse vaginale**, due à des **modifications hormonales** physiologiques : si cela vous gêne, vous pouvez utiliser durant les rapports sexuels des gels lubrifiants à base d'eau (compatibles avec les préservatifs).

→ Certains sites internet contiennent des informations fiables sur la contraception. Vous pouvez éventuellement les consulter :
<https://choisirsacontraception.fr> , <https://onsexprime.fr>



Source image : <https://lacoquetteethique.com/>



Source image : choisirsacontraception.fr

Sources et références :

- (1) Haute Autorité de Santé, fiche mémo. Contraception chez la femme en post partum. Dernière mise à jour 2019.
- (2) Choisirsacontraception.fr
- (3) Onsexprime.fr

Annexe III : Fiche Mémo HAS 2019



Fiche Mémo Contraception chez la femme en *post-partum*

Juillet 2013 – Mise à jour juillet 2019

Cette fiche mémo fait partie d'un ensemble de fiches mémo concernant la contraception et complète plusieurs documents sur ce thème produits par la HAS¹. Elle est un outil pour le professionnel de santé afin de mieux aider les femmes/les hommes à trouver la méthode de contraception qui leur convient le mieux à une période donnée de leur vie.

1. Voir fiche mémo « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes », documents de synthèse « Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles » (HAS, mise à jour 2017) et « Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée » (HAS, 2013).

Particularités de la prescription et du conseil chez la femme en *post-partum*

- Le choix d'une méthode doit prendre en compte :
 - l'allaitement éventuel ;
 - le risque thromboembolique veineux majoré durant la grossesse et dans les premières semaines *post-partum* (jusqu'à 42 jours [6 semaines]) ;
 - les pathologies survenues pendant la grossesse (HTA gravidique, prééclampsie, diabète gestationnel, phlébite, etc.).
- Il est important 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. La consultation du *post-partum* (6 à 8 semaines après l'accouchement) doit permettre de confirmer le choix contraceptif, son renouvellement éventuel, sa surveillance ou la pose d'un dispositif de longue durée (DIU, implant).
- Informer sur la reprise de l'ovulation :
 - il n'y a pas de reprise de l'ovulation avant le 21^e jour après l'accouchement : une contraception n'est donc pas nécessaire avant ce délai.
 - à l'inverse, à partir du 21^e jour, il existe un retour de fertilité et une contraception devient donc nécessaire.
- Informer sur :
 - les différentes méthodes contraceptives utilisables chez la femme qui allaite ou non : mode d'emploi, efficacité en pratique courante, durée d'utilisation, contre-indications, risques et effets indésirables possibles (notamment sur l'enfant allaité, le volume de lait, etc.), autres avantages non contraceptifs, procédure pour l'instauration et l'arrêt (ou le retrait du moyen contraceptif), coût, remboursement... ;
 - les différentes possibilités de rattrapage en cas de rapport non ou mal protégé (contraception d'urgence), leur efficacité et leurs conditions d'accès.

Méthodes utilisables

- Le préservatif (masculin, féminin) représente la seule méthode de contraception efficace contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le sida. Il est donc nécessaire d'associer un préservatif à toute autre méthode contraceptive si une protection contre les IST/sida est recherchée.
- Les méthodes ci-après sont présentées dans l'ordre adopté par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cette présentation ne préjuge en rien de leur niveau d'efficacité, ni de leur fréquence d'utilisation en France.

Méthodes hormonales – Estroprogestatifs (pilule, anneau vaginal, patch transdermique)

- **Chez la femme qui allaite** : les estroprogestatifs ne sont pas recommandés dans les 6 mois suivant l'accouchement.
- **Chez la femme qui n'allait pas** :
 - les estroprogestatifs sont utilisables à partir de 42 jours après l'accouchement (normalisation du risque thromboembolique) en l'absence de contre-indications (principalement d'ordre thromboembolique veineux ou artériel², hépatique, carcinologique...) et en prenant en compte les facteurs de risque de thrombose (notamment antécédents personnels ou familiaux de thrombose veineuse ou artérielle, thrombophilie biologique connue, immobilisation prolongée, obésité, âge > 35 ans, HTA, diabète, dyslipidémie, tabagisme, migraine) ;
 - selon l'OMS, ce délai peut être raccourci à 21 jours en l'absence de facteur de risque thromboembolique veineux (antécédent thromboembolique veineux, thrombophilie, immobilisation, transfusion lors de l'accouchement, IMC > 30 kg/m², hémorragie du *post-partum*, accouchement par césarienne, prééclampsie ou tabagisme) et en l'absence d'autres contre-indications ;

2. Concernant le bilan biologique à réaliser lors de la prescription, se référer à la fiche mémo « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes » (HAS, 2013).

Méthodes hormonales – Estroprogestatifs (suite)

→ Plusieurs voies d'administration sont disponibles (pilule, anneau, patch) : les pilules de 3^e génération contenant du désogestrel ou du gestodène, et de 4^e génération contenant de la drospirénone, exposent à un risque accru d'accidents thromboemboliques par rapport aux pilules contenant du lévonorgestrel ; elles ne doivent pas être utilisées en première intention. Celles qui étaient remboursées ne le sont plus depuis le 31 mars 2013. La littérature fait état d'une possible augmentation du risque thromboembolique veineux et artériel en fonction des doses d'éthinylestradiol. Les autres estroprogestatifs (dont anneaux et patches) ne devraient être réservés qu'aux cas d'intolérance aux pilules de 1^{re} ou 2^e génération³ et aux femmes pour lesquelles un autre type de contraception n'est pas possible.



→ Les femmes doivent être informées sur :



- les différentes modalités d'instauration et d'utilisation des estroprogestatifs selon leur voie d'administration : prise quotidienne, toujours au même moment de la journée pour la voie orale ;
- la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule de plus de 12 h⁴ (ou de retard à la mise en place d'un patch ou d'un anneau, de décollement de patch ou de perte de l'anneau vaginal) et sur la contraception d'urgence ;
- l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « [Efficacité des méthodes contraceptives](#) ») ;
- leurs possibles inconvénients (mastodynies, troubles du cycle, etc.) ;
- leurs risques, notamment le risque d'accidents thromboemboliques veineux⁵ ou artériels, surtout la première année après l'instauration de la méthode ou après une interruption et reprise de la méthode (informer sur les symptômes évoquant ces complications et qui doivent conduire à consulter)⁶ ;
- la nécessité de signaler à tout médecin la prise d'une contraception hormonale en cas de traitement intercurrent, d'intervention chirurgicale, d'immobilisation prolongée et de trajets prolongés en position assise (avion, train, autocar, voiture...) ;
- le risque de diminution d'efficacité en cas de diarrhée ou vomissements ou d'association à certains médicaments (dont millepertuis, certains anticonvulsivants, antiprotéases, rifampicine/rifabutine, bosentan, griséofulvine, modafinil, orlistat)⁷ ;
- 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.

3. Voir fiche de bon usage du médicament « Contraceptifs oraux estroprogestatifs : préférez les pilules de 1^{re} ou 2^e génération » (HAS, 2012).

4. Voir carte « [Que faire en cas d'oubli de pilule ?](#) », téléchargeable gratuitement sur le site de Santé publique France.

5. Le risque thromboembolique veineux est de 0,5 à 1/10 000 chez les femmes non utilisatrices de pilule, 2/10 000 chez les utilisatrices d'estroprogestatifs à base de lévonorgestrel, 3 à 4/10 000 chez les utilisatrices d'estroprogestatifs à base de désogestrel ou gestodène (3^e génération) ou à base de drospirénone, 6/10 000 chez les femmes au cours de la grossesse (ANSM, 2012).

6. Cédème, douleur au niveau du mollet, dyspnée, douleur thoracique, hémoptysie, apparition ou aggravation de céphalées, déformation de la bouche, hémiparésie, dysphasie, etc.

7. Pour les autres interactions médicamenteuses, se référer au résumé des caractéristiques du produit et au « Thésaurus des interactions médicamenteuses » (disponible sur le site de l'ANSM : <http://ansm.sante.fr>).

Méthodes hormonales – Progestatifs (pilule, implant sous-cutané, injection intramusculaire)

→ **Les progestatifs sont utilisables chez la femme en post-partum ne présentant pas de contre-indications** (notamment accidents thromboemboliques veineux évolutifs, saignements génitaux inexplicables, cancer du sein ou de l'utérus, pathologie hépatique sévère actuelle ou ancienne) ;

- **en cas d'allaitement : les progestatifs seuls peuvent être utilisés à partir de 21 jours après l'accouchement ;**
- **en l'absence d'allaitement : les progestatifs seuls sont utilisables à partir de 21 jours après l'accouchement.**



→ Plusieurs voies d'administration sont disponibles :

- pilule microprogestative : pilule au lévonorgestrel ou au désogestrel ;
- implant à l'étonogestrel : méthode de longue durée d'action : est laissé en place et efficace pendant 3 ans (diminution possible de l'efficacité en cas de surpoids/d'obésité). Intéressant chez des adolescentes ayant des problèmes d'observance. Prendre en compte le risque de troubles menstruels (aménorrhée, spotting) pouvant être à l'origine d'un retrait prématuré du dispositif ;
- les injections d'acétate de médroxyprogestérone (tous les 3 mois) : leur indication est limitée aux cas où il n'est pas possible d'utiliser d'autres méthodes contraceptives. Compte tenu des risques potentiels (notamment thrombose veineuse, diminution de la densité minérale osseuse, prise de poids), leur utilisation doit être limitée dans le temps.

→ Les femmes doivent être informées sur :

- les modalités d'instauration et d'utilisation des pilules microprogestatives (prise quotidienne, le retard de prise de la pilule ne doit pas dépasser 3 h pour le lévonorgestrel, 12 h pour le désogestrel), la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule et la contraception d'urgence ;
- l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « [Efficacité des méthodes contraceptives](#) ») ;
- les possibles troubles menstruels (métrorragies, spotting ou aménorrhée) fréquents avec ce type de contraception mais qui ne doivent pas faire arrêter la contraception sans avis d'un professionnel ;
- le risque de diminution d'efficacité en cas de diarrhée ou vomissements ou d'association à certains médicaments (dont millepertuis, certains anticonvulsivants, antiprotéases, rifampicine/rifabutine, bosentan, griséofulvine, modafinil, orlistat)⁸ ;
- 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.

→ Les macroprogestatifs *per os* ne disposent pas d'AMM dans l'indication contraception.

8. Pour les autres interactions médicamenteuses, se référer au résumé des caractéristiques du produit et au « Thésaurus des interactions médicamenteuses » (disponible sur le site de l'ANSM : <http://ansm.sante.fr>).

Dispositifs intra-utérins (DIU) (DIU au cuivre et au lévonorgestrel [LNG])

→ **Les DIU sont utilisables chez la femme en *post-partum* que la femme allaite ou non :**

- à partir de 4 semaines après l'accouchement⁹ ;
- après avoir évalué et écarté un risque infectieux (rechercher une infection à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*¹⁰ avant la pose notamment en cas d'IST, infection génitale haute en cours ou récente, âge < 25 ans, partenaires multiples).

→ Les contre-indications du DIU au LNG sont les mêmes que celles des progestatifs.

→ La pose d'un DIU au cuivre dans les 48 heures après un accouchement est possible mais n'est pas d'usage courant en France.

→ Les femmes doivent être informées sur :

- l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « [Efficacité des méthodes contraceptives](#) ») ;
- leur longue durée d'action (4 à 10 ans pour le DIU au cuivre, 5 ans pour le DIU au LNG) ;
- leurs risques potentiels (risque d'expulsion, risque de perforation et de migration le plus souvent lié à la pose [exceptionnel mais **augmenté chez la femme qui allaite**]) ;
- l'impact du DIU sur les cycles (règles plus importantes avec le DIU au cuivre, spotting, oligoménorrhée ou aménorrhée avec le DIU au LNG).

→ Le DIU au LNG est à privilégier en cas de ménorragies fonctionnelles ou de saignements abondants avec un DIU au cuivre, à condition que les femmes acceptent l'éventualité de ne plus avoir de règles.

→ Conseiller aux femmes de consulter 1 à 3 mois après la pose puis annuellement ainsi qu'en cas de douleurs pelviennes, de saignements ou de fièvre inexplicables.

9. Situation hors AMM pour le DIU au LNG (délai requis de 6 semaines pour la pose après l'accouchement). Selon les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2009), du *Centers for Disease Control* (CDC, 2010) et de la *Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare* (FSRH, 2009), le DIU au LNG est utilisable dès 4 semaines après l'accouchement.

10. Ces examens sont gratuits en centre de planification ou d'éducation familiale.

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

→ Ces méthodes ont une efficacité contraceptive moindre que celle de la contraception hormonale ou du DIU. Elles nécessitent que les deux partenaires soient motivés, aient bien compris leur utilisation après un apprentissage spécifique ; elles doivent être utilisées lors de tous les rapports sexuels, quelle que soit la date du cycle.

→ Compte tenu du taux élevé d'échec, l'éventualité d'une grossesse non prévue doit être acceptable, sinon préférer une autre méthode.

→ **Préservatifs (masculins, féminins) :**

- seule méthode de contraception efficace contre les IST, y compris le sida ;
- à privilégier si une méthode barrière doit être choisie en *post-partum* ;
- efficacité contraceptive (voir fiche « [Efficacité des méthodes contraceptives](#) ») ;
- préservatifs en latex recommandés de préférence aux préservatifs en polyuréthane (risque de rupture ou de glissement) sauf si allergie au latex ; n'utiliser que des lubrifiants aqueux ;
- informer sur le mode d'emploi des préservatifs (masculins, féminins)¹¹ ;
- informer sur la conduite à tenir en cas de rupture/glissement du préservatif et sur la contraception d'urgence ;
- possibilité de prescrire un préservatif masculin remboursé.

→ **Diaphragme, cape cervicale, spermicides :**

- inutilisables avant 42 jours (6 semaines) après l'accouchement ;
- efficacité contraceptive du diaphragme/de la cape améliorée par l'association à un spermicide (voir fiche « [Efficacité des méthodes contraceptives](#) ») ;
- ne sont pas efficaces pour protéger contre les IST/sida ;
- la détermination de la taille du diaphragme/de la cape, au préalable, par le praticien (médecin ou sage-femme) et l'apprentissage se font en consultation. En cas d'utilisation d'un diaphragme avant la grossesse, la taille de celui-ci doit être réévaluée après un accouchement ;
- les spermicides s'achètent en pharmacie sans prescription.

11. Voir documents de Santé publique France :

- [Mode d'emploi du préservatif féminin](#) ;
- [Mode d'emploi du préservatif masculin](#).

Méthodes naturelles (aménorrhée lactationnelle, retrait, méthodes d'abstinence périodique et d'auto-observation)

- **Aménorrhée lactationnelle (méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée [MAMA])** : l'allaitement peut avoir un effet contraceptif jusqu'à 6 mois après l'accouchement (risque de grossesse à 6 mois < 2 %) si toutes les conditions suivantes sont réunies :
- allaitement exclusif ;
 - allaitement jour et nuit, 6 à 10 tétées/jour ;
 - pas plus de 6 heures entre 2 tétées la nuit, pas plus de 4 heures le jour ;
 - aménorrhée persistante (absence totale de règles).
- Il convient d'utiliser une autre méthode de contraception en cas de retour des règles, de réduction de la fréquence ou de la durée des tétées, d'introduction de l'alimentation au biberon ou dès que le nourrisson atteint l'âge de 6 mois (OMS).



- Autres méthodes naturelles :
- les méthodes d'abstinence périodique et d'auto-observation ne sont utilisables qu'après retour des règles (nécessité d'avoir eu ses règles à 3 reprises et d'avoir des cycles réguliers).
 - leur efficacité est moins bonne que celle des méthodes hormonales, mécaniques ou barrières (voir fiche « [Efficacité des méthodes contraceptives](#) »). Elles peuvent convenir à des femmes connaissant bien leur cycle, ayant des règles régulières, maîtrisant bien l'utilisation de la méthode.
 - compte tenu du taux élevé d'échec, l'éventualité d'une grossesse non prévue doit être acceptable, sinon préférer une autre méthode.
 - une formation spécifique de la femme et/ou du couple est nécessaire.
- Ces méthodes ne protègent pas contre les IST/sida.

Méthodes de stérilisation (voir fiche stérilisation)

- Peuvent apporter une réponse contraceptive appropriée dans certaines situations.
- Plusieurs méthodes disponibles :
- ligature des trompes ;
 - électrocoagulation ;
 - pose d'anneaux ou de clips.
- Peuvent être réalisées soit dans les 7 jours après l'accouchement, soit à partir de 42 jours (6^e semaine) après l'accouchement ou la césarienne (délai d'involution utérine).
- Les présenter comme irréversibles.
- Un délai de réflexion de 4 mois doit être respecté entre la demande initiale et la réalisation de la stérilisation.



Ressources Internet

- Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé : www.ansm.sante.fr
- Association française pour la contraception : www.contraceptions.org
- Centres de planification ou d'éducation familiale : ivg.gouv.fr/les-centres-de-planification-ou-d-education-familiale.html
- Haute Autorité de Santé : www.has-sante.fr
- Santé publique France : www.santepubliquefrance.fr ; www.choisirsacontraception.fr ; www.onsexprime.fr ; www.info-ist.fr
- Mouvement français pour le planning familial : www.planning-familial.org



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables
sur www.has-sante.fr

Introduction : De nombreux moyens contraceptifs existent pour les femmes en post partum et doivent être proposés lors d'un entretien contraceptif en maternité, pourtant, l'observance contraceptive et la satisfaction des patientes concernant cet entretien ne sont pas optimales.

Objectif : Evaluer la satisfaction et les attentes des patientes vis-à-vis de l'entretien contraceptif ainsi que les modalités d'utilisation des contraceptifs prescrits dans le post partum. **Méthode** :

Etude quantitative, multicentrique, descriptive, rétrospective, auprès de patientes réalisant une visite post natale au cabinet d'une sage-femme libérale, à Paris et Île de France (102 participantes).

Résultats : Les patientes sont globalement insatisfaites de l'entretien mené en maternité du fait principalement du moment choisi pour réaliser l'entretien et leur propre indisponibilité.

Conclusion : Malgré le fait que l'entretien contraceptif soit majoritairement proposé aux patientes, des améliorations peuvent lui être apportées afin qu'il réponde de manière plus globale à leurs attentes.

Mots clés : Contraception, post partum, satisfaction, entretien contraceptif

Nombre de pages : 50

Nombre de références : 30

Nombre d'annexes : 3

Introduction : There are many methods of post partum contraception, and they have to be proposed during a contraceptive consultation after delivery. However, the adherence to treatment is not optimal. **Objective** : To assess women's satisfaction and expectations about the contraceptive consultation, and use of means of contraception during postpartum period.

Method : To lead an investigation with private midwives who propose post natal consultations in Paris intra-muros and Ile de France (102 participants) with a retrospective, quantitative, multicentric study.

Results : Patients look unsatisfied about the contraceptive consultation in maternity because they thought it was not the time to talk about it. Moreover, they said their mind was unavaible. **Conclusion** : Despite of the contraception consultation is massively offered to women in postpartum period, some improvements may be led to answer to patients' expectations.

Key words : Contraception, post partum, satisfaction, contraceptive consultation

Number of pages : 50

Number of references : 30

Number of annexes : 3