



UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine de Paris

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE BAUDELLOCQUE

Groupe Hospitalier Cochin – Saint-Vincent de Paul

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le : 21 juin 2018

par

Cléo BLONDEAU

Née le 12 août 1995

**Impact de la précarité sur la
prescription de la contraception en
suites de couches :**

Etude qualitative dans une maternité de la petite couronne
parisienne

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Mme SAUVEGRAIN Priscille

Sage-femme à La Pitié et chercheur en sociologie, INSERM U1153

GUIDE DU MEMOIRE :

Mme DUQUENOIS Sylvie

Sage-femme enseignante, Baudelocque

JURY :

Mme SALOME Marina

Sage-femme CIC, Port Royal et planning familial

Mme GUILLAUME Hélène

Sage-femme enseignante, Baudelocque

Mme DUQUENOIS Sylvie

Sage-femme enseignante, Baudelocque

N° du mémoire : 2018PA05MA03

Remerciements

Je remercie, sincèrement et avant tout, Priscille Sauvegrain, la directrice de ce mémoire, pour sa disponibilité et son implication bienveillante, indispensables dans la réalisation de ce travail.

Merci à toutes les sages-femmes de la maternité dans laquelle cette étude a été menée, pour leur accueil, leur gentillesse et leur disponibilité. Merci à C, secrétaire des suites de couches, pour sa grande aide, de même, merci aux assistantes sociales de la maternité pour leurs conseils.

Merci aussi aux femmes ayant accepté de participer à cette étude.

Je remercie également toute l'équipe enseignante de l'école de Baudelocque pour leur bienveillance, Mme Marest pour sa présence au fil de ces 4 années, et Mme Duquenois pour m'avoir orientée dans l'écriture de ce mémoire.

Un merci particulier à mes parents, pour leur soutien sans faille, ainsi qu'à ma sœur et Pierre, qui ont mené cette année le plus beau projet qu'il soit.

Enfin, je remercie infiniment toute ma promotion, et particulièrement Charline, Elodie, Emelyne et Pauline, pour ces quatre années d'école, pour tous les merveilleux souvenirs que nous avons accumulés, et notre amitié.

Résumé

L'impact des situations de précarité traversées par certaines patientes sur la prescription de la contraception en suites de couches

La littérature met en lien les contextes socio-économiques défavorables et le risque de grossesses non souhaitées et rapprochées. L'entretien de contraception en suites de couches est réalisé à un moment singulier de la vie gynécologique des femmes, il est majoritairement réalisé par les sages-femmes et les situations de vie précaires peuvent rendre difficile la gestion d'une contraception.

L'étude réalisée a pour objectif principal d'étudier l'impact des situations de précarité traversées par les patientes sur la prescription de la contraception en suites de couches, les objectifs secondaires étant de décrire les entretiens de contraception et d'étudier quelles attentes sont communes à toutes les femmes.

Une étude qualitative basée sur l'observation non participante de 20 entretiens de contraception dont 10 auprès de femmes en situation de précarité a été réalisée suite à une étude quantitative préalable auprès de 102 femmes. Les résultats obtenus ne montrent pas de différence dans la prescription de contraception en suites de couches ni dans les attentes formulées des femmes. Il apparaît cependant que la pose d'implant précoce avant la sortie de la maternité chez les femmes souhaitant l'implant concerne davantage celles en situation de précarité dont la continuité du suivi gynécologique est incertaine.

Une étude quantitative à plus grande échelle pourrait permettre de confirmer ce résultat de la recherche.

Mots-clés : contraception, précarité, post-partum, sage-femme

Abstract

Impact of precarious living situations on after-birth contraception prescription

The literature related unfavorable socio-economic contexts with a higher risk of unwanted and closely-spaced pregnancies. After-birth contraception interviews are carried out at a singular moment in women's gynecological life and are usually conducted by midwives. Precarious living situations can be an obstacle to the routinely use of contraception.

The main aim of the study was to determine the impact of precarious living situations on the prescription of after-birth contraception. The other goals were to account for interviews about postpartum contraception and to understand which expectations are common to all women.

A qualitative study based on non-participant observations of 20 interviews about postpartum birth control - including 10 among women in precarious situations - was conducted following a preliminary quantitative study including 102 women. The results showed no difference in the prescription of postpartum contraception, nor in women's formulated expectations. However, it appeared that early implant placements before leaving the hospital, for women wishing implant, were more likely to be seen with precarious women, whose gynecological follow-up continuity is uncertain.

A quantitative study on a larger scale could allow for this point to be confirmed.

Keywords : contraception, precariousness, postpartum period, midwifery

Table des matières

Liste des tableaux	I
Liste des figures	II
Liste des annexes	III
Lexique.....	IV
Introduction	1
Première partie Cadre conceptuel : Revue de la littérature	3
1.1 Contraception chez la femme en post-partum	3
1.1.1 <i>Post-partum et suites de couches</i>	3
1.1.2 <i>Implication des sages-femmes dans la prescription de la contraception lors du séjour de suites de couches</i>	3
1.1.3 <i>Physiologie du post-partum</i>	4
1.1.3.1 Des modifications anatomiques et biologiques	4
1.1.3.2 La reprise de la fonction ovarienne et de l'ovulation	5
1.1.3.3 La sexualité du post-partum	5
1.1.4 <i>Méthodes contraceptives et post-partum</i>	6
1.1.4.1 Facteurs à prendre en compte dans le post-partum.....	6
1.1.4.2 Les méthodes utilisables en post-partum.....	7
1.1.5 <i>L'information sur la contraception du post-partum</i>	8
1.1.5.1 L'entretien	8
1.1.5.2 Recommandations quant à l'entretien	9
La visite post natale.....	11
1.2 Précarité et contraception	12
1.2.1 <i>Définition de la précarité</i>	12
1.2.1.1 Définitions proposées	12
1.2.1.2 Subjectivité, réversibilité et pluralisme	12
1.2.2 <i>Différentes protections sociales et lutte contre les inégalités de santé</i>	13
1.2.2.1 Ouvertures des droits et aides actuelles à l'accès aux soins.....	13
1.2.2.2 Les déterminants sociaux de la santé selon l'OMS	15
1.2.2.3 Des déterminants sociaux en matière de contraception ?.....	16
1.2.3 <i>Maternité et précarité</i>	16
1.2.3.1 Impact des situations de précarité	16
1.2.3.2 La grossesse : une occasion de débiter un suivi médical.....	17
1.2.3.3 La Protection Maternelle et Infantile et les Staffs médico-psycho-sociaux	17
1.2.4 <i>Difficultés d'observance des contraceptions en cas de précarité</i>	18
1.2.4.1 Méconnaissance des moyens de contraception	18
1.2.4.2 Priorités sociales et renoncement aux soins	18

1.2.4.3 Contraception non adaptée ?	19
1.2.5 <i>Recommandations particulières de la littérature</i>	19
Deuxième partie Méthodologie et Résultats de l'Etude	20
2.1 Objet de l'étude	20
2.2 Matériel et Méthodologie	20
<i>Type d'étude</i>	20
<i>Enquête préalable sur le lieu de l'étude</i>	21
<i>Population observée</i>	21
Inclusion des patientes	21
Présentation de l'étude aux patientes.....	22
Inclusion des sages-femmes.....	23
<i>Description de la construction de l'outil utilisé</i>	23
<i>Stratégie d'analyse</i>	25
2.3 Résultats.....	25
2.3.1 <i>Résultats de l'enquête préalable</i>	25
Description de la population étudiée lors de l'étude préalable (sur 2 semaines)	26
Contraceptions de sortie	27
2.3.2 <i>Résultats de l'étude qualitative</i>	29
2.3.2.1 Description générale des femmes auprès desquelles notre étude qualitative a été menée	30
2.3.2.2 Population des sages-femmes auprès desquelles l'étude qualitative a été menée	32
2.3.2.3 Déroulement de l'entretien de contraception.....	33
2.3.2.4 : Contraceptions de sortie.....	34
Troisième partie Analyse et Discussion	36
3.1 Analyses des entretiens	36
3.1.1 <i>Analyse formelle et structurale</i>	36
3.1.1.1 Analyse de l'énonciation : dynamique du discours	36
3.1.1.2 Analyse des co-occurrences	37
3.1.1.3 Analyse d'éléments situationnels inducteurs physiques	38
3.1.2 <i>Analyse thématique transversale de contenu</i>	40
3.1.2.1 Les moyens de contraceptions.....	40
3.1.2.2 Conduite à tenir en cas d'oubli et contraception d'urgence.....	45
3.1.2.3 La contraception en termes de coût	45
3.1.2.4 Evocation de la situation professionnelle par la femme	46
3.1.2.5 Evocation de son parcours obstétrical	46
3.1.2.6 Abord du thème de la sexualité : libido, reprise des rapports	46
3.1.2.7 Impact de l'entourage sur la contraception	47
3.1.2.8 La barrière linguistique	49
3.1.2.9 Vocabulaire employé	49
3.1.2.10 Préjugés et peurs	50

3.1.2.11 Messages des sages-femmes	51
3.1.2.12 Bienveillance et Maternalisme	52
3.1.2.13 La précarité vue par la sage-femme	53
3.1.3 Réponses aux hypothèses.....	56
3.2 Discussion	57
3.2.1 <i>Limites, biais et points faibles</i>	57
3.2.1.1 Limite dans la sélection de la population	57
3.2.1.2 Limite dans la collecte de l'information.....	58
3.2.2 <i>Apports de notre étude et perspectives</i>	59
3.2.2.1 Effet de la recherche sur le terrain observé	59
3.2.2.2 Apports de notre étude dans les données actuelles	59
3.2.2.3 Pistes de recherche.....	61
3.2.2.4 Propositions pour la pratique clinique	61
Conclusion	64
Bibliographie	66
Annexes	71

Liste des tableaux

Tableau 1 : Age des femmes incluses au sein de la population étudiée	26
Tableau 2 : Parité des femmes incluses au sein de la population étudiée	26
Tableau 3 : Situation familiale des femmes incluses au sein de la population étudiée	27
Tableau 4 : Prescription de contraception en suites de couches des femmes incluses au sein de la population étudiée	27
Tableau 5 : Contraception de sortie en fonction du type d'allaitement chez les femmes incluses au sein de la population étudiée lors de l'enquête exploratoire	28
Tableau 6 Caractéristiques des femmes non précaires (Issu de l'Annexe 4)	30
Tableau 7 Caractéristiques des femmes en situation de précarité (Issu de l'Annexe 5)	30
Tableau 8 Présentation des sages-femmes	32

Liste des figures

Figure 1 Flow chart d'inclusion des femmes à l'étude préalable	25
Figure 2 : Prescription de contraception en suites de couches des femmes incluses au sein de la population étudiée.....	27
Figure 3 Contraceptions retrouvées dans l'étude qualitative	34

Liste des annexes

Annexe 1 Tableau CNGOF sur le choix de la contraception en cas de pathologie gravidique ou du post-partum immédiat.....	72
Annexe 2 Grille d'observation	73
Annexe 3 Exemple de retranscriptions mises en pages.....	80
Annexe 4 Données et caractéristiques du groupe non précaire	83
Annexe 5 Données et caractéristiques du groupe précaire	84

Lexique

ACS : Aide au paiement d'une Complémentaire Santé

AME : Aide Médicale d'Etat

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

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

EPP : Entretien Périnatal Précoce

HAS : Haute Autorité de Santé

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

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LAM : Lits d'Accueil Médicalisés

LHSS : Lits Halte Soins Santé

MAMA : Méthode d'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PASS : Permanences d'accès aux Soins de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

PRAPS : Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins

SOLIPAM : Solidarité Paris Maman

Introduction

Le post-partum représente un moment particulier dans la vie d'une femme, chargé de nouvelles représentations et avec un apport d'informations important de la part du corps médical sur une courte période. Ces informations portent aussi bien sur la santé du nouveau-né et les soins à lui apporter que sur la santé de la mère et sa vie gynécologique à venir. Parmi elles, l'information à la contraception est marquée d'un enjeu important. En effet, les grossesses rapprochées non désirées sont des situations cliniques fréquentes. Les études rapportent que 5% des IVG sont réalisées dans les six mois du post-partum⁽¹⁾. Par ailleurs, les grossesses rapprochées engendreraient une augmentation de la morbidité périnatale (prématurité, retard de croissance intra-utérin, mortalité périnatale)⁽²⁾. Les grossesses rapprochées surviendraient d'avantage dans un contexte socio-économique défavorable⁽³⁾. L'évolution du taux de précarité et de pauvreté dans la population française est croissante : l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale estimait que 14,3 % de la population française était en situation de pauvreté monétaire en 2012. Cette évolution concerne aussi les femmes en âge de procréer⁽⁴⁾.

L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé a déjà pu démontrer dans son rapport au sujet de la contraception des Françaises publié en 2011 que le fait de permettre aux femmes de choisir leur moyen de contraception amène une meilleure utilisation, une meilleure observance, et qu'il s'en suit une meilleure efficacité de celui-ci⁽⁵⁾.

Il s'agirait ainsi d'accompagner les femmes dans leur choix vers une prise en charge singulière optimale, en prenant en compte le parcours de ces dernières, leur situation médicale et sociale.

Ce sont ces raisons qui nous ont amenés à nous intéresser au moment-même de la prescription de la contraception en suites de couches, plus particulièrement chez les femmes présentant une situation de précarité.

Dans un premier temps, nous avons souhaité aborder la particularité de ce moment qu'est le post-partum et ce qu'il en est de la prescription de la contraception à ce moment de la vie des femmes, et, par-là, le rôle majeur des sages-femmes.

Dans un second temps, nous tenterons de définir ce qu'est la précarité, et les moyens actuels mis en œuvre dans la lutte des inégalités de santé. Nous étudierons l'impact potentiel des situations de vie précaires sur la vie contraceptive des femmes.

Enfin, nous présenterons l'étude que nous avons réalisée au sujet de la prescription de la contraception chez les femmes précaires en suites de couches. Après en avoir évoqué les limites

et avoir exposé nos résultats au regard de la littérature actuelle, notre réflexion sera orientée sur des propositions qui seraient susceptibles d'améliorer et optimiser la prise en charge des patientes dans le contexte donné.

Première partie

Cadre conceptuel : Revue de la littérature

1.1 Contraception chez la femme en post-partum

1.1.1 *Post-partum et suites de couches*

Le post-partum représente la période débutant après la délivrance placentaire et se terminant au retour de couches ; les deux premières heures sont nommées le post-partum immédiat. Sa durée est variable, elle est notamment tributaire du mode d'allaitement⁽⁶⁾.

La HAS a défini en 2014 les durées de séjours « standards » après un accouchement comme des durées d'hospitalisation de 72 à 96 heures en cas de voie basse et de 96 à 120 heures en cas de césarienne. Sont qualifiés de sorties précoces de la maternité les séjours de moins de 72 heures en cas de voie basse, et de moins de 96 heures en cas de césarienne. Celles-ci sont cependant réservées aux couples mère-enfant à bas risque⁽⁷⁾.

La fréquence des séjours de courtes durées a augmenté depuis 2010, la durée de séjour des mères en maternité après la naissance est en moyenne de 4,0 jours en 2016⁽⁸⁾.

1.1.2 *Implication des sages-femmes dans la prescription de la contraception lors du séjour de suites de couches*

La contraception est définie par l'OMS comme « *l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter* »⁽⁹⁾.

Le 28 décembre 1967, le Code de Santé Publique mentionne que « *Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les diaphragmes, les capes ainsi que les contraceptifs locaux.* ». C'est alors que débute leur rôle dans la prescription de la contraception⁽¹⁰⁾. En 2004, la Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 modifie cet article en introduisant le fait que les sages-femmes sont habilitées à prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen post-natal et après une interruption volontaire de grossesse⁽¹¹⁾.

A partir de juillet 2009, elles sont habilitées à l'insertion des contraceptifs intra-utérins, et à prescrire les contraceptifs locaux et hormonaux de façon générale. Elles pourront en effectuer la surveillance et le suivi biologique à partir de 2011.

Les sages-femmes ayant acquis le droit d'informer et de prescrire aux femmes la contraception tout au long de leur vie en absence de pathologie ⁽¹²⁾, la contraception après l'accouchement n'est alors plus envisagée en plusieurs étapes, mais se présente alors sous la forme d'un élément pris dans sa continuité. Il s'agit de ne plus la diviser entre une prescription de la sage-femme des suites de couches et une autre du médecin ou gynécologue en ville.

Nous noterons, au-delà de ces compétences en matière de contraception, l'élargissement récent des compétences des sages-femmes dans la vie gynécologique des femmes, de par le décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 (publié au Journal officiel du 5 juin 2016), quant aux compétences des sages-femmes en matière d'IVG par voie médicamenteuse.

En suites de couches et selon le Code de Santé Publique, l'exercice de la profession de sage-femme comprend les actes nécessaires à la surveillance et à la pratique des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant⁽¹³⁾. Elle accueille la mère et l'enfant, réalise l'anamnèse, pratique l'examen général et gynéco-obstétrical, écoute, questionne et donne des conseils d'hygiène, de diététique et d'éducation à la santé, accompagne le développement du lien mère-enfant, repère les situations de vulnérabilité, vérifie la mise en place de l'allaitement, qu'il soit maternel ou artificiel, prescrit d'éventuels examens complémentaires, recherche des troubles périnéaux et détermine leur prise en charge.

Enfin, elle recueille les souhaits de la femme en matière de contraception et la prescrit. En l'absence de complication, la sage-femme est le seul professionnel médical à intervenir auprès de la femme⁽¹⁴⁾.

1.1.3 Physiologie du post-partum

1.1.3.1 Des modifications anatomiques et biologiques ⁽¹⁵⁾ ⁽¹⁶⁾

La période du post-partum est marquée par de nombreuses modifications anatomiques : l'utérus s'invoque, reprend sa position pelvienne au douzième jour, puis sa forme initiale au cours des premières semaines. Le col utérin se referme au vingtième jour, et au vingt-cinquième jour, l'endomètre est cicatrisé, retrouvant sa réceptivité aux hormones. Le vagin retrouve sa

trophicité en moyenne deux semaines après l'accouchement. Le périnée, lui, la retrouvera progressivement en fonction de la voie d'accouchement et de la présence de cicatrices périnéales. Sur le plan biologique, les principaux paramètres modifiés au cours de la grossesse tels que la glycémie et les constantes lipidiques se normalisent lentement sur une période de trois mois. Une hypercoagulabilité persiste pendant 2 semaines, avec un fibrinogène ne retrouvant des valeurs normales qu'en 3 à 4 semaines.

Néanmoins, le profil hormonal est différent chez chaque femme et dépend également du type d'allaitement.

1.1.3.2 La reprise de la fonction ovarienne et de l'ovulation ⁽¹⁵⁾ (17)

Lorsqu'un allaitement artificiel est mis en place, en l'absence de prise d'inhibiteur de la lactation tels que la cabergoline, le lisuride, ou la bromocriptine, une ovulation peut avoir lieu quarante jours après l'accouchement, soit quinze jours avant le retour de couches, qui lui apparaît en moyenne entre le cinquante-cinquième et le soixantième jour.

S'il y a eu prise d'un inhibiteur de la lactation, l'évolution de la concentration de prolactine, hormone responsable du blocage de l'ovulation, sera différente. En effet, le mécanisme recherché est lié à leur affinité aux récepteurs dopaminergiques anti-hypophysaire : la production de prolactine est amoindrie, et le retour de couche peut avoir lieu dès le vingt-et-unième jour après l'accouchement.

Lorsqu'il s'agit d'un allaitement maternel, la succion du bébé sur le sein entraîne un pic de prolactine, jusqu'à ce que l'allaitement ne dépende plus de la sécrétion de cette hormone, soit environ à deux mois. Ce pic de prolactine entraîne une mise au repos de la fonction gonadotrope hypophysaire. La durée d'anovulation et la durée d'aménorrhée seront liées à la fréquence et à la durée des tétées.

La Haute Autorité de Santé retiendra qu'il existe un retour de fertilité à partir du vingt-et-unième jour après l'accouchement, et qu'une contraception devient alors nécessaire⁽¹⁸⁾.

1.1.3.3 La sexualité du post-partum

La reprise des relations intimes après un accouchement est progressive. Elle concerne 60% des couples dans le mois suivant l'accouchement⁽¹⁹⁾, 66 à 94 % des couples à deux mois, 88 à 95% à trois mois, et 95 à 100% des couples à 7 mois⁽²⁰⁾. Toutefois, le post-partum est une situation singulière dans la vie sexuelle de la femme et du couple. Si d'une part les

représentations de la féminité sont bousculées, les changements physiques des suites d'un accouchement viennent aussi l'impacter. En effet, deux mois après l'accouchement, 51% des femmes évoquent toujours des douleurs périnéales.

A ce sujet, la littérature rapporte que les femmes ayant un périnée intact ou une déchirure du 1^e ou du 2^e degré ont tendance à avoir moins de douleurs, ainsi moins de dyspareunies, et qu'elles reprendraient en moyenne une activité sexuelle plus rapidement que les femmes ayant eu une épisiotomie, une déchirure du 3^e ou du 4^e degré, ainsi que les femmes ayant accouché par voie basse instrumentale⁽²¹⁾.

D'autre part, les études rapportent que les femmes qui allaitent reprendraient une activité sexuelle plus tardivement et auraient moins de désir que les autres⁽²⁰⁾. Cela pourrait s'expliquer par l'hypo-oestrogénie prolongée, entraînant une sécheresse vaginale, et qui, associée au faible taux de progestérone et à l'hyperprolactinémie, est responsable d'une baisse du désir sexuel⁽²²⁾.

Ainsi, il peut apparaître comme étant important et du rôle du professionnel de santé d'informer la femme, voire le couple, que la reprise d'une activité sexuelle peut prendre plus ou moins de temps, en fonction de la femme, de son état de fatigue, de son vécu de l'accouchement, de douleurs éventuelles et avant tout de son propre désir⁽²⁰⁾.

1.1.4 Méthodes contraceptives et post-partum

1.1.4.1 Facteurs à prendre en compte dans le post-partum

S'il faut prendre en compte comme lors de toute prescription les antécédents médicaux familiaux et personnels de la femme, certains facteurs sont spécifiques à la situation du post-partum :

Des facteurs médicaux sont remarquables, tels que le risque thromboembolique, majeur pendant les vingt-et-un premiers jours du post-partum. Si d'une part les paramètres de l'hémostase se normalisent à ce moment-là, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) recommande de prendre en compte un sur-risque modéré persistant jusqu'à six semaines après un accouchement⁽¹⁹⁾. La survenue d'une éventuelle pathologie gravidique au cours de la grossesse doit aussi être considérée dans la prescription d'une contraception en suites de couches. Le Collège CNGOF a établi un tableau de recommandations à ce sujet. (Annexe 1)

Enfin, le type d'allaitement doit être pris en compte. Si toutes les contraceptions hormonales passent dans le lait maternel⁽¹⁹⁾, la contraception choisie ne doit pas avoir un effet néfaste sur le nouveau-né, avoir un passage faible, et ne pas influencer la lactation.

Par ailleurs, il est important de recueillir au moment de la prescription de la contraception du post-partum certains éléments personnels pouvant influencer la décision finale. Il s'agit en effet de trouver un moyen contraceptif qui pourra correspondre au mode de vie de la femme qui devient une mère, dans sa commodité d'observance notamment. Un autre élément pouvant peser dans la balance est le désir d'une suivante grossesse ainsi que le délai souhaité.

1.1.4.2 Les méthodes utilisables en post-partum

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé, les méthodes utilisables chez les femmes dans le post-partum en dehors de contre-indications particulières sont les suivantes⁽¹⁸⁾ :

Les méthodes dites naturelles

-La méthode MAMA, ou Aménorrhée lactationnelle,

Cette méthode doit être considérée comme un moyen d'espacer les naissances plus que comme une réelle contraception. Ainsi, si cette méthode est choisie par la nouvelle accouchée, il faudrait l'encourager à l'associer à une contraception locale, telle que les spermicides ou les préservatifs⁽²³⁾.

-L'auto-observation

Elle consiste en la combinaison de la méthode Ogino, Billings, et de la méthode des températures.

Toutefois, reposant sur l'observation du cycle féminin, elles sont peu adaptées à la période du post-partum dans la mesure où il n'y a à ce moment-là de cycles réguliers. Il convient de noter que la HAS ne considère pas le retrait comme représentant une méthode contraceptive.

Les méthodes barrières

Possédant une efficacité moindre que celle de la contraception hormonale ou des dispositifs intra-utérins, la HAS ne les recommande que si l'éventualité d'une grossesse non prévue est acceptable. Elles comprennent : le préservatif masculin, le préservatif féminin, les spermicides, la cape et le diaphragme (ces trois derniers étant utilisables à partir de 42 jours après l'accouchement).

Les méthodes hormonales progestatives

Elles comprennent : les pilules microprogestatives au lévonorgestrel ou au désogestrel, l'implant à l'étonogestrel, et les injections d'acétate de médroxyprogestérone.

Ces méthodes sont utilisables selon la HAS à partir de 21 jours après l'accouchement.

Les Dispositifs Intra-Utérins (DIU)

Les DIU peuvent être hormonaux ou au cuivre. Ils sont utilisables à partir de quatre semaines après l'accouchement.

Les méthodes hormonales oestro-progestatives

Les oestro-progestatifs, regroupant les pilules oestro-progestatives, le patch et l'anneau vaginal, seront eux à envisagés plus tard. En dehors de contre-indications, chez une femme qui n'allait pas : à partir de 42 jours après l'accouchement selon la Haute Autorité de Santé, à partir de 21 jours selon l'Organisation Mondiale de la santé. Chez une femme qui allaite : pas avant 6 mois après l'accouchement.

Les méthodes de stérilisation

La ligature des trompes, l'électrocoagulation, la pose d'anneaux ou de clips sont possibles dans les 7 premiers jours après l'accouchement ou après 42 jours, un délai de 4 mois de réflexion devant être respecté.

La contraception d'urgence hormonale

Le lévonorgestrel per os et l'ulipristal acétate per os constituent des méthodes de rattrapage et ne visant pas à être utilisées de façon régulière.

1.1.5 L'information sur la contraception du post-partum

1.1.5.1 L'entretien

Ce temps, consacré à la présentation des différentes méthodes contraceptives possibles, aux informations délivrées en lien avec la fécondabilité du post-partum, ainsi qu'au recueil du choix de la patiente, peut être qualifié d'entretien, dans la mesure où il s'agit bien d'une situation de communication où un interlocuteur, le clinicien, recueille une information d'un enquêté, la patiente. Il s'agit d'un entretien personnalisé et informatif, lors duquel le praticien devra donc délivrer une information loyale, claire et appropriée, en veillant à la bonne compréhension par la patiente⁽²⁴⁾.

1.1.5.2 Recommandations quant à l'entretien

Le counseling se définit comme une méthode d'accompagnement à la démarche personnelle pour permettre à la patiente d'exprimer sa décision librement et choisir de façon éclairée⁽²⁵⁾. Les fondements de cette méthode sont l'empathie et le respect. Il s'agit pour le professionnel de santé de garder une neutralité lors de l'échange des informations avec la patiente.

Rejoignant cette démarche, l'OMS recommande l'utilisation du schéma à l'acronyme « **BERCER** »⁽⁵⁾.

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

Bienvenue : Cette étape consiste en l'accueil de la patiente. Le soignant se présente et assure tout d'abord de la confidentialité de l'entretien. Il en explique ensuite le rôle, les objectifs, et le déroulement de la consultation.

Entretien : c'est un temps de recueil d'informations et d'expressions de la femme sur les raisons de sa visite. Elle peut exprimer ses sentiments, ses besoins, ses souhaits et ses doutes. Cette étape est propice à l'établissement d'un diagnostic éducatif partagé.

Renseignement : C'est une phase de délivrance d'une information claire, hiérarchisée et sur mesure. Il s'agit de s'assurer de la bonne compréhension des méthodes par lesquelles la patiente est intéressée : leur mode d'emploi, leur efficacité en pratique courante, leurs contre-indications, leurs avantages et inconvénients, d'éventuels effets indésirables ou risques graves, et leur coût.

Choix : Le professionnel insiste sur le fait que la décision finale appartient à la femme. Il peut alors l'inviter à réfléchir à sa situation familiale, ses préférences, les bénéfices, les risques et les conséquences de son choix. Il l'invite à réfléchir sur la possibilité qu'elle a, compte tenu de sa situation et de son parcours, de respecter la méthode contraceptive. Il s'assure ensuite qu'une décision finale a été prise par la femme.

Explication : Il s'agit d'une discussion sur la méthode choisie et son emploi. Le praticien peut alors réaliser une démonstration permettant l'apprentissage avec manipulation. Sont abordés les effets secondaires, la conduite à tenir, les possibilités de rattrapages. La délivrance de documents écrits peut représenter une aide. Enfin, les raisons médicales qui peuvent justifier le retour de la consultante sont abordées.

Retour : Le suivi permet de réévaluer la méthode, de faire un point sur la tolérance de la contraception choisie, vérifier que son utilisation est optimale, et de vérifier qu'elle soit bien adaptée au quotidien de la femme. Cette phase prend en compte les modifications des conditions médicale, personnelle, affective et sociale, et constitue une opportunité pour discuter d'un changement de méthode.

La démarche éducative est le deuxième outil recommandé par l'ANAES pour mener l'entretien de contraception⁽²⁶⁾. Elle renvoie pour sa part à un partenariat pédagogique, centré sur la personne, visant à promouvoir sa santé et à la rendre autonome dans sa prise en charge. Cette méthode est individualisée, se fondant sur les différentes dimensions des acteurs: ce que la personne est, ce qu'elle sait, ce qu'elle croit, ce qu'elle redoute, ce qu'elle espère, et ce que le soignant est, sait, croit, redoute et espère.

Recommandations particulières en post-partum

Dans le post-partum, la Haute Autorité de Santé recommande d'informer la femme sur : La reprise de l'ovulation au 21^e jour, les différentes méthodes contraceptives utilisables chez la femme qui allaite ou non : leur mode d'emploi, leur efficacité en pratique courante, leur durée d'utilisation, leurs contre-indications, les risques et effets indésirables possible, les avantages non contraceptifs, les procédures d'instauration et d'arrêt, leur coût et leur remboursement. Enfin, les possibilités de rattrapage en cas de rapport non ou mal protégé, leur efficacité et leurs conditions d'accès⁽¹⁸⁾.

Un moment de disponibilité réduite

L'information sur la contraception du post-partum se fait majoritairement dans les trois premiers jours du post-partum, ou lors de l'examen de sortie. C'est aussi le moment où les femmes connaissent la lactogénèse de type 2, dite la montée de lait, et c'est à ce moment qu'elles sont concernées par le baby-blues.

En parallèle et dans un environnement qui ne leur est pas familier, les femmes apprennent à connaître leur nouveau-né, à repérer ses besoins, elles doivent apprendre à connaître de nouveau leur corps, modifié par la grossesse et à nouveau changé après l'accouchement. Elles reçoivent de nouvelles informations théoriques, de la part des sages-femmes, des auxiliaires de puériculture, des médecins, des infirmières et des puéricultrices. Ainsi, il est justifié de se demander si cette période est la plus légitime pour accueillir l'information à l'usage d'une contraception à utiliser de retour à domicile, dans un environnement qui, s'il redevient familier, doit accueillir beaucoup de nouveauté et la mise en pratique des nombreuses informations reçues.

Intérêt d'un entretien sur la contraception à plusieurs moment dans la grossesse

Concernant l'abord de la contraception, la HAS le recommande dès la période prénatale⁽¹⁸⁾. D'autre part, une étude multicentrique randomisée a montré une meilleure

efficacité d'application des conseils donnés lorsqu'ils l'étaient exclusivement en anténatal, en comparaison des autres périodes⁽²⁷⁾.

S'il peut sembler compliqué de les aborder lors des consultations de surveillance de la grossesse, qu'il s'agisse d'un manque de temps, ou de la nécessité d'un travail particulier de projection dans le post-partum, il pourrait alors être envisagé de l'aborder au travers des cours de préparation à la naissance et à la parentalité. Le sujet pourrait aussi être abordé lors de l'entretien prénatal précoce, mis en place en premier lieu afin d'informer les couples, d'identifier leurs besoins et lever des appréhensions⁽²⁸⁾.

Une étude publiée dans la fin des années 90 a pu démontrer qu'une information répétée était gage de qualité et d'efficacité dans sa compréhension par les femmes en post-partum⁽²⁹⁾. Cela nous amène à confirmer le fait que la contraception du post-partum soit un sujet devant être abordé à différentes reprises, tout au long de la grossesse, afin que les femmes soient davantage sensibilisées lors de leur séjour en suites de couches.

La visite post natale

La consultation post-natale est une consultation prévue six à huit semaines après l'accouchement. Permettant la continuité de la vie gynécologique de la femme, il s'agit alors de faire le point sur le vécu de l'accouchement avec un recul temporel, sur l'allaitement, le retour de couches, la sexualité, la contraception, d'éventuels troubles périnéo-sphinctériens, et enfin sur d'éventuels résultats de bilans à distance⁽³⁰⁾. Au sein de la majorité des hôpitaux, dans le cas où la grossesse et l'accouchement ont été de déroulement eutocique, ce sont les sages-femmes qui réalisent cette consultation, répondant à l'article 101 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Notons que cette consultation est importante pour évaluer la convenance de la femme sur une possible contraception mise en place sur plusieurs semaines, et ainsi la réévaluation de la méthode la plus adaptée. Il peut s'agir d'un renouvellement, d'une surveillance, ou de la pose d'un dispositif de longue durée⁽¹⁸⁾. Toutefois, notons que la réalisation de cette consultation nécessite que la femme prenne rendez-vous et se rende disponible, à distance de l'accouchement, dans un contexte différent.

1.2 Précarité et contraception

1.2.1 Définition de la précarité

1.2.1.1 Définitions proposées

En 1987, le Journal Officiel publie la définition que Joseph Wresinski propose de la précarité, comme étant : *« l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux ; l'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droit par soi-même, dans un avenir prévisible »*⁽³¹⁾.

La précarité sociale sera elle définie en 1991 en sciences sociales comme représentant *«une forte incertitude de conserver ou récupérer une situation acceptable dans un avenir proche »*⁽³²⁾.

Il peut paraître nécessaire d'établir que la pauvreté est différente de la précarité en cela qu'elle est mesurable et mesurée. La précarité peut ainsi englober la pauvreté, mais elle est un phénomène plus large, apportant un paradigme, une représentation, nous permettant de mieux comprendre le monde dans lequel nous vivons⁽³³⁾. Dès 1981, dans le rapport d'Oheix, la précarité était employée pour désigner un type de situation où la pauvreté n'était que potentielle.

1.2.1.2 Subjectivité, réversibilité et pluralisme

La précarité se dessine donc sous la forme d'une situation instable, n'assurant pas de sécurité au quotidien et ne la promettant pas non plus sur le long terme. Elle se définit en outre par 3 caractères :

Si dans sa définition en sciences sociales, la précarité est comparée à une « situation acceptable », il s'en entend un caractère subjectif et relatif à une société donnée et aux normes qu'elle porte. Ajoutons qu'elle est une inscription sociale dans un rapport de domination, et qu'en cela nous pourrions la suggérer inhérente à toute société.

Par ailleurs, la précarité étant définie comme une situation, nous relevons son caractère réversible.

Enfin, si elle peut reposer sur l'absence « d'une ou plusieurs sécurités », il s'agit d'identifier ces sécurités, et ainsi de pouvoir prendre en compte son pluralisme. Différentes dimensions de la précarité sont, non exhaustivement⁽³³⁾⁽³⁴⁾ :

- La précarité de l'emploi, amenant des revenus instables ou insuffisants et pouvant conduire à une exclusion sociale,
- La précarité au délitement des liens sociaux, ou précarité relationnelle,
- La précarité financière, la diminution voire l'absence de ressources de la personne,
- La précarité du logement,
- La précarité de la santé, par défaut d'accès aux soins,
- La précarité du statut administratif, touchant notamment les étrangers en situation irrégulière.

Ce pluralisme et les liens entre les différentes dimensions évoquées amènent à remarquer qu'une personne touchée par un type de précarité est plus vulnérable aux autres.

1.2.2 Différentes protections sociales et lutte contre les inégalités de santé

Si la Déclaration universelle des droits de l'homme évoque que toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, le droit fondamental à la santé est établi par l'OMS : «*la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.*»⁽³²⁾

Afin de respecter ce droit fondamental envers toute personne et de lutter contre d'éventuelles inégalités de santé, le système de soins français propose différentes protections sociales.

1.2.2.1 Ouvertures des droits et aides actuelles à l'accès aux soins

La Protection Universelle Maladie (PUMa) : Actuellement, et depuis la loi de financement de la sécurité sociale de 2016 (article 59), toute personne travaillant ou résidant en France de manière stable et régulière a droit à la prise en charge de ses frais de santé de manière continue et individuelle, soit au titre de son activité professionnelle, soit au titre de sa résidence⁽³⁵⁾.

Cette réforme supprime le dispositif de la Couverture médicale universelle de base (CMU), le statut d'ayant droit n'existant plus que pour les personnes mineures.

La CMU complémentaire : Dès lors qu'une personne réside en France depuis plus de 3 mois, est en situation régulière et a des ressources mensuelles inférieures à un plafond fixé selon la composition de son foyer, elle peut bénéficier de la CMU complémentaire, une complémentaire santé entièrement gratuite⁽³⁶⁾. Elle permet de ne pas avoir à payer les professionnels de santé sous réserve de suivre le parcours de soins.

L'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS) permet aux personnes dont les ressources mensuelles du foyer dépassent le plafond pour l'attribution de la CMU-C (dans la limite de 35%) de bénéficier d'une réduction sur le coût de leur complémentaire santé⁽³⁷⁾.

L'Aide Médicale de l'Etat (AME) est une protection santé s'adressant aux ressortissants étrangers en situation irrégulière et précaire, sous réserve de conditions de résidence stable et de ressources ne dépassant pas un plafond fixé en fonction de la composition du foyer. Elle ouvre droit à une prise en charge à 100% des soins avec dispense d'avance de frais⁽³⁸⁾.

La prise en charge des soins urgents : selon l'article L254-1 créé par la Loi n°2003-1312 du 30 décembre 2003-art. 97 : l'Assurance Maladie prend en charge les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître. Les soins doivent être pratiqués dans les établissements de santé dans la limite des tarifs de la sécurité sociale. Cette prise en charge concerne les personnes étrangères en situation irrégulière résidant en France depuis moins de trois mois, hors simple séjour, ou de manière ininterrompue depuis plus de trois mois mais ne bénéficiant pas de l'AME.

Création des PRAPS et des PASS

La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 a pu permettre la création des PRAPS : **Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins**, également acteurs dans la réinsertion sociale. A la suite de cette loi et dans le cadre de ces programmes, des lieux facilitant l'accès des personnes en situation de précarité aux réseaux de soins, au système hospitalier et à l'accompagnement social ont vu le jour, les PASS : **Permanences d'accès aux Soins de Santé**. Elles sont implantées au sein-même des hôpitaux, permettant de disposer des plateaux techniques tels que les laboratoires de biologies internes ou les pharmacies internes, pouvant ainsi délivrer des médicaments. Elles jouent un rôle de prise en charge médico-sociale ainsi qu'un rôle de prévention et d'information à la contraception notamment⁽³⁹⁾. Elles fonctionnent avec un réseau de professionnels médicaux et sociaux, à savoir de façon non exhaustive : les caisses d'assurance maladie, les médecins, le Samu social, certains centres de santé et de vaccination, certains services municipaux, des centres spécialisés

(hébergement, VIH parmi d'autres), des services de Protection Maternelle et Infantile et le Planning Familial.

Les PASS sont placées sous le contrôle des Agences Régionales de Santé. Leur budget est couvert par une dotation finançant les missions d'intérêt général sur déclaration de l'établissement de santé auquel elles sont intégrées⁽⁴⁰⁾.

Lits Halte Soins Santé (LHSS) et Lits d'Accueil Médicalisés (LAM)

Ces deux structures ont pour objectif l'hébergement de personnes vulnérables sans domicile fixe.

Les LHSS accueillent temporairement les personnes majeures sans domicile fixe ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale mais est « incompatible avec la vie à la rue », et ce quelle que soit leur situation administrative.

Les LAM accueillent les personnes majeures sans domicile fixe, atteintes de pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures.

Ces structures sont ouvertes vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année. Une équipe pluridisciplinaire dispense des soins médicaux et paramédicaux adaptés. Elles tentent de mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître les droits des personnes accueillies⁽⁴¹⁾.

Le réseau SOLIPAM

Créé en 2006, Solidarité Paris Maman est un réseau de santé en périnatalité actif en Ile-de-France, pour les femmes enceintes en situation précaire et leurs enfants. La majorité de sa file active vit en hôtel ou dans l'espace public⁽⁴²⁾.

Cette diversité de protections sociales a pour but de garantir une offre de soin au plus grand nombre et de lutter contre les importantes inégalités de santé.

1.2.2.2 Les déterminants sociaux de la santé selon l'OMS

Il est établi que certains déterminants, y compris sociaux, conditionnent l'état de santé.

L'OMS les définit comme « *les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie* »⁽⁴³⁾. L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES,

faisant maintenant partie de Santé publique France) y inclut notamment les politiques en matière d'emploi, le type d'emploi, l'éducation, le revenu et l'habitation.

Selon l'INPES, dans le rapport *Des inégalités sociales de santé : des déterminants multiples*, les inégalités sociales de santé sont les écarts observés d'état de santé entre les groupes socialement stratifiés. Elles touchent un vaste éventail d'indicateurs allant des facteurs de risque aux résultats des soins, et traduisent la reproduction des inégalités existant entre les groupes sociaux dans le domaine sanitaire⁽⁴⁴⁾. Le constat est que l'amélioration de la santé en France ces dernières années a été plus importante pour les catégories sociales favorisées.

1.2.2.3 Des déterminants sociaux en matière de contraception ?

L'INPES rapportait en 2010 que 90,2 % des femmes sexuellement actives au cours des douze derniers mois, ayant un partenaire homme, non stériles, non enceintes et ne cherchant pas à avoir un enfant, utilisaient une méthode contraceptive⁽⁴⁵⁾. Toutefois, en observant la disparité dans les prises en charge en fonction de la situation sociale, on peut être amenés à penser que la prévalence actuelle des moyens de contraception va différer selon la situation sociale des femmes, notamment de part ses éventails de commodité, de prix et de remboursement.

Il en était question dans les années 80, lorsque les femmes des milieux sociaux les plus favorisés avaient plus recours aux pilules contraceptives et aux dispositifs intra-utérins. Ces disparités ne se seront réduites qu'à la fin des années 90⁽⁴⁶⁾.

N. Bajos émettait alors l'hypothèse selon laquelle ces inégalités d'accès à des contraceptifs non ou moins remboursés par la Sécurité sociale puissent, en dehors de freins financiers, résulter tout d'abord d'attentes différentes des femmes liées à leur appartenance sociale, mais aussi de variations de comportements des prescripteurs lors des consultations.

1.2.3 Maternité et précarité⁽⁴⁷⁾

1.2.3.1 Impact des situations de précarité

Dans le rapport de l'enquête nationale périnatale 2016⁽⁸⁾, il est montré que la précarité joue aussi sur le bon déroulement de la grossesse. En premier lieu, le suivi de la grossesse est impacté : 30% des femmes vivant dans un ménage dont aucun des deux partenaires n'a d'emploi auront moins de huit consultations prénatales. Le rapport du Plan Périnatalité 2005-2007

complétait cela par le constat suivant : « *Les suivis médiocres ou inexistants de grossesse, à l'origine des pathologies obstétricales, sont particulièrement associés à la précarité et à la pauvreté* ».

D'autre part, les femmes en situation de précarité présentent plus de facteurs de risque médicaux. Parmi eux, un contexte psychologique plus souvent défavorable, une plus grande fréquence de l'obésité et une consommation de tabac plus importante. In fine, on observerait 3,2 fois plus de naissances prématurées et davantage de petits poids de naissance dans les populations précaires⁽⁴⁸⁾.

1.2.3.2 La grossesse : une occasion de débiter un suivi médical

Dans son rapport de 2005, l'Observatoire du Samu social de Paris soulignait le fait qu'en apportant une motivation supplémentaire et la possibilité de se projeter dans un avenir heureux, ainsi qu'en réduisant le sentiment de solitude, la grossesse pouvait représenter un réel support chez les femmes vivant dans des situations sociales défavorables⁽⁴⁹⁾. Ainsi, de par la naissance de cette motivation, et grâce à l'ouverture de certains droits sociaux indispensables à la prise en charge médicale d'une grossesse, on peut penser que la grossesse puisse amener les femmes à porter un nouvel intérêt à entrer dans une prise en charge médicale, qui, si elle est spécifique à la grossesse dans un premier temps, pourrait être poursuivie au long terme, dans le même établissement qui est alors connu, ou encore avec les mêmes professionnels de santé.

1.2.3.3 La Protection Maternelle et Infantile et les Staffs médico-psycho-sociaux

Les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) sont des centres organisant des actions de soins en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans. Ils jouent un rôle essentiel dans la prévention médico-sociale en proposant un accueil de puériculture, un suivi médical préventif et des consultations prénatales et post-natales auprès de différents professionnels de santé (médecins, infirmières-puéricultrices, sages-femmes, auxiliaires de puériculture, psychologues). Ces centres sont ouverts à tous et gratuits⁽⁵⁰⁾.

Un staff médico-psycho-social représente selon Patricia Vasseur, sage-femme coordinatrice au bureau technique Protection Maternelle Planification Familiale et Périnatalité,

« une instance de concertation pluri professionnelle et bi-institutionnelle, visant à prendre en charge du mieux possible les situations médico-psycho-sociales complexes des femmes enceintes, le plus en amont possible de la naissance ». C'est un espace d'échange d'informations, d'analyse et d'orientation. Ses principaux objectifs seront d'améliorer la prise en charge globale des femmes en articulant la ville et l'hôpital et de pouvoir anticiper les difficultés aux différents temps périnataux que sont la période prénatale, l'accouchement, les suites de couches et la sortie de la maternité.

Ce staff représente une première ouverture entre le monde social et le monde médical, semblant alors nécessaire dans la prise en charge des femmes, dont les préoccupations relèvent constamment de ces deux ordres⁽⁵¹⁾.

1.2.4 Difficultés d'observance des contraceptions en cas de précarité

1.2.4.1 Méconnaissance des moyens de contraception

Le premier facteur de difficulté à l'observance des contraceptifs que nous proposons serait la méconnaissance des moyens de contraception. Nous pouvons envisager le fait que rechercher à accéder à des informations sur les différents moyens de contraception ne soit pas la priorité des personnes en situation de précarité. Dans l'étude *Evaluation de la prise en charge de la précarité dans une maternité de niveau III* publiée en 2015⁽⁵²⁾, il ressortait que la contraception était globalement méconnue, et que, si cela était en lien avec le niveau d'études et socioprofessionnel, ce n'était pas un point prioritaire face à des urgences sociales telles que la nourriture ou le logement.

1.2.4.2 Priorités sociales et renoncement aux soins

La précarité entraîne un délaissement de la santé de façon générale⁽⁵³⁾. En 2010, l'étude FECOND rapportait que les femmes confrontées à une situation financière difficile, peu ou pas diplômées étaient plus représentées parmi les femmes n'utilisant pas de contraception alors qu'elles ne souhaitent pas être enceintes⁽⁵⁴⁾. Une autre étude réalisée en 2008 montrait que 15 % de la population métropolitaine déclarait avoir renoncé à des soins pour des raisons financières les 12 mois précédents⁽⁴⁾. Parmi les causes de renoncements aux soins, il peut être identifié un manque de perception du besoin, la perception de sa santé étant un élément subjectif.

D'autre part, les délais des procédures et la complexité des démarches d'accès à l'aide sociale (AME, PUMa et CMUC) ont été retrouvées comme étant des causes du renoncement aux soins⁽⁵³⁾.

1.2.4.3 Contraception non adaptée ?

Dans son rapport *Féminité, accès aux soins, maternité et risques vécus par les femmes en grande précarité*, le Samu social de Paris expliquait que si les femmes sans domicile avaient les exacts mêmes désirs, comportements et besoins que les femmes de la population de façon générale dans leur vie affective, sexuelle et reproductive, elles doivent faire face à plus de difficultés du fait de leurs conditions de vie. Leur quotidien, rempli d'incertitudes, présentent des risques sanitaires et de violences qu'elles doivent gérer en permanence, ramenant au fait que la contraception majoritairement prescrite chez les femmes en France qu'est la pilule dont la prise doit être quotidienne ne fasse nullement partie des priorités⁽⁴⁹⁾.

1.2.5 Recommandations particulières de la littérature

L'étude FECOND menée en 2010 montre que le schéma appliqué pour toutes les femmes, toujours présent et figé dans nos modèles de contraception est l'utilisation du préservatif en début de vie sexuelle, puis la pilule, et enfin le stérilet⁽⁵⁴⁾.

Les enquêtes *Global Survey of healthcare practitioners beliefs and practices around intra-uterine contraceptive method use in nulliparous women (2013)*⁽⁵⁵⁾ et *IUD use in France : a cross analysis of users and prescribers perspectives (2014)*⁽⁵⁶⁾ rapportent qu'il existe toujours une réticence chez la majorité des gynécologues et médecins généralistes quant à la pose d'un dispositif intra-utérin chez une femme nullipare. Ainsi, le moment de la vie gynécologique auquel la femme vient consulter peut influencer la prescription du moyen de contraception par le praticien.

A présent, si nous n'avons pu trouver d'étude isolant le fait que les professionnels de santé auraient tendance à prescrire certaines méthodes dans certains contextes sociaux, il peut être retrouvé des recommandations tangentes à ce propos dans la littérature.

A titre d'exemple, dans *Contraception du post-partum : recommandations pour la pratique clinique*, il est recommandé (au grade B) de « préférer les contraceptions dites de longue durée type implant ou DIU, en évaluant la balance risque-bénéfice de chaque méthode, chez les patientes à risque d'être perdues de vue et de discuter leur insertion avant la sortie de la maternité »⁽⁵⁷⁾.

Deuxième partie

Méthodologie et Résultats de l'Etude

2.1 Objet de l'étude

Problématique : Notre problématique est la suivante : Lors de l'entretien autour de la contraception du post-partum (en suites de couches), les demandes des femmes en situation de précarité et les modalités de prescription des sages-femmes présentent-elles des spécificités ?

Objectif principal : L'étude réalisée a pour objectif principal d'étudier l'impact des situations de précarité traversées par les femmes sur la prescription de la contraception en post-partum.

Objectifs secondaires : Les deux objectifs secondaires de notre étude sont :

1. Décrire les entretiens de contraception en suites de couches
2. Retrouver des attentes communes des femmes quant à la contraception.

Hypothèses :

L'implant hormonal est davantage prescrit chez les femmes en situation de précarité.

Les situations de précarité traversées par les femmes pourraient entraîner une information non exhaustive, plus ciblée sur l'implant hormonal.

L'accessibilité et la commodité d'observance pourraient être souhaitées par les patientes en situation de précarité.

2.2 Matériel et Méthodologie

Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, basée sur des observations directes non participantes (l'enquêteur ne participe pas aux soins pendant la recherche). Il nous semblait en effet qu'une approche qualitative pouvait permettre d'analyser en profondeur le face-à-face de l'entretien de contraception lors du séjour post-partum et d'apporter des éléments de compréhension.

L'étude s'est déroulée au sein d'une maternité de type II de la petite couronne de Paris. Elle a été réalisée de Novembre 2017 à Février 2018. Nous avons recueilli l'accord du Chef de

service de la maternité dans un premier temps, puis celui de la Cadre de Suites de couches après leur avoir transmis le synopsis de projet de mémoire validé en juin 2017.

Enquête préalable sur le lieu de l'étude

En parallèle de cette étude qualitative, dans le but de connaître mieux la population du lieu de notre étude et d'obtenir une première approche quantitative des prescriptions de contraception dans cette maternité, nous avons réalisé un recueil de données sur les dossiers des patientes des services de suites de couches sur une période de deux semaines. Il s'agissait d'une étude descriptive menée rétrospectivement, qui incluait toutes les patientes sorties sur cette période des services de suites de couches et répondant à nos critères d'inclusion et d'exclusion. Nous avons utilisé les tests du Chi 2 et de Fischer, notamment à l'aide du logiciel Biosta TVG afin de comparer nos effectifs de patientes. Nous avons utilisé la correction de Yates lorsque les effectifs attendus étaient compris entre 3 et 5. Les différences ont été considérées comme statistiquement significatives si le risque d'erreur d'y conclure alors qu'il n'en existe pas en réalité était inférieur à 5% (p seuil de significativité=0.05).

Les données recueillies ainsi sont présentées dans la partie Résultats.

Population observée

Inclusion des patientes

Critères d'inclusion

Il s'agissait d'inclure les femmes hospitalisées en suites de couches avec leur nouveau-né dont la grossesse était obtenue spontanément, et ne présentant aucune contre-indication aux méthodes de contraception disponibles actuellement.

Nous avons souhaité n'inclure dans notre étude que des femmes majeures afin d'obtenir de façon plus simple leur accord pour participer.

Enfin, nous avons souhaité inclure toutes les femmes, quelles que soient leur voie d'accouchement, leur âge, leur lieu de suivi de grossesse, leur gestité et leur parité. Il s'agissait de faire intervenir dans nos données des histoires aussi hétérogènes que celles se présentant dans le quotidien du service observé. En effet, cela a pu permettre de faire émerger un champ plus riche d'hypothèses et d'interprétation dans le cadre de cette étude menée de façon qualitative.

En tenant compte du délai imparti pour l'étude, menée dans le cadre d'un master, la taille de l'échantillon visée pour notre étude qualitative était de 20 patientes, dont 10 incluses dans le groupe des femmes présentant une situation de précarité.

Critères d'inclusion dans le groupe des femmes en situation de précarité

Afin de déterminer l'appartenance ou non des femmes au groupe en situation de précarité, nous avons dans un premier temps songé à nous inspirer du score EPICES, défini par P. Townsend et J. Wresinsky en 1987 et se basant sur un questionnaire de 42 questions portant sur les différentes dimensions de la précarité : *conditions matérielles et événements graves de l'enfance, niveau d'études, situation professionnelle, revenus, composition du ménage, logement, protection sociale, liens sociaux, loisirs et culture, difficultés financières, recours aux soins et santé perçue*⁽⁵⁸⁾. Toutefois, certaines données apparaissaient insuffisamment renseignées dans les dossiers pour pouvoir réaliser le calcul de ce score.

Nous avons dans un second temps envisagé de nous baser sur le score établi par Marie-Laure Oster dans la cadre de son Mémoire rédigé en 2013 en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme *Influence de la précarité sur l'observance de la contraception*⁽³⁴⁾. Le calcul de ce score s'appuyait sur la situation familiale, l'activité professionnelle, l'entourage et le mode de vie. Notre volonté n'était cependant pas de nous limiter aux types de précarité des conditions de vie, précarités affectives et relationnelles. Il s'agissait de définir la précarité dans sa notion de situation non stable et au caractère incertain. Dans le cadre de notre étude en Île-de-France, la précarité majoritairement retrouvée au sein d'une population de femmes en âge de procréer correspond à des situations de migrations récentes et à des situations de précarité de logement⁽⁵⁹⁾⁽⁶⁰⁾⁽⁶¹⁾.

En ce sens, nous avons choisi d'inclure :

- Les femmes bénéficiant de l'AME (cf. première partie) ;
- Les femmes sans aucune protection sociale ;
- Les femmes hébergées via le Samu Social au moment de notre étude.

Critères d'exclusion

Ont été exclus de nos données les entretiens à l'issue desquels les femmes souhaitaient mûrir leur décision et n'étaient pas décidées pour un moyen de contraception avant la sortie, ou pour lesquelles le choix ou la prescription finale n'ont pas pu être recueillis par la suite.

Présentation de l'étude aux patientes

Dans un premier temps, je me présentais en tant qu'étudiante sage-femme en dernière année d'école. Je demandais la permission d'entrer dans la chambre pour pouvoir m'entretenir. Dans un second temps, il s'agissait d'expliquer le cadre de cette étude, à savoir le mémoire en

vue de l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme. Ensuite, j'expliquais que mon travail allait se baser, après un recueil de données grâce au dossier, sur l'observation non participante et la transcription manuelle des échanges après anonymisation, entre les sages-femmes et les patientes en suites de couches lorsque la contraception de sortie était abordée. Je demandais finalement si cela était possible que je sois présente dans la pièce à ce moment-là.

Aucune femme n'a refusé de participer à notre étude.

Il n'a pas été recueilli de consentement écrit puisque les femmes étaient libres d'interrompre leur participation à cette étude en cours d'observation ou a posteriori en me signifiant de ne pas analyser les données les concernant, comme je le leur avais précisé lors de la présentation.

Inclusion des sages-femmes

Toutes les sages-femmes travaillant en suites de couches pouvaient être incluses dans nos observations, à condition que leur accord ait été recueilli suite à la présentation de notre étude.

Description de la construction de l'outil utilisé

En amont de l'observation sur le terrain, nous avons construit une grille d'observation composée de cinq parties (Annexe 2 : Grille d'observation) :

- Une partie de recueil de données sur dossiers, afin de pouvoir situer le contexte médical et le contexte social de chaque femme ;
- Une partie sur la forme de l'entretien, renseignant ses modalités ;
- Une partie axée sur le discours de la sage-femme ;
- Une partie tournée vers le discours de la femme ;
- Enfin, une partie sur les éléments de contextualisation de l'entretien.

Nous avons envisagé de remplir la première partie au préalable, puis de compléter les quatre dernières parties de cette grille d'observation au cours de l'entretien, en cochant les items au fur et à mesure de la discussion entre la sage-femme et la patiente.

Après la présentation de notre étude et de nos objectifs à plusieurs reprises à différents membres du personnel de suites de couches travaillant de jour, il s'agissait de joindre par téléphone le service, le matin, après les transmissions entre les équipes. Nous demandions alors aux sages-femmes présentes ce jour-là leur accord pour observer d'éventuels examens de sortie, au cours desquels la contraception du post-partum allait être abordée, ou encore d'éventuels

entretiens dédiés à la contraception du post-partum, ainsi que le moment approximatif de la journée auquel ils allaient être réalisés. Si leur accord était donné, une fois sur place, il s'agissait de recueillir l'accord de la patiente quant à notre présence au moment de cette entrevue avec la sage-femme, en précisant toutefois qu'il s'agirait d'une observation non participante et en expliquant le cadre de notre étude, comme précisé ci-dessus.

Il est apparu dès la première observation qu'il n'était pas possible de procéder en complétant les items de notre grille au cours même de l'entretien sans manquer certains éléments évoqués. De plus, l'ordre dans lequel les sujets abordés apparaissaient n'était pas retracé, or l'analyse des données voulait être abordée de manière inductive, c'est-à-dire en partant du matériel issu des observations.

De ce fait, la méthode utilisée dès le deuxième entretien a été la retranscription instantanée par la prise de notes sur un carnet des échanges entre la sage-femme et la patiente. De la même façon que pour l'entretien précédent, quelques minutes étaient consacrées au recueil du contexte médical et du contexte social de la femme sur son dossier papier, ce avant l'entretien. Toutefois, au moment-même de l'entretien, il ne s'agissait plus de cocher les items préexistants, mais bel et bien de retranscrire. Les grands thèmes abordés étaient relevés dans leur ordre d'apparition. Des verbatim ont pu être recueillis. Une fois l'entretien terminé, les éléments de contextualisation de l'entretien et sa forme étaient retracés. Ces notes étaient dans un second temps mises en page sur un fichier Word (Annexe 3 : Exemple de retranscriptions mises en pages), puis la grille d'observation correspondante était remplie.

Pré-enquête

La pré-enquête a inclus les quatre premières observations et visait à tester la grille d'observation. Il s'est avéré que très peu de critères étaient manquants : nous avons seulement ajouté un item pour renseigner une éventuelle source de revenus du ménage et la présence ou non d'un tiers lors de l'entretien. Sur les conseils d'une sage-femme lors de notre pré-enquête, nous avons ajouté un item sur la communication non verbale, qui a été ensuite relevée de manière systématique via la disposition des acteurs de l'entretien dans l'espace. Tous ces éléments ont pu être renseignés, a posteriori donc, pour les premières observations. De ce fait, les observations de la pré-enquête sont incluses dans notre analyse.

Toutes les sages-femmes rencontrées au cours de ce travail étaient ouvertes à la discussion et intéressées par la question de la prescription de la contraception en suites de couches chez les femmes précaires. Les échanges avec elles et leurs avis, tant sur la forme de notre travail que sur le fond de cette étude et ses problématiques, ont apportés de nouveaux éléments de discussion.

Enfin, notons que notre objectif était de ne pas réaliser de jugement sur le discours des sages-femmes lors de l'examen de sortie. Il s'agissait d'observer ce qui peut être mobilisé de façon différente chez la sage-femme selon la patiente qui est en face d'elle.

Stratégie d'analyse

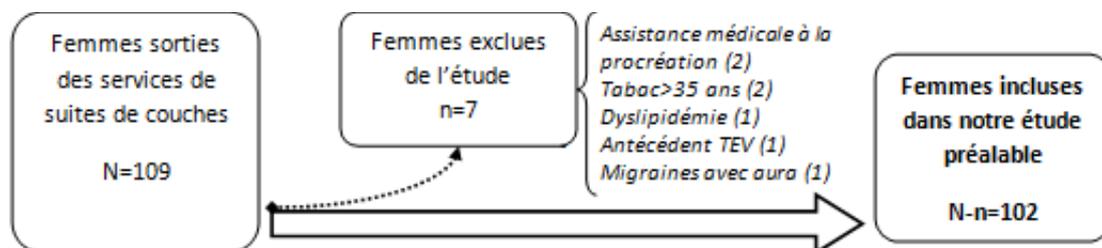
Pour l'analyse des données recueillies, nous avons regroupé nos données sous formes de tableaux et graphiques que nous avons établis à l'aide du logiciel Excel. Les données ont été traitées de façon manuelle. Nous avons par la suite procédé à une analyse de contenu thématique, cela notamment à l'aide de «L'analyse de contenu » de Laurence Bardin⁽⁶²⁾. Puis, une analyse transversale a été élaborée.

2.3 Résultats

2.3.1 Résultats de l'enquête préalable

Lors de notre enquête préalable, sur une période de deux semaines, 109 patientes sont sorties des services de suites couches, regroupant les suites de couches physiologiques, l'aile des suites de couches dites pathologiques (service dédié principalement aux post-partum après les accouchements par césariennes), et le service d'unité kangourou (dédié aux post-partum nécessitant des soins dans le cadre d'une pathologie modérée ou d'une prévention chez le nouveau-né, dans des situations où il pourrait habituellement être séparé de sa mère). Parmi leurs dossiers médicaux, 7 impliquaient au moins un des critères d'exclusion de notre étude. Ont donc été incluses 102 patientes.

Figure 1 Flow chart d'inclusion des femmes à l'étude préalable



TEV : Thromboembolique veineux

Description de la population étudiée lors de l'étude préalable (sur 2 semaines)

Nous partons d'un échantillon au sein duquel 82,4% des patientes ne sont pas considérées comme présentant une situation de précarité.

Tableau 1 : Age des femmes incluses au sein de la population étudiée

Age des femmes (n=102)	Situation précaire n(%)	Situation non précaire n(%)	Total n(%)	p (Fisher) 0,59 NS
18-25 ans	5 (27,8)	19 (22,6)	24 (23,5)	
26-35 ans	10 (55,5)	55 (65,5)	65 (63,7)	
36-45 ans	3 (16,7)	10 (11,9)	13 (12,7)	
<i>Moyenne d'âge</i>	30,1	29,1	29,2	
TOTAL n	18	84	102	

Tableau 2 : Parité des femmes incluses au sein de la population étudiée

Parité (n=102)	Situation précaire n(%)	Situation non précaire n(%)	Total n(%)	p (Fisher) 1 NS
I	4 (22,2)	21 (25)	25 (24,5)	
II	7 (38,9)	32 (38,1)	39 (38,2)	
III	5 (27,8)	20 (23,8)	25 (24,5)	
>III	2 (11,1)	11 (13,1)	13 (12,7)	
TOTAL n	18	84	102	

L'âge moyen de la population de notre enquête préalable est de 29,2 ans (Tableau 1), soit un an plus jeune que l'âge moyen des femmes en maternité de l'enquête périnatale de 2016, 30,3 ans. Nous notons qu'il n'existe pas de différence significative sur le critère de l'âge entre les femmes répondant aux critères de situation de précarité et celles n'y répondant pas.

Au sein des deux groupes de notre population, plus d'1/3 des femmes sont des deuxième-pares, tandis que les femmes ayant accouché plus de trois fois ne représentent qu'1/8^{ème} de notre population (Tableau 2). Nous notons qu'il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes quant à la parité.

Tableau 3 : Situation familiale des femmes incluses au sein de la population étudiée

Situation familiale (n=102)	Situation précaire n(%)	Situation non précaire n(%)	Total n(%)	p (Fisher) 0,008 S
Célibataire sans enfant	1 (5,5)	1 (1,2)	2 (1,96)	
Célibataire avec enfant	4 (22,2)	3 (3,6)	7 (6,9)	
Mariée, pacsée ou concubinage	13 (72,2)	80 (95,2)	93 (91,2)	
TOTAL n	18	84	102	

Nous observons que 91,2% de notre population sont des femmes mariées, pacsées ou en concubinage (Tableau 3), cela est donc proche des résultats de l'Enquête Périnatale 2016 (91,6%). Seulement moins de 10% sont célibataires, et parmi les femmes célibataires, la majorité a un ou des enfants à charge. Par ailleurs, nous notons que la part de femmes célibataires au sein du groupe en situation précaire est plus importante que dans le groupe en situation non précaire (27,7% vs 4,8%). En utilisant le test exact de Fisher, nous relevons le fait qu'il existe une différence significative quant à la situation familiale entre ces deux groupes.

Contraceptions de sortie

Figure 2 : Prescription de contraception en suites de couches des femmes incluses au sein de la population étudiée

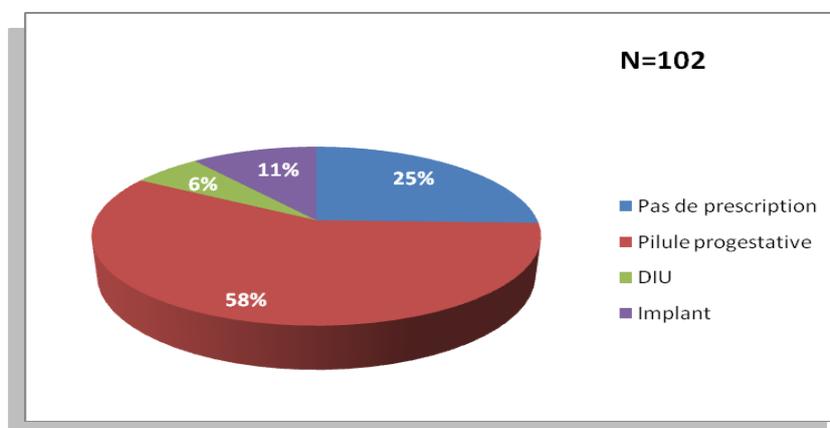


Tableau 4 : Prescription de contraception en suites de couches des femmes incluses au sein de la population étudiée

Contraception de sortie (n=102)	Situation précaire n(%)	Situation non précaire n(%)	Total n(%)	p (Fisher) 0,33 NS
Pas de prescription	4 (22,2)	22 (26,2)	26 (25,5)	
Pilule progestative	10 (55,5)	49 (58,3)	59 (57,8)	
DIU	0	6 (7,1)	6 (5,9)	
Implant	4 (22,2)	7 (8,3)	11 (10,8)	
TOTAL n	18	84	102	

Nous observons premièrement que la pilule progestative est prescrite dans plus de la moitié des cas. Elle est d'autre part le moyen de contraception majoritairement prescrit puisqu'elle représente à elle seule 77,6% des prescriptions de sortie. Nous relevons d'autre part qu'aucun DIU n'a été prescrit chez les femmes en situation de précarité.

Il n'existe cependant pas de différence significative dans la prescription de contraception à la sortie de la maternité au sein de notre échantillon en fonction de l'appartenance ou non au groupe précaire.

Par ailleurs, il semble important de relever plusieurs points :

- ⇒ 56 des 59 pilules progestatives prescrites étaient de la même marque, à savoir Claréal Gé. Les 3 restantes étaient de la marque Optimizette.
- ⇒ Au sujet des 6 DIU prescrits, 4 étaient des DIU au cuivre, 1 était hormonal, 1 non précisé dans le dossier.
- ⇒ Enfin, au sein de la population de femmes présentant une situation précaire, l'implant est prescrit dans 22% des cas (vs 8,3%) et les 4 implants qui ont été prescrits ont été posés avant la sortie.
- ⇒ Ce résultat va être confronté aux données recueillies lors de la recherche qualitative.

Le type d'allaitement, un facteur confondant ?

Tableau 5 : Contraception de sortie en fonction du type d'allaitement chez les femmes incluses au sein de la population étudiée lors de l'enquête exploratoire

Contraception de sortie (n=102)	Allaitement maternel n(%)	Allaitement artificiel n(%)	Total n(%)	p (Fisher) 0,41 NS
Pas de prescription	22 (25,3)	4 (26,7)	22 (21,6)	
Pilule progestative	48 (55,2)	11 (73,3)	59 (57,8)	
DIU	6 (6,9)	0	6 (5,9)	
Implant	11 (12,6)	0	11 (10,8)	
TOTAL n	87	15	102	

Nous pouvons remarquer premièrement que 85,3% de notre population de femmes ont un allaitement maternel à la sortie de la maternité (Tableau 5). C'est une part plus importante que dans l'enquête périnatale 2016, dans laquelle l'allaitement maternel à la maternité concernait 66,7% des femmes⁽⁸⁾. Notons toutefois que sur les 18 femmes appartenant au groupe en situation de précarité, 1 seule a un allaitement artificiel. Nous observons que le type d'allaitement n'est pas un élément amenant une différence significative dans la prescription de la contraception en suites de couches au sein de notre échantillon.

Vers une étude qualitative

Dans les dossiers papiers de la maternité au sein de laquelle nous avons effectué notre étude, la feuille d'examen de sortie permet la traçabilité du souhait de la patiente quant à la prescription d'une contraception du post-partum. Les items à cocher qui y sont retrouvés permettent donc d'indiquer si cette dernière s'est orientée vers l'utilisation d'une pilule progestative, d'un implant hormonal, d'un DIU posé à distance, ou encore du préservatif, d'une méthode « autre », ou s'il s'est agi à la suite de l'examen de sortie d'un « refus » de prescription de moyen de contraception.

Toutefois, en complémentarité de ces items à cocher, il n'est pas dédié d'avantage d'espace pour reporter les éléments abordés lors de l'entretien de contraception.

Sur les 102 dossiers que nous avons consultés, 42 comportaient une annotation supplémentaire relative à la contraception de sortie, ajoutée par la sage-femme ayant réalisé l'examen de sortie. Ainsi, nous avons pu noter que parmi les 26 patientes sorties sans prescription de contraception, 6 songeaient à la pose d'un DIU à distance, et 3 souhaitaient consulter leur sage-femme ou leur gynécologue en ville la semaine suivant leur sortie pour choisir leur contraception. De même, 9 patientes sorties avec la prescription d'une pilule progestative avaient déjà prévu la pose d'un DIU dans les mois suivants.

Ces annotations supplémentaires sembleraient permettre de comprendre de premiers éléments du contexte dans lequel un type de contraception pourra être proposé, et dans lequel il pourra être choisi.

C'est au regard de cela que nous trouvons qu'une étude qualitative d'observation de ces entretiens allait pouvoir se révéler enrichissante afin de répondre à notre problématique.

2.3.2 Résultats de l'étude qualitative

2.3.2.1 Description générale des femmes auprès desquelles notre étude qualitative a été menée

Tableau 6 Caractéristiques des femmes non précaires (Issu de l'Annexe 4)

Groupe non précaire : entretien n°	Age (ans)	G/P	Situation familiale	Précarité de logement renseignée	Protection sociale	Voie d'accouchement	Type d'allaitement
1	26	II/II	Mariée/Vit en couple	Non	PUMa	AVB	AM
2	32	III/II	Concubinage	Non	PUMa	AVB	AM
3	24	II/II	Mariée/Vit en couple	Non	PUMa	AVB	AM
4	29	I/I	Pacsée/Vit en couple	Non	PUMa	AVB	AM
5	30	II/II	Mariée/Vit en couple	Non	PUMa	AVB	AA
6	30	II/II	Concubinage	Non	PUMa	AVB	AA
7	28	III/III	Concubinage	Non	PUMa	AVB	AM
8	26	I/I	Concubinage	Non	PUMa	AVB	AM
9	22	I/I	Concubinage	Non	PUMa	AVB	AM
10	30	VI/IV	Concubinage	Non	PUMa	AVB	AM

G/P: Gestité/Parité; **PUMa:** Protection Universelle Maladie; **AVB:** Accouchement voie basse; **AM:** Allaitement Maternel; **AA:** Allaitement Artificiel.

Tableau 7 Caractéristiques des femmes en situation de précarité (Issu de l'Annexe 5)

Groupe précaire	Age (ans)	G/P	Situation familiale	Précarité de logement renseignée	Protection sociale	Voie d'accouchement	Type d'allaitement
11	32	II/II	Mariée/Vit en couple	Non	Non	AVB	AM
12	31	I/I	Mariée/Vit en couple	Non	Non	AVB	AM
13	23	I/I	Célibataire	Hôtel 115	Non	AVB	AM
14	23	I/I	Mariée/Vit en couple	Non	AME	AVB	AM
15	29	II/II	Mariée/Vit en couple	Non	AME	AVB	AM
16	28	IV/IV	Mariée/Vit en couple	Hôtel 115	PUMa	C	AM
17	32	V/V	Mariée/Vit en couple	Hôtel 115	AME	C	AM
18	32	I/I	Concubinage	Non	AME	C	AM
19	26	II/II	Mariée/Vit en couple	Non	AME	AVB	AM
20	31	I/I	Mariée/Vit en couple	Non	Non	C	AM

G/P: Gestité/Parité; **PUMa:** Protection Universelle Maladie; **AVB:** Accouchement voie basse; **C:** Césarienne; **AM:** Allaitement Maternel; **AA:** Allaitement Artificiel.

Les deux tableaux présentés ci-dessus offrent une vue synoptique des femmes auprès desquelles l'étude qualitative a été menée, 10 femmes ne présentant pas de situation de précarité et 10 en présentant.

Les femmes auprès desquelles l'étude qualitative a été menée sont âgées de 22 à 32 ans. La moyenne d'âge est de 28,2 ans. Elle est de 28,7 ans chez les femmes en situation précaire, contre 27,7 ans chez les femmes qui ne sont pas en situation précaire. 4 des 20 femmes ont moins de 25 ans.

Au sein du groupe de femmes n'étant pas en situation de précarité, 6 sur 10 exerçaient une activité salariée, contre 1 sur 10 dans le groupe de femmes en situation précaire.

La quasi-totalité des femmes auprès desquelles l'étude qualitative a été menée vivaient en couple au moment de notre étude. Une seule femme, appartenant au groupe des femmes précaires, était en situation de célibat. Tous les conjoints avaient une activité salariée.

Pour ce qui est du logement, 3 patientes du groupe en situation précaire étaient hébergées via le Samu Social au moment de notre étude. Dans les autres situations, la situation de logement était un élément peu renseigné dans les dossiers.

Parmi les femmes, 7 ont la nationalité française, ces femmes font partie du groupe ne présentant pas de situation de précarité. Les nationalités autrement retrouvées sont algérienne, marocaine, ivoirienne, malienne, cap-verdienne et sénégalaise.

Les 10 femmes du premier groupe bénéficient de la Protection Universelle Maladie. Parmi les femmes du second groupe, 5 bénéficient de l'Aide Médicale d'Etat, 4 n'ont pas de protection sociale, 1 bénéficie de la Protection Universelle Maladie, elle est hébergée au Samu social.

Dans le cadre de ce recueil de données, en considérant le suivi médical au travers d'un suivi régulier gynécologique ou avec un médecin traitant, il était renseigné comme existant pour 7 femmes du premier groupe, contre seulement 1 femme du second groupe.

Au sein du premier groupe, 7 femmes sur 10 ont un antécédent renseigné de contraception sur prescription, contre 3 sur 10 dans le second groupe. Dans 2/3 des cas, la contraception renseignée était une pilule progestative.

Au sein de nos deux groupes confondus, le caractère inopiné de survenue de la grossesse concerne 7 femmes. Pour 2 d'entre elles, la grossesse a débuté alors qu'elles utilisaient une pilule progestative. Pour une d'entre elle, il s'agissait d'un oubli de patch. Enfin, pour une femme, il s'agit d'une grossesse rapprochée, pendant un allaitement maternel.

Par ailleurs, il s'agit d'un allaitement maternel pour 18 des 20 femmes. Les deux patientes concernées par un allaitement artificiel font partie du groupe ne présentant pas de situation de précarité.

Dans notre échantillon, l'issue de 16 accouchements était la voie basse.

A noter que la présence exclusive de femmes ayant accouché par césarienne au sein du groupe des femmes en situation de précarité est due au déroulement de l'étude et des disponibilités des services.

2.3.2.2 Population des sages-femmes auprès desquelles l'étude qualitative a été menée

Tableau 8 Présentation des sages-femmes

SF (n=11)	Nombre d'entretiens observés	Année de diplôme	Nb de gardes/mois; exclusivité du service	Formation complémentaire en lien avec la contraception ou la précarité	Entretien(s) correspondant(s)
SF A	2	>2000 <2004	>5; NE		E1 ; E2
SF B	2	<2000	12; E		E3 ; E19
SF C	5	>2016	>5; NE		E4 ; E5 ; E6 ; E11 ; E12
SF D	1	>2016	>5; NE		E7
SF E	1	>2009 <2016	1 à 2; NE		E8
SF F	1	>2004 <2009	2 à 5; NE	DU de sexologie	E9
SF G	1	>2000 <2004	4 à 5; E	Consultante en lactation	E13
SF H	2	>2016	5; NE		E10 ; E14
SF I	2	>2009 <2016	5; NE		E15
SF J	1	<2000	10; E		E16
SF K	2	>2000 <2004	2 à 5; NE		E17 ; E18

SF : Sage-femme ; NE : Exercice non exclusif ; E : Exercice exclusif ; DU : Diplôme universitaire

Les entretiens sont mentionnés sous la forme d'un E majuscule suivi du numéro d'inclusion de la femme dans l'étude.

11 sages-femmes ont été incluses dans notre étude.

2 d'entre elles ont été diplômées avant l'élargissement des compétences des sages-femmes en 2000. 3 ont été diplômées après l'établissement du décret n° 2016-743 du 2 juin 2016.

2.3.2.3 Déroulement de l'entretien de contraception

De façon globale, au sein de la maternité dans laquelle l'étude a été réalisée, il était entendu que le terme « Examen de sortie » impliquait la présentation des papiers délivrés à la patiente avant sa sortie (à savoir ses ordonnances, un certificat d'accouchement, son compte-rendu d'hospitalisation et une feuille récapitulant ses prochains rendez-vous et bilans sanguins), ainsi que la présentation des conseils de sortie d'usage.

L'entretien de contraception pouvait être effectué à différents moments du séjour.

Moments de l'entretien

Les entretiens se déroulent, en suites de couches physiologiques, en fin de matinée, après la visite de l'auxiliaire puéricultrice et les soins aux nouveau-nés. Du côté des suites de couches pathologiques, les sages-femmes réalisaient elles l'entretien en milieu d'après-midi, après la visite de l'infirmière. La majorité des entretiens observés s'est déroulée au troisième jour plein d'hospitalisation.

Dans 12 cas, il a été réalisé à l'occasion de la visite du jour, et dans 7 cas, cette visite du jour correspondait à l'examen de sortie de la patiente.

Enfin, lors de 6 entretiens, répartis de façon égale dans nos deux groupes, le conjoint était présent.

Durées

Le temps accordé aux entretiens de contraception varie dans nos observations de 3 à 15 minutes, et avec une moyenne proche de 7 minutes, sans observer de nette différence entre les deux groupes de femmes.

Communication

Nous avons relevé la présence d'une barrière linguistique à différents degrés dans la moitié de nos entretiens. Toutefois, elle est deux fois plus présente dans la population des femmes en situation de précarité.

Le tutoiement ne sera utilisé que lors d'un entretien, où la barrière linguistique était d'ailleurs plus importante que dans les autres et où l'intervention d'une tierce personne a permis l'échange entre la praticienne et la patiente.

Les sages-femmes et les femmes se vouvoyaient dans l'intégralité de nos autres entretiens.

Ordonnances pré imprimées

Les ordonnances de sortie étaient imprimées en amont de l'entretien de contraception lors de 7 observations. Il y figurait alors une pilule progestative. Nous pouvons imaginer que cela

est dû au fait que la pilule progestative est la contraception majoritairement choisie par les femmes en post-partum, et que l'ordonnance pré-imprimée se veut la plus exhaustive possible. Des corrections manuscrites pouvaient être apportées à cette ordonnance.

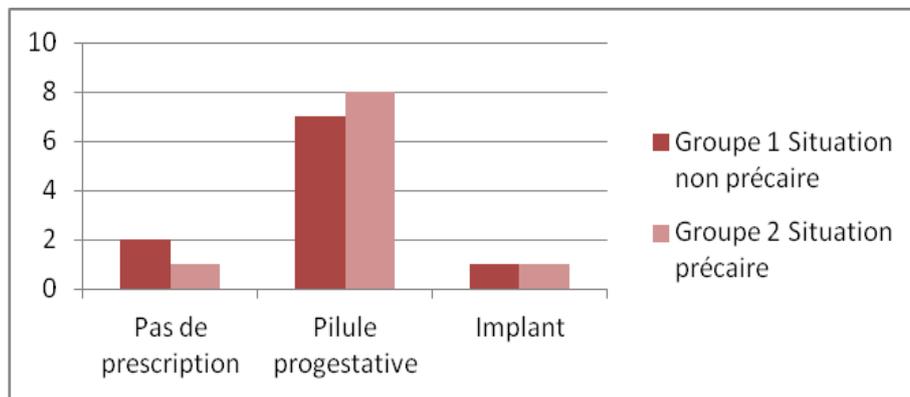
Support visuel

Des supports visuels ont été utilisés dans deux des vingt entretiens. Lors de l'entretien 15, SF I a cherché des images correspondant à ce qu'elle décrivait à la patiente sur son téléphone portable.

Lors de l'entretien 6, SF C a dessiné des schémas en même temps qu'elle expliquait à la femme la position d'un dispositif intra-utérin, nous expliquant au décours de l'observation que les images, les analogies et les schémas explicatifs marquent les patientes.

2.3.2.4 : Contraceptions de sortie

Figure 3 Contraceptions retrouvées dans l'étude qualitative



Nous retrouvons 15 prescriptions de pilules progestatives dans cet échantillon.

3 patientes sont sorties sans prescription. Parmi elles, 1 présentait une situation de précarité. Les 2 autres patientes ont évoqué le fait d'utiliser le préservatif. 1 était dans l'attente de la pose d'un DIU.

Chez les trois patientes sorties sans ordonnance de contraception, on retrouvait la notion de grossesse souhaitée, ainsi que d'un allaitement maternel.

2 patientes sont sorties avec comme objectif d'utiliser l'implant progestatif en post-partum. Parmi elles, seule celle appartenant au groupe présentant une situation de précarité l'aura posé avant son retour à domicile.

Notons alors le parallèle avec notre étude quantitative préalable, lors de laquelle les 4 implants prescrits au sein du groupe en situation de précarité étaient tous posés en suites de couches.

Correspondance entre le choix de la femme et la prescription

15 prescriptions de contraception sur les 20 correspondaient au choix évoqué de la femme à l'issue de l'entretien.

Parmi les 5 prescriptions ne correspondant pas :

Lors de 4 entretiens, un choix différent avait été émis par la femme. 2 ne souhaitaient pas de prescription et il leur a été prescrit une pilule progestative. Ces femmes présentaient une situation de précarité. 1 souhaitait utiliser un implant hormonal, et 1 souhaitait utiliser à long terme un DIU, il ne leur a pas été délivré d'ordonnance.

Lors de 1 entretien, la femme n'avait pas clairement énoncé de choix. Il lui a été prescrit une pilule progestative.

Contraception de sortie des femmes primipares

La contraception de sortie de 6 femmes primipares de notre échantillon sur 8 était une pilule progestative. Les 2 autres femmes n'ont pas reçu de prescription.

Contraception de sortie des femmes grandes multipares

La contraception de sortie des 3 femmes quatrièmes et cinquième pares de notre échantillon était une pilule progestative.

Grossesse inopinée et contraception de sortie

Les 7 femmes pour lesquelles la grossesse a été inopinée sont sorties de la maternité avec une prescription de contraception. Parmi ces 7 femmes, 4 étaient en situation de précarité et ont reçu une ordonnance de pilule progestative. Parmi les 3 autres femmes, 2 sont sorties avec une ordonnance de pilule progestative et 1 avec une ordonnance d'implant hormonal.

Troisième partie

Analyse et Discussion

3.1 Analyses des entretiens

Si nous souhaitons principalement réaliser cette analyse de manière inductive, la grille d'observation établie (Annexe 2) nous a permis de débiter notre analyse par une approche déductive.

Les verbatim seront retranscrits entre guillemets dans une taille de police plus petite, ils seront suivis des initiales SF pour sage-femme lorsqu'ils seront tirés du discours d'une sage-femme ou de l'initiale F lorsqu'ils seront tirés du discours d'une femme, puis sera indiqué le numéro de l'entretien leur correspondant.

A titre d'exemple, une phrase prononcée par la patiente lors de l'entretien 3 :

« Comment ça se pose ? » F-E3

3.1.1 Analyse formelle et structurale

3.1.1.1 Analyse de l'énonciation : dynamique du discours

Structure

Le premier constat que nous avons pu établir était que lors des entretiens, l'espace de parole était davantage occupé par les sages-femmes que par les patientes, cela indépendamment de la présence de moments de silence ou du nombre de questions ouvertes posées par la praticienne. Cela se reflète dans l'exemple de retranscriptions mis en annexe. (Annexe 3)

Le deuxième constat mis en exergue concerne la structure des entretiens et l'ordre des séquences : l'entretien se déroulait en trois ou quatre temps. Le premier temps, l'introduction du sujet se faisait en majorité en abordant directement la contraception. Autrement, ce sont des sujets tels que l'allaitement maternel ou les ordonnances qui y menaient. Le second temps consistait dans la majorité des cas à un exposé des méthodes. Si l'entretien connaissait aussi parfois à ce moment-là un temps dédié aux questions de la femme ou à une information ciblée, il était ensuite rapidement conclu.

3.1.1.2 Analyse des co-occurrences

Champs lexicaux et associations de mots

Au cours de nos observations, nous avons pu remarquer que l'abord de la contraception amenait régulièrement le champ lexical du danger et du risque :

« Mais je préfère **prévenir** [...] » ; « **Pour ne pas prendre de risque** » SF-E1

C'est un « gros risque » de compter sur l'allaitement en tant que contraception SF-E5

« Si on fait une pause, **attention** ! On peut avoir un bébé. » SF-E12

Nous avons également pu relever l'utilisation du champ lexical de l'imposition au sujet de la contraception :

« sauf avec des **conditions strictes** » ; « **Il faut** la prendre » ; « ne la **supportent pas** » SF-E1

« **On m'a dit d'utiliser** » F-E2

« C'est celle **autorisée**. » SF-E7

« **Il faut** se protéger. » SF-E10

« On est **obligé** d'attendre six mois pour voir comment le corps réagit » SF-E17

« **Il va falloir** prendre quelque chose. » SF-E12

« Cela **protège**. » SF-E13

Enfin, le dernier champ lexical que nous avons retrouvé concerne le caractère provisoire de l'utilisation de la pilule progestative :

*Parle du délai de deux mois avant la pose d'un dispositif intra-utérin. Evoque « La pilule **entre temps**. »* SF-E5

« [...] même, au pire, si **pour l'instant**, on reste sur la pilule pendant deux mois. » SF-E6

*Il est prescrit Claréal Gé, dit que c'est « **provisoire** », puis que c'est « **en attendant** la visite post-natale. »* SF - E3

*Parle de « deux mois **en attendant** » avec la prise de pilules.* SF-E17

« [...] Mais il faut la pilule **en attendant** » SF-E16

« La pilule on la donne **le temps que vous allaitez**[...] » SF-E18

Nous trouvons intéressants de relever dans un premier temps ces champs lexicaux afin d'en faire ressortir des axes à approfondir. Ici, nous serions donc amenés à nous intéresser aux aspects contraignants de l'utilisation d'une contraception, à la relation entre le prescripteur et la patiente, et enfin, aux raisons invoquées pour justifier de la présentation d'une méthode de contraception au moment du post-partum.

Association de thèmes

Lors des entretiens, deux associations de thèmes apparaissaient de façon récurrente. Il s'agissait de l'allaitement et du retour de couches :

Evoque le fait que « si l'allaitement fonctionne bien, » le retour de couches se fera à la fin de l'allaitement. SF-E8.

« Lorsqu'on allaite, on n'a pas ses règles, on ne peut pas compter. » SF-E13.

« En sachant qu'en allaitant, le retour de couches est différé. » SF-E20

Nous avons également retrouvé l'association de l'allaitement et de la protection d'une nouvelle grossesse, évoqués par les sages-femmes dans les entretiens E1, E2, E5, E13 et E17, ainsi que par une femme, lors de l'entretien E5.

3.1.1.3 Analyse d'éléments situationnels inducteurs physiques

Eléments inducteurs

Les éléments inducteurs participent au sens global d'une situation de communication, en orientant les échanges des acteurs, tant dans leur forme que dans leur contenu⁽⁶³⁾. Nous retrouvons parmi eux lors des entretiens observés :

La facilitation des échanges par le vis-à-vis

Nous avons tendance à échanger plus volontiers avec un interlocuteur qui se trouve en face de nous. Ainsi, au cours de tous nos entretiens observés, notons que la sage-femme était systématiquement tournée vers la patiente.

La destruction du côté formel et l'effet de complicité par la proximité et la position

Si la grande distance entre deux interlocuteurs induit un ton plus formel et des échanges plus informationnels, comme par exemple lors d'assemblées, la proximité vient au contraire rendre plus propices les échanges personnels. De même, dans notre culture, un échange debout et droit fait généralement part d'un échange social.

Lors de nos observations, la position de la sage-femme était la position debout dans les entretiens E1, E2, E7, E8, E13, E14, E15, E19 et E20.

En revanche, dans les entretiens E3, E9, E10, E16, E17 et E18, elle était assise sur une chaise en face de la patiente.

Enfin, dans les entretiens E4, E5, E6, E11, 12, la sage-femme était assise au bord du lit, à côté de la femme. Tous ces entretiens ont été réalisés par SF C, qui nous a justement évoqué l'importance de la communication non verbale :

Elle explique qu'elle s'assoit sur le lit de la patiente pour être à sa hauteur, qu'elle se met à son niveau pour lui rappeler que ce qui compte est son choix, qu'il s'agit de « créer du lien ». Selon elle, s'asseoir sur une chaise crée de la distance. Or, parler de contraception implique d'évoquer la sexualité. Elle explique qu'il y a alors « une chance pour que cela ramène à quelque chose de difficile ». En s'asseyant à côté d'elle, la femme voit que si quelque chose ne va pas, la sage-femme est là. En s'asseyant sur une chaise, si la sage-femme se lève pour aller vers la patiente, le risque est que cela soit interprété par la femme comme de la pitié.

Un contexte différent de celui d'une consultation

Lors d'une consultation, la femme est en demande. C'est elle qui amorce la recherche à l'information, dont elle a besoin. Elle vient pour repartir avec quelque chose de plus que lorsqu'elle est arrivée.

Ce sont ici des éléments à prendre en compte dans notre interprétation des entretiens. La sage-femme (si ce n'est aussi l'observateur) entre dans l'activité de la femme, dans son environnement qu'est la chambre d'hospitalisation et son rythme qu'est la journée organisée autour du sommeil et de l'alimentation de son nouveau-né et d'elle-même, ainsi que des visites. Elle n'est pas systématiquement en demande latente de ce que cet entretien de contraception du post-partum va lui amener, et c'eût été le cas, le moment venu n'est peut-être pas celui qu'elle aurait préféré pour l'aborder.

Lors de nos observations, l'entretien de contraception a interrompu les femmes dans leur activité de façon systématique, qu'il s'agisse d'un moment de soin :

Mme est debout au début de l'entretien, s'occupe de son nouveau-né, puis s'assoie sur le lit avec le nouveau-né. E2

Le conjoint finit de s'occuper du nouveau-né sur la table à langer. E6

Nous sommes entrées dans la chambre, alors que la patiente termine des soins à son nouveau-né sur la table à langer. E5

La patiente donne les soins au nouveau-né. E7

Le mari s'occupe du nouveau-né. E4

...Ou bien d'un moment de repos.

D'autre part, lors de deux entretiens, ce sont des soins prodigués un autre professionnel de santé qui ont pu interrompre l'entretien :

L'infirmière entre dans la pièce pour faire une prise de sang au nouveau-né. E8

L'infirmière du service entre à ce moment-là, voit que nous sommes dans la pièce et dit qu'elle passera plus tard. E17

Nous ne sommes donc pas dans un contexte commun aux consultations.

3.1.2 Analyse thématique transversale de contenu

3.1.2.1 Les moyens de contraceptions

Schémas d'introduction chez les sages-femmes

De façon générale, quels sont les éléments menant à aborder la contraception ?

Le premier élément d'abord de la contraception semble tout naturellement être l'établissement de l'ordonnance. Ainsi, dans 11 des entretiens, les sages-femmes n'hésitaient pas à débiter, parfois dans le cadre de l'examen de sortie, en expliquant ce fait, par des phrases telles que :

« On vient parler de la contraception. » SF-E6 et SF-E5

Comme nous l'avons évoqué précédemment, l'allaitement est un élément grandement lié à la fertilité dans l'esprit des sages-femmes comme dans celui des femmes. Ainsi, il a été dans plusieurs de nos entretiens l'élément menant à aborder la contraception :

Dans l'entretien 1, SF A parle du nombre de tétés par jour influençant le retour des menstruations avant de poursuivre sans transition « L'allaitement ne protège pas sauf conditions strictes. Pour ne pas rendre de risque, on propose une pilule progestative. » SFA-E1. Le même type de constat sur l'allaitement introduit l'entretien 2.

C'est uniquement lors de l'entretien E10 que l'abord de la contraception aura suivi dans le discours de la sage-femme la reprise des rapports sexuels.

Enfin, dans les entretiens E15, E17 et E18, lors de l'introduction du sujet, il s'agissait d'évoquer la nécessité d'espacer la prochaine grossesse car elle fera suite à une césarienne.

Représentation quantifiée dans les discours

Les méthodes les plus citées pendant l'entretien

En termes de quantification, la **pilule progestative** est la méthode majoritairement évoquée en apparaissant dans 19 des 20 entretiens. L'**implant progestatif** et les **dispositifs intra-utérins** apparaissent chacun dans 17 entretiens.

Méthodes n'apparaissant que peu ou jamais

Le **patch hormonal** apparaît dans deux entretiens uniquement, une fois comme étant un antécédent de contraception chez la femme. La sage-femme exprimera le fait que ce soit un

moyen peu utilisé en prononçant « C'est rare. » SF-E2. La seconde fois, il ne sera que nommé (E15).

La méthode MAMA n'a été évoquée en tant que telle dans deux entretiens, dans des contextes de précarité : SF-E13 et SF-E17.

Explique qu'il s'agit d'une méthode prônée par l'OMS, « dans les pays où il n'y a pas de pilule et où il n'y a pas les méthodes. » SF-E17

Au sein des autres entretiens, elle peut être uniquement sous-entendue : l'idée de protection par l'allaitement maternel fait toujours évoquer aux sages-femmes le respect de « conditions ». Le rapprochement de ces deux notions est fait dans les entretiens E1, E2 et E5.

Les méthodes dites naturelles apparaissent uniquement dans les entretiens E9 et E14, amenées dans la discussion par la femme.

Le préservatif féminin est évoqué par une sage-femme à une reprise, lors de l'entretien 15. Notons qu'il était inconnu de la femme.

Au sujet de ces méthodes moins évoquées au cours des entretiens, lors d'une discussion, SF C explique par exemple qu'elle ne présentera pas les méthodes oestro-progestatives. Si les femmes les évoquent, elle dit que cela n'est pas possible sur le moment et qu'elles pourront en reparler lors de la consultation post-natale, estimant premièrement qu'on ne peut pas parler de tout, et qu'il n'y a pas d'intérêt à donner certaines informations. Elle cible donc les informations, et estime que les patientes sont plus disponibles lors de la visite post-natale.

Rôle du préservatif dans la prévention de la transmission des infections sexuellement transmissibles.

Si l'utilisation **des préservatifs masculins** est un élément qui apparaît régulièrement sans jamais être un sujet approfondi (11/20 entretiens) lors de l'entretien de contraception, son rôle dans la prévention de la transmission des infections sexuellement transmissibles n'est jamais évoqué dans le contexte donné.

Impact de la précarité : existe-t-il une différence dans nos deux groupes ?

Pour ce qui est des méthodes les plus représentées lors de l'entretien de contraception et aux vues de nos observations, il n'apparaît pas de différence dans nos deux groupes : la précarité ne semble pas avoir d'impact.

Ordre d'apparition et exposition

Quel ordre est majoritairement établi dans la présentation des méthodes lors de l'entretien ? Ces moyens sont-ils tous également exposés ?

Concernant l'ordre établi dans la présentation des différentes méthodes, nous relevons que la pilule progestative est le tout premier moyen présenté dans 18 des 20 entretiens. Dans 8 entretiens, le second moyen de contraception présenté est l'implant, il sera d'ailleurs évoqué dans 17 des 20 entretiens. Les dispositifs intra-utérins et le préservatif masculin ont tendance à être évoqués dans un troisième temps.

Comment se justifie explicitement la présentation des méthodes ?

Nous avons remarqué que les sages-femmes ont tendance à justifier la présentation des méthodes en évoquant leur compatibilité avec le post-partum :

En parlant de la pilule progestative : Une seule hormone « car vous venez d'accoucher » SF-E1

«Elle est compatible avec le post-partum » SF-E2 ;

« risque de thrombus », « risques thrombo-emboliques et cardiovasculaires », dit que les facteurs de risque hormonaux s'ajoutent à ceux de l'accouchement SF-E6

Cela se retrouve également dans les entretiens E4, E7, E15 et E19.

Ainsi qu'en évoquant leur compatibilité avec l'allaitement maternel (E1, E3, E4, E6, E7, E11, E16, E18, E19, E20).

Impact de la précarité : existe-t-il une différence dans nos deux groupes ?

Il apparaît que la précarité n'influe ni sur l'ordre d'apparition des différents moyens contraceptifs lors des entretiens, ni sur les explications données relatives à l'utilisation des méthodes de contraception prescriptibles. La pilule progestative représente le moyen dont le mode d'utilisation est le plus expliqué (13 entretiens/20), avec une répartition homogène dans nos deux groupes. Il s'agit en seconde position de l'implant, dont l'utilisation est détaillée dans 5 entretiens, puis des dispositifs intra-utérins, lors de 4 entretiens.

Enfin, nous remarquons que la méthode MAMA est détaillée dans 2 entretiens, et qu'il s'agit d'entretiens avec des femmes présentant une situation de précarité.

Analyse globale des opinions sur les moyens contraceptifs

Nous nous sommes ici intéressés aux valeurs positives ou négatives attribuées aux méthodes de contraception, de manière explicite ou au travers de sous-entendus.

Quelles opinions ressortent chez les praticiennes ?

Au sujet de la pilule progestative, nous avons relevé un avis unique, celui de SF A : « Elles sont de mieux en mieux. » SF-E2.

Au sujet de l'implant, SF A a exprimé à plusieurs reprises : « C'est mieux » que la pilule du fait qu'il n'y ait pas de notion d'oubli SF-E1. Toutefois, en parallèle à cet avis positif, nous relevons l'avis de

SF C, qui, suite à un entretien, a énoncé: « Je ne propose pas l'implant en premier lieu car j'en ai de mauvais retours. »

L'avis des praticiennes au sujet de la méthode MAMA est également mitigé. Nous avons relevé :

« Il y en a qui disent, ce n'est pas fiable. » SF-E5

« Je ne parle pas de la méthode MAMA car ce n'est pas une méthode sûre. » SF A : SF A a pu me parler du fait qu'elle ne préconise pas la méthode MAMA auprès des patientes, qu'elle n'en parle pas en tant que telle, car elle la considère comme imposant des conditions trop strictes pour être assurément respectée. Me donne un exemple : « Un bébé qui fait sa nuit, la patiente ne se réveille pas et le délai de 6h est dépassé trop facilement. » SF A.

En parallèle à cela, au cours de notre étude, une infirmière du service consultante en lactation nous a confié : « La méthode MAMA est aussi efficace chez une patiente avisée. » Infirmière A. Selon elle, il s'agit d'une méthode aussi efficace que la pilule quand une femme ne souhaite pas avoir de nouvelle grossesse, puisqu'en sachant les délais maximaux entre chaque tété, « elle les respectera », et que, si elle s'aperçoit qu'elle a dépassé un intervalle, elle saurait qu'elle doit se protéger autrement, « de la même façon que lorsqu'une patiente oublie sa pilule. » Infirmière A

Au sujet des dispositifs intra-utérins, nous avons relevé des avis positifs :

« Le stérilet se retire plus facilement que l'implant et a moins d'effets secondaires. » SF-E6

« Pas de prise quotidienne » SF-E2

Au sujet des méthodes naturelles : les sages-femmes ont tendance à exprimer un avis négatif :

Rebondit sur le sujet en disant que calculer son cycle « ne marche pas du tout ». Dit que « la méthode Ogino, dans les années 50, c'était la grande mode », et ajoute que justement la contraception est apparue dans les années 70 ». SF-E9

Au sujet du retrait « Ca ne marche pas. Dans neuf mois vous serez encore en train d'accoucher. » SF-E14

Quelles opinions retrouve-t-on chez les femmes ?

Nous avons pu relever que les dispositifs intra-utérins ne semblent pas prisés dans un certain nombre d'entretiens, cela en grande partie dû aux messages de l'entourage, que nous détaillerons plus loin dans l'analyse. Pour exemple, à son évocation lors de l'entretien E16 : *La femme fait une grimace de dégoût.*

Antécédents évoqués

Méthodes anciennement utilisées

Si la sage-femme ne le demande pas, les femmes évoquent spontanément au cours de l'entretien les contraceptions qu'elles ont pu utiliser dans six entretiens (E1, E2, E7, E9, E16,

E17). Nous noterons par ailleurs que les deux méthodes évoquées par les femmes ayant eu une grossesse non désirée sont le patch oestro-progestatif et la pilule progestative.

Effets indésirables et effets secondaires

Retrouvés dans le discours des patientes

Les métrorragies sont le principal effet indésirable cité par les patientes :

Au sujet de la pilule progestative « Je ne la supportais pas. » *car elle avait des saignements.* F-E1

Elle avait des « saignements tout le temps » F-E6

La femme évoque « Pendant neuf mois, je saigne[...] » F-E17

On retrouve également **la prise de poids** :

Au sujet de la pilule oestro-progestative « Je gonflais » F-E2

Dit qu'elle a eu un implant, et que l'implant l'avait fait grossir. F-E9

Enfin, **des nausées** sont évoquées, au sujet de la pilule oestro-progestative, dans l'entretien E2.

Retrouvés dans les discours des sages-femmes

L'aménorrhée sous progestatifs est le principal effet indésirable présenté par les sages-femmes au cours de 8 entretiens. **Les métrorragies** sont le second, apparaissant dans 7 entretiens. Viennent ensuite **l'acné et la peau grasse** dans 6 entretiens, **la prise de poids** dans 5, **les ménorragies** dans 4, et enfin **les troubles d'humeur et de libido**, dans 2.

Il nous semble par ailleurs important de noter que les observations montrent que les effets indésirables ont tendance à être **davantage présentés** dans les entretiens où il n'y a pas de barrière linguistique.

Requêtes établies : les questions des femmes

Au sein des entretiens observés, nous avons isolé les questions posées par les patientes, et avons regroupé les problématiques.

Nous notons que la majorité des entretiens lors desquels les femmes n'ont pas posé de questions quant à un futur moyen de contraception (E5, E9, E12, E13, E14, E16, E18, soient 7 sur 9) correspondent à des entretiens où une barrière linguistique existait. Notre hypothèse la plus plausible serait que les patientes oseraient moins formuler leur questionnement lorsqu'elles ont des difficultés à s'exprimer dans la même langue que celle parlée par le praticien.

Si sur la forme, moins de questions seront posées par les femmes traversant une situation de précarité, sur le fond, il ne semble pas y avoir de différence nette dans les requêtes des femmes en fonction qu'elles vivent ou non une situation de précarité : il s'agit principalement de recueillir les éventuels effets indésirables, puis les modalités d'introduction de la méthode.

Éléments recherchés par les sages-femmes

En parallèle à cela, nous avons regroupé les éléments recherchés explicitement par les sages-femmes, on retrouve :

Une idée préalable de la femme et les antécédents de contraceptions utilisées, cela sans observer de différence selon que les patientes appartiennent ou non au groupe de femmes traversant une situation de précarité.

Nous noterons par ailleurs que la situation relationnelle actuelle de la femme n'est jamais évoquée par les sages-femmes au cours des entretiens, tandis que SF G évoquera au cours d'une matinée d'observation :

« J'ai plus insisté sur la contraception que d'autres fois car le père de l'enfant est présent. Il y a la notion de couple dans le dossier. » SF G

3.1.2.2 Conduite à tenir en cas d'oubli et contraception d'urgence

La conduite à tenir en cas d'oubli et l'utilisation d'une contraception d'urgence seront expliquées dans 7 des 15 fois où la pilule progestative est la prescription de sortie.

Nous noterons d'autre part que la contraception d'urgence n'est pas évoquée lors des trois entretiens ne menant pas à une prescription de contraception. Elle est en cela parfaitement symbolisée dans la conduite à tenir d'un oubli de pilule, mais semble être difficilement envisagée dans un contexte où la femme n'utilise pas de moyen de contraception.

3.1.2.3 La contraception en termes de coût

Si le fait que les pilules progestatives prescrites soient remboursées est rapidement évoqué dans les entretiens E1 et E4, lors des entretiens E13, E11 et E12, les sages-femmes évoquent clairement le prix des contraceptions et interrogent les femmes sur leur demande d'ouverture de droits à la sécurité sociale.

Ainsi nous observons que cette problématique n'est évoquée que lorsque les femmes n'ont pas de couverture sociale.

« Il faut que je regarde laquelle est la moins chère » SF-E11

Le fait de prescrire une pilule progestative à une femme sans couverture sociale a amené la sage-femme à se questionner sur les prix. Elle m'informerait plus tard dans la journée du fait qu'elle a trouvé que les pilules progestatives des marques *Optimizette* et *Claréal Gé* sont les moins onéreuses, avec un prix fixé à 4,03 euros pour trois plaquettes.

3.1.2.4 Evocation de la situation professionnelle par la femme

L'unique entretien où la femme évoque qu'une nouvelle grossesse ne serait pas bienvenue à ses yeux dans l'immédiat aux vues de ses ambitions professionnelles est l'entretien 13 :

La femme évoque qu'elle ne souhaite pas être enceinte, qu'elle « veut reprendre le travail. » F-E13

3.1.2.5 Evocation de son parcours obstétrical

La survenue de la grossesse

La survenue de la grossesse est un élément qui sera abordé dans les entretiens E2, E16 et E17, alors que la grossesse était inopinée, ainsi que dans l'entretien E4, alors que la grossesse était souhaitée et a débuté après un an de tentatives.

Vision des femmes sur leur fertilité

Il s'agit d'un élément apparaissant de manière implicite dans plusieurs entretiens. Lorsqu'elle *parle du fait qu'après le premier allaitement, elle n'ait pas eu de grossesse* F-E5, la femme de l'entretien 5 sous-entend qu'elle ne se considère pas comme fertile dans cette situation du post-partum.

Au contraire, lors de l'entretien 10, la patiente qui est une quatrième parée évoque le fait qu'elle se demande si « on est plus féconde après un accouchement », laissant entendre son avis sur la question. On pourra noter pourtant que ces deux femmes allaitent leur nouveau-né, et ont déjà allaité par le passé.

Nous pouvons nous imaginer que la femme de l'entretien 5 ressentira moins de nécessité à utiliser de façon optimale la pilule progestative qui lui sera prescrite puisqu'elle se visualise comme n'étant pas dans une période fertile. L'observance d'une contraception pourrait alors différer.

3.1.2.6 Abord du thème de la sexualité : libido, reprise des rapports

La sexualité dans le post-partum est peu évoquée au cours des entretiens, nous pouvons imaginer que c'est un sujet tabou difficilement abordable, d'autant plus dans le cadre d'un entretien ponctuel. Dans les entretiens E2, E10 et E14, il est évoqué le fait de reprendre les rapports lorsque la femme le souhaite. Dans l'entretien E9 uniquement, le sujet de la libido dans le post-partum sera abordé. Notons que cet entretien était celui mené par la sage-femme SF F, suivant un diplôme universitaire de sexologie.

BLONDEAU Cléo

3.1.2.7 Impact de l'entourage sur la contraception

Messages véhiculés par l'entourage

Le premier type de message venant de l'entourage des patientes qui ressort des entretiens peut nous donner des éléments de réponse quant à l'existence d'une peur commune du dispositif intra-utérin :

*Le «stérilet », « j'en ai entendu parler » ; Evoque que des gens dans sa famille ont utilisé le stérilet. F-E3
« Il y a des gens qui disent que une fois par mois il faut vérifier que ça n'ait pas bougé... » F-E16*

D'autre part, il résulte majoritairement au sein des messages retenus par les femmes une notion de complications :

Evoque que de l' « entourage » a eu des « problèmes sous stérilet » F-E2

« J'ai une copine qui a eu beaucoup de saignements avec le stérilet » F-E6

Lorsque la femme explique pourquoi son mari est frileux à l'idée d'utiliser une contraception, elle évoque des «problèmes de santé ». Dit que dans sa famille, avec le « stérilet », il y a eu des « grossesses dehors » F-E5

« Je connais plusieurs personnes, avec le stérilet, elles ont accouché. » F-E17

Autrement, le second message de l'entourage que nous avons pu relever est celui d'une prise de poids important avec l'utilisation de l'implant, lors de l'entretien E16.

Culture, religion et contraception

Lors des entretiens 3, 14, 17 et 18, la notion d'utilisation d'une contraception amène à évoquer la religion de la femme :

Au sujet de ce que pense son conjoint quant à une nouvelle grossesse : « Si Dieu... »F-E14 « Si Dieu le veut ? » SF-E14 « Oui. » F-E14

En effet, la culture et la religion semblent parfois avoir un impact fort sur la décision d'une contraception.

Sur le plan de la sexualité, dans le Coran, la Bible et la Torah, il peut être entendu qu'aucune pénétration n'aura lieu tant qu'il y aura des lochies, le sang des lochies étant considéré comme impur.

Si dans l'Islam, on retrouve la notion de ne pas avoir de rapports avant les quarante jours post-partum⁽⁶⁴⁾, dans les religions judaïques et chrétienne, la date de reprise des rapports dépend du sexe de l'enfant. On retrouve dans le Livre du Lévitique, Chapitre 12, 2 : *« Parle ainsi aux enfants d'Israël : lorsqu'une femme, ayant conçu, enfantera un mâle, elle sera impure pendant sept jours, comme lorsqu'elle est isolée à cause de sa souffrance. Au huitième jour, on circonciera l'excroissance de l'enfant. Puis trente-trois jours durant, la femme restera dans le sang de purification : elle ne touchera à rien de consacré, elle n'entrera point dans le saint lieu, que les jours de sa purification ne soient accomplis. Si c'est une fille qu'elle met au*

monde, elle sera impure deux semaines, comme lors de son isolement ; puis, durant soixante-six jours, elle restera dans le sang de purification. »⁽⁶⁵⁾

Ainsi, il faut pouvoir comprendre que l'introduction d'une méthode contraceptive avant ces délais puisse sembler absolument inutile, voire impensable, chez les femmes chez lesquelles la religion est un élément majeur de l'éducation. Le terme d'impensable se justifiant du fait que l'idée d'une contraception sous-entend qu'il y ait effectivement une sexualité.

Après que la sage-femme a proposé à la femme de prendre une pilule, la femme répond qu'elle ne va pas la prendre. La sage-femme se tourne vers moi, et explique que dans la religion musulmane, « il n'y a pas de rapports avant 40 jours. » La femme acquiesce, et demande « Ce n'est pas le cas pour tout le monde ? » SF- F- E3

La femme demande si la prise de la pilule débute dans 40 jours. La sage-femme répond : « Alors, non, 40 jours c'est dans l'Islam, si on ne veut pas de grossesse il faut commencer dans 21 jours. » E17

Nos résultats ont rejoint les idées de Marie-Laure Oster dans son mémoire *Influence de la précarité sur l'observance de la contraception*, qui évoquait elle un « lourd tabou familial et culturel » pesant parfois sur les femmes en demande d'une contraception en dehors du mariage⁽³⁴⁾.

Nous la rejoignons aussi sur le fait que beaucoup de femmes se montrent réticentes à utiliser une méthode de contraception avec lequel il y a possiblement absence de menstruations. Chez les femmes de religion musulmanes, la raison évoquée étant le fait que les menstruations représentent une purification corporelle. Plus souvent, en dehors de la religion, la culture occidentale a apporté la représentation d'infirmité d'une grossesse par la présence des menstruations et subséquemment a associé cette notion de soulagement et de nécessité au maintien des cycles.

La place du conjoint

Une forme d'implication discrète du conjoint se retrouve, notamment dans l'entretien numéro 4, mené en présence du conjoint et père de l'enfant : *Le mari s'occupe du nouveau-né, se tourne vers la patiente et la sage-femme à plusieurs reprises, semble impliqué dans la discussion. E4.*

Dans certains entretiens, nous avons pu remarquer que si l'avis du mari était important quant à l'utilisation d'une contraception, il était parfois prioritaire.

« Moi, mais mari ne veut pas », « Je vais demander. » F-E5

Au sujet d'un dispositif intra-utérin : « Il faut aussi que je vois avec mon mari. » F-E15

Au sujet de l'utilisation d'une contraception : « Il faut que je dis mari est-ce que je peux. » F-E14

Les réactions des sages-femmes que nous avons pu recueillir sont qu'elles ont alors tendance à renforcer le rôle de la femme dans sa propre décision :

« Et en quel honneur ? », « mais ce n'est pas lui qui la prend », « C'est à vous de réfléchir. » SF-E5

Si ici, il ne participe pas à la discussion, lors de l'entretien 18, le mari intervient en tant que traducteur. Son implication dans la contraception qu'utilise sa femme apparaît quand la sage-femme demande si la femme s'oriente plutôt vers une pilule, un implant, ou « un stérilet », et que ce dernier répond « La pilule, je pense, ça sera mieux. » Mari-E18. Ce après quoi la sage-femme lui demandera s'il peut demander à sa femme.

3.1.2.8 La barrière linguistique

Une barrière linguistique a donc été identifiée lors de certains entretiens, freinant plus ou moins les échanges entre la femme et la sage-femme.

Dans l'entretien E5, la sage-femme a donné la définition de la contraception, en amont de l'entretien. Cette barrière linguistique n'a semblé par la suite ne pas empêcher la délivrance d'informations adaptées comprises par la femme.

Lors des entretiens 12, 14 et 19 en revanche, les échanges entre la femme et la sage-femme seront courts, certaines questions posées par les praticiennes restant sans réponse.

Des exemples de mécanismes de contournement de cette difficulté sont les suivants : lors de l'entretien 14, la sage-femme propose d'appeler son mari au téléphone pour faire la traduction. Lors de l'entretien 18, elle demande la présence du mari pour traduire, et utilise le tutoiement lors d'échanges directs avec la femme.

SF A me parlera du fait que lorsqu'elle rencontre une patiente qui a des difficultés à comprendre les explications données à l'hôpital, elle se concentre lors de l'examen de sortie sur le retour de l'ovulation, la rééducation du périnée, et la consultation du post-partum. Elle me parlera de « priorisation des messages ». Il s'agirait là d'un élément pouvant expliquer la remarque établie précédemment concernant la différence quantitative dans l'information sur les effets indésirables des contraceptions selon qu'il y ait ou non une barrière linguistique.

3.1.2.9 Vocabulaire employé

Le terme de « stérilet »

La première observation est que le terme « stérilet » est celui utilisé lors de tous les entretiens où les dispositifs intra-utérins sont évoqués. SF C nous disait à ce propos :

« « Stérilet » est un terme qui n'est pas adapté. » SF C

En effet, elle explique que selon elle, les patientes intègrent inconsciemment l'idée qu'elles ne peuvent pas avoir d'enfants après avoir eu un DIU. Il n'y a que lors des entretiens E2 et E7 que l'utilisation à tort de ce terme est évoquée par la sage-femme :

Après avoir parlé de « stérilet » : « On dit DIU, dispositif intra-utérin » SF -E2

Reprend le terme de « stérilet » et introduit le terme « DIU » « car il ne rend pas stérile » SF-E7

D'autre part, si les deux types de dispositifs sont distincts dans les entretiens E5, E7, E15, E16 et E17 : *Parle ensuite du fait qu'il existe 2 types de « stérilets » : « au cuivre et hormonal » SF D-E7*, ils ne le sont pas dans 11 des entretiens.

La distinction n'est donc pas généralement connue par les femmes, et elle pourrait être considérée comme une information importante à délivrer, les effets advenant de leur utilisation étant différents, notamment les effets indésirables observables.

En dehors des entretiens auprès des femmes, au cours des discussions avec les professionnels de santé pendant notre étude, seul le terme de « dispositifs intra-utérins » était utilisé. L'utilisation du terme « stérilet » semble donc réservée au cadre des entretiens avec les femmes, comme un élément de vulgarisation du vocabulaire médical.

Le terme « pilule »

Notons que dans l'esprit des femmes, les types de pilules sont rarement distincts, ainsi, elles peuvent imaginer à tort que l'introduction d'une pilule reproduira les effets indésirables qu'elles ont pu connaître ou dont elles ont pu entendre parler, et il sera important de déconstruire ces idées. D'où la nécessité pour les professionnels de santé de garder également cela en tête.

3.1.2.10 Préjugés et peurs

« Je pense que je prendrai l'implant, parce que j'ai peur d'oublier »F-E2

Dans nos retranscriptions, nous avons isolé les moments où les femmes évoquaient ce qui provoque chez elles des craintes, voire des peurs. Ainsi, la première crainte que nous avons relevée est celle de l'oubli de pilule.

L'une des autres peurs que nous avons retrouvées est celle du « fait que ce soit dedans » F-E2. Les dispositifs contraceptifs invasifs tels que l'implant (dans l'entretien 17) et le dispositif intra-utérin portent chez plusieurs femmes l'aspect négatif de l'introduction d'un corps étranger. Au cours de l'entretien 6, la femme évoque : « [...] le stérilet, un peu effrayée » F-E6, avant d'ajouter plus tard lorsque la sage-femme lui demande ce qui lui fait peur : « C'est à l'intérieur de moi. »F-E6. Ainsi, cela peut faire songer à la femme qu'elle n'ait « Pas de contrôle sur

le stérilet. »F-E6 une fois que celui-ci est posé, une peur sous-jacente existante étant un risque pour le dispositif « de bouger » F-E6.

Parmi les réponses des sages-femmes à cette inquiétude des femmes, nous relevons celle de SF C : « Si on ne le supporte pas on a des contractions et on saigne. » SF-E6

Le moment de la pose est aussi une source d'angoisse, comme nous le retrouvons dans les entretiens, par exemple lorsqu'une femme interroge sur une « douleur quand on le met »F-E6, ou encore dans l'entretien 15, lorsque la femme demande « Et le stérilet, ça fait mal ? » F-E15

Enfin, s'il n'est pas forcément notion de peur, certaines fausses idées se retrouvent. Parmi elles, l'emplacement du dispositif intra-utérin : « Je le voyais dans le vagin. » F-E6

SF C nous expliquera que selon elle « toutes les patientes partent avec des idées reçues, elles ne partent jamais sans avoir d'idées en tête » SF C

Le moment de l'entretien de contraception est donc un temps nécessaire afin de désamorcer certains préjugés et certaines peurs, qui seront nés au travers de bouches-à-oreilles, ou au travers de lectures dans les magazines, sur internet, et ce par le biais de l'information claire et objective des faits établis dans la littérature et dans la pratique, bien souvent loin des images que les femmes se font.

3.1.2.11 Messages des sages-femmes

« La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit. »SF-E

Premièrement, un message remarquable dans les entretiens est bien que la décision de la femme représente le meilleur moyen de contraception pour elle. On retrouve cela dans les entretiens 5 et 6 : « Le mieux c'est celui que vous choisissez et qui vous ira. » SF-E6 ; « La meilleure c'est celle que vous choisissez »SF-E5 ; Les sages-femmes rejoignent alors la définition de la HAS⁽⁶⁶⁾.

Lors des entretiens E8, E10, E11 et E20, les sages-femmes n'ont pas introduit davantage de méthodes de contraception que celles évoquées par les femmes. SF I m'expliquera en sortant de l'entretien 20 que, si elle n'a pas présenté toutes les méthodes de façon exhaustive, c'est parce que la femme savait déjà ce qu'elle voulait. Consciente de prendre le risque de supposer à tort qu'elle ait entendu parler des méthodes de contraception autres, l'élément principal était que la contraception que la femme a pu choisir sera celle qui lui conviendra le mieux.

« C'est en essayant qu'on sait. » SF-E6

Ou encore : « Ca, pas de solution..., il faut le tester pour savoir. » SF-E15

La notion d'essai de contraceptifs pour se faire sa propre idée revient lors de plusieurs entretiens (E6, E7, E17) ainsi que lors d'une discussion avec SF I : « Il paraît que l'on est une bonne

sage-femme qu'à partir du moment où on a testé tous les moyens de contraception. » SF I

La consultation post-natale

La consultation post-natale a l'air de représenter un sujet clé abordé lors de l'entretien de contraception en suites de couches. Elle est évoquée dans 15 des entretiens, et c'est de façon récurrente dans l'idée de pouvoir faire le point sur la méthode décidée en suites de couches.

Notons que si cette consultation a été évoquée dans la majorité des entretiens du premier et du second groupe, dans l'étude *Influence de la précarité sur l'observance de la contraception*, menée au sein d'une population de femmes connaissant un échec de contraception, dans le cadre d'un mémoire en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme, on retrouve que la consultation post-natale aura été significativement moins été réalisée dans un contexte de précarité⁽³⁴⁾.

Des entretiens dépendant des sages-femmes

Une remarque nous semblant intéressante est appuyée d'une discussion avec SF K suite à un entretien : « C'est surtout sage-femme dépendant. » SF K.

En effet, à la suite de l'observation de ces entretiens, il faut noter que la manière dont ils sont menés, des questions posées aux conseils données, en passant par les avis implicites, ils dépendront surtout de la sage-femme les réalisant. Cela se traduit à titre d'exemple lorsque la sage-femme de notre étude passant un diplôme universitaire de sexologie sera la seule à aborder la libido et la sexualité dans le post-partum. SF K ajoutera que ce qui fera varier les discours sera principalement « la propre expérience de la sage-femme. » SF K.

3.1.2.12 Bienveillance et Maternalisme

Au sein des entretiens, il est apparu à plusieurs reprises dans les paroles des sages-femmes leur avis personnel :

Il y a des conditions sous lesquelles l'allaitement maternel protège d'avoir une nouvelle grossesse, « Mais moi, je préfère qu'on prescrive [...] » E2

Si ces avis ont été donnés oralement, ils n'ont au cours de nos observations pas impliqués de prescriptions allant à l'encontre des souhaits des femmes. Le danger étant alors d'entrer dans une forme de maternalisme.

Le « maternalisme » se définit, en prenant sa source dans le paternalisme, comme une tendance à imposer une protection maternelle - ou de style maternel - ou une domination féminine⁽⁶⁷⁾. Ce terme implique qu'il s'agit d'une tendance qui peut être abusive, dans la

mesure où elle pourrait dénaturer la relation thérapeutique, qui elle doit viser le meilleur intérêt du patient tout en restant délibérée.

Dans l'étude *Patient satisfaction with 3 methods of post-partum contraceptive counseling: a randomized, prospective trial*, les chercheurs ont insisté sur les bénéfices et l'intérêt d'une personne représentant un confident lors de l'entretien⁽⁶⁸⁾.

Ainsi, lors de l'entretien 15, la femme recherche autre chose que des faits scientifiques, elle demande l'avis de sa confidente d'un moment :

En parlant de l'implant : « Vous, vous l'avez essayé ? » F-E15

A ce sujet, dans son enquête de 2015, le Samu social recueillait les propos d'une sage-femme, observant une dichotomie entre la bienveillance et le paternalisme : « *Pour bien traiter les patientes, il faut d'abord être bienveillante. Ne pas **décider pour elles**, ne pas tomber dans le paternalisme médical, ne pas les engueuler si elles arrivent tard à leur rendez-vous, c'est aussi simple que ça. Nous intéresser à elles est déjà thérapeutique.* »⁽⁴²⁾

Une grande partie du travail des sages-femmes repose donc sur l'équilibre de l'empathie dans le conseil aux patientes.

3.1.2.13 La précarité vue par la sage-femme

Thématiques propres aux situations de précarité

Bon pour la délivrance gratuite de médicaments, produits ou objets contraceptifs

Le jour du septième entretien, SF D me parle, au sujet de la prise en charge de patientes précaires, du « bon vert » que les sages-femmes du service de suites de couches utilisent parfois, lorsqu'elles savent que leur patiente n'a pas de protection sociale, et qu'elle n'aura pas les moyens de s'acheter une contraception.

Ce bon vert correspond au bon pour la délivrance gratuite de médicaments, produits ou objets contraceptifs, utilisable en application de la loi n° 74-1026 du 4 décembre 1974, selon laquelle « *Les centres de planification ou d'éducation familiale agréés sont autorisés à délivrer, à titre gratuit, des médicaments, produits, ou objets contraceptifs, sur prescription médicale aux mineurs désirant garder le secret ainsi qu'aux personnes ne bénéficiant pas de prestations maladies, assurées par un régime légal ou réglementaire.* ». Le paiement des fournitures délivrées au moyen de ce bon sera fait par la Direction de l'Enfance et de la Famille, en lien avec les services de PMI du secteur.

Le service de suites de couches s'entend en effet avec le service du planning familial de l'hôpital pour avoir à disposition ces bons lorsque la nécessité est rencontrée. Les sages-femmes ont eu l'occasion de s'informer les unes les autres de l'existence de ce bon et de sa validité pour

tous les moyens contraceptifs remboursés actuellement. Ce travail collaboratif permet régulièrement aux femmes en situation précaires d'obtenir leur moyen de contraception dès leur sortie dans une pharmacie. Toutefois, au cours de notre recherche, l'existence de ce bon n'a pas semblé influencer le choix de contraception des femmes appartenant au groupe précaire.

« L'implant est parfois prescrit en amont de l'accouchement, les patientes l'ont avec elles. » SF A

SF A parle ici du fait que les patientes pour lesquelles l'équipe a la notion d'une situation de précarité vont au cours de leurs consultations de grossesse pouvoir évoquer la contraception du post-partum et la commodité de l'implant. Me dit que souvent, les patientes arrivent en suites de couches, l'implant avec elle, et qu' « on le leur pose directement. » SFA, ce que nous avons pu observer dans deux dossiers consultés pour l'enquête préalable. Dans ce discours, la continuité des soins en post-partum chez les patientes en situation de précarité est envisagée comme étant plus incertaine, et les professionnels semblent y porter une préoccupation plus prononcée dès le suivi en anténatal. Le fait de poser chez une femme présentant un contexte de vie précaire un implant contraceptif rapidement après l'accouchement, dans la continuité du suivi de la grossesse, semble donc être une prise en charge entendue au sein des équipes de sages-femmes.

L'implant : l'avantage de sa commodité

Au cours des observations, les sages-femmes ont évoqué à plusieurs reprises la commodité particulière de l'implant.

La dernière semaine d'observation, SF J m'explique que pour certaines, elle prescrira davantage le Nexplanon, parce que les patientes changent d'hôtel, de domicile, et auront plus tendance à oublier la prise de comprimés à heure fixe, et ce même en ayant déjà eu des grossesses rapprochées.

Le fait de pouvoir mettre en place l'implant dès les suites de couches et sa commodité d'observance semblent ainsi être en faveur de son utilisation, nous rejoignons ici le constat établi étant que les implants progestatifs prescrits étaient plus souvent posés avant la sortie de la maternité chez les femmes présentant une situation de vie précaire.

Situation singulière : « C'est la pédiatre qui a préconisé l'implant. » SF C

Lors d'une matinée d'observation, SF C m'explique que plus tôt dans la journée, une patiente sortante, cinquième pare âgée de 27 ans, d'origine et de nationalité roumaine, logée au 115, en concubinage, ne travaillant pas et dont le conjoint ne travaille pas et sans couverture sociale actuellement, s'est vue prescrire un implant hormonal. C'est la pédiatre effectuant la visite du jour qui a préconisé la pose d'implant. La patiente est sortie ce matin avec

l'ordonnance. Il est prévu qu'elle revienne le lendemain pour la pose dans notre service. Cet élément irait dans le sens d'une insistance à la contraception de la part des professionnels de santé pour les femmes en situation de précarité.

« La précarité n'influence pas mon choix » SF E

SF E nous explique après un entretien que dans sa réflexion, il s'agira d'abord de penser à la façon dont est survenu cette grossesse, et non au statut précaire que la femme rencontre. Elle rejoint ici une idée de SF C, pour laquelle « la contraception ne doit pas être une question d'argent. » SF C.

« Je prescrirais plutôt l'implant que le dispositif intra-utérin chez les femmes précaires. » SF C

Il s'agit là d'un avis partagé avec SF D et SF J, qui explique à la suite d'un entretien qu'il y a davantage de facilité avec l'implant, car, lorsqu'il s'agit de la pose d'un dispositif intra-utérin, « encore faut-il qu'elles puissent revenir et qu'elles reviennent. » SF J, ajoutant que les patientes habitant loin ne viennent pas forcément à leur consultation post-natale.

SF C poursuivra en expliquant qu'elle prescrirait même moins les dispositifs intra-utérins chez les patientes susceptibles de ne pas avoir de suivi médical régulier, cela par rapport au fait que cette contraception nécessite un suivi résultant d'une consultation par an.

Le biais implicite et les soins différenciés

Lors des échanges avec les sages-femmes, en-dehors des entretiens, les praticiennes ont pu faire part de certains à priori qui leur étaient possibles d'avoir.

Avant l'entretien 16, SF G confie par exemple qu'elle pense que la patiente ne souhaitera pas de contraception. De la même façon, en dehors d'une observation d'entretien, une sage-femme non incluse dans notre étude me parlera d'une patiente pour laquelle il y a notion d'une barrière linguistique, m'expliquant qu'elle va probablement lui prescrire une pilule progestative, mais qu'elle pense que la patiente « ne prendra rien. »

Cette notion d'a-priori nous a évoqué celle du biais implicite.

En effet, le biais implicite, un terme traduit de la langue anglaise (implicit bias), se définit comme une préférence pour un groupe social, qui est à la fois inconsciente et automatique.

Si ces biais implicites sont omniprésents dans la société, ils répondent à des processus de pensée, en permettant à chaque individu d'appréhender et de s'expliquer le monde lui étant environnant, au travers de mises en lien, d'associations d'idée et de schémas cognitifs qu'il se construit tout au long de sa vie.

Michelle Van Ryn, professeur et chercheuse en santé, a étudié l'impact des biais implicites chez des médecins sur le traitement clinique. Elle utilisa pour cela le test d'association implicite : un test de temps de réaction informatisé, évaluant les attitudes inconscientes en mesurant la facilité avec laquelle un individu trie des concepts, en supposant que les concepts associés seront triés plus rapidement que les concepts moins associés⁽⁶⁹⁾⁽⁷⁰⁾.

Les participants classent des concepts en appuyant rapidement sur une des deux touches à leur disposition. Lorsque les concepts associés partagent la même clé de réponse, les performances sont plus rapides, à l'inverse, lorsqu'ils ont des clés différentes de réponse, les performances sont plus lentes. La préférence implicite pour un groupe sera alors mise en avant grâce à ces temps de réaction.

Elle a pu conclure à une preuve significative de l'effet des origines et des conditions sociales des patients sur les perceptions des médecins à leur égard. Ces résultats laissent déjà imaginer que les biais implicites pourraient représenter un facteur contribuant aux disparités raciales dans les soins de santé, ce que certaines études ont validé auprès de praticiens⁽⁷¹⁾⁽⁷²⁾.

Dans une dimension plus proche de celle de notre étude, une étude menée par P. Sauvegrain, *Des « femmes africaines » à la « mère africaine » en maternité*, constatait que tout au long de leur parcours de soins, les femmes africaines rencontraient des processus de catégorisation de la part des professionnels de santé⁽⁷³⁾. Ce type de catégorisation semble donc en réalité être quelque chose de très régulier et auquel les praticiens ne peuvent échapper. Michelle Van Ryn expliquait qu'il serait irréaliste d'imaginer que les professionnels de santé puissent éviter d'utiliser ces formes de stéréotypes dans leur raisonnement⁽⁷⁰⁾. A défaut de les éliminer, il s'agirait dans l'idéal d'être capable d'en prendre conscience afin de minimiser leur effet dans notre accompagnement des femmes, quels que soient leurs origines, leur classe sociale ou encore leur âge.

3.1.3 Réponses aux hypothèses

Si notre étude préalable quantitative sur 102 dossiers a pu nous révéler qu'il n'a pas été prescrit de dispositif intra-utérin chez des femmes présentant une situation de précarité, nous pouvons signaler une tendance plus importante à la prescription d'implant hormonal (22,2% vs 8,3%). Cependant, nos résultats à ce sujet ne sont pas significatifs ($p=0,10$), cette tendance pourrait être explorée sur un plus grand nombre de femmes incluses. Il n'apparaissait pas de différence significative dans la prescription de contraception à la sortie de la maternité en fonction de l'appartenance ou non des femmes au groupe de celles présentant une situation de précarité. Ainsi, **notre première hypothèse n'est pas validée.**

Par ailleurs, lors de notre étude qualitative, la pilule progestative et l'implant progestatif étaient les méthodes de contraception les plus citées lors des entretiens de contraception en suites de couches. Toutefois, il n'est pas apparue de différence dans nos groupes en termes de nombre de citation, d'ordre d'apparition - en cela que la présentation des méthodes se justifiait de la compatibilité avec le post-partum et l'allaitement maternel - mais aussi d'explications données relatives à l'utilisation des méthodes.

Notre seconde hypothèse, qui était que les situations de précarité traversées par les femmes pourraient entraîner une information non exhaustive et plus ciblée sur l'implant hormonal, **n'est pas validée sur le lieu de l'enquête.**

Enfin, notre dernière hypothèse selon laquelle l'accessibilité et la commodité d'observance pourraient être souhaitées par les femmes en situation de précarité **est partiellement validée**, en cela que les modalités d'introduction de la méthode contraceptive, incluant le moment de l'introduction et le descriptif de la pose des méthodes contraceptives invasives, sont des questionnements explicités par les femmes, dans les deux groupes de notre étude. Notons alors que ces éléments n'apparaissent pas plus chez les femmes traversant une situation précaire.

3.2 Discussion

3.2.1 Limites, biais et points faibles

3.2.1.1 Limite dans la sélection de la population

Nous avons conscience que la précarité ne se limite pas aux critères de logement et de protection sociale tels que nous les avons définis.

Elle peut revêtir bien des aspects, et elle représente une notion subjective. En cela, il nous a semblé que dans l'environnement social dans lequel l'étude a été menée, les critères d'inclusion qui étaient fonction de la protection sociale et de la situation de logement pourraient être les plus pertinents. Le frein étant qu'il eut autrement fallu demander directement aux patientes d'avantage de détails sur leur mode de vie qu'il n'en est renseignés dans les dossiers pour pouvoir répondre correctement aux scores de précarité qui ont déjà été établis dans la littérature.

Le fait que cette étude soit unicentrique impose d'autre part un biais d'échantillonnage :

-Quant à la population fréquentant la maternité. La population de notre étude ne correspondra pas aux populations rencontrées dans des régions différentes. Il faudra prendre en compte le fait que notre étude se soit déroulée dans une maternité de la petite couronne de l'est parisien, aux populations dont les profils socio-démographiques sont hétérogènes, et en moyenne plus défavorisées que dans l'ouest parisien⁽⁷⁴⁾. Une population plus aisée dans le groupe des femmes non précaires aurait pu mener à des observations différentes.

-Quant aux sages-femmes. En effet, il serait justifié de réaliser une étude similaire sur plusieurs sites afin de limiter l'impact possible des habitudes de services dans les prises en charge des patientes pour obtenir une meilleure validité externe des résultats. Cependant, le temps imparti pour cette recherche de master ne nous a pas permis de le faire.

3.2.1.2 Limite dans la collecte de l'information

Une des limites identifiables de notre étude pourrait être celle que produit l'effet Hawthorne, dans le sens où les sujets de l'étude peuvent possiblement agir différemment de d'habitude lorsqu'ils se savent observés au cours d'un entretien.

Au regard de ceci, nous avons pris soin premièrement de signifier aux sages-femmes et aux patientes incluses dans notre étude qu'il s'agissait de retranscriptions anonymisées et n'apportant pas de jugement sur les discours. De plus, nos outils de minimisation de ce biais ont été de connaître les équipes de sages-femmes. Bien que le fait de présenter le sujet étudié en amont des entretiens puisse possiblement influencer les praticiennes, le fait d'avoir pu déjà travailler avec elles et à leurs côtés permettait de prendre une position d'observatrice déjà familière par le passé. Aussi, le recueil de données par prise de notes manuscrites nous a semblé être d'avantage pertinent que l'enregistrement audio. Il n'a pas été observé que les sages-femmes agissaient différemment lors de cette étude ou lors du stage lors duquel j'étais présente en tant qu'étudiante sage-femme. Enfin, toujours afin d'amenuiser ce biais, la façon dont se présentait l'observateur à travers sa tenue était un élément auquel nous avons réfléchi en amont. En effet, si nous parlions précédemment des éléments inducteurs, le fait de porter ma blouse d'étudiante sage-femme désamorçait le caractère personnel et indiscret qui aurait pu découler de ma présence lors de l'entretien.

3.2.2 Apports de notre étude et perspectives

3.2.2.1 Effet de la recherche sur le terrain observé

Nous envisageons le fait que la réalisation de cette étude ait pu avoir un impact sur le terrain où elle a été menée.

D'une part, le fait que toutes les sages-femmes rencontrées aient été intéressées par la prescription de la contraception en suites de couches chez les femmes en situation de précarité a permis d'ouvrir à de nombreux échanges, ayant lieu avec l'enquêteur, mais aussi avec leurs collègues au sein du service. Certains avis et certaines stratégies de prises en charge, telles que l'utilisation du bon pour la délivrance gratuite de « médicaments, produits ou objets contraceptifs » ont pu être partagés. Il est possible que les discussions aient amené ces professionnelles de santé à réfléchir sur leurs pratiques. Notons, de plus, qu'il nous est apparu une bienveillance globale des équipes rencontrées, prenant soin à accompagner leurs patientes de la façon la plus adaptée, ainsi à l'écoute des femmes et des résultats que cette recherche pourrait éventuellement apporter.

3.2.2.2 Apports de notre étude dans les données actuelles

Si dans notre étude, nous partions de certains constats sociaux, des études réalisées précédemment ont permis d'aborder d'autres points :

L'entretien de contraception en post-partum

Concernant le moment d'abord de la contraception, Emilie Pourtier dans *La contraception du post-partum : satisfaction des patientes sur l'entretien contraceptif en suites de naissances*, une étude observationnelle sur 166 questionnaires, a retrouvé que 45,7 % des patientes interrogées ont bénéficié d'une information lors d'une consultation prénatale et 40,4 % pendant un cours de préparation à la naissance et à la parentalité⁽⁷⁵⁾. Cela nous confirme donc que l'abord de la contraception du post-partum est actuellement un élément qui n'est pas abordé de façon majoritaire en anténatal. Par ailleurs, sur la forme de l'entretien, si des supports visuels ont été utilisés dans uniquement deux des vingt entretiens, nous avons retrouvé que la littérature démontre que les supports écrits dans le cadre d'un entretien de contraception aident les femmes à prendre leur décision⁽⁷⁶⁾.

Au sujet de la durée de l'entretien, elle variait de 3 à 15 minutes, sans observer de nette différence entre les deux groupes de femmes. Dans *La contraception du post-partum : satisfaction des patientes sur l'entretien contraceptif en suites de naissances*, on retrouvait que la durée moyenne de l'entretien contraceptif en suites de couches était estimée par les patiente

à 11 minutes⁽⁷⁵⁾. Notons d'autre part que les facteurs influençant la satisfaction globale des patientes sur l'entretien dans cette étude relevaient de l'intérêt du professionnel de santé sur le mode de vie et les antécédents de la femme, des explications données sur la méthode choisie, et du sentiment de participation au choix de sa contraception⁽⁷⁵⁾.

Dans *Contraception en suites de couches. Les entretiens menés en suites de couches correspondent-ils aux besoins des patientes ?*, une étude rétrospective sur questionnaires menée par Flore Alardo dans le cadre de son mémoire de diplôme d'Etat de sage-femme auprès de 227 femmes lors de la consultation post-natale, sur les 220 entretiens dont la durée était rappelée par les femmes, 70% duraient plus de 5 minutes⁽⁷⁷⁾. On peut alors conclure que les entretiens de contraceptions en suites de couches sont généralement plus courts que le temps d'une consultation dédiée à la contraception en dehors d'une hospitalisation. Elle fait également le constat en interrogeant à distance de l'entretien que seulement 38% des patientes ont acheté et utilisé la contraception⁽⁷⁷⁾.

En parallèle à cela, elle établit un lien entre la durée de l'entretien rappelée de la femme et la qualité de l'utilisation du moyen de contraception. Elle nous démontre alors au travers de ces deux observations que le message et l'information délivrés sont plus importants que l'ordonnance en elle-même.

Les éléments en faveur d'un bon entretien de contraception selon ces études s'avèreraient être l'intérêt et le temps qui lui sont accordés.

A ce propos, et nous intéressant à l'accompagnement des femmes précaires, nous retrouvons que dans son rapport du volet anthropologique du projet RéMI publié en 2015, mené auprès de femmes enceintes migrantes, l'Observatoire du Samu social de Paris indiquait que le thème de la cadence de travail actuelle des services apparaissait comme question centrale dans leurs entretiens auprès des professionnels de santé, et que ces derniers l'inculpaient comme étant l'obstacle majeur à la considération effective des situations de précarité des patientes dans leur prise en charge⁽⁴²⁾. A titre d'exemple, selon eux, l'utilisation des traducteurs externes, bien que semblant nécessaire pour établir un dialogue avec la patiente, est très chronophage en consultation. Certains d'entre eux considèreraient que ce service ne vaudrait que rarement la peine d'être utilisé, puisqu'entraînant une perte de temps de travail, couplé à une perte d'argent pour payer la séance de traduction.

Utilisation de la contraception chez les femmes en situation de précarité

L'enquête périnatale de 2016 nous a renseignés sur des éléments de santé chez les femmes précaires, et leur surveillance prénatale. Si au sein de notre étude qualitative, 7 femmes du groupe non précaire avaient un suivi médical régulier avant la grossesse contre 1

dans le groupe précaire, nous pouvons apprendre sur cette étude à l'échelle nationale que l'absence totale d'utilisation de contraception dans le passé touche trois fois plus les femmes présentant une situation de précarité⁽⁸⁾. Néanmoins, leur critère d'inclusion au groupe précaire se basait sur la situation de la femme et celle du ménage par rapport à l'emploi, ne prenant pas forcément en compte tout ce que la précarité peut inclure.

D'autre part, dégagant différentes pistes sur l'impact de la précarité sur l'usage d'une contraception, Marie-Laure Oster, dans *Influence de la précarité sur l'observance de la contraception* retrouvait au sein d'une population de femmes connaissant un échec de contraception que le motif de l'échec chez les femmes précaires était plus souvent lié à des conditions de vie difficiles, telles qu'un logement incertain⁽³⁴⁾.

A la suite de ces travaux, notre étude aura eu ici pour apports une nouvelle analyse des entretiens, tout en minimisant des biais d'information apparaissant aux travers de recueil à distance auprès des patientes, et de s'orienter de façon plus particulière sur la prescription chez un groupe de femmes, des femmes en situation de précarité, en mettant en lumière les deux dimensions de la situation de prescription à l'instant T : les demandes des femmes et la réponse des sages-femmes qui en découle.

3.2.2.3 Pistes de recherche

Nous pensons qu'il serait intéressant d'apporter à nos résultats ce qui a pu être en défaut dans notre étude : davantage la parole des femmes. C'est un point que nous n'avions pas considéré à sa juste mesure lorsque nous avons élaboré notre étude. Il s'avère qu'une étude qualitative par entretien direct avec les femmes pourrait y pallier. Il semblerait également pertinent de recueillir l'expérience des femmes à distance de cette prescription du post-partum, afin d'observer si le moyen prescrit leur correspond. Par ailleurs, nous pourrions nous intéresser à la fréquence des visites post-natales, et observer si la crainte des professionnels de santé quant à une rupture du suivi médical, davantage prononcée pour les femmes précaires, est fondée.

3.2.2.4 Propositions pour la pratique clinique

La formation des professionnels de santé face aux situations de précarité, décloisonner le médical et le social

L'association Comede a établie un Guide pratique pour les professionnels en 2015 afin de proposer des réponses aux problèmes de santé les plus fréquents des personnes exilées et précaires⁽⁷⁸⁾. Des formations y sont aussi proposées, portant sur le droit d'asile, le droit à la

santé des étrangers, la protection maladie et le droit au séjour pour raison médicale. De plus, certains diplômes universitaires, dans le cadre de la formation continue des professionnels de santé, s'intéressent à la prise en charge des patients présentant des situations de précarité, notamment le diplôme interuniversitaire proposé à Paris Descartes par le Professeur Azria : *Précarité, santé maternelle et périnatale*. Il s'agit de sujets sur lesquels les professionnels de santé reçoivent peu d'informations lors de leur formation initiale. Ainsi, il pourrait également être intéressant de proposer des formations au sein même des centres hospitaliers et des maternités, en vue d'optimiser la prise en charge des patientes en situation précaire, reposant grandement sur la communication des informations entre le domaine médical et le domaine social.

Dans son rapport *Réduire les inégalités sociales de santé* publié en 2010, l'INPES va au-delà de la proposition de formation spécifiques sur la santé et la précarité en proposant des formations sur les inégalités sociales de santé en tant que telles, pouvant permettre d'appréhender de manière plus pratique les décrits déterminants sociaux de santé⁽⁷⁹⁾.

Mettre en essai l'application de la pose des DIU dans les premières 48 heures du post-partum

Selon l'OMS, les dispositifs intra-utérins peuvent être insérés dans les quarante-huit heures suivant un accouchement, y compris immédiatement après l'expulsion du placenta, et dans un contexte de césarienne⁽⁸⁰⁾. Le taux d'expulsion serait dans ce contexte de 2,3 à 27%, en relevant que 95% des expulsions sont diagnostiquée par la patiente, et en comparaison d'un risque dans la population globale allant de 0,4 à 7%. Le risque infectieux varierait lui de 0 à 0,9%

Ainsi, de la même façon que la pose d'un implant progestatif précoce, cette méthode pourrait permettre une observance optimale car instaurée avant la sortie, limitant le facteur de l'oubli d'achat de la contraception et profitant d'une commodité de protection à long terme. La pose précoce d'un dispositif intra-utérin au cuivre pourrait même être considérée comme une alternative à la pose précoce d'un implant chez les patientes souhaitant une contraception sans hormones.

Il s'agirait alors de former les professionnels de santé hospitaliers à cette pratique, tant les médecins que les sages-femmes.

Aborder la contraception du post-partum pendant la grossesse à plusieurs reprises (EPP et PNP)

Faire entrer une information à la contraception du post-partum dans un cours de préparation à la naissance et à la parentalité, tout comme l'aborder lors de l'entretien périnatal précoce semblent être des pistes réalisables en vues de pouvoir effectivement aborder le sujet à

plusieurs reprises au cours du suivi à la maternité. Toutefois, si notre travail tente de s'intéresser plus particulièrement à la contraception du post-partum chez les femmes en situation de précarité, il nous semble important d'apporter la notion d'un moindre accès à ces deux types de consultation chez ces femmes. Tout d'abord, puisque les patientes peuvent juger ces consultations moins indispensables que les consultations médicales mensuelles. D'autre part, des études montrent que des professionnels de santé peuvent omettre de les proposer, jugeant d'eux-mêmes notre dernière supposition validée, ou encore supposant que les patientes aient d'avantage de compétences dans le maternage⁽⁸¹⁾.

Ainsi, qu'il s'agisse de contraintes organisationnelles ou de certains préjugés de la part des professionnels, cette initiative seule pourrait manquer d'atteindre les femmes en situation de précarité.

Organiser des réunions d'information pendant lesquelles les thèmes de la contraception, de la reprise de la sexualité, de la contraception d'urgence seront abordés

De la même façon que SF F dans notre étude a l'habitude de le faire, réorganiser un moment de la journée dédié à cette information pourrait être intéressant, d'autant plus que la notion du temps accordé à l'entretien de contraception est mise en cause dans les études que nous avons citées. Ne s'agissant pas de remplacer l'entretien de contraception, cela permettrait d'évoquer le sujets à de multiples reprises chez les patientes, même celles n'en ayant pas reçu de renseignements en anténatal, et un message répété est un message qui sera d'avantage entendu.

Prendre le rendez-vous post-natal des 6 à 8 semaines pour les patientes lors du séjour en suites de couches

Cette idée nous étant venue lors de la réalisation de notre étude, nous remarquerons plus tard qu'elle rejoint une proposition évoquée dans le mémoire *Influence de la précarité sur l'observance de la contraception* sus-cité.

Effectivement, il nous paraissait plus pragmatique de présenter et de parler de cette consultation dès l'examen de sortie, voire de fixer une date de rendez-vous à ce moment-là. Et cela aurait pu permettre d'autre part de minimiser la part de pertes de contact entre les patientes et le suivi médical due à l'oubli de prise de rendez-vous après la sortie de la maternité

Toutefois, dans le cadre de la précarité telle que nous l'avons définie dans notre étude, le logement est souvent instable, et la prise de ce rendez-vous n'empêcherait pas un déménagement et possiblement une rupture du suivi liée à la distance. Mais dans la mesure où cela ne concernerait qu'une part des femmes, il serait tout de même intéressant d'envisager cette piste.

Conclusion

A la suite de notre étude, la prescription de la contraception en suites de couches ne semble pas être impactée par la présence d'une situation de précarité chez la femme, dans un contexte relatif à celui de l'Est de la petite couronne parisienne, si ce n'est que la continuité des soins est envisagée comme étant incertaine par les professionnels de santé et qu'il s'agit alors, parfois dès la période anténatale, de trouver une méthode faisant preuve d'une bonne commodité, ainsi que de trouver un moyen d'accessibilité, vis-à-vis du prix ou du remboursement.

Bien que nos raisonnements en tant que professionnels de santé soient marqués par des biais implicites inhérents, les résultats de notre étude ne nous permettent pas de conclure sur un impact de la précarité sur l'entretien de contraception en tant que tel : la forme des entretiens semble être similaire dans nos deux groupes. La durée, l'utilisation de support et les conditions sont proches, au-delà de la présence plus fréquente du conjoint demandée en amont pour la traduction, cela s'expliquant par le fait que les femmes en situations de précarité de notre étude incluait des femmes migrantes avec lesquelles une barrière de la langue existait.

Cependant, les différences suivantes ont été retrouvées : pas de prescription de DIU chez les femmes traversant une situation de précarité, mais une tendance à la prescription d'implants. Et surtout davantage d'implants posés lors des séjours de suites de couches. Au sujet des propositions des sages-femmes, la présentation des méthodes de contraception se justifiait de façon générale par la compatibilité avec le post-partum et l'allaitement maternel. Les méthodes les plus présentées étaient ainsi la pilule progestative et l'implant progestatif de manière égale quel que soit le contexte social de la patiente.

Notre étude a montré que la façon dont les entretiens sont menés dépend grandement des sages-femmes les réalisant, chacune étant sensibilisée dans des domaines différents.

Au sujet des demandes exprimées des femmes, nous avons observé qu'elles se centrent sur les effets indésirables des méthodes. D'autre part, nous avons remarqué un fort impact de l'avis de l'entourage des femmes sur leur abord à la contraception, notamment au sujet des dispositifs intra-utérins et des nombreuses idées négatives véhiculées à leur égard. Certaines peurs relatives à la position des DIU et des implants ont ainsi été retrouvées de façon transversale. Lors des entretiens, il n'est pas apparu de différences dans les demandes explicites des femmes lorsqu'elles traversaient une situation de précarité.

Si notre étude envisageait la précarité singulière à la société dans laquelle elle a été menée, une étude similaire menée dans une zone géographique différente pourrait apporter de

nouvelles pistes. De plus, notre étude qualitative reposait sur l'analyse des entretiens de contraception lors du séjour post-partum, lors duquel l'espace de parole était davantage occupé par les sages-femmes que par les patientes. Ainsi, une étude qualitative se basant sur des entretiens individuels avec les femmes pourrait enrichir les premiers éléments soulevés dans les résultats de notre étude.

Ces éléments de compréhension des situations de vie des femmes, associés à un décloisonnement des secteurs médical et social au travers de formations des professionnels de santé et de prises en charges pluridisciplinaires seraient la clé d'un accompagnement plus adapté de la vie contraceptive des femmes qui traversent des situations de précarité, l'objectif étant de permettre l'égalité dans l'accès à la contraception et de meilleure connaissance et pouvoir de décision ou « empowerment » des femmes sur leur vie gynécologique et obstétricale.

Bibliographie

- (1) Mulet F, Descamps P. Contraception du post-partum – contraception du post-abortum. In : *Mises à jour en gynécologie médicale*. Paris: Vigot, 2006.
- (2) Conde-Agudelo A, Belizan JM. Maternal morbidity and mortality associated with interpregnancy interval: cross sectional study. *BMJ*, 2000 ; 321 : 1255.
- (3) Dedecher F, Baudelot D, Graesslin O, Ceccaldi PF, Montilla F, Derniaux E, Gabriel R. Grossesses rapprochées: facteurs de risques et conséquences périnatales. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2006, 35 no 1:28–34.
- (4) Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Ministère délégué des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion. Rapport du gouvernement sur la pauvreté en France, 2012.
- (5) Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, CONTRACEPTION : Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? Octobre 2011. [En ligne] <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf>. Consulté le 20 Avril 2018.
- (6) Cabrol D, Pons JC, Goffinet F. *Traité d'obstétrique*. 1ère éd. Médecine-sciences. Flammarion, 2005.
- (7) Haute Autorité de Santé. *Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Recommandations pour la pratique clinique*. Saint-Denis La Plaine (Fra), Mars 2014.
- (8) Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. *Enquête nationale périnatale. Rapport 2016. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010. Enquête réalisée avec la participation des services départementaux de Protection maternelle et infantile et des réseaux de santé en périnatalité*. Octobre 2017
- (9) Lansac, J, Berger C, Magnin G. Les suites de couches et leurs pathologies. In : *Obstétrique. 5ème éd. Pour le praticien*. Masson. 2008 ; 413p.
- (10) Code de la santé publique. Article L5134-1.[En ligne] https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=53B2A3314FF3BE01630AC6B645752A8E.tplgfr40s_2?idArticle=LEGIARTI000006690147&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=20040810. Consulté le 20 Avril 2018.
- (11) Gomez, C. La contraception : quel rôle pour la sage-femme ? Incidences des nouvelles dispositions légales. *La revue Sage-femme*, Juin 2007, no 2, p74-89.
- (12) Loi Hôpital Patient Santé Territoire. Les nouvelles compétences. La lettre du conseil de l'ordre. *Contact sages-femmes*, Oct 2009, no 21.
- (13) Code de la santé publique. Article L4151-1, modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 – art. 127. 2016.
- (14) Centre pour l'Avancement des Soins de Santé Factuels, Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. *Référentiel métier et compétences des sages-femmes*. Paris, Janvier 2010.
- (15) Anne L. *Contraception du post-partum*. Mars 2005.
- (16) Horovitz J, Coatleven F, Roux D, Vandebossche F. Suites de couches normales et pathologiques (hors syndromes neuroendocriniens). *EMC -Obstétrique*, Janvier 2011, 6 no 1, 1-14p.

- (17) Robin G, Massart P, Graizeau F, Guérin du Masgenet B. Postpartum birth control: State-of-the-art. *Gynécologie, obstétrique et fertilité*, Juin 2008, 36 no 6, 603-615p.
- (18) Haute Autorité de Santé. Fiche Mémo Contraception chez la femme en post-partum. Juillet 2013. [En ligne] <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-postpartum.pdf>. Consulté le 20 Avril 2018.
- (19) Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Contraception du post-partum. In : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. *Protocoles en Gynécologie Obstétrique. 3^e édition*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, Novembre 2015, 234-238p.
- (20) Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. *Fiche action n°17 : Couple, sexualité et contraception*, 2010. [En ligne] <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3q.pdf>. Consulté le 20 Avril 2018.
- (21) Langer B, Minetti A. Complications immédiates et à long terme de l'épisiotomie. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2006, 35, 35-59p.
- (22) Rowland M, Foxcroft L, Hopman WM, Patel R. Breastfeeding and sexuality immediately postpartum. *Canadian Family Physician*, 2005, 51, 1366-1367p.
- (23) Fanello S, Parat-Pateu V, Dagonne C, Hitoto H, Collet J, Routiot T. La contraception du post-partum: les recommandations médicales, le point de vue des femmes. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Paris, 2007, 36 no 4 : 369-374p.
- (24) Code de la santé publique. Article R. 4127-35 modifié par Décret n°2012-694 du 7 mai 2012 - art. 2.
- (25) Rinehart W, Rudy S, Drennan M. GATHER guide to counseling. *Popul Rep J*. Déc 1998, 48, 1-31p.
- (26) Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Comment aider une femme à choisir sa contraception ? Septembre 2013. [En ligne] <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf>. Consulté le 20 Avril 2018.
- (27) Smith KB, Van der Spuy ZM, Cheng L, Elton R, Glasier AF. Is Postpartum Contraceptive Advice given Antenatally of Value? *Contraception*, Mars 2002, 65, no 3, 237-243p.
- (28) Ministère de la santé. *Plan périnatalité 2005/2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité*. 10 novembre 2007.
- (29) Glasier AF, Logan J, McGlew TJ. Who gives advice about postpartum contraception? *Contraception*. Avril 1996, 53, no 4, 217-220p.
- (30) Dutriaux N. Consultation post-natale 6 à 8 semaines après l'accouchement. In : Battut A, Harvey T, Lapillone A, Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité. *105 fiches pour le suivi post-natal mère-enfant*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2015, 82-83p.
- (31) Wresinski J. *Conseil économique et social Grande pauvreté et précarité économique et sociale, Journal Officiel de la République française*, 1987.
- (32) Constitution de l'organisation mondiale de la santé. *Documents de base, documents officiels n°240*, Washington, 1991.
- (33) Pierret R. What is precarity. *La nouvelle revue des sciences sociales*, 2013, 2, 307-330p.
- (34) Oster ML. *Influence de la précarité sur l'observance de la contraception*. Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme, Université Paris Descartes, 5 Avril 2013, 82p.
- (35) Ameli.fr. La protection universelle maladie. [En ligne] <https://www.ameli.fr/vendee/assure/droits-demarches/principes/protection-universelle-maladie>. Consulté le 20 Avril 2018.

- (36) Ameli.fr. CMU complémentaire. [En ligne] <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/cmu-aides-financieres/cmu-complementaire>. Consulté le 20 Avril 2018.
- (37) Ameli.fr. Aide au paiement d'une complémentaire santé. [En ligne] <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/cmu-aides-financieres/aide-paiement-complementaire-sante>. Consulté le 20 Avril 2018.
- (38) Ameli.fr. Aide médicale de l'Etat et soins urgents. [En ligne] https://www.ameli.fr/assure/remboursements/cmu-aides-financieres/aide-medicale-etat-soins-urgents#text_8712. Consulté le 20 Avril 2018.
- (39) Institut National de Prévention de l'Education pour la Santé. Accès aux soins, accès aux droits. [En ligne] http://www.inpes.sante.fr/guide_comede/pdf/4-acces%20soins.pdf. Consulté le 21 Avril 2018.
- (40) Agence Régionale de Santé. Les permanences d'accès au soin de santé. [En ligne] <https://www.ars.sante.fr/les-permanences-dacces-aux-soins-de-sante-0>. Consulté le 22 Avril 2018.
- (41) Ministère des Solidarités et de la Santé. Lits halte soins santé et lits d'accueil médicalisés. [En ligne] <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-sociales-et-medico-sociales/article/lits-halte-soins-sante-et-lits-d-accueil-medicalises>. Consulté le 22 Avril 2018.
- (42) Berrocal R, Le Méner E, Observatoire du Samu social de Paris. *La grossesse et ses malentendus. Rapport du volet anthropologique du projet Réduction de la mortalité infantile, périnatale et néonatale en Seine-Saint-Denis*. 2015.
- (43) Organisation Mondiale de la Santé. *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health: Final report*. 2008.
- (44) Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. *Des inégalités sociales de santé: des déterminants multiples. La santé de l'Homme*. Septembre-Octobre 2008.
- (45) Institut National de Prévention et d'Education à la Santé. Baromètre santé 2010. *Equilibres*, Novembre 2011, no 76.
- (46) Bajos N, Oustry P, Leridon H, Bouyer J, Job-Spira N, Hassoun D. Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France. *Population*, 2004, 59(3), 479-502p.
- (47) Dalmont C. *Maternité chez les femmes en situation de précarité*. Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme, Ecole de sages-femmes de Caen. 13 Septembre 2012, 66p.
- (48) Convers M. Utilisation du score épices pour repérer la précarité et optimiser la prise en charge de la grossesse. *La revue Sage-femme*, 2010, 9, 3-9p.
- (49) Observatoire du Samu Social de Paris. *Rapport Féminité, accès aux soins, maternité et risques vécus par les femmes en grande précarité*. Juin 2005.
- (50) Ministère des Solidarités et de la Santé. La Protection Maternelle et Infantile (PMI). [En ligne] <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/aide-et-action-sociale/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi/article/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi>. Consulté le 22 Avril 2018.
- (51) Vasseur P. *Les fondamentaux du staff médico-psycho-social. Journée Dépression Périnatale du 22 septembre 2016. Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis*. 22 septembre 2016.

- (52) Hassler P, Riquet S, D'Ercole C, Boubli L, Carcopino X. Évaluation de la prise en charge de la précarité dans une maternité de niveau III. 12 mars 2015. [En ligne] <https://www.em--premium-com.frodon.univ-paris5.fr/data/revues/16340760/v14i113/S1634076015000086/>. Consulté le 20 avril 2018
- (53) Guy P. Accompagner les femmes en situation de précarité. [En ligne] <https://www-em-premium-com.frodon.univ-paris5.fr/data/revues/12594792/v33i268/S1259479212001666>. Consulté le 20 avril 2018.
- (54) Akouka C. Etude FECOND: le modèle contraceptif français doit évoluer. *Contact Sages-femmes*, Octobre 2012, no 33.
- (55) Black KI, Lotke P, Lira J, Peers T, Zite NB. Global Survey of healthcare practitioners beliefs and practices around intra-uterine contraceptive method use in nulliparous women. *Contraception*, Novembre 2013, 88(5), 650-656p.
- (56) Moreau C, Hassoun D, Bajos N. IUD use in France : a cross analysis of users and prescribers perspectives. *Contraception*, 2014, 89(1), 9-16p.
- (57) Raccach-Tebeka B, Plu-Bureau G. Contraception du post-partum : recommandations pour la pratique clinique. 19 nov 2015. [En ligne] <https://www-em-premium-com.frodon.univ-paris5.fr/article/1015629/resultatrecherche/23>. Consulté le 20 avril 2018.
- (58) Labbe E, Moulin JJ, Gueguen R, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES. *La Revue de l'Ires*, 2007,53, 3-49p.
- (59) Observatoire Régional de Santé. *Santé des mères et des enfants de Paris: Etat des lieux pour la mise en place d'un schéma directeur départemental de la protection maternelle et infantile*. Septembre 2010.
- (60) Scoazec C. *Grossesse et précarité : étude descriptive du réseau Solipam*. Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme, Université Paris Descartes, Avril 2011, 84p.
- (61) Siffert I, Cordone A, Réginal M, Le Méner E, Observatoire du Samu social de Paris. *L'accès aux soins des « migrants » en Ile-de-France : une enquête auprès des centres d'hébergement d'urgence migrants en Ile-de-France, au printemps 2017*. Janvier 2018.
- (62) Bardin L. Chapitre IV. Analyse d'entretiens : vacances et téléphone. In : Bardin L, *L'analyse de contenu*. 2013. 32p. [En ligne]. <https://www-cairn-info.frodon.univ-paris5.fr/l-analyse-de-contenu--9782130627906-p-93.htm>. Consulté le 18 Avril 2018
- (63) Mucchielli A. Les éléments situationnels inducteurs. In : Mucchielli A. *Les situations de communication*. Paris : Eyrolles, 1991, 39-69p.
- (64) Le Saint Coran | The Holy Quran. [En ligne]. <http://www.saint-coran.net>. Consulté le 23 Avril 2018.
- (65) Sefarim.fr: la Bible en hébreu, en français et en anglais dans la traduction du Rabbinat avec le commentaire de Rachi. [En ligne]. <http://www.sefarim.fr>. Consulté le 23 Avril 2018.
- (66) Haute Autorité de Santé. *Recommandations pour la pratique clinique Préparation à la naissance et à la parentalité*. 2005.
- (67) Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales. Définition maternalisme. [En ligne]. <http://www.cnrtl.fr/definition/maternalisme>. Consulté le 21 avril 2018.
- (68) Proctor A, Jenkins TR, Loeb T, Elliot M, Ryan A. Patient satisfaction with 3 methods of postpartum contraceptive counseling: a randomized, prospective trial. *The Journal of Reproductive Medicine*, 2006, 51(5), 377-382p.

- (69) Van Ryn M, Saha S. Exploring unconscious bias in disparities research and medical education. *Journal of the American Medical Association*, 7 Septembre 2011, 306(9), 995-996p.
- (70) Van Ryn M, Burke J. The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients. *Social Science & Medicine*, Mars 2000, 50(6), 813-828p.
- (71) Green et al. Implicit Bias among Physicians and its Prediction of Thrombolysis Decisions for Black and White Patients. *Journal of General Internal Medicine*. Septembre 2007, 22(9), 1231–1238p.
- (72) Burgess et al. Patient race and physicians' decisions to prescribe opioids for chronic low back pain. *Social Science & Medicine*, 2008, 67, 1852–1860p.
- (73) Sauvegrain P. Des « femmes africaines » à la « mère africaine » en maternité. *Migrations Santé*, 2013, n° 146/147.
- (74) Caenen Y, Decondé C, Jabot D, Martinez C, Insee Ile-de-France. Une mosaïque sociale propre à Paris. *Insee Analyses Ile-de-France*, Février 2017, no 53.
- (75) Pourtier E. *La contraception du post-partum: satisfaction des patientes sur l'entretien contraceptif en suites de naissances*. Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme, Université d'Auvergne – Clermont 1, 2013, 61p.
- (76) Johnson LK, Edelman A, Jensen J. Patient satisfaction and the impact of written material about postpartum contraceptive decisions. *Gynecol Obstet*, 2003, 188(5), 1202-1204p.
- (77) Alardo F. Contraception en suites de couches. *Les entretiens menés en suites de couches correspondent-ils aux besoins des patientes ?* Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme, Paris Descartes, 2012, 76p.
- (78) Comede Comité pour la santé des exilés. *Migrants/étrangers en situation précaire-Soins et accompagnement Guide pratique pour les professionnels. 5^e édition*, 2015.
- (79) Potvin L, Moquet MJ, Jones C. Réduire les inégalités sociales en santé. *Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action*, 2010, 380 p.
- (80) Organisation Mondiale de la Santé. Pose immédiate d'un dispositif intra-utérin après l'accouchement. Septembre 2010. [En ligne] <https://extranet.who.int/rhl/fr/topics/fertility-regulation/contraception-2>. Consulté le 29 Avril 2018
- (81) Sauvegrain P. Toutes les femmes ont-elles accès aux séances de préparation à la naissance ? *Spirale*, 2008, 47, 167-178p.

Annexes

Annexe 1 Tableau CNGOF sur le choix de la contraception en cas de pathologie gravidique ou du post-partum immédiat

Source : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Contraception du post-partum. In : *Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Protocoles en Gynécologie Obstétrique. 3^e édition.* Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; Nov 2015, 234-238.

	Contraception œstroprogestative (pilule, patch, anneau vaginal)	Microprogestatifs	Implant sous-cutané progestatif	DIU au cuivre	DIU au lévonorgestrel	DMPA intramusculaire ou sous-cutané
Diabète gestationnel	Attendre la normalisation de la glycémie (consultation postnatale)	Oui, sans restriction	Oui, sans restriction	Oui, sans restriction	Oui, sans restriction	Attendre la normalisation de la glycémie (consultation postnatale)
Syndrome pré-éclamptique	Attendre normalisation de la TA (consultation postnatale) S'assurer de l'absence de thrombophilie en cas de forme sévère Surveillance tensionnelle sous COP	Oui, sans restriction	Oui, sans restriction	Oui, sans restriction	Oui, sans restriction	Attendre normalisation de la TA (consultation postnatale) S'assurer de l'absence de thrombophilie en cas de forme sévère Surveillance tensionnelle sous DMPA
HTA gravidique	Attendre normalisation de la TA (consultation postnatale) Surveillance tensionnelle sous COP	Oui, sans restriction	Oui, sans restriction	Oui, sans restriction	Oui, sans restriction	Attendre normalisation de la TA (consultation postnatale) Surveillance tensionnelle sous DMPA

	Contraception œstroprogestative (pilule, patch, anneau vaginal)	Microprogestatifs	Implant sous-cutané progestatif	DIU au cuivre	DIU au lévonorgestrel	DMPA intramusculaire ou sous-cutané
Hépatopathies gravidiques hors stéatose hépatique aiguë gravidique	Attendre normalisation du bilan hépatique (consultation postnatale) Surveillance du bilan hépatique après l'initiation	Attendre normalisation du bilan hépatique (consultation postnatale) Surveillance du bilan hépatique après l'initiation	Attendre normalisation du bilan hépatique (consultation postnatale) Surveillance du bilan hépatique après l'initiation	Oui, sans restriction	Attendre normalisation du bilan hépatique (consultation postnatale) Surveillance du bilan hépatique après la pose	Attendre normalisation du bilan hépatique (consultation postnatale) Surveillance du bilan hépatique après l'initiation
Stéatose hépatique aiguë gravidique	Contre-indication de principe en attendant l'avis d'un hépatologue	Contre-indication de principe en attendant l'avis d'un hépatologue	Contre-indication de principe en attendant l'avis d'un hépatologue	Oui, sans restriction	Contre-indication de principe en attendant l'avis d'un hépatologue	Contre-indication de principe en attendant l'avis d'un hépatologue
Accidents thromboemboliques veineux de la grossesse et du post-partum	Contre-indication définitive	Possible si l'accident thromboembolique veineux date d'au moins 3 mois	Possible si l'accident thromboembolique veineux date d'au moins 3 mois	Oui, sans restriction en théorie, mais risque de ménorragies sous anticoagulants	Possible si l'accident thromboembolique veineux date d'au moins 3 mois	Contre-indication définitive

	Contraception œstroprogestative (pilule, patch, anneau vaginal)	Microprogestatifs	Implant sous-cutané progestatif	DIU au cuivre	DIU au lévonorgestrel	DMPA intramusculaire ou sous-cutané
Chorioamniotite et/ou endométrite du post-partum	Oui, sans restriction	Oui, sans restriction	Oui, sans restriction	Attendre d'être à au moins 3 mois de la phase aiguë	Attendre d'être à au moins 3 mois de la phase aiguë	Oui, sans restriction
Césarienne	Oui, mais initiation au moins 6 semaines après la césarienne	Oui, sans restriction	Oui, sans restriction	Oui, pose lors de la consultation postnatale (possible également en cours de césarienne)	Oui, pose lors de la consultation postnatale (possible également en cours de césarienne)	Oui, mais initiation au moins 6 semaines après la césarienne

Annexe 2 Grille d'observation

GRILLE D'OBSERVATION : ENTRETIEN CONTRACEPTION EN SUITES DE COUCHES

Recueil de données

<p>Âge :</p> <p>Parité :</p> <p>Statut Marital :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Célibataire<input type="checkbox"/> Concubinage<input type="checkbox"/> Divorcée<input type="checkbox"/> Mariée<input type="checkbox"/> Pacsée<input type="checkbox"/> Veuve <p>Niveau d'études :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Non scolarisée<input type="checkbox"/> Collège<input type="checkbox"/> Lycée<input type="checkbox"/> Etudes supérieures <p>Activité Professionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Pas d'emploi avant la grossesse<input type="checkbox"/> Emploi récent ou pendant la grossesse<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Déclaré<input type="checkbox"/> Non déclaré <p>Nationalité :</p> <p>Pays de naissance :</p>	<p>Contexte de logement avant l'hospitalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Propriétaire<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Maison<input type="checkbox"/> Appartement<input type="checkbox"/> Locataire<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Maison<input type="checkbox"/> Appartement<input type="checkbox"/> Hôtel<input type="checkbox"/> Chez de la famille<input type="checkbox"/> Chez des amis<input type="checkbox"/> Chez une connaissance<input type="checkbox"/> Hôtel 115<input type="checkbox"/> Pas de logement fixe <input type="checkbox"/> Pas de précarité de logement mentionnée <p>Vit :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Seule<input type="checkbox"/> Avec un conjoint<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Travaille actuellement<input type="checkbox"/> Ne travaille pas actuellement<input type="checkbox"/> Avec enfant(s) à charge<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Nombre d'enfants à charge : <p>Protection sociale :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Régime obligatoire d'Assurance Maladie<input type="checkbox"/> Protection Universelle Maladie<input type="checkbox"/> Couverture maladie universelle complémentaire<input type="checkbox"/> Aide Médicale d'Etat<input type="checkbox"/> Pas de protection sociale
--	--

Recueil de données(2)

<p>Suivi médical (médecin traitant, suivi gynécologique) :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Oui<input type="checkbox"/> Non<input type="checkbox"/> Non renseigné <p>Antécédent de contraception :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Préservatifs<input type="checkbox"/> Pilule<input type="checkbox"/> Implant<input type="checkbox"/> DépoProvera<input type="checkbox"/> DIU<input type="checkbox"/> Patch<input type="checkbox"/> Anneau vaginal<input type="checkbox"/> Diaphragme<input type="checkbox"/> Spermicides<input type="checkbox"/> Cape cervicale<input type="checkbox"/> Non renseigné<input type="checkbox"/> Non <p>Grossesse souhaitée :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Oui<input type="checkbox"/> Non<input type="checkbox"/> Non renseigné <p>Préparation à la Naissance et à la Parentalité :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Oui<input type="checkbox"/> Non<input type="checkbox"/> Non renseigné	<p>Contraception de sortie prescrite :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Pilule progestative<input type="checkbox"/> Implant<input type="checkbox"/> DépoProvera<input type="checkbox"/> Pilule oestroprogestative (usage différé)<input type="checkbox"/> DIU au cuivre (usage différé)<input type="checkbox"/> DIU hormonal (usage différé)<input type="checkbox"/> Anneau vaginal (usage différé)<input type="checkbox"/> Patch (usage différé)<input type="checkbox"/> Diaphragme (usage différé)<input type="checkbox"/> Cape cervicale (usage différé)-<input type="checkbox"/> Demande de stérilisation à visée contraceptive<input type="checkbox"/> Pas de prescription de contraception<input type="checkbox"/> Usage du préservatif prévu <p>Allaitement :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Allaitement Maternel<input type="checkbox"/> Allaitement Artificiel
--	---

Forme de l'entretien

Forme de l'entretien(2)

<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> L'entretien se fait à l'occasion de la visite du jour <p>La durée de l'entretien sur la contraception était :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Pas de présentation orale<input type="checkbox"/> De 0 à 1 minute<input type="checkbox"/> De 1 à 5 minutes<input type="checkbox"/> De 5 à 10 minutes<input type="checkbox"/> Plus long que 10 minutes <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Les ordonnances étaient pré-imprimées <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> L'entretien était dédié aux ordonnances<input type="checkbox"/> Les explications venaient suite aux explications de l'ordonnance<input type="checkbox"/> L'entretien était dédié à la contraception de sortie<input type="checkbox"/> Les explications de la contraception introduisaient les explications des ordonnances <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Des informations écrites ont été délivrées	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> La sage-femme a utilisé des supports visuels parmi lesquels:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Schémas/Dessins explicatifs<input type="checkbox"/> Maquettes de contraceptifs<input type="checkbox"/> Le vocabulaire médical était utilisé<input type="checkbox"/> Les termes étaient vulgarisés<input type="checkbox"/> La sage-femme vouvoyait la patiente<input type="checkbox"/> La sage-femme tutoyait la patiente<input type="checkbox"/> La patiente vouvoyait la sage-femme<input type="checkbox"/> La patiente tutoyait la sage-femme <p><i>Dans le cas où la patiente ne parle pas français :</i></p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> La sage-femme a traduit elle-même son discours<input type="checkbox"/> La sage-femme a utilisé un outil de traduction en ligne<input type="checkbox"/> La sage-femme a utilisé un support papier pour la traduction provenant de :<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Une personne de l'entourage de la patiente était présente pour la traduction<input type="checkbox"/> Un traducteur extérieur était présent
---	---

Fiche sage-femme

Fiche sage-femme(2)

Introduction des méthodes :

- Part des contraceptions utilisées auparavant :
 - La nomme
 - Evoque sa tolérance par la patiente
- Part des connaissances de la patiente
- Part de l'allaitement choisi
- Part des spécificités du postpartum
- Part de la situation sociale de la patiente
- Part de la situation maritale de la patiente
- Part de la parité de la patiente

Méthodes mentionnées et ordre d'apparition lors de l'entretien :

- Pilule progestative :
- Implant progestatif :
- DépoProvera :
- Pilule oestro-progestative :
- DIU au cuivre :
- DIU progestatif :
- Patch oestro-progestatif :
- Anneau oestro-progestatif :
- Diaphragme :
- Cape cervicale :
- Préservatif féminin :
- Préservatif masculin :
- Spermicides :
- Méthode MAMA :
- Contraceptions définitives

- La sage-femme évoque la compatibilité de la contraception avec l'allaitement maternel
- La sage-femme évoque la compatibilité de la contraception avec le postpartum

- La sage-femme évoque la parité de la patiente
- La sage-femme évoque la situation maritale de la patiente
- La sage-femme évoque la situation sociale de la patiente

- La sage-femme évoque le remboursement de la contraception
- La sage-femme évoque la commodité d'observance de la contraception

Fiche sage-femme(3)

- La sage-femme évoque les effets indésirables suivants :
 - Prise de poids
 - Acné
 - Métrorragies
 - Ménorragies
 - Aménorrhée
 - Troubles digestifs
 - Troubles d'humeur
 - Mastodynies
 - Dysménorrhées

- La sage-femme évoque les effets secondaires suivants :
 - Dyslipidémies
 - Risque thrombo-embolique
 - Risque d'accidents cardio-artériels
 - Risque d'hypertension artérielle
 - Risque hépatobiliaire

Fiche sage-femme(4)

Dans le cas où il s'agit d'une prescription de pilule :

- La sage-femme évoque la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule :
 - L'information est donnée oralement
 - L'information est donnée par écrit

- La sage-femme délivre une prescription de contraception d'urgence

- La sage-femme explique le retour de couches
- La sage-femme explique le retour de l'ovulation
- La sage-femme évoque le lien entre le retour de l'ovulation et l'allaitement maternel

- La sage-femme évoque le rôle du préservatif dans la prévention de la transmission des infections sexuellement transmissibles

Fiche sage-femme(5)

- La prescription de la sage-femme correspond à la contraception que la patiente souhaite à la fin de l'entretien
- La prescription de la sage-femme ne correspond pas au souhait de la patiente en fin d'entretien, auquel cas :
 - La patiente ne souhaite pas de prescription de contraception et la sage-femme lui en délivre une
 - La patiente souhaite utiliser un moyen de contraception et la sage-femme délivre une ordonnance d'une contraception différente
 - La patiente souhaite un moyen de contraception et la sage-femme ne délivre aucune ordonnance de contraception

Termes spécifiques utilisés relevés :

Fiche patiente

Méthodes introduites par la patiente et leur ordre d'apparition lors de l'entretien :

- Pilule progestative :
- Implant progestatif :
- DépoProvera :
- Pilule oestro-progestative :
- DIU au cuivre :
- DIU progestatif :
- Patch oestro-progestatif :
- Anneau oestro-progestatif :
- Diaphragme :
- Cape cervicale :
- Préservatif féminin :
- Préservatif masculin :
- Spermicides :
- Méthode MAMA :
- Contraception définitive :

- La patiente est favorable à la prescription d'une contraception de sortie

Dans le cas contraire :

- La patiente informe qu'elle ne souhaite pas de prescription de contraception au début de l'entretien
- La patiente informe qu'elle ne souhaite pas de prescription de contraception à la fin de l'entretien
- La patiente évoque l'usage d'une contraception locale sans ordonnance

Fiche patiente(2)

Au cours de l'entretien, la patiente :

- A posé des questions
- N'a pas posé de question

- Recueille et recherche un choix de la sage-femme

- A évoqué sa situation familiale
- A évoqué sa situation sociale
- A évoqué sa situation maritale

Éléments requis par la patiente quant à sa contraception de sortie :

- La compatibilité avec le post partum
- Le remboursement de la contraception
- Le professionnel délivrant le moyen de contraception
- L'impact sur la fertilité future
- La commodité d'observance
- Les effets indésirables :
 - Prise de poids
 - Acné
 - Métrorragies
 - Ménorragies
 - Aménorrhée
 - Troubles digestifs
 - Troubles d'humeur
 - Mastodynie
 - Dysménorrhées
- Les effets secondaires
- La présence de menstruations

Fiche patiente(3)

Dans le cas d'un allaitement maternel

- La compatibilité avec l'allaitement maternel

Termes spécifiques utilisés relevés :

Éléments de contextualisation de l'entretien :

Heure de la journée :

Jour d'hospitalisation n° :

Présence de visites de la patiente :

Communication non verbale relevée :

Annexe 3 Exemple de retranscriptions mises en pages

Entretien 15 Madame BEN SF I

Madame BEN est une deuxième geste deuxième pare de 29 ans qui a pour antécédent un accouchement par voie basse normal à terme au Maroc en 2006.

Cette grossesse était souhaitée et a été obtenue spontanément, a eu un déroulement normal, le travail a été déclenché après une rupture prématurée des membranes à terme. Madame BEN a donné naissance à une petite fille eutrophe qu'elle allaite.

Nous la rencontrons au premier jour plein de son hospitalisation. Il est 15h30, elle est seule dans sa chambre avec son nouveau-né. La sage-femme est debout contre le lavabo, face à Mme BEN, assise en tailleur sur son lit.

La sage-femme amorce le sujet en présentant l'entretien en vue de préparer les ordonnances.

SF I : « Est-ce que vous avez réfléchi à un petit moyen de contraception ? »

Patiente 15 : « Contraception, c'est-à-dire ? »

SF I : « Est-ce que vous voulez une contraception en rentrant ? Vous savez, la pilule, le préservatif ? »

Patiente 15 : « J'ai pas pensé. Je vais prendre conseil auprès de quelqu'un. »

SF I : Demande à la patiente si elle a déjà utilisé une méthode de contraception auparavant.

Patiente 15 : Répond que ce n'est pas le cas. « Vous savez, je me suis mariée en mai donc... [rires] Bah ça fait neuf mois. »

SF I : Reprend avec la patiente. « Vous n'allaites pas ? »

Patiente 15 : « Non. »

SF I : « En premier lieu, il y a la pilule. »

Patiente 15 : « Oui. »

SF I : « Elle protège à 99,9% quand elle est bien prise. Quand quelqu'un vous dit que ça ne marche pas, et que tu risques... »

Patiente 15 : « ...Bah c'est qu'elle est mal prise [rires] »

SF I : Explique la posologie.

« Quelques petites solutions si oubli ». Donne la conduite à tenir en cas d'oubli.

Patiente 15 : Valide.

SF I : « Voilà, c'est la pilule. Après il y a différents dosages... »

Patiente 15 : « ...Et des marques. »

SF I : Valide.

« Ensuite, l'implant »

Patiente 15 : Dit qu'elle en a déjà entendu parler.

SF I : Parle du fait que cela se met dans le bras, que cela a la taille d'une allumette, que cela peut durer 3 ans.

Patiente 15 : « D'accord. »

SF I : Dit qu'il peut y avoir des effets indésirables.

Patiente 15 : « Ok. »

SF I : « Un tiers des femmes a des règles normales », parle des deux autres tiers. « Ca, pas de solution, il faut le tester pour savoir. »

Patiente 15 : « Mais si ça ne me va pas je peux l'enlever ? »

SF I : « Oui, oui, et le cycle repart. »

Patiente 15 : « D'accord, et avant trois ans. »

SF I : Valide.

Repart sur le fait qu'il y ait « trois solutions ».

Introduit le « stérilet ». Evoque la taille du dispositif. « Avec des fils ». Explique qu'il se pose le premier jour des règles, qu'il est valable entre 5 et 8 ans, que s'il ne convient pas, on peut l'enlever.

Parle des deux types de DIU. Evoque « un avec hormone, la même hormone que l'implant » avec les « mêmes effets indésirables ». Evoque « un sans hormone, au cuivre » Dit que « le cuivre tue les spermatozoïdes ».

« Pour les autres contraceptions, il y a le patch, toutes les semaines, le préservatif féminin... »

Patiente 15 : « C'est comment ? »

SF I : « Plus grand » que le masculin. Regarde sur son téléphone si elle trouve une image. Dit que c'est à la patiente de le mettre dans le vagin.

Patiente 15 : « Oh là là, non. »

SF I : « Là, comme vous venez d'accoucher » explique que ce qui est possible pour le moment ce sont la pilule et l'implant.

Patiente 15 : « Le truc qu'on met dans le bras ? »

SF I : « On peut le mettre tout de suite. »

Patiente 15 : « Ca ne risque rien de ne pas avoir ses règles régulièrement ? »

SF I : « Non. »

Patiente 15 : « Comment ça va être, est-ce que je peux les avoir 2 fois dans le mois ? »

SF I : Ré-explique les trois profils de saignements possibles.

Patiente 15 : « Et pour le stérilet ? »

SF I : « Dans un mois ou deux après l'accouchement. » Parle de la visite post-natale. Dit que « le médecin en cinq minutes le posera ».

Patiente 15 : « Il faut aussi que je vois avec mon mari. » Puis dit qu'elle serait plutôt attirée par « le truc dans le bras »

SF I : « Ok. »

Patiente 15 : Demande si l'implant est facile à poser et si cela fait mal.

SF I : Répond qu'on le pose sous anesthésie locale.

Patiente 15 : Demande si la pose laisse une petite tâche.

SF I : Répond que cela laisse une petite cicatrice.

Patiente 15 : Demande si cette cicatrice part.

SF I : Dit que la cicatrice reste, que si on est amené à en poser un autre on le posera au même endroit pour qu'il n'y ait qu'une cicatrice.

Patiente 15 : « La cicatrice, comment elle est ? »

SF I : Cherche sur Google pour pouvoir lui montrer.

Patiente 15 : « Et le stérilet, ça fait mal ? »

SF I : Souffle pour signaler qu'elle réfléchit. « Je n'en ai pas mis, je ne pourrais pas vous dire. Cela provoque quelques contractions, on vous donne des médicaments. »

Repart ensuite sur « la pilule ». Dit « La pilule, c'est tous les jours. »

Patiente 15 : « Non, ce n'est pas pour moi, je vais l'oublier, c'est sûr. »

SF I : Confirme « ce n'est pas pour vous. »

A trouvé une image d'implant posé, montre à la patiente.

Patiente 15 : « Vous l'avez essayé ? »

SF I : Répond négativement.

Patiente 15 : « Ca se met où exactement ? »

SF I : Montre sur le bras de la patiente où le dispositif se met.

Patiente 15 : « Ok, bah je vais prendre l'implant. »

SF I : Dit à la patiente qu'elle lui ramène l'ordonnance dans la journée pour pouvoir le lui poser ici.

Annexe 4 Données et caractéristiques du groupe non précaire

G/P: Gestité/Parité; PUMa: Protection Universelle Maladie; AVB: Accouchement voie basse; C: Césarienne; AM: Allaitement Maternel; AA: Allaitement Artificiel

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Groupe non précaire									
Age (ans)	26	32	24	29	30	28	26	22	30
G/P	II/II	III/II	II/II	I/I	II/II	III/III	I/I	I/I	VI/IV
ATCD IVG	0	1 (19 ans)	0	0	0	0	0	0	0
Activité salariale	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
Situation familiale	Mariée/Vit en couple	Concubinage	Mariée/Vit en couple	Pacsée/Vit en couple	Mariée/Vit en couple	Concubinage	Concubinage	Concubinage	Concubinage
Activité salariale chez le conjoint	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Nationalité	Française Algérienne	Française Sénégalaise	Française	Française	Algérienne	Française	Algérienne	Marocaine	Française
Pays de naissance	Algérie	Sénégal	France	France	Algérie	France	Algérie	Maroc	France
Précarité de logement mentionnée	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Enfants à charge	1	1	1	0	1	2	0	0	3
Protection sociale	PUMa	PUMa	PUMa	PUMa	PUMa	PUMa	PUMa	PUMa	PUMa
Protection sociale complémentaire	Mutuelle	Mutuelle	Mutuelle	Mutuelle	NR	Mutuelle	NR	NR	NR
Suivi Médical (Médecin/Sage-femme)	NR	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
ATCD de contraception renseignés	Pilule progestative	Pilule progestative / Patch	Préservatif/ Méthode Ogino	Pilule oestro-progestative	Non	Pilule progestative	Non	Pilule oestro-progestative	Pilule oestro-progestative / Pilule progestative
Grossesse souhaitée	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non
Suivi de grossesse	Ville/Hôpital	Hôpital	Hôpital	Ville/Hôpital	Hôpital	Ville/Hôpital	Hôpital	PMI/Hôpital	Ville/Hôpital
Contraception de sortie	Pilule progestative AM	Pilule progestative AM	Pas de prescription AM	Pilule progestative AM	Pilule progestative AA	Implant AM	Pas de prescription AM	Pilule progestative AM	Pilule progestative AM
Type d'allaitement	AM	AM	AM	AM	AA	AM	AM	AM	AM
Voie d'accouchement	AVB	AVB	AVB	AVB	AVB	AVB	AVB	AVB	AVB

Annexe 5 Données et caractéristiques du groupe précaire

G/P: Gestité/Parité; **PUMa:** Protection Universelle Maladie; **AVB:** Accouchement voie basse; **C:** Césarienne; **AM:** Allaitement Maternel; **AA:** Allaitement Artificiel

Groupe précaire	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Age (ans)	32	31	23	23	29	28	32	32	26	31
G/P	II/II	I/I	I/I	I/I	II/II	IV/IV	V/V	I/I	II/II	I/I
ATCD IVG	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Activité salariale	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non
Situation familiale	Mariée/Vit en couple	Mariée/Vit en couple	Célibataire	Mariée/Vit en couple	Mariée/Vit en couple	Mariée/Vit en couple	Mariée/Vit en couple	Concubinage	Mariée/Vit en couple	Mariée/Vit en couple
Activité salariale chez le conjoint	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Nationalité	Cap Verdienne	Ivoirienne	Ivoirienne	Algérienne	Marocaine	Maliennne	Algérienne	Marocaine	Algérienne	Algérienne
Pays de naissance	Cap Vert	Côte d'Ivoire	Côte d'Ivoire	Algérie	Maroc	Mali	Algérie	Maroc	Algérie	Algérie
Précarité de logement mentionnée	Non	Non	Hôtel 115	Non	Non	Hôtel 115	Hôtel 115	Non	Non	Non
Enfants à charge	1	0	0	0	1	1	4	0	1	0
Protection sociale	Non	Non	Non	AME	AME	PUMa	AME	AME	AME	Non
Protection sociale complémentaire	Non	Non	Non	Non	Non	NR	Non	Non	Non	Non
Suivi Médical (Médecin/Sage-femme)	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
ATCD de contraception renseignés	Pilule progestative	Non	Non	Non	Non	Pilule progestative	Pilule progestative	Non	Non	Non
Grossesse souhaitée	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non	Oui
Suivi de grossesse	Hôpital	Ville, à l'étranger	Ville, à l'étranger	Ville, à l'étranger	Hôpital	PMI/Hôpital	Ville/Hôpital	Hôpital	Hôpital	Ville/Hôpital
Contraception de sortie	Pilule progestative	Pilule progestative	Pas de prescription	Pilule progestative	Implant	Pilule progestative	Pilule progestative	Pilule progestative	Pilule progestative	Pilule progestative
Type d'allaitement	AM	AM	AM	AM	AM	AM	AM	AM	AM	AM
Voie d'accouchement	AVB	AVB	AVB	AVB	AVB	C	C	C	AVB	C

DROITS DE REPRODUCTION :

Le mémoire des étudiantes de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'université Paris Descartes sont des travaux réalisés à l'issue de leur formation et dans le but de l'obtention du diplôme d'Etat. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une reproduction sans l'accord des auteurs et de l'école.