

UNIVERSITE DE NANTES
UFR DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES
DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
Années universitaires 2014-2018

SATISFACTION DES PATIENTES QUANT A L'INFORMATION DELIVREE SUR LA CONTRACEPTION EN POST-PARTUM

Enquête réalisée auprès de 150 patientes ayant été hospitalisées
dans le service de Suites de Couches du CHU de Nantes

Mémoire présenté et soutenu par :

Claire DEVINEAU

Née le 29 décembre 1995

Directeur de mémoire :

Mme. Marie-Charlotte STARCK-NEVEU, Sage-femme.

REMERCIEMENTS

Je remercie,

Madame Marie-Charlotte Starck-Neveu pour son aide, sa bienveillance et sa grande disponibilité tout au long de la réalisation de ce travail.

L'ensemble de l'équipe enseignante de l'Ecole de Sages-Femmes de Nantes et plus particulièrement Madame Pascale Garnier pour son soutien et ses conseils.

Toutes les femmes ayant accepté de contribuer à cette étude, pour leur investissement et le temps accordé à ce travail.

Mesdames Solenn Carvalho et Françoise Aragot, sages-femmes cadres dans le service de suites de couches du CHU de Nantes lors de la réalisation de cette étude, pour leur appui et leur disponibilité.

L'ensemble des équipes de suites de couches pour avoir facilité le recrutement des femmes participant à l'étude.

Mes proches et en particulier mes parents pour leur soutien et leur compréhension durant ces cinq années d'études.

Mes amies étudiantes sages-femmes pour leur présence, leur soutien et leurs conseils tout au long des quatre ans passés ensemble.

LISTE DES ABREVIATIONS

DIU : Dispositif Intra-Utérin (ou stérilet)

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

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

HAS : Haute Autorité de Santé

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

IST : Infection Sexuellement Transmissible

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

PRADO : Programme d'Accompagnement du retour à Domicile

ARE : Allocation d'aide au Retour à l'Emploi

RAD : Retour A Domicile

SDC : Suites De Couches

VPN : Visite Post-Natale (ou consultation post-natale)

FIV : Fécondation In Vitro

IUI : Insémination Intra-Utérine

IS : Induction Simple (de l'ovulation)

AVB : Accouchement par Voie Basse

IGH : Infection Génitale Haute

GEU : Grossesse Extra-Utérine

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

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PARTIE I – GENERALITES	2
I – LA PERIODE DU POST-PARTUM	2
II – REPRISE DE LA SEXUALITE EN POST-PARTUM	2
III – RETOUR A LA FECONDABILITE EN POST-PARTUM.....	3
IV – PRESCRIPTION ET UTILISATION DE LA CONTRACEPTION EN FRANCE	3
1) CADRE LEGAL ET COMPETENCES DE LA SAGE-FEMME EN MATIERE DE CONTRACEPTION.....	3
2) PRATIQUES DE LA PRESCRIPTION DE LA CONTRACEPTION	3
3) FREINS A L'ACCES A LA CONTRACEPTION.....	5
4) RECOURS A L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE	7
V – RECOMMANDATIONS POUR LA PRESCRIPTION D'UNE CONTRACEPTION EN POST-PARTUM	8
1) PRE-REQUIS A LA PRESCRIPTION D'UNE CONTRACEPTION	8
2) METHODES DE CONTRACEPTION DISPONIBLES EN POST-PARTUM	9
a) Les méthodes barrières	9
b) La pilule microprogestative	10
c) L'implant contraceptif sous-cutané.....	11
d) Le dispositif intra-utérin.....	11
e) Les méthodes naturelles.....	12
f) Les injections intra-musculaires de progestatifs	13
g) Les macroprogestatifs par voie orale.....	13
h) Les méthodes hormonales oestro-progestatives.....	13
i) La contraception définitive ou stérilisation à visée contraceptive.....	13
j) La contraception d'urgence	14
k) Rappels sur l'indice de Pearl	15
3) CAS PARTICULIER DES PATHOLOGIES GRAVIDIQUES	15
a) Cholestase gravidique	15
b) Événement thrombotique	15
c) Hypertension artérielle gravidique et pré-éclampsie.....	15
d) Diabète gestationnel.....	15
4) INFORMATION DES PATIENTES	16
a) Contenu de l'information	16
b) Démarche de counseling et démarche éducative	16
5) CONSULTATION POST-NATALE ET SUIVI DE LA CONTRACEPTION.....	17
PARTIE II – PRESENTATION DE L'ETUDE.....	18
I – PROBLEMATIQUE	18
II – OBJECTIFS.....	18
III – MATERIEL ET METHODE.....	19
1) POPULATION ETUDIEE ET LIEU DE L'ETUDE	19
2) CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION	20
3) RECUEIL DE DONNEES.....	21
4) SAISIE ET ANALYSE INFORMATIQUE DES DONNEES	22
IV – RESULTATS.....	22
1) DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON.....	22
a) Caractéristiques socio-économiques.....	22
b) Antécédents	23
c) Déroulement de la grossesse et de l'accouchement.....	24
d) Déroulement des suites de couches.....	25
2) EXAMEN DE SORTIE.....	26

a) Professionnel ayant réalisé l'examen de sortie	26
b) Etat clinique général	26
c) Type de sortie	26
d) Accompagnement du retour à domicile	26
e) Contraception prescrite	27
f) Consultation post-natale	27
3) SUIVI GYNECOLOGIQUE ET CONTRACEPTION AVANT LA GROSSESSE	28
4) REPRISE DE LA SEXUALITE EN POST-PARTUM	30
a) Délai de reprise de la sexualité en post-partum dans notre étude	30
b) Information délivrée aux patientes concernant la reprise de la sexualité	30
5) CONTRACEPTION DU POST-PARTUM EN PRATIQUE : UTILISATION ET INFORMATION	32
a) Observance de la contraception en post-partum	32
b) Modalités d'information durant la grossesse et en post-partum	35
c) Satisfaction quant à l'information délivrée à la maternité	38
6) CONNAISSANCES DES PATIENTES CONCERNANT LA FECONDABILITE EN POST-PARTUM ET L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION	46

PARTIE III – DISCUSSION..... 49

I – CRITIQUE DE NOTRE ETUDE 49

1) FORCES DE NOTRE ETUDE	49
2) FAIBLESSES DE NOTRE ETUDE	49

II – PRINCIPAUX RESULTATS ET COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE 51

1) MODALITES DE DELIVRANCE DE L'INFORMATION	51
2) CRITIQUE DE L'INFORMATION DELIVREE DU POINT DE VUE DES PATIENTES	52
3) MISE EN EVIDENCE D'UNE « NORME CONTRACEPTIVE » DANS LA CONTRACEPTION CHOISIE EN POST-PARTUM	53
4) OBSERVANCE DE LA CONTRACEPTION EN POST-PARTUM	54
5) IDENTIFICATION ET GESTION DES SITUATIONS A RISQUE DE GROSSESSE	55

III- RESULTATS SECONDAIRES..... 56

1) SUIVI ET INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION AVANT LA NAISSANCE	56
2) DETERMINANTS DU CHOIX CONTRACEPTIF DES PATIENTES	57
3) IMPORTANCE DU CHOIX AUTONOME DES PATIENTES	57
4) INFORMATION SUR LA REPRISE DE LA SEXUALITE EN POST-PARTUM	57
5) TRAÇABILITE DE L'INFORMATION	58

III – REEVALUATION DE NOS HYPOTHESES..... 58

IV – PISTES D'AMELIORATION ET APPLICATIONS POUR LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME..... 59

1) PLACE DE LA SAGE-FEMME DANS LE SUIVI DE LA CONTRACEPTION	59
2) AXES D'AMELIORATION ENVISAGES A LA SUITE DE NOTRE ETUDE	60

CONCLUSION..... 62

BIBLIOGRAPHIE 63

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

ANNEXES

INTRODUCTION

En 2016, 92% des femmes déclaraient recourir à une méthode de régulation des naissances. Parmi elles, 71,8% utilisaient un moyen de contraception dit médicalisé [1]. Malgré ce taux important de couverture contraceptive, le nombre global d'IVG réalisées en France chaque année reste élevé avec plus de 210 000 IVG effectuées en 2016 [2].

Dans la période du post-partum, cette problématique reste d'autant plus présente. En effet, en 2015, on constatait que 2% des femmes ayant eu recours à une IVG avaient eu une naissance vivante dans les 6 mois précédents et 4% entre 6 et 12 mois auparavant, ce qui correspond à environ 12 000 IVG réalisées dans la première année suivant la naissance [3].

Plusieurs études ont révélé un défaut d'observance de la contraception en post-partum. Ainsi, une enquête menée par F. Blangis en 2011 au CHU de Nantes démontrait qu'environ 30% des femmes s'étant vues prescrire une contraception avant la sortie de la maternité ne l'utilisaient pas lors de la consultation post natale, 6 à 8 semaines après [4]. Une autre étude réalisée en 2004 au centre hospitalier du Mans retrouvait un taux de 22% d'inobservance de la contraception après le retour à domicile [5].

Ces difficultés d'utilisation de la contraception nous amènent ainsi à nous interroger sur les causes de ces échecs mais aussi sur la qualité de l'information délivrée en post-partum quant à la reprise d'une contraception.

En ce sens, la HAS a redéfini en 2015 les critères nécessaires à la délivrance d'une information complète et adaptée lors de la prescription d'une contraception, notamment en post-partum. L'ensemble des professionnels de santé concernés, doit ainsi être en mesure de réaliser la meilleure information possible pour permettre un choix de contraception en adéquation avec les besoins et les souhaits de chaque femme et de chaque couple [6][7].

L'objectif de notre travail est ainsi d'évaluer la satisfaction des femmes quant à l'information donnée sur ce sujet au CHU de Nantes. Il a également pour objectif de déterminer l'impact de la qualité de cette information sur l'observance et l'utilisation quotidienne de la contraception choisie en post-partum. Pour ce faire, nous avons réalisé une étude rétrospective monocentrique à l'aide de questionnaires de satisfaction destinés aux patientes ayant séjourné dans le service de suites de couches du CHU de Nantes. Nous exposerons ici les notions principales relatives à notre sujet, le protocole de mise en œuvre de notre étude, ses résultats ainsi que les évolutions qu'elle permet d'envisager.

PARTIE I – GENERALITES

I – La période du post-partum

Le terme post-partum caractérise la période s'étendant de la délivrance – ou l'expulsion du placenta après l'accouchement – au retour de la menstruation, qui survient en moyenne 6 à 8 semaines après la naissance ; et ce en l'absence de toute contraception hormonale.

Il se subdivise en trois temps. Tout d'abord, le post-partum immédiat correspondant aux deux heures suivant l'accouchement, puis le post-partum secondaire qui s'étend jusqu'au 16^{ème} jour et enfin, le post-partum tardif, du 16^{ème} ou 45^{ème} jour après la naissance.

Cette période est marquée par d'importants bouleversements pour la femme, tant au niveau physique que psychique. C'est durant cette phase que l'organisme, ses paramètres biologiques et morphologiques, reviennent à leur état antérieur à la grossesse et que la lactation s'établit.

II – Reprise de la sexualité en post-partum

En 2010, une étude menée par l'INPES montrait une reprise progressive d'une activité sexuelle chez les femmes dans la période du post-partum. Ainsi, le délai moyen de reprise d'une sexualité active se situait entre 6 et 8 semaines après la naissance. La proportion de femmes ayant repris une activité sexuelle était estimée entre 9 et 17% avant la 6^{ème} semaine du post-partum, entre 66 et 94% à 2 mois et entre 88 et 95% à 3 mois [8]. De même, une seconde étude estimait ce délai à 5 semaines et demie après l'accouchement [9].

Plusieurs études constatent, par ailleurs, une reprise de la sexualité plus tardive chez les femmes pratiquant un allaitement maternel, associée à un désir sexuel moindre par rapport aux femmes n'allaitant pas [8][9]. Cela pourrait s'expliquer par des taux plus élevés de prolactine chez ces femmes, hormone décrite comme responsable d'une baisse de désir et de plaisir sexuel [10]. Pour certains auteurs, l'état périnéal ainsi que la voie d'accouchement sembleraient également influencer ce délai, les femmes ayant accouché par césarienne ou par voie basse sans lésions périnéales semblant retrouver une activité sexuelle plus précocement [9][11]. En ce sens, même après un accouchement physiologique, un syndrome d'étirement et de relâchement des structures périnéales peuvent être observés, expliquant une diminution des sensations et de plaisir sexuel [10]. A cela s'ajoutent la fatigue, le manque de disponibilité, l'appréhension ou encore les bouleversements corporels qui peuvent rendre la sexualité plus difficile en post-partum. Les femmes multipares reprendraient également des rapports sexuels plus tôt que les femmes nullipares [9].

III – Retour à la fécondabilité en post-partum

Le retour de la menstruation, signant la fin de la période du post-partum, se situe entre la 6^{ème} semaine après l'accouchement, pour certains auteurs, et la fin du deuxième mois, pour d'autres [3][8][12]. La date moyenne de survenue de l'ovulation est quant à elle établie en moyenne entre le 45^{ème} et le 94^{ème} jour suivant la naissance. Il a, toutefois, été démontré qu'elle peut survenir chez certaines femmes dès le 25^{ème} jour du post-partum, et ce même en l'absence de retour de la menstruation – elle la précéderait, par ailleurs, dans 20 à 71% des cas [12].

IV – Prescription et utilisation de la contraception en France

1) Cadre légal et compétences de la sage-femme en matière de contraception

Le 28 décembre 1967, la Loi Neuwirth octroie pour la première fois aux femmes la possibilité de maîtriser leur fécondité en posant le principe du droit à l'accès à une contraception adaptée ainsi qu'à une information appropriée sur celle-ci [13].

Cette loi a, en outre, été réaffirmée par la Loi du 9 août 2004 sur la politique de santé publique [13].

La sage-femme a, quant à elle, un rôle prépondérant à jouer en matière de régulation des naissances et, plus largement, de suivi gynécologique de prévention dans son ensemble. L'article L. 4151-1 du Code de la Santé Publique précise, en ce sens, que « *l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention ainsi que d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique* » [14].

Le Code de la Santé Publique stipule, de surcroît, que « *la sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage des pathologies concernant : les femmes à l'occasion du suivi gynécologique de prévention et de la réalisation de consultations de contraception ; l'insertion, le suivi, le retrait des dispositifs intra-utérins et des implants contraceptifs* » [15]. Les actes relatifs à l'insertion et au retrait d'implants contraceptifs et de DIU ont, en ce sens, été ajoutés à la nomenclature générale des actes professionnels attribués aux sages-femmes par la Décision du 14 février 2013 [16].

2) Pratiques de la prescription de la contraception

Selon, le baromètre santé établi par l'INPES en 2016, excepté les femmes enceintes ou présentant une stérilité connue, 92% des femmes sexuellement actives

ayant un partenaire masculin et ne souhaitant pas de grossesse utilisaient un moyen de contraception régulier [1]. En 2013, la HAS concluait quant à elle à une meilleure couverture contraceptive avec seulement 3% d'absence de contraception chez les femmes ne souhaitant pas de grossesse [13].

On observe, d'autre part, une augmentation du taux de recours à la contraception dans la dernière décennie puisque le taux de femmes utilisant régulièrement une méthode contraceptive dite moderne (pilule, DIU, implant, patch transdermique ou anneau vaginal) était seulement de 65% en 2006 [17].

Parmi les différentes méthodes de contraception disponibles, ce même baromètre constatait un recours en diminution mais toujours majoritaire à la contraception hormonale par voie orale, avec 36,5% d'utilisation chez les femmes de 15 à 49 ans. Le DIU était employé par 25,6% de ces femmes et le préservatif par 18,8% [1]. Les autres méthodes – comprenant le patch, l'implant, l'anneau vaginal, la contraception hormonale par voie injectable, la contraception définitive, les méthodes locales et naturelles – restaient très minoritaires avec des taux d'utilisation inférieurs à 5% dans l'étude de 2013 comme dans celle de 2016 [13][1]. La HAS notait, également, une diminution globale du recours à la pilule contraceptive depuis les années 2000 au profit de nouvelles méthodes hormonales, en particulier de l'implant contraceptif. Selon la même étude, 6% des femmes avaient recours à une méthode de contraception dite naturelle [13].

En outre, si le recours à une contraception hormonale orale restait majoritaire, il était intéressant de constater la persistance d'un schéma récurrent d'évolution des moyens contraceptifs utilisés, en fonction de l'âge et des différentes étapes de la vie sexuelle des femmes en France. On parle ainsi classiquement de « norme contraceptive » pour évoquer les différentes pratiques contraceptives socialement valorisées lors de ces diverses phases.

En ce sens, entre 2010 et 2016, la HAS et l'INPES relevaient une utilisation prépondérante du préservatif, de la pilule contraceptive ou de l'association de ces deux méthodes chez les jeunes-femmes en début de vie sexuelle. Le préservatif était effectivement employé par 29,6% des 15-19 ans et 16% l'utilisaient en association avec une pilule [1]. Il était ensuite abandonné pour laisser place à une contraception orale seule une fois la vie sexuelle régularisée [13]. Le recours à une pilule contraceptive concernait ainsi 52,6% des 20-24 ans et 43,8% des 25-29 ans [1]. Son utilisation se trouvait enfin réduite au profit du DIU, principalement après la naissance d'un premier enfant et d'autant plus que le nombre d'enfants souhaité par le couple était atteint [18]. On constatait ainsi une utilisation du DIU chez seulement 1% des femmes nullipares contre 20% chez les femmes ayant un enfant et 40% chez celles ayant au moins deux enfants [13]. Le DIU était ainsi la méthode contraceptive la plus employée à partir de 30 ans puisqu'il concernait 34,7% des femmes sous contraceptif à cette période [1]. Les dernières

recommandations pour la pratique clinique du CNGOF décrivent, par ailleurs, le DIU comme une méthode de choix chez la femme multipare [19].

On retrouvait, d'autre part, un très faible taux de recours à la contraception définitive chez les femmes ne souhaitant plus de grossesse ; ce taux restant inférieur à 4% chez les femmes et à 1% chez les hommes dans la population générale selon la HAS [13]. L'INPES retrouvait également un taux de 4,5% d'utilisation chez les femmes de 15 à 49 ans [1]. Cela s'opposait aux pratiques contraceptives retrouvées dans d'autres pays où la contraception définitive était davantage choisie, à hauteur de 29,9% au niveau mondial, selon l'INED en 2013 [20].

Concernant l'utilisation de la contraception en post-partum, les méthodes orales restaient majoritairement prescrites à la sortie de la maternité, à plus de 50% chez différents auteurs. Elle était suivie du préservatif, utilisé par environ 20% des patientes pour plusieurs études et par le DIU, chez 7,2 à 13,5% [4][11][21][22][23][24]. Une étude nantaise montrait, en 2011, un recours à l'implant à hauteur d'environ 6%, et ce davantage pour des femmes présentant une situation socio-économique dite précaire [4]. On notait, par ailleurs, un recours très faible à la MAMA dans la plupart des études [4][11][21][22][23][24]. Il est important de noter que le taux global de prescription d'une contraception restait également plus faible qu'en population générale, avec 6 à 25% des femmes ne bénéficiant d'aucun contraceptif à la sortie de la maternité [4][11][21][22][23]. De plus, différentes enquêtes menées sur l'observance de la contraception en post-partum ces dernières années montraient un taux de non-observance situé autour de 30 à 35% [4][5][22][24]. La période du post-partum apparaît ainsi comme une phase de particulière vulnérabilité à l'échec contraceptif.

3) *Freins à l'accès à la contraception*

En 2013, une étude menée par la HAS [13] mettait en lumière différents obstacles à l'accès à une méthode de contraception adaptée à chaque patiente, relevant à la fois de facteurs propres aux patientes, aux couples mais également aux professionnels de santé prescripteurs.

Concernant les usagers de la contraception, tout d'abord, on notait principalement un défaut d'information et un ensemble de croyances pouvant entraver le recours à une méthode contraceptive adaptée et efficace.

Ainsi, on constatait une méconnaissance globale de la fertilité se traduisant par une sous-estimation du risque de grossesse, principalement chez les adolescentes, mais aussi à proximité de la ménopause et en post-partum – dans ce cas liée, entre autres, à une méconnaissance des conditions nécessaires au maintien de l'effet contraceptif de

l'allaitement maternel¹ – ou en post-abortum. On notait, de surcroît, un défaut d'interprétation des connaissances acquises sur ce sujet lors de la scolarité chez les adolescents et les jeunes adultes qui n'identifiaient comme période à risque que le moment théorique de l'ovulation, sans prise en compte de l'irrégularité éventuelle des cycles menstruels. Les périodes de transition entre deux méthodes de contraception semblaient également plus à risque d'échec.

Cette problématique relevait également de facteurs culturels, religieux ou philosophiques. On notait effectivement la persistance de diverses croyances associées aux contraceptifs, notamment au sujet des effets secondaires qui leur étaient attribués. Parmi ceux-ci, on retrouvait plus fréquemment la prise de poids, la baisse de la libido avec une contraception hormonale et du plaisir sexuel avec les méthodes barrières notamment. Le DIU était quant à lui associé à une action abortive, à un risque de stérilité ou à un aspect trop intrusif au même titre que d'autres méthodes comme l'implant contraceptif par exemple. Le faible recours aux méthodes de stérilisation pouvait, de la même manière, s'expliquer par une crainte de diminution des performances sexuelles chez les hommes. Le choix contraceptif semblait aussi lié à la norme sociale contraceptive vue précédemment, le préservatif étant associé au multipartenariat et le DIU restant réservé aux femmes ayant au moins un enfant. On observait un rejet croissant de la médicalisation, la contraception étant alors ressentie comme « anti-naturelle ».

Ces difficultés semblaient également relever d'une ambivalence associée au désir d'enfant chez les femmes. Celle-ci pourrait, en effet, conditionner l'expression d'un besoin contraceptif auprès d'un professionnel de santé tout comme le choix d'une méthode de contraception et sa bonne utilisation par la suite.

Les contextes de dépendance affective, sexuelle, matérielle, psychologique ou encore les situations de violences conjugales étaient, en outre, des éléments identifiés comme des causes de défaut ou d'échec de contraception (dissimulation de la contraception au conjoint, par exemple). Il apparaît donc comme fondamental pour le professionnel prescripteur de dépister et de prendre en compte ces situations dans la prise en charge médicale et contraceptive des patientes concernées.

On constatait, de la même manière, une difficulté dans le choix et l'utilisation de la contraception en cas d'instabilité affective ou sexuelle, par exemple chez les patientes en couple ayant des rapports sexuels épisodiques, les jeunes-femmes en début de vie sexuelle ou les femmes plus âgées célibataires ou encore dans un contexte de rupture conjugale.

Le manque d'adhésion du partenaire à la contraception choisie pouvait également entraîner plus d'échecs. En effet, plus de la moitié des femmes décidaient seules de leur

¹ Voir V - Recommandations pour la prescription d'une contraception en post-partum/2) Méthodes de contraception disponibles/e) Les méthodes naturelles; p. 12-13

moyen de contraception mais leur choix était souvent influencé par les préférences de leur partenaire, qu'elles aient été clairement exprimées par celui-ci ou simplement anticipées par la femme. Il est important de souligner que le manque d'adhésion du partenaire à la démarche contraceptive doit faire exclure les méthodes nécessitant sa vigilance (préservatif masculin, méthodes naturelles par exemple).

A cela s'ajoutaient, par ailleurs, des contraintes économiques et géographiques liées à l'accès à une couverture maladie et complémentaire ainsi qu'à la démographie de l'offre médicale et à des contraintes liées au mode de vie chez les femmes ayant des horaires de travail décalés rendant difficile la prise d'une contraception journalière, par exemple.

Si de nombreux freins à l'obtention et à la réussite d'une contraception étaient retrouvés chez les usagers, il en existait également du côté des professionnels de santé.

De ce fait, la HAS retrouvait les mêmes problématiques concernant les représentations de la sexualité et de la régularité des rapports sexuels à certaines périodes telles que le post-partum ou à proximité de la ménopause notamment.

D'autre part, il apparaissait que l'élément principalement mis en avant par les professionnels lors de la prescription d'une contraception résidait dans l'efficacité théorique de cette dernière, davantage que dans le contexte de vie propre à chaque patiente.

La même étude remarquait aussi une réticence persistante à évoquer la contraception définitive relevant à la fois d'implications culturelles (difficulté à porter atteinte à l'intégrité corporelle) et d'une méconnaissance de la loi du 4 juillet 2001 autorisant sa réalisation.

La HAS mettait, enfin, l'accent sur l'insuffisance de formation continue des professionnels responsable d'un manque de connaissances techniques ainsi que de pratiques encore trop systématiques, nécessitant d'être davantage adaptées individuellement. Le baromètre sur les pratiques des médecins généralistes réalisé en 2009 par l'INPES révélait, d'autre part, que la prévention concernant la vie affective et sexuelle étaient considérées par ces-derniers comme l'un des paramètres faisant le moins partie de leur rôle [25].

4) Recours à l'Interruption Volontaire de Grossesse

Malgré le taux important de couverture contraceptive dans la population française des femmes ne souhaitant pas de grossesse, on observe que le taux d'IVG reste stable avec plus de 200 000 IVG réalisées chaque année sur l'ensemble du territoire. Cette discordance entre utilisation de la contraception et taux de survenue de grossesses non désirées pourrait alors s'expliquer, selon l'INPES, par le manque d'adéquation entre la situation personnelle de chaque femme et la contraception choisie. Il rappelle, en ce sens,

l'importance de la situation affective, du mode de vie et du rapport au corps, qui semblent déterminants dans le choix d'une contraception adaptée et personnalisée [26].

Plus précisément, d'après les dernières données françaises publiées en 2015 par le CNGOF, 2% des femmes ayant eu recours à l'IVG avaient eu une naissance vivante dans les 6 mois précédents et 4% entre 6 et 12 mois auparavant [3]. Il semble donc nécessaire de réfléchir au mode de délivrance de l'information concernant la contraception dans les suites d'un accouchement, au moment préférable pour l'évoquer et aux professionnels en charge de cette information [14].

Une étude réalisée en 2014 auprès de 372 patientes montrait, en outre, que ni les conditions socio-économiques, ni les antécédents d'IVG n'influaient sur le taux d'IVG dans l'année suivant l'accouchement. Parmi les causes déclarées de ces IVG, 62,1% étaient dues à un échec de contraception, 23,1% à une absence de contraception et 13,2% à un abandon de la méthode choisie. La contraception d'urgence n'avait été utilisée que par 21,6% de ces femmes [27].

V – Recommandations pour la prescription d'une contraception en post-partum

1) Pré-requis à la prescription d'une contraception

De manière générale et selon les recommandations de la HAS [28], toute prescription d'une méthode de contraception doit faire l'objet d'une consultation médicale ciblée comportant à la fois un temps d'entretien, un examen clinique et éventuellement la prévision d'une surveillance biologique associée.

Le praticien se doit, en ce sens, d'explorer le contexte médical mais aussi socio-économique propre à chaque patiente. En post-partum, cela comprend, l'âge, la profession, les habitudes de vie (tabagisme, pratique sexuelles et facteurs de risque d'IST), l'expérience passée de la contraception, l'éventualité d'une grossesse en cours, l'allaitement maternel, le nombre d'enfants atteint et souhaité et les antécédents de fausses couches spontanées ou d'IVG. Les antécédents médicaux sont aussi à explorer au niveau familial (accidents thrombo-emboliques, cancers gynécologiques) et personnels (similaires aux antécédents familiaux à rechercher et pathologies gynécologiques, hépatique, obésité, allergies...) ainsi que les antécédents chirurgicaux, gynéco-obstétricaux (antécédents d'IST, de grossesse extra-utérine, de cancer gynécologique, de pathologie ou de chirurgie utérine, trophoblastique ou vaginale) et les possibles traitements en cours. L'INPES précise, en ce sens, que la période de la grossesse et du post-partum doit être propice à réévaluer l'adéquation de la contraception avec la réalité quotidienne de chaque femme [29].

L'examen clinique en post-partum doit comprendre un examen général (mesure de la tension artérielle...) et se concentrer particulièrement sur l'examen gynécologique afin de dépister une éventuelle anomalie pouvant être consécutive à l'accouchement.

La consultation de contraception doit, de surcroît, permettre d'organiser une prise en charge à plus long terme afin de réévaluer l'adéquation de la méthode avec le mode de vie et les attentes de chaque femme, la satisfaction ainsi que l'observance et la tolérance à la méthode choisie. C'est ainsi l'occasion de contrôler les connaissances des patientes ou des couples concernant le mode d'utilisation de leur contraception ainsi que de la conduite à adopter en cas d'oubli ou d'échec de celle-ci. La survenue de modifications de la situation médicale, affective ou sociale pouvant impacter l'adéquation à la contraception préalablement choisie doit alors être recherchée. Il est, enfin nécessaire de dépister l'apparition de facteurs de risque médicaux, et notamment quant à la prévention du tabagisme et des IST [28].

Concernant la prescription d'une contraception en post-partum, la HAS souligne la nécessité de prendre en compte trois facteurs principaux : l'allaitement maternel, la majoration du risque thrombo-embolique veineux qui persiste jusqu'à 42 jours après l'accouchement et les éventuelles pathologies survenues durant la grossesse telles que l'hypertension artérielle gravidique, la pré-éclampsie, le diabète gestationnel ou un antécédent de phlébite, notamment [6]. Le CNGOF ajoute en 2015 la nécessité de débuter une contraception efficace dès le 21^{ème} jour du post-partum chez les femmes souhaitant une contraception, qui doit donc être prescrite dès la sortie de la maternité. De la même manière, pour les femmes envisageant la pose d'un DIU lors de la consultation post-natale², celui-ci doit être de préférence prescrit à la maternité. Par ailleurs, l'insertion de dispositifs contraceptifs à longue durée d'efficacité tels que l'implant ou le DIU est à discuter chez les femmes risquant de ne pas réaliser de suivi de leur contraception par la suite. Enfin, en l'absence de données disponibles en population générale et par accord professionnel, la prescription systématique d'une contraception d'urgence n'est pas à recommander dès la sortie de la maternité [3].

2) Méthodes de contraception disponibles en post-partum

a) Les méthodes barrières

Elles regroupent les préservatifs masculin et féminin, le diaphragme, la cape cervicale et les spermicides. Leur effet contraceptif repose sur leur fonction de « barrière » mécanique ou chimique au passage du sperme dans les voies génitales féminines.

Parmi ces méthodes, seul le préservatif peut être préconisé de prime abord. Il doit être utilisé lors de tous les rapports sexuels et ce quelle que soit la période du cycle. Son efficacité est moindre que celle des méthodes hormonales ou du DIU, il est donc nécessaire que les deux partenaires aient bénéficié d'un apprentissage spécifique et aient

² Voir V – Recommandations pour la prescription d'une contraception en post-partum/5) Consultation post-natale et suivi de la contraception ; p. 18

bien compris son mode d'utilisation³. Il en existe de deux compositions, en latex ou en polyuréthane. Sauf en cas d'allergie, le latex doit être choisi de préférence afin de limiter les risques de rupture ou de glissement, supérieurs avec le polyuréthane. La HAS préconise, en ce sens, la délivrance d'une information complète sur le mode d'emploi de cette méthode ainsi que sur l'attitude à adopter en cas d'échec (rupture ou glissement). La contraception d'urgence est donc à évoquer en particulier en cas de choix de cette contraception. Il est, enfin, nécessaire de l'associer à toute autre contraception en cas de nécessité de protection contre les infections sexuellement transmissibles puisqu'il s'agit de la seule méthode présentant cette capacité.

Les autres méthodes barrières sont contre-indiquées avant le 42^{ème} jour du post-partum [6][19][30].

b) La pilule microprogestative

Son action contraceptive s'exerce par la modification de la glaire cervicale la rendant impropre au passage des gamètes masculins, une atrophie de l'endomètre empêchant la nidation ainsi qu'un effet antigonadotrope et de diminution de la motilité ciliaire selon le composant actif. Il s'agit d'une méthode utilisable en post-partum à partir du 21^{ème} jour suivant l'accouchement en l'absence de contre-indications, à savoir : un accident thrombo-embolique veineux évolutif, des saignements génitaux persistants inexplicables, un antécédent de cancer du sein ou de l'utérus, une pathologie hépatique sévère actuelle ou ancienne. Elle peut être composée de lévonorgestrel ou de désogestrel et est également compatible avec un allaitement maternel (et doit dans ce cas être débutée à la même date). Il s'agit d'une méthode de contraception journalière continue, prise à intervalles réguliers. Un retard de prise sans risque de grossesse peut être toléré. Il est variable selon la molécule utilisée et est respectivement défini à 3 et 12 heures pour le lévonorgestrel et le désogestrel. Au-delà de ce délai, il existe un risque de grossesse en cas de rapports sexuels dans les 5 jours précédant l'oubli mais aussi durant les 7 jours suivants. Une contraception d'urgence devra donc être utilisée dans le premier cas et l'utilisation de préservatifs est recommandée durant les 7 jours suivant l'oubli, délai nécessaire pour recouvrer une efficacité contraceptive. Il est important de rappeler que cette efficacité peut se trouver diminuée en cas de diarrhées, de vomissements ou d'interaction médicamenteuses (millepertuis, anti-convulsionnants, anti-protéases, rifampicine, rifabutine, bosentan, griséofulvine, modafinil, orlistat) [6][19][30][31][32].

L'efficacité théorique de cette contraception la place parmi les méthodes décrites comme très efficaces mais son efficacité en utilisation courante est significativement réduite. Cela démontre l'importance à accorder à la réalisation d'une information complète

³ Voir Annexe I : Indices de Pearl des différentes méthodes de contraception selon l'OMS, en 2011 ; p. I

concernant à la fois ses conditions d'utilisation au quotidien, les situations à risque d'échec contraceptif et les possibilités de rattrapage le cas échant⁴ [33].

Cette méthode est principalement susceptible d'entraîner des troubles menstruels, à type de métrorragies, spottings ou aménorrhée. Il est important de souligner auprès des patientes que cela ne doit pas entraîner l'arrêt de la contraception sans avis médical [6]. Selon le CNGOF, la persistance de ces effets secondaires peut contre-indiquer sa poursuite [19].

c) L'implant contraceptif sous-cutané

Ce dispositif contient un progestatif de synthèse nommé étonogestrel. Il agit par libération prolongée de cette hormone de synthèse avec des mécanismes d'action similaires à ceux de la pilule microprogestative. Il fait partie des méthodes de contraception à longue durée d'action puisqu'il est efficace jusqu'à 3 ans. Il présenterait ainsi un intérêt particulier chez les femmes connaissant des difficultés d'observance de leur contraception [34]. La HAS souligne, par ailleurs, la nécessité de prise en compte du risque de troubles menstruels qui, comme pour la pilule microprogestative, est susceptible d'entraîner un arrêt prématuré de la contraception [6]. L'implant peut être posé dès les premiers jours suivant l'accouchement, ou plus tard sous réserve pour le praticien de s'être assuré au préalable de l'absence de grossesse et d'informer la patiente du délai de 7 jours nécessaire à son efficacité. L'implant contraceptif fait partie des contraceptifs les plus fiables disponibles⁵ ; son efficacité n'étant pas soumise aux aléas liés à un mode d'utilisation quotidien, elle n'est pas diminuée en usage courant. Il présente les mêmes contre-indications que les progestatifs utilisés par voie orale [6][19][30][31][32].

d) Le dispositif intra-utérin

Il en existe deux types : le DIU hormonal contenant du lévonorgestrel et le DIU au cuivre, ne contenant pas d'hormones. Le DIU hormonal présente, comme les autres méthodes progestatives, un effet sur la glaire cervicale, l'endomètre et d'inhibition de l'ovulation. Le DIU au cuivre a, quant à lui, un effet anti-nidatoire par son action sur l'endomètre et anti-conceptionnel lié à sa toxicité sur les gamètes. La pose d'un DIU est envisageable à partir de la fin du premier mois du post-partum mais également dans les 48 heures suivant la naissance dans le cas du DIU au cuivre, bien que cela ne soit pas couramment pratiqué en France. Il s'agit également d'une méthode compatible avec un allaitement maternel. Son efficacité est, au même titre que celle de l'implant, l'une des plus satisfaisantes. Elle n'est que très peu diminuée en utilisation courante, notamment à cause des risques de migration ou d'expulsion du dispositif après la pose⁵. Sa durée

⁴ Voir Annexe I : Indices de Pearl des différentes méthodes de contraception selon l'OMS, en 2011 ; p. I

⁵ Voir Annexe I : Indices de Pearl des différentes méthodes de contraception selon l'OMS, en 2011 ; p. I

d'action s'étend de 3 à 10 ans selon le type de DIU (3 ans ou 5 ans pour le DIU hormonal, 5 à 10 ans pour le DIU au cuivre) [6][19][30][35]. Sa pose nécessite de s'assurer de l'absence de grossesse en cours ainsi que de l'absence d'infection génitale à *Chlamydiae trachomatis* ou *Neisseria gonorrhoeae*, d'autant plus qu'il existe des facteurs de risque d'IST (partenaires multiples, antécédents d'IST, patiente de moins de 25 ans), ou d'infection génitale haute en cours ou récente [30]. Le recours au DIU est également contre-indiqué en cas de malformations utérines ou de saignements utérins inexplicables. A cela s'ajoutent les mêmes contre-indications que celles de la pilule micro-progestative pour le DIU hormonal [6][19][30][35].

Les effets indésirables décrits de ces méthodes sont à type de malaise vagal lors de l'insertion du DIU, de perforation utérine, de migration ou d'expulsion du dispositif – ce risque étant davantage présent en cas d'allaitement maternel de par la sécrétion d'ocytocine, hormone favorisant la survenue de contractions utérines – ou encore de troubles du cycle (oligoménorrhée, aménorrhée ou spottings pour le DIU hormonal et ménorragies pour le DIU au cuivre) [6][19][30][35].

Il s'agit, selon le CNGOF, d'une méthode de choix chez la femme multipare [19]. Le DIU hormonal est, par ailleurs, à privilégier chez les femmes présentant des ménorragies fonctionnelles ou des saignements d'abondance augmentée sous DIU au cuivre [6].

e) *Les méthodes naturelles*

Il existe différents types de méthodes naturelles de régulation des naissances telles que le retrait (ou coït interrompu), les méthodes d'abstinence périodique et d'auto-observation et, plus particulièrement dans le contexte du post-partum, la méthode dite de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée appelée MAMA. Cette dernière s'appuie sur l'effet contraceptif de l'allaitement maternel grâce à l'inhibition de l'ovulation induite par la sécrétion de prolactine (hormone inhibant les mécanismes hormonaux responsables du déclenchement de l'ovulation). La MAMA présente un très faible taux d'échec théorique (inférieur à 1%), sous réserve du respect de certaines conditions : un allaitement maternel exclusif et des tétées le jour comme la nuit, espacées au maximum de 6 heures la nuit et 4 heures le jour pour un total d'au moins 6 à 10 tétées par 24 heures. Cette méthode n'est, de plus, utilisable que dans les 6 premiers mois suivant la naissance [6][31].

Les méthodes d'abstinence périodique et d'auto-observation ne sont pas utilisables en post-partum. Elles ne peuvent, en effet, être mises en œuvre qu'après le retour de la menstruation et ce uniquement après la survenue d'au moins 3 épisodes de règles, chez une femme ayant des cycles réguliers [6].

A l'exception de la MAMA correctement utilisée, ces différentes méthodes naturelles restent moins efficaces que l'ensemble des autres méthodes disponibles⁶.

⁶ Voir Annexe I : Indices de Pearl des différentes méthodes de contraception selon l'OMS, en 2011 ; p. I

f) Les injections intra-musculaires de progestatifs

Il s'agit d'injections d'acétate de médroxyprogestérone devant être administrées de manière trimestrielle. Cette méthode présente néanmoins des risques augmentés de thrombose veineuse, de diminution de la densité minérale osseuse et de prise de poids. Elle n'est donc utilisée qu'en cas d'impossibilité de recours à une autre méthode [6][30].

g) Les macroprogestatifs par voie orale

Bien que présentant effectivement une action contraceptive, ils ne détiennent pas d'AMM dans cette indication et ne peuvent donc être utilisés comme tels [6][30][32].

h) Les méthodes hormonales oestro-progestatives

On compte parmi ces méthodes les contraceptifs oraux combinés (ou pilules oestro-progestatives), l'anneau vaginal ainsi que le patch transdermique. Elles ne sont utilisables qu'à partir du 42^{ème} jour suivant l'accouchement en raison des risques thrombo-emboliques très augmentés jusqu'à cette date. En cas d'allaitement maternel, ce délai est même repoussé jusqu'à 6 mois après l'accouchement, en raison du risque d'inhibition de la lactation lié aux oestrogènes [6][31].

i) La contraception définitive ou stérilisation à visée contraceptive

La stérilisation à visée contraceptive peut concerner les hommes comme les femmes. Chez les hommes, cette intervention, nommée vasectomie, consiste en une interruption ou une obstruction chirurgicale des canaux déférents, transportant les gamètes hors des testicules. Elle n'impacte donc pas la fonction sexuelle et l'éjaculation. Chez la femme, il s'agit d'une ligature tubaire à l'aide d'anneaux de clips ou de méthodes d'électrocoagulation, afin d'empêcher mécaniquement la fécondation. Elle est réalisée par coelioscopie et peut être envisagée dans les 7 jours suivant l'accouchement – ou lors d'une césarienne par exemple – ou à partir du 42^{ème} jour du post-partum. Il est important de noter qu'il s'agit là de la méthode de choix actuelle pour la stérilisation féminine. Lors de la réalisation de notre étude le dispositif Essure® (dispositif intra-tubaire permettant l'obstruction des trompes) lui était préféré ; il n'est aujourd'hui plus commercialisé. Elle est effective immédiatement chez les femmes mais seulement après un délai d'au minimum 3 mois chez les hommes [6][30]. La HAS rappelle, en outre, la nécessité pour le professionnel de présenter cette méthode comme irréversible, au vu du faible taux de réussite de la reperméabilisation tubaire ou des canaux déférents [6]. La réalisation d'une stérilisation à visée contraceptive est, de plus, soumise à un cadre légal précis. Elle ne peut, en effet, être pratiquée que chez une personne majeure, exprimant une volonté libre, consciente des conséquences irréversibles de cette intervention, et ce à la suite

d'une information claire et complète. Celle-ci doit être confirmée par écrit après un délai de réflexion incompressible d'au moins 4 mois après la première formulation de cette demande auprès d'un professionnel médical. Elle ne sera donc possible en post-partum précoce ou lors d'une césarienne que si la demande a préalablement été anticipée durant la grossesse. Enfin, l'intervention ne peut être réalisée qu'au sein d'un établissement de santé, après une consultation auprès d'un médecin [6][30].

j) La contraception d'urgence

Il s'agit d'une méthode utilisable ponctuellement face à un risque de grossesse lié à un échec, un oubli ou une absence de contraception, mais elle ne peut être utilisée en tant que contraceptif régulier. Ainsi, tout rapport sexuel non ou mal protégé ou intervenant dans les 5 jours précédant un oubli de contraception ou un épisode de vomissements ou de forte diarrhée chez une femme sous pilule présente un risque de grossesse non souhaitée. Il existe, dans ce cas, trois possibilités de contraception d'urgence.

On retrouve tout d'abord la pilule Norlevo® composée d'1,5 mg de lévonorgestrel (progestatif), en une prise unique. Le lévonorgestrel agit en inhibant ou en retardant l'ovulation. Elle est à privilégier du fait de son excellente tolérance et peut être prise jusqu'à 72 heures après un rapport sexuel à risque. Son efficacité est néanmoins diminuée avec l'allongement du délai de prise. Elle est disponible sans prescription médicale – mais remboursée uniquement sur ordonnance – et peut être utilisée sans danger plusieurs fois par cycle.

Une seconde pilule, Ellaone®, est disponible dans cette indication. Elle se compose de 30 mg d'ullipristal acétate, un agoniste antagoniste du récepteur à la progestérone qui permet également d'inhiber ou de retarder l'ovulation. Celle-ci possède, pour sa part, une AMM pour un emploi jusqu'à 5 jours après un rapport sexuel non protégé avec, comme pour Norlevo®, une décroissance progressive de son efficacité contraceptive. Contrairement à Norlevo®, elle n'est utilisable qu'une seule fois par cycle. Elle est également disponible sans prescription médicale.

Ces deux méthodes par prise orale ne sont contre-indiquées qu'en cas d'hypersensibilité connue à l'un ou l'autre de leurs composants ou en cas de retard de règles pouvant évoquer le début d'une grossesse. Dans tous les cas, il est préconisé de réaliser un test urinaire de grossesse à partir de deux semaines après la date du rapport à risque.

Enfin, le DIU au cuivre peut lui aussi constituer une méthode de rattrapage en cas de risque de grossesse non désirée en raison de son action cytotoxique sur les gamètes et anti-nidatoire. Il peut être utilisé dans un délai de 5 jours maximum et a pour avantage d'assurer par la suite une contraception efficace sur une longue durée. Le CNGOF précise, de plus, que le recours au DIU peut compléter la prise de l'une des deux

méthodes précédentes si celle-ci n'a eu lieu qu'au-delà de 3 jours après le rapport sexuel à risque. Passé ce délai, il s'agit, par ailleurs, de la méthode qui semble la plus indiquée. Elle démontre effectivement le meilleur taux d'efficacité puisqu'elle permet d'éviter une grossesse dans 99% des cas [19][30].

k) Rappels sur l'indice de Pearl

Il définit le taux de grossesses non désirées pour 100 femmes survenues durant une année d'utilisation correcte et régulière de leur méthode contraceptive. Selon l'OMS, une méthode contraceptive peut être considérée comme « très efficace » si son indice de Pearl est inférieur à 1 pour cent années femmes. L'efficacité des différentes méthodes contraceptives est estimée en fonction de leur utilisation théorique optimale mais aussi de la manière dont elles sont réellement utilisées en pratique courante. Seules les méthodes de stérilisation et les dispositifs à longue durée d'action (implant et DIU) conservent ainsi un indice de Pearl très satisfaisant en utilisation courante⁷ [33].

3) Cas particulier des pathologies gravidiques

a) Cholestase gravidique

La prescription d'une contraception oestro-progestative en post-partum chez les patientes ayant présenté cette pathologie nécessite la normalisation préalable complète du bilan biologique hépatique. Comme dans le cas d'une grossesse physiologique, elle ne pourra être prescrite qu'après 6 semaines ou après l'arrêt de l'allaitement [36].

b) Événement thrombotique

La survenue d'un épisode de thrombose veineuse ou artérielle pendant la grossesse ou en post-partum contre-indique l'utilisation de contraceptifs hormonaux. En cas de tels antécédents apparus hors grossesse ou post-partum la prescription de progestatifs est envisageable, éventuellement en association avec l'administration d'anticoagulants [36].

c) Hypertension artérielle gravidique et pré-éclampsie

Le recours à une contraception hormonale reste dans ce cas contre-indiquée en l'absence de stabilisation des paramètres tensionnels. L'utilisation d'une pilule microprogestative, de l'implant contraceptif ou du DIU au lévonorgestrel n'est donc possible qu'à cette condition [36].

d) Diabète gestationnel

En cas de grossesse marquée par un diabète gestationnel, il est recommandé de vérifier le statut glycémique après la naissance. Sous réserve de normalisation des

⁷ Voir Annexe I : Indices de Pearl des différentes méthodes de contraception selon l'OMS, en 2011 ; p. I

paramètres glycémiques et en l'absence de facteurs de risque surajoutés, les méthodes hormonales ne sont pas contre-indiquées. Les contraceptifs associant oestrogènes et progestatifs n'étant, pour leur part, utilisables qu'après 6 semaines ou après l'arrêt de l'allaitement maternel [36].

4) Information des patientes

a) Contenu de l'information

Le CNGOF recommande de réaliser un conseil contraceptif après l'accouchement afin de réduire le risque de grossesse non désirée mais également de complications obstétricales associées aux grossesses rapprochées [3].

La HAS ajoute, de surcroît, que les différentes méthodes de contraception disponibles durant la période du post-partum doivent être exposées aux patientes dès la grossesse et proposées dès les premiers jours du post-partum [6]. Elle préconise, tout d'abord, de sensibiliser les femmes à l'importance de la reprise d'une contraception efficace dès le 21^{ème} jour suivant l'accouchement en raison d'un retour possible de l'ovulation au-delà de cette date. La HAS recommande ainsi d'informer les patientes des différents moyens de contraception à leur disposition, de leur mécanisme d'action, de leur mode d'utilisation – pour la pilule contraceptive, le praticien doit ainsi déterminer avec la patiente l'horaire de prise le plus adapté au quotidien afin de limiter le risque d'oublis – de leur efficacité en pratique courante, de leur durée d'action, de leur contre-indications, de leur éventuels risques et effets secondaires mais aussi de leurs avantages secondaires non contraceptifs, des procédures d'instauration et d'arrêt des différents contraceptifs et, enfin, de leur coût et possibilités de remboursement [6][7]. Le recours possible à une contraception d'urgence doit également être évoqué ainsi que son efficacité et ses conditions d'accès [28].

Le CNGOF rappelle, également, l'importance de prendre en compte un possible manque de disponibilité du couple durant cette période [14]. Il est, en ce sens, conseillé de délivrer des coordonnées de professionnels à joindre en cas de doute sur les modalités d'usage de la contraception choisie [28].

b) Démarche de counseling et démarche éducative

Le counseling est défini comme une démarche d'accompagnement visant à permettre pour chaque patiente l'expression d'un choix propre concernant sa santé. Il nécessite, de ce fait, que le soignant conserve une attitude neutre face aux informations recueillies et aux possibilités envisagées. La démarche éducative tend, pour sa part, à promouvoir la santé tout en permettant le choix autonome du patient. L'INPES parle ainsi de « partenariat pédagogique » basé sur une approche individualisée, s'appuyant sur ses connaissances déjà acquises, ses croyances et ses attentes mais également sur celles

du soignant [29]. De manière plus générale, l'OMS privilégie le modèle BERCER dans un objectif d'aide au choix éclairé. Il se définit comme suit :

- **Bienvenue** : il s'agit d'un moment réservé à l'accueil de la patiente. Il permet d'exposer les objectifs et le déroulement de la consultation. Il est également nécessaire d'y rappeler le caractère confidentiel des informations recueillies.
- **Entretien** : il doit permettre l'expression et le recueil d'informations concernant les besoins, les attentes et les interrogations de la consultante.
- **Renseignement** : il évoque la délivrance d'une information claire, hiérarchisée et individualisée. Le soignant doit par la suite s'assurer de sa bonne compréhension.
- **Choix** : il est important de rappeler que c'est à la patiente que revient le choix d'une méthode de contraception. Le soignant peut, quant à lui, amener la patiente à réfléchir sur sa situation et la manière dont elle peut influencer l'observance de sa contraception ainsi que sur les bénéfices et les risques de différentes méthodes possibles.
- **Explication** : une fois la méthode choisie, il convient de détailler davantage son mode d'emploi. Les modalités d'accès à une contraception d'urgence doivent aussi être abordées de même que les raisons devant nécessiter le recours à un avis médical. L'OMS préconise, par ailleurs, la délivrance de documents écrits comme aide à la transmission de ces renseignements.
- **Retour** : il convient d'insister sur la réévaluation de l'adéquation de la méthode choisie ainsi que son observance et de la possibilité d'un changement de contraceptif adapté aux modifications éventuelles des conditions médicales, affectives et sociales [29].

5) Consultation post-natale et suivi de la contraception

Cette consultation est classiquement réalisée dans les 6 à 8 semaines suivant l'accouchement. Elle peut néanmoins être réalisée plus précocement en cas de souhait de pose d'un DIU, par exemple, qui peut s'effectuer dès un mois.

Elle comprend un examen gynécologique afin de s'assurer du bon retour de l'organisme à son état précédent la grossesse et doit permettre de revenir sur le mode de contraception utilisé et souhaité par la femme ou le couple. A cette période, passé le délai de 42 jours permettant la diminution du risque thrombo-embolique, un plus large choix de méthodes peut être proposé en l'absence de contre-indications médicales.

La réflexion autour de la contraception doit aussi faire évoquer la question de la reprise d'une sexualité et des éventuelles difficultés pouvant alors être rencontrées [29].

PARTIE II – PRESENTATION DE L'ETUDE

I – Problématique

Les données issues de la littérature révèlent un nombre important de grossesses non souhaitées survenues en post-partum et un faible taux d'observance de la contraception dans cette période. Elles nous interpellent sur un possible besoin d'informations complémentaires des patientes concernant leur contraception.

Ce constat nous amène ainsi à nous poser la question suivante : L'information délivrée par les professionnels concernant la contraception en post-partum est-elle adaptée aux besoins et aux attentes des femmes et des couples et permet-elle de prévenir les difficultés éventuelles rencontrées par les patientes lors de son utilisation ?

II – Objectifs

L'objectif de notre étude est de réaliser une évaluation de la satisfaction des femmes concernant l'information délivrée lors du séjour à la maternité sur le sujet de la reprise de la contraception après l'accouchement. Nous cherchons ainsi à déterminer si l'information donnée répond correctement aux besoins des femmes et des couples. Nous formulons ainsi l'hypothèse que l'information délivrée dans le service de suites de couches du CHU de Nantes sur ce thème, principalement lors de l'examen de sortie, serait insuffisamment adaptée aux attentes des femmes et des couples ainsi qu'aux difficultés éventuellement rencontrées lors de la mise en place de la contraception dans les premières semaines du post-partum.

Notre objectif secondaire est également de déterminer la prévalence de ces difficultés et leur implication dans les situations de mauvaise observance de la contraception. Nous cherchons, de ce fait à vérifier différentes hypothèses secondaires :

- La gestion non optimale du risque de grossesse peut en partie s'expliquer par un défaut de connaissances des patientes quant à ce risque en post-partum et à la gestion des situations de mauvaise observance.
- Les difficultés d'observance de la contraception en post-partum sont liées à une information insuffisante sur ses conditions d'utilisation et éventuelles contraintes en pratique.

De manière plus brève et en complément au sujet principal de l'information délivrée sur la contraception, notre étude cherche également à recueillir l'avis des patientes concernant l'information sur la reprise d'une activité sexuelle en post-partum.

Dans une optique d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles, nous espérons ainsi pouvoir cibler les éléments d'information manquant actuellement aux

patientes mais aussi ceux sur lesquels insister en priorité afin de répondre au mieux à leurs besoins et de prévenir les principales difficultés rencontrées avec leur contraception.

III – Matériel et méthode

1) Population étudiée et lieu de l'étude

Les patientes incluses dans cette étude ont été recrutées dans le service de suites de couches du CHU de Nantes le 11 mai 2017 pour les 13 patientes constituant le groupe test pour la version initiale du questionnaire puis sur la période allant du 15 mai au 26 juillet 2017 (soit une période totale de 10 semaines). Nous avons ainsi pu recruter 277 patientes, pour lesquelles l'ensemble des dossiers obstétricaux correspondant ont pu être consultés. Toutes ont été recrutées entre le 1^{er} et le 6^{ème} jour suivant l'accouchement. Nous les avons ainsi toutes rencontrées dans le service de suites de couches ; l'étude leur a été présentée oralement et un document d'information leur a été remis ainsi qu'un formulaire de consentement à la participation à notre étude⁸. Parmi les femmes recrutées, 186 ont répondu au questionnaire transmis après un délai 5 semaines suivant l'accouchement⁹.

Le service de suites de couches du CHU de Nantes où a été mené notre étude comprend un total de 46 lits dont 6 chambres doubles. Il possède également une « unité kangourou », destinée à la prise en charge de situations nécessitant un accompagnement particulier des parents dans la prise en charge de leur enfant. Les séjours y étant souvent plus long, nous n'avons pas recruté de patientes dans cette unité.

La surveillance clinique des accouchées est réalisée par des sages-femmes, de manière au moins biquotidienne. Des réunions d'information collectives à destination des patientes hospitalisées dans ce service sont mises en place, notamment pour aborder le sujet de la reprise de la contraception après l'accouchement – les patientes enceintes effectuant leur suivi de grossesse au CHU peuvent également y assister.

Les femmes ont la possibilité de demander une sortie anticipée, c'est-à-dire dans les 72 premières heures du post-partum en cas d'accouchement par voie basse et dans les 96 premières heures en cas de césarienne. En accord avec les recommandations de la HAS, ce dispositif ne peut concerner que les patientes à bas risque médical, psychique et

⁸ Voir Annexe II : Lettre d'information à destination des patientes, remise après présentation orale de l'étude, dans le service de suites de couches ; p. II

Annexe III : Formulaire de consentement à destination des patientes, remis avec la lettre d'information ci-dessus, dans le service de suites de couches ; p. III

⁹ Voir Annexe V : Questionnaire à destination des patientes transmis environ 5 semaines après la date de l'accouchement (par voie postale ou par mail) ; p. VII-X

Annexe VI : Lettre d'information jointe au questionnaire transmis aux patientes à 5 semaines de l'accouchement ; p. XI

social et sous couvert d'une surveillance médicale adaptée après le retour à domicile pour la mère et l'enfant.

Les patientes du CHU peuvent enfin bénéficier du programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) qui garantit a minima une première visite d'une sage-femme dans les 48 heures après la sortie.

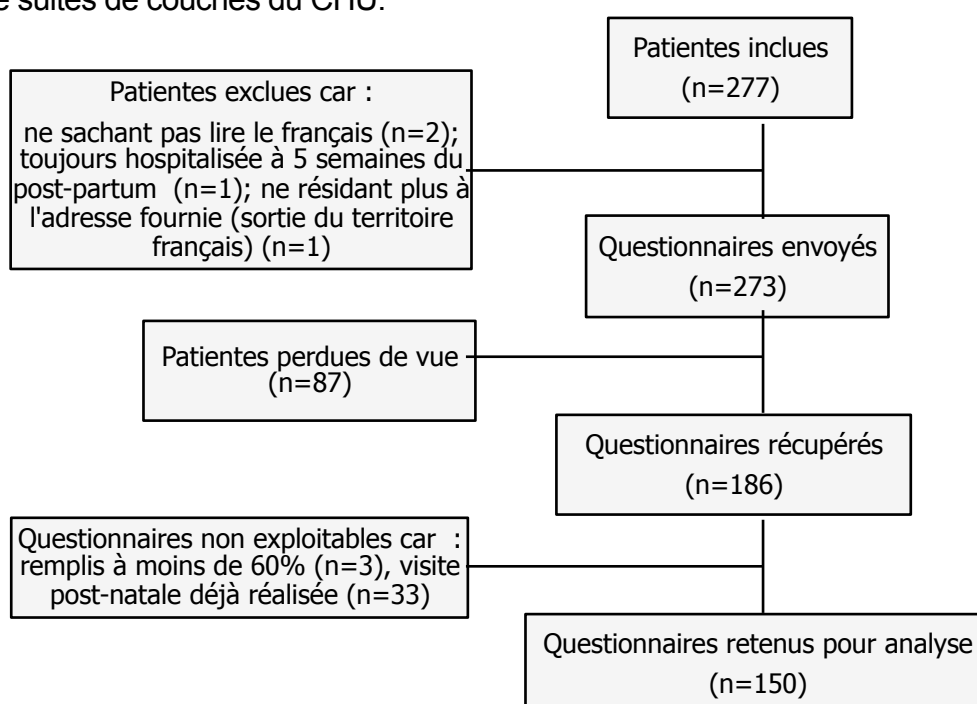
A l'issue de l'hospitalisation, un examen de sortie est réalisé afin d'évaluer cliniquement l'évolution physiologique ou non des suites de couches. C'est aussi au cours de cet examen que l'information sur la contraception et la reprise de la sexualité après l'accouchement est généralement délivrée et peut donner lieu à la prescription d'une contraception. Il est classiquement réalisé par une sage-femme en cas d'accouchement par voie basse et par un interne en médecine en cas de césarienne.

2) Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour cette étude nous avons inclus toutes les patientes ayant été hospitalisées dans le service de suites de couches du CHU de Nantes, suite à un accouchement par voie basse ou par césarienne avec une naissance vivante, à qui l'étude a pu être présentée. Les patientes ayant accouché dans un autre établissement de santé et ayant été transférées au CHU dans les jours suivants ont également été incluses dans l'étude.

Nous avons, au contraire, exclu les patientes mineures, en couple homoparental, ne sachant pas lire le français, ayant subi une hystérectomie au décours de l'accouchement, ne sortant pas à domicile (mais en foyer, au HOME, transférées dans un autre établissement de santé etc.) et hospitalisées en « unité kangourou ».

Parmi les patientes à qui l'étude a pu être présentée, aucune n'a refusé d'y participer. Toutes les femmes recrutées ont bénéficié d'un examen de sortie dans le service de suites de couches du CHU.



3) *Recueil de données*

Nous avons réalisé une étude transversale, rétrospective et monocentrique. Le recueil de nos données a été effectué en deux temps.

Tout d'abord, par un relevé des données disponibles dans les dossiers obstétricaux¹⁰ comprenant les caractéristiques socio-démographiques, les antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécologiques et obstétricaux, le mode de survenue et le déroulement de la grossesse, le mode d'accouchement. Le déroulement du séjour dans le service de suites de couches ainsi que la traçabilité de l'information donnée sur la contraception ont également été relevés¹¹. Nous avons également analysé les comptes-rendus d'examen de sortie des patientes avec le professionnel ayant réalisé cet examen¹², le type de sortie (précoce ou standard), l'accompagnement prévu ou non après le retour à domicile (PRADO), le type d'allaitement à la sortie de la maternité, l'état clinique général lors de l'examen, la contraception prescrite et le professionnel avec qui sera prévue la visite post-natale.

Dans un second temps, un questionnaire¹³ a été transmis aux patientes environ 5 semaines après leur accouchement. Ils leur ont été délivrés à leur domicile, soit par mail (via un questionnaire en ligne Google Form®), soit par courrier postal selon leur souhait. Nous avons axé ce questionnaire sur l'évaluation de la satisfaction des patientes quant à l'information délivrée concernant la contraception et, dans une moindre mesure, la reprise de la sexualité en post-partum. Nous y avons ajouté deux questions permettant d'évaluer à distance les connaissances de femmes sur la gestion des échecs ou oublis de contraception et le retour à la fécondabilité après une grossesse. Nous avons, de surcroît, cherché à apprécier l'observance de la méthode de contraception choisie à la maternité ainsi que les facteurs influant sur le choix de cette méthode. Enfin, les habitudes contraceptives et l'attention portée par les femmes à leur santé gynécologique ont aussi été explorées. Les questionnaires comprenant moins de 60% de réponses aux questions posées n'ont pas été retenus pour l'analyse des données. Ceux qui ont été remplis après la réalisation de la consultation post-natale ont également été rejetés afin de limiter les biais de confusion entre les informations données à la maternité et celles reçues lors de cette consultation.

Tous les documents contenant des données médicales ainsi que l'ensemble des questionnaires transmis aux patientes ont été rendus anonymes.

¹⁰ Voir Annexe IV : Formulaire de recueil de données sur les dossiers obstétricaux des patientes recrutées ; p. IV-VI

¹¹ Voir Annexe IX : Document traçant les soins encadrés et l'information donnée dans le service de suites de couches, notamment concernant la contraception ; p. XIV

¹² Voir Annexe X : Compte-rendu vierge de l'examen de sortie utilisé dans le service de suites de couches au CHU de Nantes ; p. XV-XVI

¹³ Voir Annexe V : Questionnaire à destination des patientes transmis environ 5 semaines après la date de l'accouchement (par voie postale ou par mail) ; p. VII-X

4) Saisie et analyse informatique des données

L'ensemble des données provenant des dossiers et des questionnaires ont été saisies sur l'application en ligne Voozanoo®, sans mention d'aucun renseignement nominatif. L'analyse de ces données a été réalisée à l'aide de cette même application.

Les données quantitatives recueillies sont présentées sous forme de moyenne et d'écart-type tandis que les données qualitatives sont exprimées en pourcentage.

Les comparaisons entre différentes proportions ont été réalisées grâce au test du χ^2 pour les grands échantillons ou au test exact de Fisher pour les échantillons moindres (inférieurs à 30 sujets). Nous avons utilisé le test de Student pour les comparaisons de moyennes. L'ensemble de ces tests a été réalisé par le biais de l'application BiostaTGV®.

IV – Résultats

1) Description de l'échantillon

a) Caractéristiques socio-économiques

Tableau 1 : Caractéristiques socio-économiques des patientes de l'étude			
	Echantillon complet (n=277)	Echantillon retenu pour l'analyse des questionnaires (n=150)	Population générale (%) ¹⁴
Age			
< 20 ans	7 (2,53)	2 (1,33)	2,0
20-24 ans	32 (11,55)	12 (8)	11,9
25-29 ans	69 (24,91)	44 (29,33)	31,1
30-34 ans	101 (36,46)	62 (41,33)	33,6
35-39 ans	55 (19,86)	26 (17,33)	17,2
> 40 ans	13 (4,69)	4 (2,67)	4,1
Lieu d'origine			
Europe du Nord	198 (71,48)	123 (82)	} 85,6
Europe du Sud	2 (0,72)	1 (0,67)	
Afrique du Nord	22 (7,94)	8 (5,33)	7,0
Afrique subsaharienne	44 (15,88)	12 (8)	4,7
Antilles	5 (1,81)	2 (1,33)	} 3,0
Moyen Orient	1 (0,36)	0 (0)	
Asie du Sud-Est	2 (0,72)	2 (1,33)	
Caraïbes	1 (0,36)	0 (0)	
Autres	2 (0,72)	2 (1,33)	
Profession			
Agricultrice	1 (0,36)	1 (0,67)	0,4
Artisane, commerçante, chef d'entreprise	10 (3,61)	5 (3,33)	3,1
Cadre, profession intellectuelle supérieure	42 (15,16)	36 (24)	13,3
Profession intermédiaire	64 (23,10)	41 (27,33)	40,3

¹⁴ [37] INSERM, DREES, *Enquête nationale périnatale, rapport 2016 : Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010.*

Employée	58 (20,94)	34 (22,67)	29,3
Ouvrière	14 (5,05)	4 (2,67)	4,3
Etudiante	7 (2,53)	6 (4)	2,1
Sans profession	35 (12,64)	5 (3,33)	13,0
Non renseignée	46 (16,61)	18 (12)	-
Revenus			
Travail	160 (57,76)	102 (68)	71,8
ARE	31 (11,19)	17 (11,33)	15,1
RSA	17 (6,14)	6 (4)	9,9
Aides sociales	11 (3,97)	2 (1,33)	2,6
Autres	1 (0,36)	1 (0,67)	-
Non renseigné	79 (28,52)	33 (20,5)	-
Couverture sociale			
Sécurité sociale et mutuelle	191 (68,95)	119 (79,33)	82,1
Sécurité sociale	5 (1,81)	4 (2,67)	3,7
CMU	42 (15,16)	12 (8)	11,7
AME	6 (2,17)	1 (0,67)	1,1
Aucune	1 (0,36)	1 (0,67)	1,4
Non renseignée	31 (11,19)	13 (8,67)	-
Situation familiale			
Vit seule	12 (4,33)	5 (3,33)	5,2
Ne vit pas seule	242 (87,36)	134 (89,33)	94,8
Non renseignée	23 (8,30)	11 (7,33)	-
Nombre d'enfants à charge (nouveau-né inclus)	1,81 ± 1,05	1,66 ± 0,84	-

b) Antécédents

Tableau 2 : Antécédents des patientes de notre étude			
	Echantillon complet (n=277)	Echantillon retenu pour l'analyse des questionnaires (n=150)	Population générale (%) ¹⁵
Gestité	2,57 ± 1,64	2,21 ± 1,34	-
Parité	1,97 ± 1,22	1,67 ± 0,88	-
Primiparité	127 (45,85)	77 (51,33)	42,2
Antécédents d'IVG			
Aucune	217 (78,34)	122 (81,33)	83,6
Une	45 (16,25)	21 (14)	12,6
Deux ou plus	14 (5,05)	6 (4)	3,8
Non renseigné	1 (0,36)	1 (0,67)	-
Pathologies pré-existantes			
Antécédent d'événement thrombotique : - familial	14 (5,05)	12 (8)	-
- personnel	2 (0,72)	1 (0,67)	-
Pathologie hépatique	5 (1,81)	3 (2)	-
Méno/métrorragies inexpliquées	0 (0)	0 (0)	-
Antécédents de cancer :			
- familial	35 (12,64)	19 (12,67)	-
- personnel	1 (0,36)	1 (0,67)	-
Pathologie utérine ou vaginale	23 (8,30)	11 (7,33)	-
Antécédent d'IGH	2 (0,72)	1 (0,67)	-

¹⁵ [37] INSERM, DREES, *Enquête nationale périnatale, rapport 2016 : Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010.*

Antécédent de GEU	4 (1,44)	1 (0,67)	-
Allergie (cuivre, nickel..)	4 (1,44)	3 (2)	-
Autre	44 (15,88)	25 (16,67)	-
Aucune	136 (49,10)	69 (46)	-
Obésité			
IMC = 30-35 kg/m2	15 (5,42)	9 (6)	8,1
IMC > 35 kg/m2	4 (1,44)	2 (1,33)	3,7
Tabagisme	71 (25,63)	33 (22)	30

Nous n'étudions ici que les pathologies susceptibles d'influer sur le choix contraceptif. Parmi les pathologies pré-existantes à la grossesse classées dans la catégorie « autres », pour notre échantillon de départ, nous retrouvons en particulier deux cas d'hypertension artérielle chronique, 2 cas de migraines chroniques, 2 cas d'insuffisance veineuse et 2 cas d'endométriose. Nous avons relevé les antécédents personnels et familiaux au 1^{er} et 2^{ème} degré de cancers pouvant modifier la contraception choisie, c'est-à-dire au niveau du sein, de l'utérus, de l'ovaire et du colon. Nous retrouvons 9 cancers au 1^{er} degré dans l'échantillon de départ et 7 dans l'échantillon analysé. Enfin, les antécédents d'accident thrombo-emboliques familiaux n'ont été relevés qu'au premier degré.

c) Déroulement de la grossesse et de l'accouchement

Tableau 3 : Déroulement de la grossesse et de l'accouchement			
	Echantillon complet (n=277)	Echantillon retenu pour l'analyse des questionnaires (n=150)	Population générale (%) ¹⁶
Mode de survenue de la grossesse			
Spontanée	267 (96,39)	145 (96,67)	93,1
FIV	10 (3,61)	5 (3,34)	3,3
IIU/IS	0 (0)	0 (0)	3,6
Pathologies gravidiques			
Pré-éclampsie/HTA	9 (3,25)	4 (2,67)	4,3
Diabète gestationnel	55 (19,86)	26 (17,33)	10,8
Cholestase gravidique	5 (1,81)	3 (2)	-
Événement thrombotique	0 (0)	0 (0)	-
Autre	10 (3,61)	4 (2,67)	-
Aucune	206 (74,37)	116 (77,33)	-
Tabagisme pendant la grossesse	35 (12,64)	16 (10,67)	-
Mode d'accouchement			
Voie basse spontanée	191 (68,95)	107 (71,33)	67,4
Voie basse instrumentale	26 (9,39)	16 (10,67)	12,2
Césarienne	60 (21,66)	27 (18)	20,4

Parmi les femmes ayant présenté une autre pathologie gravidique que celles citées, nous retrouvons principalement 3 cas de cytolyses hépatiques sans étiologie retrouvée et

¹⁶ [37] INSERM, DREES, *Enquête nationale périnatale, rapport 2016 : Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010.*

un cas de poussée inflammatoire sur varices des membres inférieurs sans événement thrombotique.

d) *Déroulement des suites de couches*

Tableau 4 : Déroulement du séjour en suites de couches		
	Echantillon complet (n=277)	Echantillon retenu pour l'analyse des questionnaires (n=150)
Déroulement des premiers jours du post-partum		
Physiologique	255 (92,06)	140 (93,33)
Pathologique	18 (6,50)	10 (6,67)
Non renseigné	4 (1,44)	0 (0)
Information donnée sur la contraception d'après les dossiers		
Documents donnés	7 (2,53)	3 (2)
Montré	81 (29,24)	47 (31,33)
Encadré	2 (0,72)	1 (0,67)
Autonome	3 (1,08)	2 (1,33)
Non renseigné	186 (67,15)	98 (65,33)
Type d'allaitement le jour de la sortie de la maternité		
Maternel exclusif	154 (55,6)	90 (60)
Artificiel ou mixte	118 (42,60)	58 (38,67)
Non renseigné	5 (1,81)	2 (1,33)

Le déroulement des suites de couches était physiologique pour une très grande majorité des patientes de notre étude. Parmi celles ayant eu des suites de couches pathologiques, on retrouvait principalement 3 cas de pré-éclampsie en post-partum, 3 cas d'hypertension artérielle isolée, 5 cas de complications infectieuses.

La nature de l'information délivrée concernant la contraception est renseignée dans les dossiers de suivi des patientes en suites de couches selon les items communs à d'autres thèmes¹⁷. Nous constatons ici principalement qu'elle n'est pas renseignée dans deux tiers des dossiers.

Plus de la moitié des patientes de notre étude pratiquaient un allaitement maternel le jour de la réalisation de l'examen de sortie. Ce taux est légèrement plus élevé que dans la population générale¹⁸ où il était de 52,2%.

¹⁷ Voir Annexe IX : Document traçant les soins encadrés et l'information donnée dans le service de suites de couches, notamment concernant la contraception ; p. XIV

¹⁸ [37] INSERM, DREES, *Enquête nationale périnatale, rapport 2016 : Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010*.

2) Examen de sortie

a) Professionnel ayant réalisé l'examen de sortie

Tableau 5 : Professionnel ayant réalisé l'examen de sortie		
	Echantillon complet (n=277)	Echantillon retenu pour l'analyse des questionnaires (n=150)
Sage-femme	213 (76,90)	122 (79,74)
Etudiant sage-femme	2 (0,72)	2 (1,33)
Interne	57 (20,58)	26 (16,99)
Médecin	0 (0)	0 (0)
Non renseigné	5 (1,81)	0 (0)

Dans notre étude, la majorité des examens de sortie ont été réalisés par des sages-femmes. Ces chiffres correspondent presque parfaitement aux taux d'accouchements par voie basse et de césariennes, respectivement égaux à 78,3 et 21,7%.

b) Etat clinique général

Sur l'ensemble des examens de sortie étudiés, 270 patientes, soit la presque totalité (97,5%) présentaient un examen clinique général sans particularités.

c) Type de sortie

Tableau 6 : Type de sortie selon la durée de l'hospitalisation en suites de couches		
	Echantillon complet (n=277)	Echantillon retenu pour l'analyse des questionnaires (n=150)
Sortie précoce	42 (15,16)	24 (16)
Sortie standard	232 (83,75)	126 (84)
Non renseigné	3 (1,08)	0 (0)

Dans notre échantillon total, seules 15,16% des femmes ont bénéficié d'une sortie précoce. Toutes avaient accouché par voie basse.

d) Accompagnement du retour à domicile

Tableau 7 : Mise en place d'un suivi à domicile (PRADO) avant la sortie de la maternité		
	Echantillon complet (n=277)	Echantillon retenu pour l'analyse des questionnaires (n=150)
Oui	177 (63,9)	105 (70)
Non	52 (18,77)	19 (12,67)
Non renseigné	48 (17,32)	26 (17,34)

Parmi les 277 patientes recrutées, un accompagnement du retour à domicile était prévu avant la sortie de la maternité pour presque 2/3. De plus, celles pour qui le PRADO n'était pas prévu ou non renseigné pouvaient aussi être suivies par une sage-femme libérale, par exemple.

e) Contraception prescrite

Tableau 8 : Moyen de contraception prescrit lors de l'examen de sortie		
	Echantillon complet (n=277)	Echantillon retenu pour l'analyse des questionnaires (n=150)
Pilule microprogestative et contraception d'urgence	131 (47,29)	73 (48,67)
DIU au cuivre (à partir d'un mois)	51 (18,41)	32 (21,33)
DIU hormonal (à partir d'un mois)	14 (5,05)	9 (6)
Nexplanon (à partir d'un mois)	11 (3,97)	4 (2,67)
Nexplanon posé dans le service	11 (3,97)	2 (1,33)
Contraception locale	62 (22,38)	38 (25,33)
A revoir avec un praticien libéral	40 (14,44)	22 (14,67)
Contraception d'urgence (hors prescription de pilule)	3 (1,08)	1 (0,67)
Autre	4 (1,44)	1 (0,67)
Aucune souhaitée	7 (2,53)	3 (2)
Non renseignée	2 (0,72)	1 (0,67)

Nous remarquons ici que la pilule microprogestative est la méthode de contraception majoritairement prescrite dans les suites de couches ; elle l'est en effet pour presque la moitié des patientes. La contraception locale et le DIU au cuivre sont également souvent choisis. Au sujet de la pilule microprogestative, celle qui est généralement prescrite au CHU de Nantes est la pilule Optimizette® à débiter 21 jours après l'accouchement. Concernant le DIU au cuivre, le modèle classiquement prescrit au CHU de Nantes est le DIU TT380. Une seule patiente a opté pour la MAMA avec la pose d'un DIU au cuivre par la suite.

Tableau 9 : Contraception prescrite en post-partum selon la parité			
Contraception prescrite à la sortie de la maternité dans l'échantillon retenu pour l'analyse des questionnaires			
	Pilule microprogestative	DIU	Contraception locale
Parité			
1 (n=77)	42 (54,54)	16 (20,78)	20 (25,97)
2 ou plus (n=73)	29 (39,71)	23 (31,51)	18 (24,66)
p	0,07	0,14	1

Nous observons une tendance à la diminution de la pilule au profit du DIU avec l'augmentation de la parité, bien que la significativité de ces résultats ne soit pas démontrée.

f) Consultation post-natale

Tableau 10 : Professionnel devant a priori réaliser la consultation post-natale		
	Echantillon complet (n=277)	Echantillon retenu pour l'analyse des questionnaires (n=150)
Gynécologue du CHU	45 (16,25)	23 (15,33)
Gynécologue libéral	28 (10,11)	18 (12)
Médecin traitant	37 (13,36)	19 (12,67)
Sage-femme du CHU	32 (11,55)	15 (10)
Sage-femme libérale	57 (20,58)	34 (22,67)
Non renseigné	78 (28,16)	41 (27,33)

Nous constatons ici que la consultation post-natale est prévue de manière relativement égale avec les différents professionnels susceptibles de la réaliser.

Sur l'ensemble des patientes recrutées, nous notons, de la même manière, un taux important de patientes pour qui cette information n'est pas mentionnée dans le compte-rendu de l'examen de sortie, sans qu'il soit possible de déterminer quelles informations ont été communiquées à la patiente sur ce sujet.

3) *Suivi gynécologique et contraception avant la grossesse*

Parmi les 150 patientes interrogées, près des trois quarts (109 patientes soit 72,7%) déclaraient bénéficier d'un suivi gynécologique avant leur grossesse, avec au moins une consultation par an pour plus de la moitié (81 patientes soit 54%). Nous soulignons toutefois que 26% des patientes interrogées ne réalisaient aucun suivi gynécologique de prévention. Ces dernières patientes présentaient des caractéristiques proches de celles de l'ensemble de l'échantillon bien qu'elles comprennent légèrement plus d'employées (25,64%), moins de cadres (12,82%) et moins de professions intermédiaires (15,38%), moins de revenu par le travail (57,14%) et de couverture par la sécurité sociale et une mutuelle (66,67%).

Tableau 11 : Dernière méthode de contraception utilisée avant la grossesse

	Echantillon complet (n=277)	Echantillon retenu pour l'analyse des questionnaires (n=150)	Population générale¹⁹
Pilule	115 (41,15)	69 (46,00)	62,8
- oestroprogestative	83 (29,96)	54 (36,00)	-
- microprogestative	20 (7,22)	12 (8,00)	-
- sans précision	12 (4,33)	3 (2,00)	-
DIU	34 (12,27)	23 (15,33)	9,6
- hormonal	11 (3,97)	6 (4,00)	-
- au cuivre	20 (7,22)	17 (11,33)	-
- sans précision	3 (1,08)	0 (0)	-
Implant	8 (2,89)	0 (0)	} 4,9
Patch transdermique	1 (0,36)	0 (0)	
Anneau vaginal	2 (0,72)	2 (1,33)	
Méthode barrière	29 (10,47)	24 (16,00)	11,1
Méthode naturelle	17 (6,14)	12 (8)	1,1
Aucune			
Autre	36 (13)	17 (11,33)	8,3
Non renseignée	1 (0,36)	1 (0,67)	-
	34 (12,27)	2 (1,33)	-

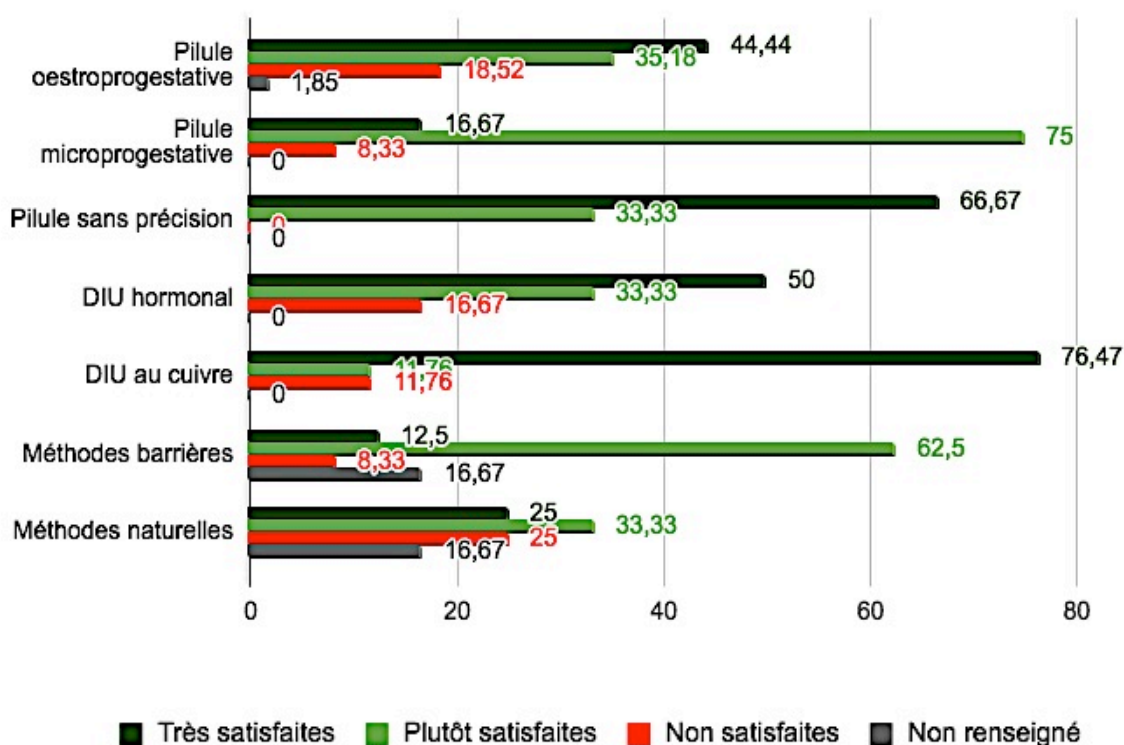
Les méthodes de contraception utilisées avant la grossesse ont été recueillies pour partie dans les dossiers obstétricaux des patientes lorsqu'elles y étaient indiquées et pour partie à l'aide des questionnaires destinés aux patientes dans le cas contraire. Cette

¹⁹ [37] INSERM, DREES, *Enquête nationale périnatale, rapport 2016 : Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010.*

information figurait effectivement dans seulement 67% des dossiers consultés. Cela explique la différence importante d'absence de renseignement du moyen contraceptif utilisé entre l'ensemble des femmes incluses dans l'étude et celles ayant répondu au questionnaire. Une patiente correspondant à la catégorie « autre » utilisait Androcure® (traitement de l'acné récidivante présentant des propriétés contraceptives) avant sa grossesse.

Par ailleurs, 34,7% des patientes (n=52) se disaient très satisfaites de la méthode utilisée avant la grossesse, 36,7% (n=55) en étaient plutôt satisfaites et 13,3% (n=20) n'en étaient, en revanche, pas satisfaites. Parmi les patientes restantes, 21 n'utilisaient pas de contraception.

Figure 1 : Satisfaction des patientes quant à la contraception utilisée avant la grossesse en fonction de la méthode choisie

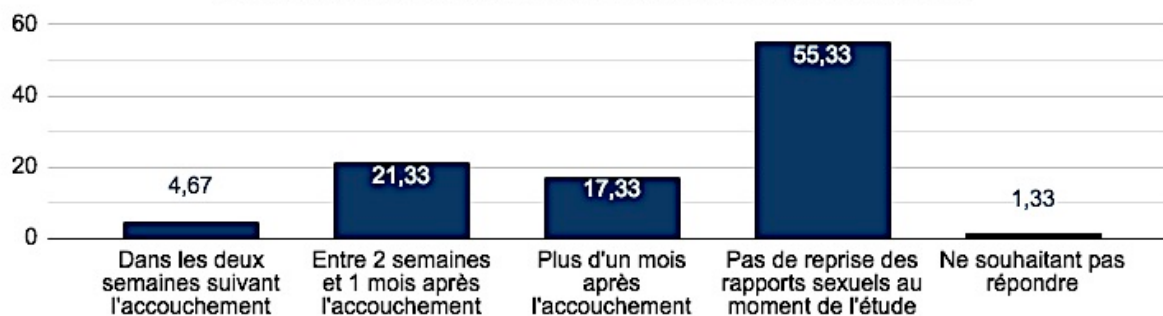


On observe que ce sont les patientes utilisant des méthodes naturelles qui semblent présenter le plus fort taux d'insatisfaction, suivies de celles qui utilisaient une pilule oestroprogestative puis un DIU hormonal ou au cuivre. Ces chiffres sont, toutefois, à nuancer au regard du faible nombre de patientes concernées par chaque méthode de contraception étudiée.

4) Reprise de la sexualité en post-partum

a) Délai de reprise de la sexualité en post-partum dans notre étude

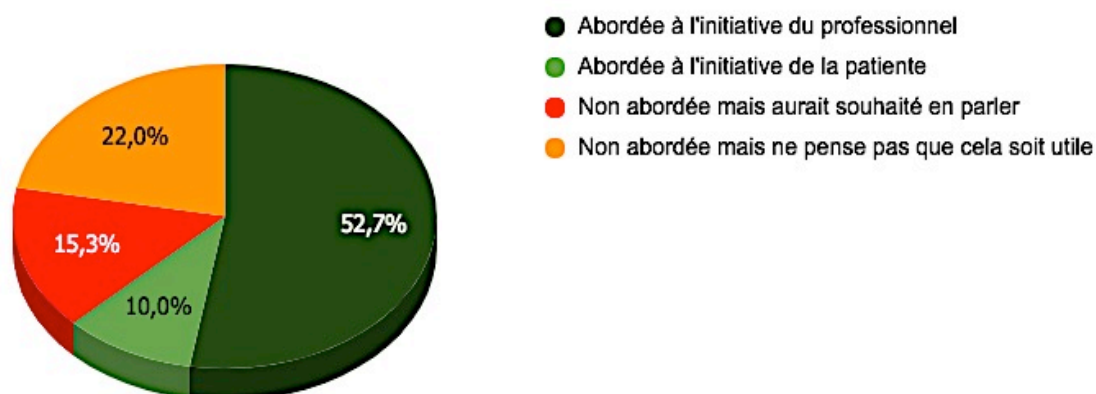
Figure 2 : Date de reprise des rapports sexuels après l'accouchement



Lorsque les patientes de notre étude ont répondu au questionnaire, à environ 5 à 6 semaines du post-partum, 43% avaient déjà repris une activité sexuelle et ce majoritairement après un délai de 2 semaines suivant l'accouchement.

b) Information délivrée aux patientes concernant la reprise de la sexualité

Figure 3 : Evocation de la reprise des rapports sexuels après l'accouchement lors de l'examen de sortie



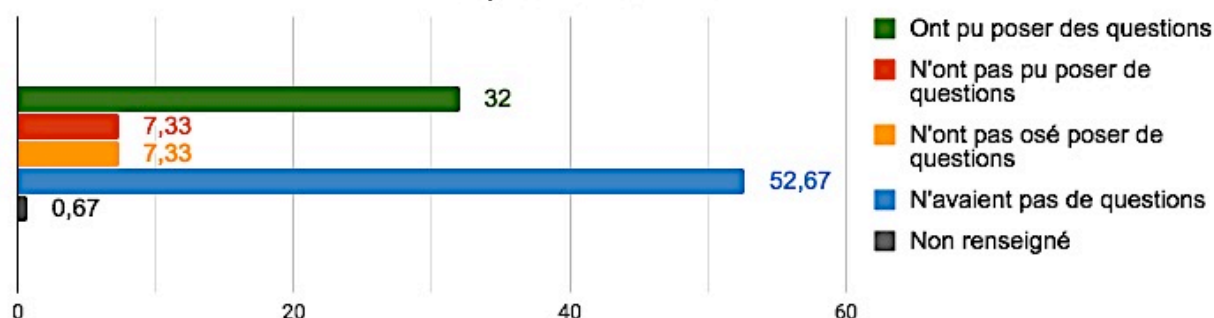
La question de la reprise des rapports sexuels après l'accouchement a été abordée dans près de 2/3 des cas. Parmi les patientes ayant reçu cette information – à leur initiative ou à celle du professionnel – 55% l'ont jugée utile et 36,9% suffisante (elle était inutile pour 2,7% et insuffisante pour 5,41% ; le reste des patientes n'a pas répondu intégralement à cette question).

La question de la reprise des rapports sexuels après l'accouchement semble davantage abordée spontanément par les sages-femmes, à hauteur de 53,85% des cas. Les internes sont, effectivement à l'initiative de cette information dans 42,31% des cas. Cette différence n'est cependant pas significative ($p=0,39$).

Tableau 12 : Reprise de la sexualité en fonction de l'information délivrée			
	Information délivrée dans le service sur la reprise de la sexualité en post-partum		p
	Information réalisée (n=94)	Information non réalisée (n=56)	
Reprise d'une activité sexuelle	50 (53,19)	31 (55,36)	0,87

Nous n'observons pas de différence significative dans la reprise ou non d'une activité sexuelle au moment de la réalisation de notre étude entre les femmes ayant bénéficié d'une information sur ce sujet et celles n'en ayant pas bénéficié.

Figure 4 : Questions des patientes au professionnel ayant réalisé l'examen de sortie concernant la reprise de la sexualité



Nous constatons qu'environ 15% des patientes de notre étude (soit 22 patientes) qui avaient des interrogations au sujet de la reprise d'une activité sexuelle en post-partum n'ont pas pu ou pas osé les poser au professionnel ayant réalisé l'examen de sortie.

Tableau 13 : Reprise de la sexualité en fonction de la possibilité de poser des questions au professionnel					
	Questions des patientes sur la reprise de la sexualité en post-partum				
	Ont pu poser des questions (n=48)	N'ont pas pu/osé poser de questions (n=22)	p	N'avaient pas de questions (n=79)	p
Reprise d'une activité sexuelle	23 (47,92)	9 (40,91)	0,62	33 (41,77)	0,58

Nous ne retrouvons pas de différence significative dans la reprise des rapports sexuels chez les femmes qui avaient des questions sur ce sujet entre celles qui ont pu poser des questions et celles qui n'ont pas pu ou pas osé en poser. Les effectifs analysés restent, toutefois, limités. Nous n'en notons pas non plus entre les patientes ayant posé des questions et celles qui n'avaient pas d'interrogations particulières.

Parmi les femmes vivant en couple, 76 (soit 56,72%) estimaient utile que leur conjoint soit présent lors de la délivrance d'une information sur la reprise des rapports sexuels en post-partum.

5) Contraception du post-partum en pratique : utilisation et information

a) Observance de la contraception en post-partum

Seules 38,7% des femmes de notre échantillon déclaraient toujours utiliser la méthode de contraception choisie à la maternité à 5 à 6 semaines du post-partum. Environ 44,7% ne l'avaient jamais utilisée et 1 seule patiente (soit 0,7%) l'avait utilisée puis arrêtée. 20 femmes (soit 13,3%) déclaraient qu'aucune contraception ne leur avait été prescrite ou conseillée à la maternité – parmi elles 7 avaient pourtant eu une prescription de pilule microprogestative et 7 s'étaient vues conseiller une contraception locale.

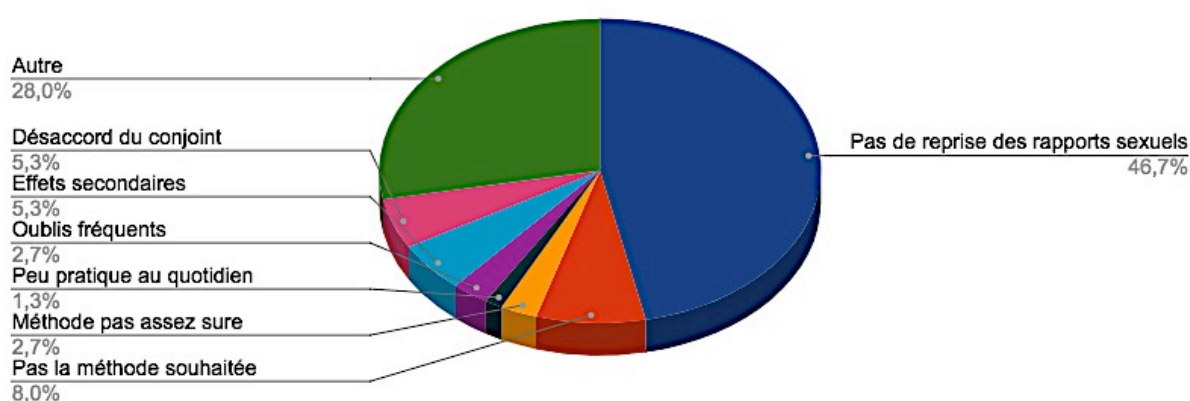
Parmi les 71 patientes ayant eu une prescription de pilule, 44 l'utilisaient encore au moment de notre enquête. Chez les 38 patientes ayant préféré le préservatif, elles étaient 8 à l'utiliser. Sur les deux femmes ayant eu la pose d'un implant contraceptif dans le service de suites de couches, aucune de l'avait retiré lors de notre étude.

Tableau 14 : Utilisation de la contraception en fonction de la parité

Utilisation de la méthode de contraception choisie à la maternité à 5-6 semaines, chez les femmes ayant une prescription			
	L'utilisent toujours (n=58)	Ne l'ont pas utilisée/ne l'utilisent plus (n=68)	p
Parité	1,62 ± 0,96	1,68 ± 0,86	0,71

Nous ne constatons pas de différence significative dans la parité entre les patientes utilisant toujours la contraception choisie à la maternité et celles ne l'ayant pas utilisée ou l'ayant arrêtée.

Figure 5 : Motifs d'inobservance de la contraception chez les patientes n'ayant pas utilisé ou ayant arrêté d'utiliser la méthode prescrite à la maternité



Parmi les femmes n'ayant pas utilisé la méthode de contraception qui leur avait été prescrite, près de la moitié évoquaient l'absence de reprise d'une activité sexuelle comme motif de cette inobservance. Pour la seule patiente ayant démarré puis interrompu sa contraception, il s'agissait d'oublis trop fréquents. Parmi les 8% de femmes mentionnant qu'il ne s'agissait pas de la méthode de contraception qu'elles souhaitaient, 4 devaient utiliser une pilule et 2 une contraception locale.

Chez les 28% de femmes mentionnant une autre raison, on retrouvait :

- 11 patientes en attente de la consultation post-natale dont 9 pour la pose d'un DIU,
- 3 n'ayant pas eu le temps d'acheter leur contraception,
- 2 disant ne pas avoir envie d'une contraception pour le moment,
- 1 manquant « de temps et de volonté de faire le point avec la sage-femme »,
- 1 souhaitant attendre de pouvoir réutiliser son ancienne pilule oestroprogestative et évoquant le recours à une méthode barrière en cas de reprise des rapports sexuels avant cette date,
- 1 se disant « anti-médicament »,
- 1 qui n'était pas encore sûre du choix de sa méthode de contraception
- 1 ayant un doute sur la compatibilité de sa contraception avec une hypertension artérielle chronique.

Notre questionnaire incluait également les propositions « perte de l'ordonnance », « mode d'utilisation mal compris ou mal expliqué » et « coût trop élevé » qui n'ont été évoquées par aucune des patientes.

Parmi les patientes n'ayant recouru à aucune contraception à la sortie de la maternité (aucune prescription ou prescription non suivie) ou ayant arrêté de l'utiliser, seules 16,3% avaient eu recours à une autre méthode dans les premières semaines du post-partum, soit 15 patientes sur notre échantillon. Chez celles qui avaient eu recours à une autre méthode, 13 avaient préféré le préservatif, une la MAMA et une la méthode naturelle.

Nous remarquons, d'autre part, que parmi les patientes n'ayant pas eu recours à une autre méthode, 26,3% avaient déjà repris une activité sexuelle lors de la participation à l'enquête. Elles pouvaient donc être exposées à un risque de grossesse.

Nous avons également interrogé la satisfaction des patientes quant à la méthode de contraception choisie à la maternité chez celles qui l'utilisaient toujours lors de la réalisation de l'enquête. Ainsi, plus de la moitié, 58,6%, s'en estimaient plutôt satisfaites et 22,4% très satisfaites tandis que les patientes se disant insatisfaites représentaient 10,4% (5,2% « plutôt pas satisfaites » et 5,2% « pas du tout satisfaites »).

Concernant les modalités d'utilisation de la contraception chez les femmes ayant toujours recours à la méthode choisie à la maternité, nous notons que seules 69% des patientes pensaient toujours l'utiliser de manière correcte. De ce fait, un quart disaient respecter ces modalités « la plupart du temps » et 1 seule patiente pensait ne pas l'utiliser convenablement. Plus précisément, parmi les 58 femmes utilisant une pilule microprogestative au moment de l'enquête 40 pensaient toujours bien l'utiliser ; elles étaient 3 sur 8 parmi les femmes utilisant le préservatif.

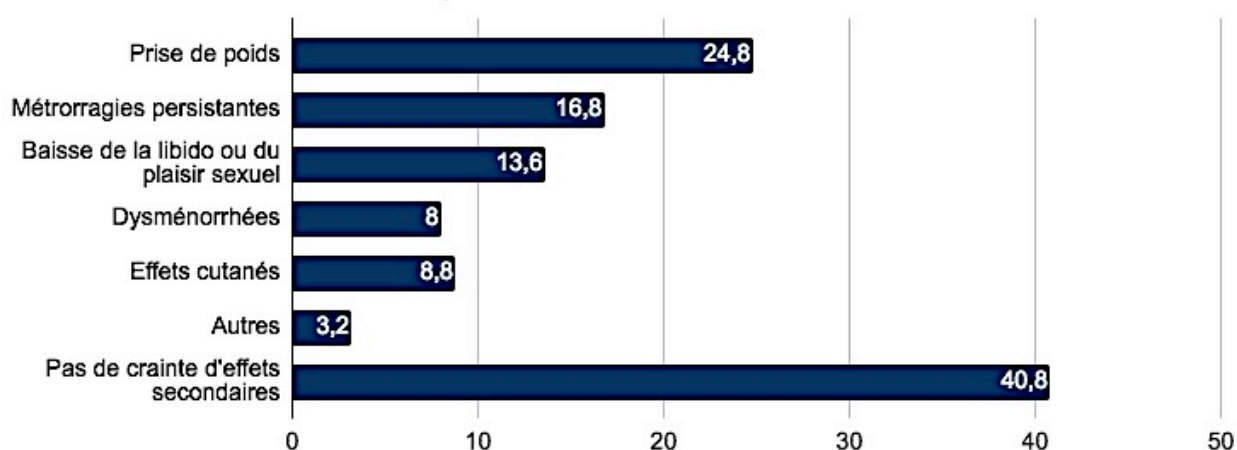
Chez les 15 patientes ayant remplacé la contraception initialement choisie par une autre méthode, 9 pensaient toujours bien l'utiliser et 3 la plupart du temps.

Par ailleurs, parmi ces premières patientes, 12 (soit 20,7%) disaient avoir oublié une fois leur contraception et 8 (soit 13,8%) l'avoir oubliée à plusieurs reprises. 36 (soit 62,1%) ne l'avaient jamais oubliée. Chez les 15 patientes ayant changé de contraception, elles étaient 8 à ne jamais l'avoir oubliée et 3 à l'avoir oubliée une ou plusieurs fois.

Plus précisément, nous remarquons que chez les 20 patientes ayant oublié leur contraception une ou plusieurs fois, 9 pensaient toujours bien l'utiliser et 10 la plupart du temps.

Concernant le recours à la contraception d'urgence en cas de rapports sexuels non protégés, nous constatons que parmi les 23 femmes ayant repris une activité sexuelle, utilisant toujours une méthode de contraception et l'ayant oubliée à une ou plusieurs reprises, seules 7 avaient eu recours à une contraception d'urgence (14 disaient ne pas y avoir recouru).

Figure 6 : Effets secondaires attribués à la contraception chez les patientes en ayant choisi une à la maternité



Nous avons également cherché à explorer les représentations des patientes quant aux effets secondaires éventuels attribués aux différentes méthodes de contraception disponibles. Nous avons ainsi proposé une série d'effets secondaires fréquemment reliés à la contraception dans diverses études – prise de poids, métrorragies persistantes, dysménorrhées, baisse de la libido ou du plaisir sexuel et effets cutanés – en laissant la possibilité aux patientes d'en indiquer d'autres.

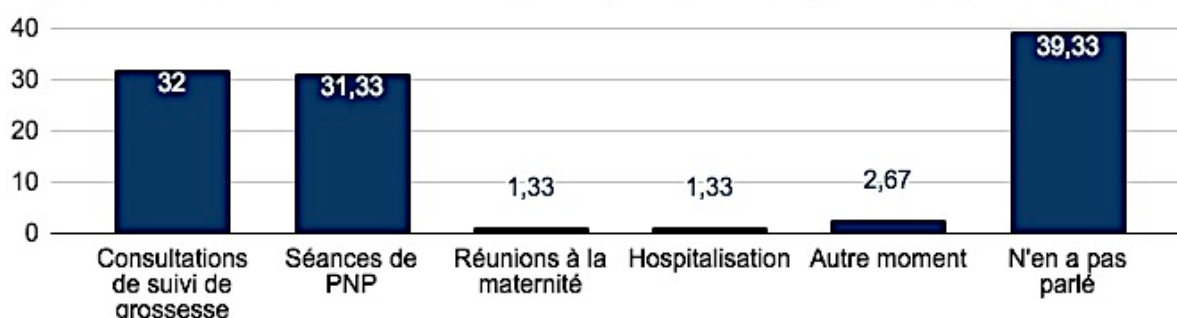
Ainsi, parmi les 125 femmes de notre échantillon s'étant vues prescrire ou conseiller une contraception à la maternité, plus de la moitié affirmaient craindre ou avoir ressenti des effets secondaires qu'elles attribuaient à leur contraception, les plus fréquemment retrouvés étant la prise de poids suivie des métrorragies persistantes et de la baisse de la libido ou du plaisir sexuel. Dans la catégorie « autres », étaient mentionnés à une reprise chacun : les risques liés à l'association avec la consommation de tabac, les risques de dyslipidémie (« cholestérol ») liés à la prise de la pilule, des effets sur l'humeur

(« tendance dépressive ») ainsi qu'un doute sur l'efficacité de la contraception chez une femme ayant eu une grossesse malgré l'utilisation de la pilule.

Enfin, parmi les 150 patientes de notre échantillon, 76 (soit 50,7%) envisageaient un changement de méthode contraceptive après la réalisation de la consultation post-natale, 65 (soit 43,3%) ne souhaitent en revanche pas en changer. Les méthodes envisagées les plus retrouvées pour ces patientes étaient la pilule oestroprogestative pour 10 d'entre elles et le DIU pour 17.

b) Modalités d'information durant la grossesse et en post-partum

Figure 7 : Moment de l'information sur la contraception pendant la grossesse selon les patientes



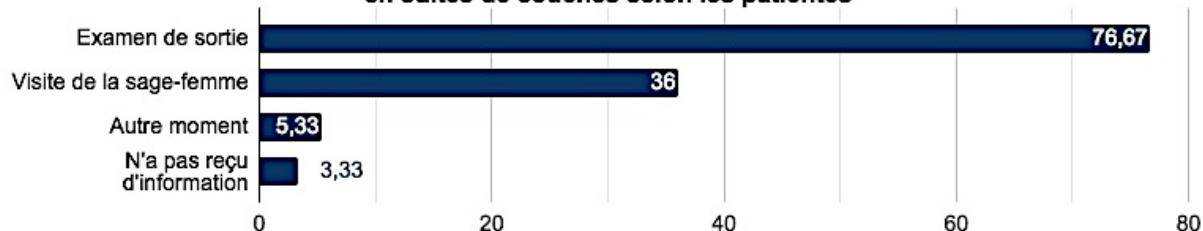
Parmi les 150 patientes de notre échantillon, une proportion importante n'avaient pas abordé le sujet de la reprise de la contraception après l'accouchement durant la grossesse. Les autres avaient reçu cette information principalement au cours de consultations de suivi de grossesse et de séances de PNP. Concernant les 2 patientes ayant reçu cette information à un autre moment, l'une parle d'un « atelier retour à la maison » et l'autre d'une « réunion ». Nous pouvons donc supposer qu'il s'agisse en réalité de réunions organisées par la maternité ou de séances de PNP.

Tableau 15 : Satisfaction de la contraception choisie en fonction de l'information donnée pendant la grossesse

	Contraception abordée pendant la grossesse parmi les femmes utilisant la contraception choisie à la maternité à 5-6 semaines		
	Abordée (n=37)	Non abordée (n=21)	p
Très ou plutôt satisfaites de la contraception choisie à la maternité	31 (83,78)	16 (76,19)	0,50

Par ailleurs, nous notons que parmi les femmes utilisant toujours la contraception préconisée au moment de l'enquête, il n'existe pas de différence significative quant à la satisfaction concernant cette méthode. Ces chiffres sont cependant à nuancer du fait du faible nombre de sujets concernés.

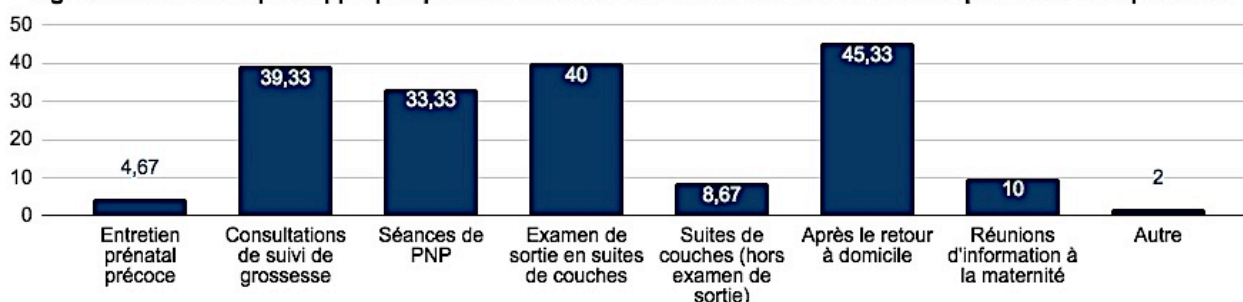
Figure 8 : Moment de l'information sur la contraception au cours du séjour en suites de couches selon les patientes



Selon les 150 patientes interrogées, l'information concernant la contraception en post-partum a été abordée durant l'examen de sortie pour $\frac{3}{4}$ d'entre elles et lors d'une visite de la sage-femme pour environ $\frac{1}{3}$. Chez les patientes ayant eu cette information à un autre moment, il s'agissait pour 4 d'entre elles de réunions d'information organisées à la maternité. Une évoquait la « dernière visite de suivi avant l'accouchement » et une « la veille de la sortie ». Il s'agirait donc de l'examen de sortie ou d'une visite de la sage-femme.

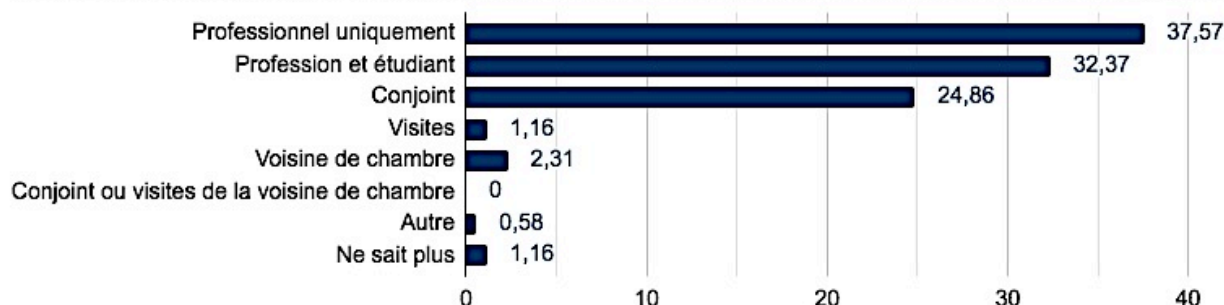
Notre étude révélait également que seules 28 patientes sur les 150 interrogées (soit 18,67%) connaissaient l'existence de réunions d'information collectives proposées par le personnel de la maternité, notamment sur le thème de la contraception.

Figure 9 : Moment le plus approprié pour la réalisation de l'information sur la contraception selon les patientes



Nous avons interrogé les patientes sur le moment qui serait, selon elles, le plus propice à la délivrance de l'information sur le sujet de la contraception. Ainsi, les consultations de suivi de grossesse, les séances de PNP, l'examen de sortie en suites de couches et lors d'une rencontre avec un professionnel après le retour à domicile (par exemple lors de la visite d'une sage-femme libérale) sont cités plus fréquemment par les patientes. 3 patientes avaient répondu « autre » ; elles évoquaient ainsi la consultation post-natale, « en fin de grossesse » et « au moment où l'on souhaite en parler ».

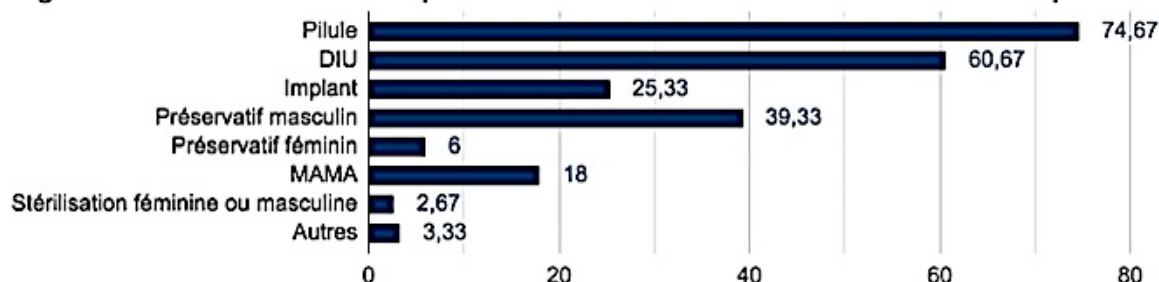
Figure 10 : Personnes présentes dans la chambre au moment de la réalisation de l'examen de sortie



L'examen de sortie réalisé dans le service de suites de couches s'est déroulé pour plus d'un tiers uniquement avec le professionnel de santé auteur de cet examen. Un étudiant était présent pour presque un tiers et le conjoint y a assisté pour environ un quart.

Parmi les 150 patientes de notre étude, seulement 5 disaient avoir été gênées de la présence d'une ou plusieurs de ces personnes.

Figure 11 : Méthodes de contraception abordées lors de l'examen de sortie selon les patientes



Dans notre étude, l'implant contraceptif, le préservatif et la stérilisation restent peu abordés. La MAMA est également peu présentée aux patientes. En effet, seules 27 patientes ont bénéficié de cette information alors que 90 pratiquaient un allaitement maternel exclusif à la sortie de la maternité : la MAMA n'a donc été présentée qu'à 30% des patientes susceptibles de l'utiliser.

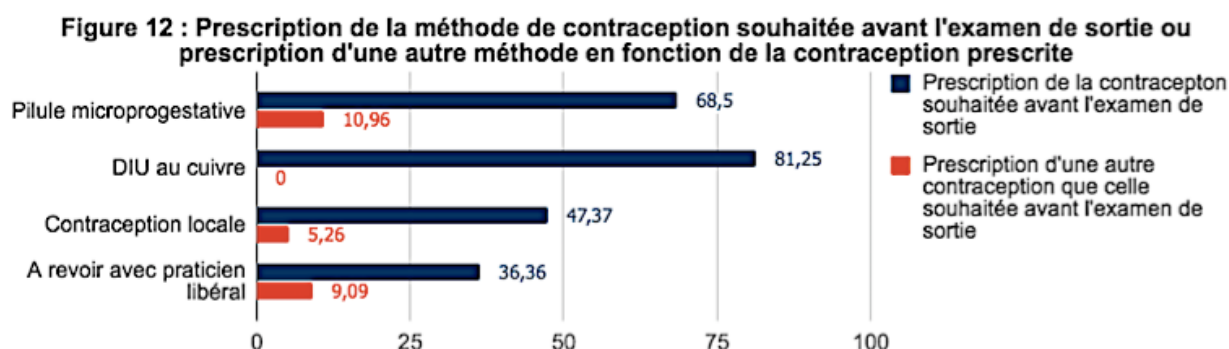
Dans la catégorie « Autres », une patiente a indiqué avoir évoqué le patch transdermique, une les méthodes naturelles, deux n'ont pas parlé de contraception avec un professionnel du service.

Nous notons enfin qu'une large majorité a reçu une information uniquement orale (120 patientes soit 80%). 23 patientes ont bénéficié d'une information à la fois orale et écrite (soit 15,33%) et seulement 2 (soit 1,33%) n'ont reçu qu'une information écrite²⁰.

²⁰ Voir Annexe VII : Document d'information sur la contraception à destination des patientes hospitalisées dans le service de suites de couches, élaboré par le Réseau Sécurité Naissance ; p. XII

c) Satisfaction quant à l'information délivrée à la maternité

Parmi les patientes à qui une méthode de contraception a été prescrite lors de l'examen de sortie, 91 (soit 72,8%) avaient déjà choisi cette méthode, 10 (soit 8%) avaient une idée de la contraception qu'elles souhaiteraient mais ont préféré une autre méthode à l'issue de l'examen et 21 (soit 16,8%) n'avaient pas de préférence pour une méthode en particulier avant celui-ci.



Plus précisément, pour les 4 méthodes les plus prescrites dans notre étude, nous constatons que la contraception prescrite était celle souhaitée avant l'examen de sortie pour une large majorité des patientes ayant choisi une pilule microprogestative ou un DIU au cuivre. Pour les méthodes locales, en revanche, moins de la moitié les avaient choisies au préalable. Environ 1/3 des patientes avaient déjà prévu de choisir leur contraception avec l'aide de leur praticien libéral.

Tableau 16 : Utilisation de la méthode en fonction du respect du choix initial des patientes

	Choix de la méthode de contraception déjà défini avant l'examen de sortie, chez les patientes ayant eu une prescription à la maternité		p
	Méthode prescrite (n=91)	Autre méthode prescrite ou non définie avant l'examen (n=31)	
Utilisation de la méthode choisie à la maternité à 5-6 semaines	43 (47,25)	7 (22,58)	0,02

Nous constatons ici une augmentation significative de l'observance de la contraception à 5-6 semaines du post-partum chez les femmes ayant déjà décidé de leur contraception avant l'examen de sortie et à qui celle-ci a effectivement été prescrite, par rapport à celles à qui une autre méthode a été prescrite ou qui n'avaient pas de préférence avant l'examen.

Tableau 17 : Qualification de l'information donnée sur la contraception lors de l'examen de sortie selon les patientes				
	Oui	En partie	Non	Non renseigné
Utile	116 (77,33)	23 (15,33)	6 (4,00)	9 (6,00)
Facilement compréhensible	134 (89,33)	8 (5,33)	2 (1,33)	6 (4,00)
Complète	94 (62,67)	38 (25,33)	12 (8,00)	6 (4,00)
Adaptée à la situation personnelle	112 (74,67)	17 (11,33)	14 (9,33)	7 (4,67)

Une proportion importante de patientes déclaraient trouver l'information donnée sur la contraception lors de l'examen de sortie utile, aisément compréhensible et adaptée à leur situation personnelle. Nous notons en revanche que plus du tiers des patientes la trouvaient incomplète.

Tableau 18 : Satisfaction de l'information selon la forme de l'information délivrée		
	Forme de l'information délivrée à la maternité sur la contraception	
	Orale uniquement (n=120)	Orale et écrite (n=23)
Information jugée complète par les patientes	75 (62,5)	18 (78,26)
Information jugée facilement compréhensible par les patientes	112 (93,33)	19 (82,61)

Nous ne retrouvons pas de différence réellement marquée concernant la clarté, le caractère complet de l'information donnée entre les femmes n'ayant reçu qu'une information orale et les femmes ayant également reçu une information écrite.

Tableau 19 : Utilisation de la contraception en fonction de l'adaptation de l'information à la situation personnelle de chaque femme		
	Information adaptée à la situation personnelle selon les patientes, chez les femmes ayant eu une prescription de contraception à la maternité	
	Information adaptée (n=98)	Information non adaptée ou en partie adaptée (n=22)
Utilisation de la contraception prescrite à 5-6 semaines	43 (43,88)	7 (31,82)

Nous constatons ici que les patientes jugeant l'information reçue suffisamment adaptée à leur situation individuelle ne semblaient pas utiliser leur contraception à 5-6 semaines dans des proportions très supérieures. Ces chiffres sont cependant à nuancer au regard du faible nombre de patientes dans le second groupe.

Tableau 20 : Utilisation de la contraception et représentations des patientes en fonction du caractère complet ou non de l'information

Information complète selon les patientes, chez les femmes ayant eu une prescription de contraception à la maternité			
	Information complète (n=80)	Information incomplète (n=41)	p
Utilisation de la contraception prescrite à 5-6 semaines	35 (43,75)	15 (35,59)	0,56
Attribution d'effets secondaires à la méthode choisie	33 (41,25)	14 (34,15)	0,56

Les patientes ayant trouvé l'information incomplète ne montrent pas de moindre observance de la contraception. Elles n'attribuent pas davantage d'effets secondaires à leur contraceptif.

Tableau 21 : Satisfaction de la contraception et utilisation correcte en fonction du caractère complet ou non de l'information

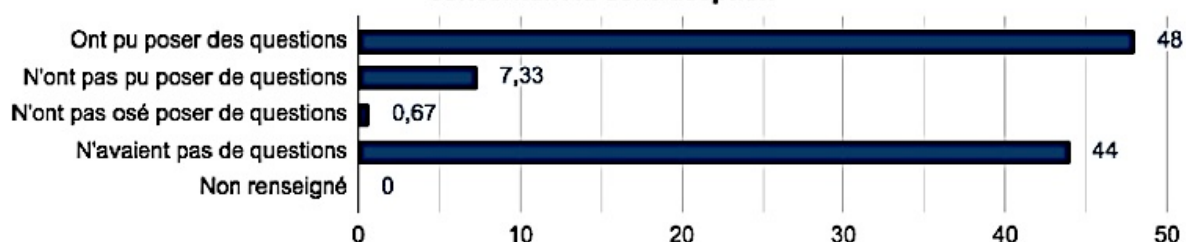
Information complète selon les patientes, chez les patientes utilisant toujours la méthode choisie à la maternité			
	Information complète (n=38)	Information incomplète (n=18)	
Utilisation de la contraception toujours correcte selon les patientes	26 (68,42)	12 (66,67)	1
Au moins un oubli de la contraception	13 (34,21)	5 (27,78)	0,76
Satisfaction de la méthode prescrite	29 (76,32)	16 (88,89)	0,47

Nous ne retrouvons pas non plus de différence significative concernant l'utilisation et les oublis de contraception ni la satisfaction de la méthode prescrite entre les femmes jugeant l'information complète ou incomplète.

D'autre part, parmi les 150 patientes interrogées, 48 (soit 32%) s'étaient senties très disponibles pour recevoir l'information délivrée lors de l'examen de sortie, 86 (soit 57,33%) assez disponibles. 16 patientes (soit 10,67%) ne s'étaient, au contraire, pas senties suffisamment disponibles.

Par ailleurs, 87 (soit 58%) avaient trouvé le professionnel ayant réalisé l'examen de sortie très disponible, 56 (soit 37,33%) l'avaient trouvé plutôt disponible et seulement 5 (soit 3,33%) ne l'avaient pas trouvé suffisamment.

Figure 13 : Questions des patientes au professionnel ayant réalisé l'examen de sortie concernant la contraception



Notre étude montre, toutefois, qu'un taux légèrement plus élevé, de 8% des patientes (soit 12 patientes), avait des interrogations au sujet de la contraception en post-partum mais n'ont pas pu ou pas osé les poser au professionnel lors l'examen de sortie.

Tableau 22 : Questions posées en fonction du caractère complet ou non de l'information

Information complète selon les patientes, chez les femmes ayant eu une prescription de contraception à la maternité			
	Information complète (n=84)	Information incomplète (n=42)	p
Questions posées au professionnel sur la contraception	56 (66,67)	14 (33,33)	<0,01

Les patientes ayant trouvé l'information complète ont significativement plus posé de questions au professionnel que celles qui jugeaient l'information incomplète.

Concernant le choix d'une méthode de contraception lors de l'examen de sortie, parmi les 125 patientes à qui une contraception a été prescrite, 96 disaient avoir pu choisir elles-mêmes la méthode prescrite (soit 76,8% de ces patientes), 16 (soit 12,8%) en partie seulement et 11 (soit 8,8%) pas du tout.

Tableau 23 : Utilisation de la contraception en fonction de la liberté de choix des patientes

Choix de la méthode de contraception par elles-mêmes selon les patientes, chez celles à qui elle a été prescrite			
	Totalement (n=96)	En partie ou pas du tout (n=27)	p
Utilisation de la méthode choisie à 5-6 semaines	40 (41,67)	11 (40,74)	1

Nous ne relevons pas de différence significative dans l'utilisation de la méthode prescrite à la maternité entre les patientes ayant pu choisir leur contraception par elles-mêmes et celles n'ayant pu le faire qu'en partie ou pas du tout. Le nombre de femmes dans le second groupe reste néanmoins faible.

En outre, en considérant uniquement les femmes l'utilisant à 5 à 6 semaines du post-partum, 34 femmes sur les 43 ayant pu la choisir entièrement par elles-mêmes pensaient toujours l'utiliser correctement contre 6 sur 13 femmes ne l'ayant choisie qu'en

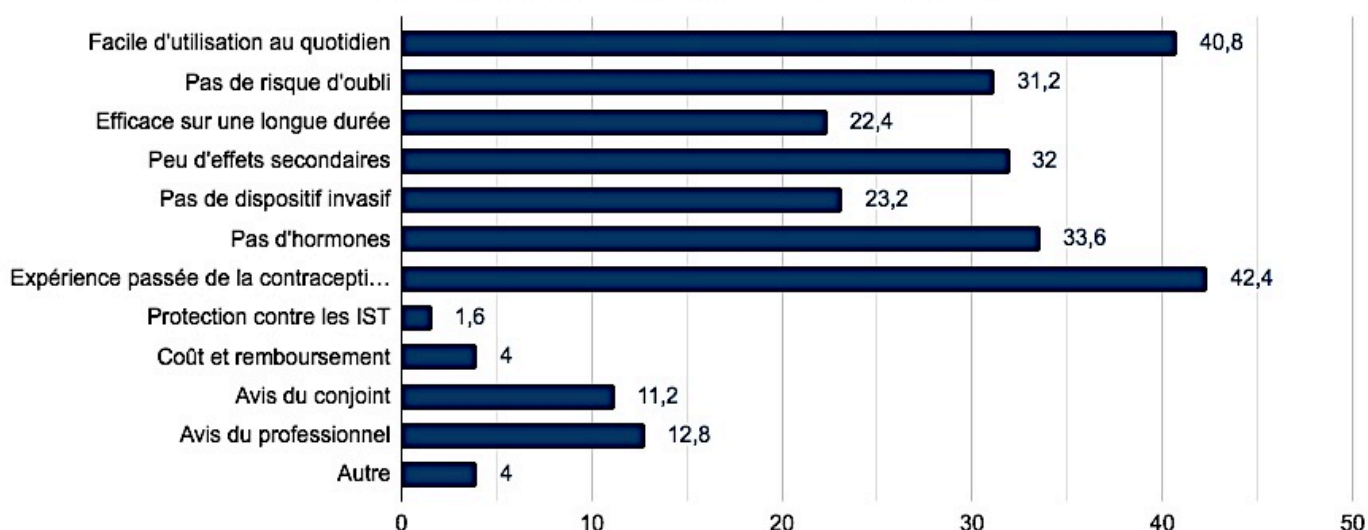
partie ou pas du tout. Concernant le taux d'oubli de contraception et la satisfaction de la méthode choisie la différence entre ces deux groupes était moindre puisque :

- les oublis uniques ou multiples concernaient 15 femmes sur 43 dans le premier sous-groupe contre 5 sur 13 dans le second ;
- 37 femmes sur 43 se disaient satisfaites de leur méthode de contraception dans le premier contre 10 sur 13 dans le second.

Ici aussi, les effectifs sont insuffisants pour obtenir des résultats suffisamment fiables.

Chez les patientes en couple ayant bénéficié d'une prescription de contraception à la sortie de la maternité (soit 110 patientes), 58 (soit 52,73% de ces patientes) avaient consulté leur conjoint pour le choix de cette contraception. 49 patientes disaient ne pas l'avoir fait (soit 44,55%) dont 45 (soit 40,91%) ne pensaient pas que cela soit nécessaire et 4 (soit 3,64%) auraient souhaité pouvoir le faire.

Figure 14 : Déterminants du choix de la méthode de contraception chez les patientes en ayant choisi une à la maternité

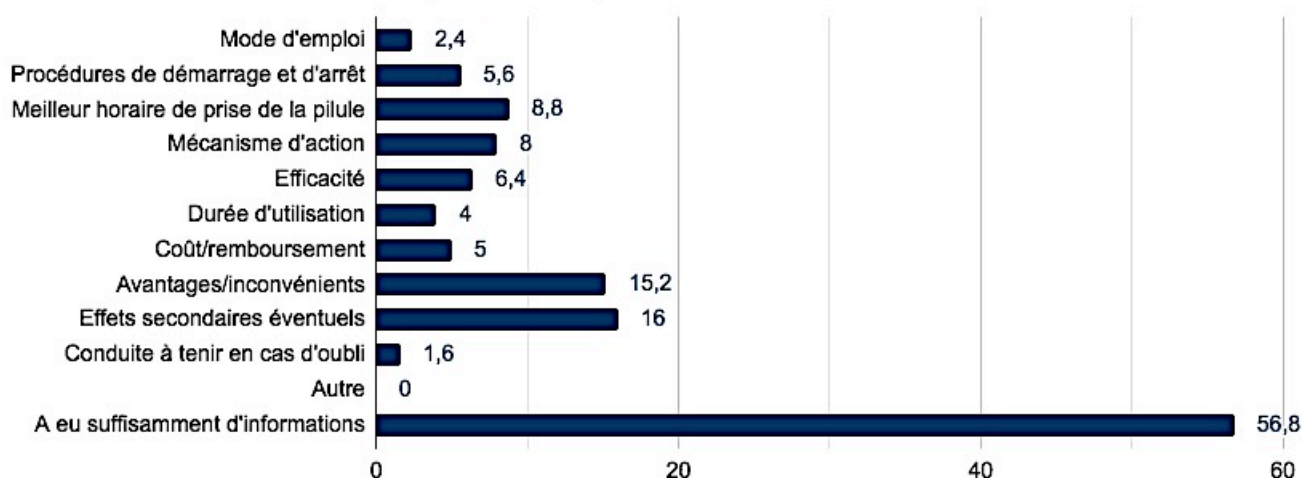


Chez les femmes de notre échantillon à qui une contraception a été prescrite lors de l'examen de sortie en suites de couches, le choix de la méthode de contraception était, selon elles, majoritairement déterminé par leur expérience passée de la contraception, la facilité d'utilisation de la contraception au quotidien et la limitation du risque d'oubli ainsi que la réduction des effets secondaires éventuels et l'absence de prise d'un traitement hormonal.

Parmi les déterminants classés dans la catégorie « Autre » – pour 5 patientes de notre échantillon – 2 évoquaient des préoccupations d'ordre médical (« compatibilité avec un traitement médical » et « pas le choix car les autres me sont interdits pour des problèmes de santé qu'ils peuvent encourir ») et une l'allaitement maternel. Une patiente disait ne pas vouloir utiliser la pilule, une voulait utiliser une méthode naturelle sans autres précisions.

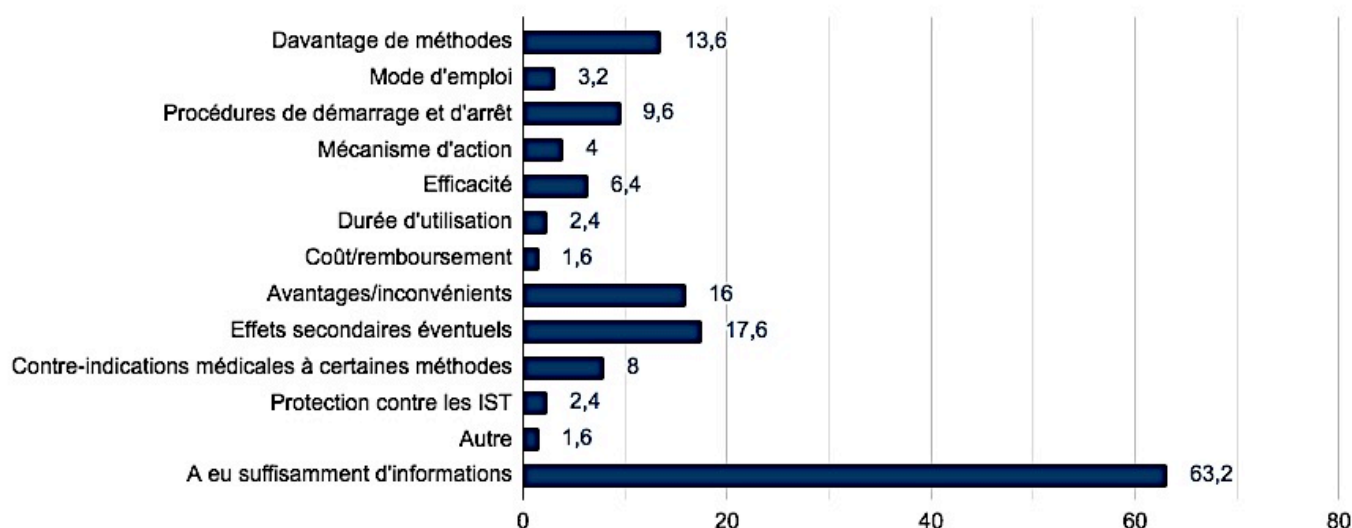
Sur l'ensemble des patientes pour lesquelles il était indiqué dans le dossier obstétrical qu'elles vivaient en couple (134 patientes), seules 14 disaient avoir considéré l'avis de leur conjoint dans le choix de leur contraception (soit 10,45% de ces patientes).

Figure 15 : Souhait de davantage d'informations sur la méthode de contraception prescrite chez les patientes en ayant choisi une à la maternité



Parmi les patientes à qui une contraception a été prescrite ou conseillée dans le service de suites de couches, on constate que plus de la moitié estimaient avoir eu suffisamment d'informations sur la méthode choisie. Nous observons, néanmoins, que 16% auraient souhaité avoir davantage de précisions concernant ses effets secondaires éventuels et 15,2% ses avantages et inconvénients.

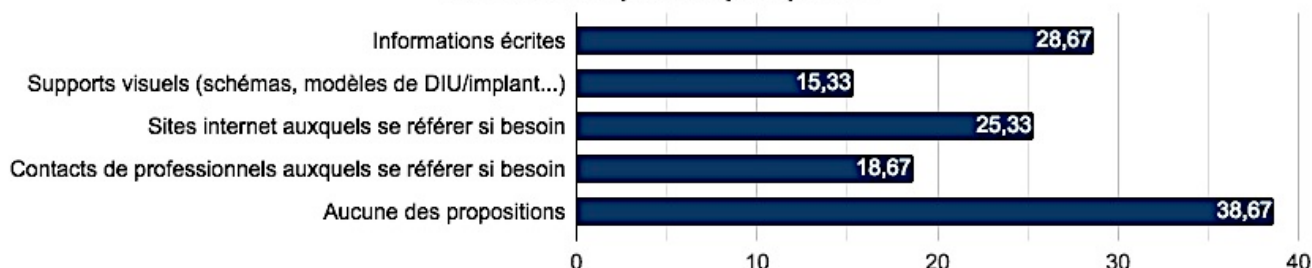
Figure 16 : Souhait de davantage d'informations sur les autres méthodes de contraception que celle choisie, chez les patientes en ayant choisi une à la maternité



Plus de la moitié de ces mêmes femmes auraient désiré plus d'informations sur les autres méthodes de contraception disponibles en post-partum, en particulier sur les effets secondaires possibles et sur les avantages et inconvénients des différentes méthodes. Ce sont donc ici les deux points les plus fréquemment cités, à la fois concernant la méthode qu'elles ont choisi et les autres méthodes disponibles. De plus, 13,6% d'entre elles disaient souhaiter des explications sur davantage de contraceptifs différents. Deux

patientes avaient cité une autre réponse : l'une concernant les effets de la contraception sur l'allaitement et l'autre précisant qu'elle avait « eu les informations avec [sa] sage-femme lors des cours de préparation à l'accouchement ».

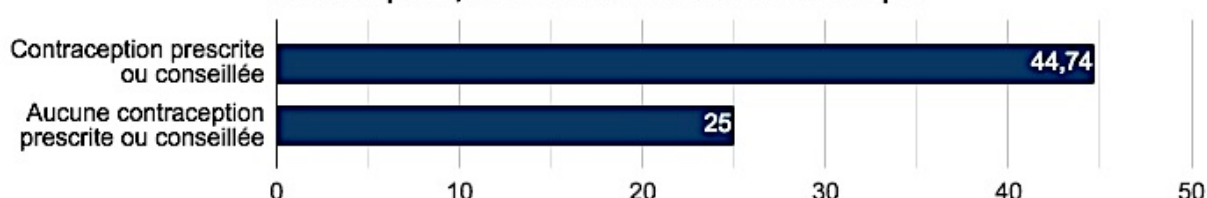
Figure 17 : Supports souhaités par les patientes pour améliorer l'information sur la contraception en post-partum



Nous avons également interrogé les patientes concernant leur avis sur le bénéfice de l'utilisation de différents supports dans la délivrance de l'information sur la contraception. Ainsi, sur les 150 patientes de notre étude, les supports auxquels les patientes trouvent le plus d'intérêt sont en majorité des documents écrits d'information et des sites internet de référence sur le sujet de la contraception.

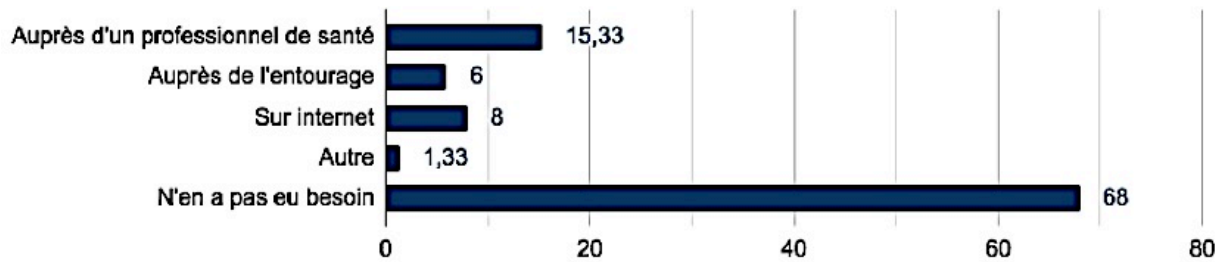
Chez les femmes vivant en couple, 56 (soit 41,79%) jugeaient utile que leur conjoint soit présent lors de l'information sur la contraception. 56 femmes (soit 41,79%) pensaient au contraire que sa présence n'était pas utile.

Figure 18 : Présence du conjoint jugée utile par les patientes lors de l'information sur la contraception, chez les femmes vivant en couple



Parmi ce groupe de femmes, on constate que la proportion de femmes jugeant la présence de leur conjoint préférable lors de l'information sur la contraception semble plus élevée chez les femmes en ayant eu une prescription à la maternité, bien que la taille des effectifs soient très inégale et limite ainsi l'interprétation de ces résultats.

Figure 19 : Recherche d'informations complémentaires sur la contraception après la sortie de la maternité selon les patientes



Par ailleurs, notre étude retrouvait environ 2/3 de patientes n'ayant pas eu besoin de rechercher des informations complémentaires concernant la contraception après leur sortie de la maternité. Parmi le tiers restant, la plupart des patientes s'étaient renseignées auprès d'un professionnel de santé (sage-femme, gynécologue, médecin traitant) et, dans une moindre proportion, sur internet ou auprès de leur entourage. Chez les 2 femmes ayant répondu « autre » une disait avoir eu besoin de davantage d'informations sur « le pourcentage d'infertilité et grossesse malgré tout » (le conjoint de cette patiente présentait une infertilité avec une grossesse obtenue par FIV) et l'autre attendait la consultation post-natale pour demander des précisions sur le sujet. On retrouvait des chiffres similaires chez les patientes à qui une contraception a été préconisée lors de l'examen de sortie, on retrouvait des chiffres très proches. Enfin, chez les 15 patientes ayant eu recours à une autre méthode de contraception que celle prescrite à la maternité, 12 n'avaient pas eu besoin d'informations complémentaires et seules 2 en avaient cherché auprès d'un professionnel et 1 auprès de son entourage.

Tableau 24 : Besoin d'informations complémentaires selon la forme de l'information

	Forme de l'information délivrée à la maternité sur la contraception	
	Orale uniquement (n=120)	Orale et écrite (n=23)
Recherche d'informations complémentaires après le RAD	33 (27,5)	8 (34,78)

Même si les chiffres sont peu significatifs, il semble que la forme de l'information donnée n'ai pas d'influence sur la nécessité de rechercher des informations complémentaires après le RAD chez nos patientes.

Tableau 25 : Besoin d'informations complémentaires en fonction de l'information donnée sur la contraception pendant la grossesse

	Contraception abordée avec un professionnel pendant la grossesse		p
	Abordée (n=91)	Non abordée (n=59)	
Recherche d'informations après le RAD	37 (40,66)	11 (18,64)	<0,01

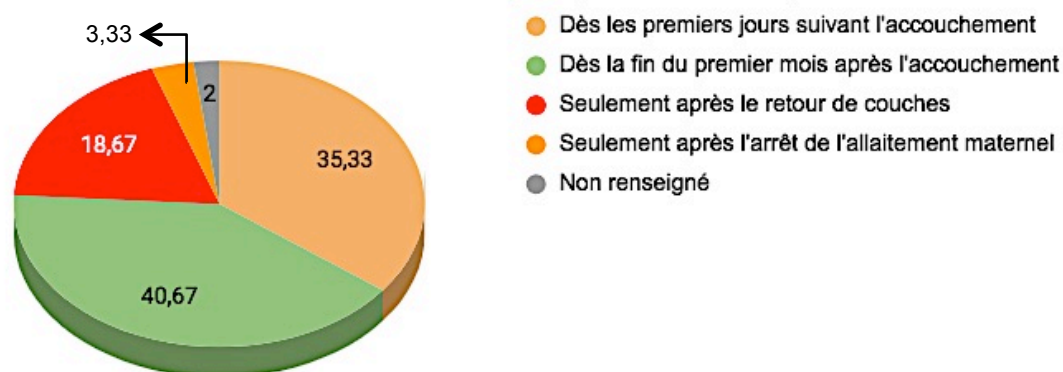
Il apparaît paradoxalement que les patientes ayant reçu une information sur la contraception durant leur grossesse ont eu significativement plus besoin de rechercher des informations complémentaires après le retour à domicile.

Enfin, 33 patientes sur les 105 ayant bénéficié du PRADO et 6 sur les 18 n'ayant pas bénéficié ont eu besoin d'informations complémentaires après le RAD. Il ne semble donc pas y avoir de différence entre ces deux types de patientes, même si l'effectif n'ayant pas eu accès au PRADO reste faible.

6) Connaissances des patientes concernant la fécondabilité en post-partum et l'utilisation de la contraception

A la fin de notre questionnaire, nous posons deux questions plus théoriques aux patientes afin d'apprécier l'état de leurs connaissances, 5 à 6 semaines après leur sortie de la maternité, concernant le retour de la fécondabilité à la suite d'une grossesse ainsi que la reconnaissance et la gestion des situations à risques de grossesse²¹.

Figure 20 : Date du retour de la fécondabilité en post-partum selon les patientes



Sur le thème, tout d'abord, du retour à la fécondabilité après l'accouchement, seules 40% des patientes avaient répondu correctement (« dès la fin du premier mois après l'accouchement »). Nous notons particulièrement que près de 20% des patientes ne situaient le risque d'une nouvelle grossesse qu'après le retour de couches.

²¹ Voir Annexe V : Questionnaire à destination des patientes transmis environ 5 semaines après la date de l'accouchement (par voie postale ou par mail) ; p. VII-X

Tableau 26 : Connaissances des patientes sur l'utilisation de la contraception et la conduite à tenir en cas d'oubli	
Propositions concernant les situations à risque de grossesse	Proposition correcte selon les patientes (%)
La pilule du lendemain peut être prise sans ordonnance jusqu'à 3 jours après le rapport sexuel non protégé.	79 (52,67)
Il n'y a pas de risque de grossesse si la pilule du lendemain est prise dans les 24h suivant le rapport sexuel.	66 (44,00)
En cas d'oubli de pilule, il n'y a pas de risque de grossesse si le dernier rapport sexuel date de plus de 3 jours avant l'oubli.	13 (8,67)
En cas d'oubli de pilule, il faut continuer la plaquette à l'heure habituelle et utiliser des préservatifs pendant 7 jours.	79 (52,67)

Nous constatons ici que notre proposition exacte (« en cas d'oubli de pilule, il faut continuer la plaquette à l'heure habituelle et utiliser des préservatifs pendant 7 jours ») n'a été jugée correcte que par la moitié des patientes. Plus précisément, parmi les patientes à qui une pilule microprogestative a été prescrite en post-partum, seules 53,52% ont adhéré à cette proposition. Nous remarquons, par ailleurs, que la moitié des patientes pensent ne pouvoir utiliser la pilule du lendemain sans ordonnance que jusqu'à 3 jours après le rapport sexuel à risque, on peut donc supposer qu'elles n'ont pas connaissance du recours possible à Ellaone® jusqu'à 5 jours après le rapport. De plus, 44% des patientes méconnaissaient le risque de grossesse persistant malgré la prise d'une contraception d'urgence dans les 24 premières heures suivant le rapport. Enfin, environ 9% des patientes pensaient ne pas risquer de grossesse si l'oubli de contraception se situait au moins 3 jours après le rapport sexuel non protégé (4,11% chez les femmes à qui une pilule a été prescrite)..

Tableau 27 : Connaissances des patientes en fonction de la forme de l'information délivrée		
	Forme de l'information délivrée à la maternité sur la contraception	
	Orale uniquement (n=120)	Orale et écrite (n=23)
Réponses incorrectes sur utilisation de la contraception/conduite à tenir en cas d'oubli	107 (89,17)	19 (82,61)

Le taux de réponses erronées aux questions théoriques posées sur l'utilisation de la contraception et la conduite à tenir en cas d'oubli ne varie pas de manière importante selon la forme de l'information. Ces chiffres ne sont qu'indicatifs du fait du faible nombre de femmes ayant reçu une information à la fois orale et écrite.

Nous remarquons, d'autre part, que les patientes s'étant senties très ou plutôt disponibles lors de la réalisation de l'information avaient tendance à donner moins de réponses incorrectes concernant la fécondabilité en post-partum que celles ne s'étant pas senties disponibles (19 ayant donné une réponse incorrecte parmi les 134 femmes disponibles contre 7 parmi les 16 insuffisamment disponibles). Cette remarque n'est en

revanche pas retrouvée pour les réponses concernant l'utilisation de la contraception et la conduite à tenir en cas d'oubli (117 réponses incorrectes parmi 134 contre 15 parmi 16). Ces résultats ne sont, cependant, qu'indicatifs au regard du faible nombre de patientes s'étant senties moins disponibles.

Tableau 28 : Connaissances des patientes en fonction de l'information donnée sur la contraception pendant la grossesse			
	Contraception abordée avec un professionnel pendant la grossesse		
	Abordée (n=91)	Non abordée (n=59)	p
Réponses(s) incorrecte(s) à la question sur l'utilisation de la contraception et la conduite à tenir en cas d'oubli	80 (87,91)	52 (88,14)	1

Il n'existe pas de différence significative entre ces deux groupes de patientes concernant le taux de réponses incorrectes sur l'utilisation de la contraception et la conduite à tenir en cas d'oubli.

PARTIE III – DISCUSSION

I – Critique de notre étude

1) Forces de notre étude

Tout d'abord, nous constatons que les caractéristiques socio-démographiques et médicales (prises en compte dans le choix de la contraception) des patientes de notre étude semblent globalement se rapprocher de celles de la population générale.

Le recueil de données effectué sur les dossiers obstétricaux et les dossiers de suivi dans le service de suites de couches nous permet, par ailleurs, de réaliser une description des pratiques actuelles concernant la prescription d'une contraception pour la période du post-partum mais aussi la traçabilité de l'information donnée sur ce sujet. Elle permet aussi d'évaluer la traçabilité des données concernant le suivi gynécologique antérieur à la grossesse lors de la constitution du dossier obstétrical. Il s'agit ici d'informations pouvant s'avérer nécessaires à la discussion autour de la contraception après la naissance et également dans un objectif d'organisation du suivi gynécologique de prévention après la sortie de la maternité.

Le délai de 5 à 6 semaines prévu avant l'envoi des questionnaires nous permet, en outre, d'avoir un recul sur l'observance de la contraception choisie à la maternité durant les premières semaines du post-partum. Cela confère également davantage d'intérêt à l'évaluation de la satisfaction des patientes concernant leur contraception et l'information reçue à la maternité. En effet, elles sont ainsi plus à même de déterminer quels éléments d'information ont pu leur manquer lors de l'utilisation concrète de leur contraception, par exemple. Ce délai nous aide, de surcroît, à identifier plus précisément les besoins et les difficultés réelles des femmes et des couples sur ce sujet ainsi que leur impact sur l'observance de la contraception.

2) Faiblesses de notre étude

En premier lieu, nous identifions certains biais de sélection à notre étude. En effet, il s'agit d'une étude monocentrique ; elle ne retrace donc que les pratiques du CHU de Nantes. Notre étude ne s'est, de plus, pas déroulée sur une période incluant un changement d'équipe dans le service de suites de couches, nous n'avons donc pu étudier les pratiques que d'un nombre restreint de professionnels. Par ailleurs, la participation à notre étude s'est faite sur la base du volontariat, ce qui peut également constituer un biais de recrutement, même si nous avons constaté précédemment que notre population semble proche de la population générale concernant ses caractéristiques socio-démographiques. Nous retrouvons, néanmoins, une proportion supérieure de patientes répondant à la catégorie cadres et professions intellectuelles supérieures par rapport à la

population générale mais aussi à l'ensemble des patientes recrutées initialement. Il s'agit ici d'un biais lié à la sélection des patientes sur la base du volontariat, puisque cette catégorie socio-professionnelle a davantage répondu à l'enquête. Nous ne retrouvons, en revanche, pas cet effet concernant les autres catégories professionnelles. Notre échantillon initial comme celui retenu pour l'analyse, présentent par ailleurs un taux plus important de femmes primipares. Il s'agit là d'un autre biais puisqu'on peut supposer que cela influence certaines de nos données comme l'observance ou la satisfaction par rapport à la contraception choisie et l'évaluation de l'information donnée par exemple.

En outre, nous avons par exemple exclu les patientes ne sachant pas lire le français, qui pourraient pourtant être parmi les plus à risque d'utilisation inadéquate de la contraception et de mauvaise compréhension de l'information délivrée, notamment. Nous constatons également que la proportion de patientes recrutées bénéficiant d'une sortie anticipée (environ 15%) est plus faible que la proportion annuelle retrouvée au CHU de Nantes, qui se situe davantage aux alentours de 20 à 25%. Cependant, l'information délivrée sur la contraception et la reprise de la sexualité en post-partum est a priori semblable que les femmes en bénéficient ou non.

De la même manière, si le délai de 5 à 6 semaines laissé entre la naissance et l'envoi du questionnaire permet d'avoir davantage de recul sur nos résultats, il entraîne néanmoins un biais de mémorisation. Les données déclaratives concernant notamment les modalités de délivrance de l'information en suites de couches peuvent donc être moins fiables que si le questionnaire avait été distribué directement lors du séjour dans le service de suites de couches. Ce biais est d'autant plus présent qu'il peut également y avoir une confusion entre l'information donnée à la maternité et cela éventuellement faite à domicile peu de temps après, par une sage-femme libérale par exemple – d'autant plus que beaucoup de nos patientes bénéficient du PRADO.

De surcroît, nous manquons de données précises sur l'information donnée, les items du dossier de soin demeurant peu interprétables (« montré » qui signifierait davantage « expliqué », « autonome » etc.) et souvent non renseignés. Nos observations ne peuvent donc être basées que sur les déclarations des patientes, a priori moins fiables.

En outre, le caractère déclaratif des données issues des questionnaires ne nous permet pas d'exclure un biais de déclaration, par exemple au sujet de l'observance de la contraception ou des questions plus théoriques concernant le retour à la fécondabilité, l'utilisation de la contraception et la conduite à tenir en cas d'oubli pour lesquelles les patientes ont éventuellement pu se renseigner au préalable.

Le nombre de questionnaires reçus et retenus pour l'analyse de nos résultats se révèle également peu élevé, ce qui limite les possibilités d'analyse multivariée au regard de la faible puissance des résultats attendus. En analyse univariée, nos résultats sont également à nuancer au vu du nombre limité de sujets étudiés.

II – Principaux résultats et comparaison avec la littérature

1) Modalités de délivrance de l'information

Concernant, tout d'abord, l'information délivrée dans le service de suites de couches, nous notons que la majorité de l'information délivrée l'est sous forme orale uniquement. Nous ne pouvons cependant pas affirmer qu'elle ne soit effectivement délivrée que sous forme orale car un biais de mémorisation est à prendre en compte de même que la possibilité que les patientes aient bien reçu des documents écrits sans en avoir pris connaissance lors de leur séjour dans le service. Nous constatons, par ailleurs, que la forme de l'information donnée n'influe pas sur sa clarté ni sur le besoin d'informations complémentaires après le RAD. Toutefois, le défaut de connaissances des patientes sur la contraception à un mois et demi de l'accouchement et le faible recours à une solution de rattrapage en cas de risque de grossesse suggèrent le bénéfice de documents écrits pour pallier un éventuel défaut de mémorisation des informations données en suites de couches. Une étude américaine démontrait, par ailleurs, qu'une information écrite pouvait davantage permettre aux patientes de faire un choix éclairé concernant leur contraception [38]. Il s'agit, de plus, d'une demande exprimée chez 30% des patientes de notre étude.

La place du conjoint est aussi à prendre en compte. En effet, 42% des femmes estiment utile que leur conjoint soit présent lors de l'information sur la contraception (et 57% concernant la reprise des rapports sexuels). Ce pourcentage est un peu plus élevé que dans la littérature où il était estimé à 31% [23]. Il s'agit donc ici de délivrer une information adaptée au couple et pas uniquement à la femme. Effectivement, même si seules 4% des femmes disent prendre en compte l'avis de leur conjoint dans le choix de leur contraception, il s'agit d'un motif de non observance pour 5% d'entre elles. Ce pourcentage semble ainsi réductible par l'association initiale du conjoint à la discussion autour de la contraception.

La communication de l'équipe médicale autour des réunions d'informations organisées à la maternité sur ce thème doit aussi être développée. Seules 18% des patientes connaissaient leur existence et elles n'étaient que 10% à y avoir participé.

Notre étude retrouve, également, une forte proportion de 45% des patientes estimant bénéfique que l'information sur la contraception soit délivrée après le RAD contre seulement 40% pour l'examen de sortie dans le service de suites de couches. 11% des patientes de notre étude ne se sont effectivement pas senties suffisamment disponibles pour recevoir cette information à la maternité. Cependant, seules 20% des patientes devaient rediscuter de leur contraception avec leur praticien libéral. Cet écart semble pourtant pouvoir être réduit puisqu'une très large majorité des femmes bénéficient du PRADO. Ainsi, même si ce dispositif ne semble pas favoriser le

recours aux professionnels libéraux pour obtenir des informations complémentaires, il pourrait permettre de s'appuyer sur ceux-ci afin d'aborder la contraception de manière plus adaptée, dans un moment où la femme se sentirait davantage disponible.

Par ailleurs, l'information délivrée pendant la grossesse semble aussi avoir une importance particulière. En effet, 40% des patientes estiment que les consultations de suivi de grossesse seraient un moment approprié pour aborder ce sujet et 33% les séances de PNP. Bien que l'information donnée pendant la grossesse ne semble pas limiter la nécessité d'informations complémentaires après le RAD, ni ne garantisse de meilleures connaissances sur le sujet, elle permet une plus grande satisfaction des patientes quant à l'information générale délivrée. L'INPES préconise, en ce sens, d'encourager la réflexion du couple autour de la contraception avant la naissance [8]. Par ailleurs, les études de Hernandez et al [39] et Miller et al [40] ont montré un bénéfice de l'information donnée pendant la grossesse sur l'observance de la contraception en post-partum. Cependant, les études sur le sujet divergent : l'étude multicentrique de Smith et al. n'a ainsi pas permis de montrer d'amélioration significative de l'observance [41].

2) Critique de l'information délivrée du point de vue des patientes

Nos résultats nous permettent un constat globalement positif concernant la satisfaction des patientes de l'information donnée sur la contraception. Une large majorité la trouvait effectivement utile, facilement compréhensible et adaptée à chaque situation individuelle. Ces résultats se rapprochent de ceux d'autres études retrouvant entre 72 et 92% de patientes satisfaites de cette information [9][21][24].

Néanmoins, plus d'un tiers des femmes ne la jugeaient pas totalement complète et près de la moitié auraient souhaité davantage d'informations sur la méthode choisie mais aussi sur les autres méthodes envisageables en post-partum et un tiers ont eu besoin d'informations complémentaires après le RAD. Ainsi, les informations qui ont le plus semblé incomplètes concernaient les avantages et inconvénients ainsi que les effets secondaires éventuels de la contraception choisie pour respectivement 15 et 16% des femmes. Cela nous interroge donc sur le choix contraceptif qui pourrait alors ne pas être le plus adapté au regard des contraintes acceptables et des avantages non contraceptifs recherchés pour chaque femme. En effet, bien que nous remarquons qu'une information jugée ou non complète ne modifie pas son taux d'utilisation en pratique ni les effets secondaires qui lui sont attribués, 60% des femmes expriment des craintes liées à ces effets secondaires qui sont souvent erronées (25% redoutent une prise de poids par exemple). C'est également une cause de non utilisation de la contraception prescrite chez 5%. Il

semble donc nécessaire d'explorer avec les femmes les représentations associées à la contraception.

De surcroît, 7% disaient souhaiter davantage d'informations sur les procédures de démarrage et d'arrêt de la contraception. Nous pouvons donc supposer que des explications plus détaillées permettraient de réduire le risque d'utilisation inadéquate de la contraception, non négligeable dans notre étude puisque 30% des femmes avaient des doutes quant à son utilisation correcte.

Nous aurions pu davantage développer le questionnaire pour les patientes n'ayant choisi aucune contraception afin de pouvoir comparer l'information reçue avec celle donnée aux patientes ayant eu une prescription.

Ces items font, en ce sens, partie de l'information à délivrer lors de la prescription de toute contraception selon la HAS [28].

Nous relevons, enfin, des difficultés restantes dans le dialogue entre patientes et soignants. Effectivement, 8% des patientes n'ont pas pu ou pas osé poser de questions sur la contraception alors qu'elles auraient souhaité le faire, ce qui est également retrouvé dans l'étude de M. Laurent (10%) [42]. Cela constitue également un frein à la délivrance d'une information éclairée et adaptée à chaque patiente.

3) Mise en évidence d'une « norme contraceptive » dans la contraception choisie en post-partum

Entre 2010 et 2013, la HAS et l'INPES mettaient en évidence l'existence d'une norme contraceptive dans le choix de la contraception, correspondant aux pratiques contraceptives socialement valorisées aux différentes phases de la vie sexuelle. Ainsi, si la contraception hormonale orale reste la plus utilisée chez les femmes de tous âges, elle cède progressivement la place au DIU, avec l'augmentation de l'âge et de la parité [18][13]. Le DIU était ainsi utilisé par 1% des nullipares, 20% des primipares et 40% des multipares [13].

Nous pouvons rapprocher ces chiffres de nos résultats puisque nous observons également une tendance à l'augmentation du recours au DIU (environ 20% chez les primipares et 30% chez les multipares) avec la parité et une diminution relative de la pilule même si elle reste largement majoritaire. Le recours au préservatif ne connaît, quant à lui, pas de modification avec la parité. S'agissant de ces deux dernières méthodes, nous pouvons expliquer ces résultats par leur caractère transitionnel en post-partum, notamment précédant la pose d'un DIU.

La stérilisation féminine reste très peu choisie et ne concerne que 3 patientes de notre étude. Selon la HAS en 2013, elle ne concernait effectivement que 3,9% de l'ensemble des femmes en âge de procréer et seulement 0,3% des hommes. Notre

échantillon ne contient cependant que peu de patientes de plus de 35 ans, il est donc possible que beaucoup envisagent éventuellement une autre grossesse.

Cette norme contraceptive se retrouve également dans l'information lors de l'examen de sortie telle qu'elle est décrite par les femmes. La pilule et le DIU sont ainsi abordés chez plus de 60% des patientes et le préservatif chez 40% tandis que des méthodes moins courantes comme l'implant restent moins présentées. La MAMA n'est également présentée que chez 18% des femmes (soit 30% des femmes allaitant). En 2013, la HAS relevait également un manque d'information sur cette méthode. Plusieurs études de 2014 montraient, de la même manière, que 63 à 94% des patientes se souvenaient avoir évoqué la pilule, 37 à 60% le DIU, 21 à 38% le préservatifs et 29 à 39% l'implant [22][23][41]. La MAMA était, quant à elle évoquée dans moins de 10% des cas [22][41]. Malgré une variabilité non négligeable, ces chiffres semblent tout de même se rapprocher de nos résultats. L'une de ces études soulignait cependant la nuance à apporter à ces résultats puisque les sages-femmes interrogées déclaraient parler plus fréquemment de chacune des méthodes, il convient donc de prendre en compte un probable biais de mémoire chez les patientes [41]. Enfin, un précédent mémoire réalisé au CHU de Nantes en 2011 montrait un très faible recours à la MAMA (0%) et à l'implant (6%) qui ne semble pas s'être amélioré dans notre étude [4].

Nous soulevons donc ici un défaut dans l'information donnée aux femmes et la persistance d'une norme dans la prescription d'une contraception en post-partum qui pourrait se révéler incompatible avec le choix d'une contraception suffisamment adaptée à la situation individuelle de chaque patiente. Cela pourrait supposer un défaut de connaissances des professionnels sur l'ensemble des moyens contraceptifs utilisables, éventuellement lié à une réticence à les exposer aux femmes.

4) Observance de la contraception en post-partum

La HAS souligne que le post-partum est une période de particulière fragilité concernant la mise en place de la contraception [13].

Nos résultats soulignent, en effet, le taux élevé de femmes n'ayant pas utilisé la contraception prescrite en post-partum (45%), plus élevé que dans l'étude réalisée en 2011 au CHU de Nantes où il était de 30% [4]. Ce taux surpasse, par ailleurs, celui de 34% retrouvé dans une étude de 2013. Le motif principal de non utilisation de la contraception était cependant l'absence de reprise des rapports sexuels, qui est aussi retrouvé dans cette dernière étude dans des proportions équivalentes [24]. Concernant le taux d'arrêt de la contraception à distance, le délai de remise de nos

questionnaires semble trop court pour réellement permettre de l'évaluer ; une seule patiente était effectivement concernée dans notre échantillon.

De plus, parmi les femmes utilisant la contraception prescrite, 10% n'en sont pas satisfaites. Bien qu'il puisse ne s'agir que d'une méthode de transition, cela révèle des possibilités d'amélioration des pratiques concernant le choix de la contraception en post-partum.

De surcroît, au-delà du seul respect de la prescription, se pose le problème de l'utilisation correcte de la méthode choisie. Ainsi, 30% disent ne pas se sentir à l'aise avec la contraception choisie et 30% l'ont déjà oubliée. Cela révèle également un problème au niveau de l'information délivrée sur les conditions d'utilisation de la contraception mais aussi des moyens de pallier le biais de mémorisation qui existe sur le long terme.

Nous notons, enfin, que ces premières questions n'ont pas toujours été bien comprises par les femmes, ce qui révèle un défaut dans la structure et la formulation du questionnaire. Ces erreurs ont cependant pu être rectifiées pour l'analyse des données.

5) Identification et gestion des situations à risque de grossesse

Nos résultats montrent que parmi les patientes n'ayant recours à aucune contraception au moment de l'enquête, un quart avaient pourtant repris une activité sexuelle. Une étude menée en 2012 montrait, de la même manière, que le fait de ne pas avoir reçu de prescription ni de conseil contraceptif ne constituait pas un frein à la reprise de la sexualité [11].

Le faible recours à la contraception d'urgence en cas d'oubli de la contraception est aussi une problématique identifiée dans notre échantillon. De plus, 9 femmes sur les 20 ayant eu un ou plusieurs oublis de contraception pensaient toujours l'utiliser correctement.

Ces difficultés s'expliquent en partie par un défaut de connaissances concernant le retour à la fécondabilité en post-partum. En effet, 19% des patientes pensent que la survenue d'une nouvelle grossesse n'est possible qu'après le retour de couches. Nous observons, par ailleurs, des résultats similaires dans deux études de 2014, pour lesquelles environ trois quarts des femmes interrogées estimaient qu'une grossesse était possible avant le retour de couches [22][23]. L'INPES préconise en ce sens, d'informer les femmes et les couples sur l'importance de reprendre une contraception précocement après la naissance [8]. Concernant les femmes ayant répondu « seulement après l'arrêt de l'allaitement maternel », les résultats sont difficilement interprétables du fait d'un manque de précision dans la question. En effet, nous l'avons définie comme incorrecte puisqu'il n'assure d'effet

contraceptif que sous des conditions précises. Il aurait, par exemple, fallu prévoir une question spécifiquement sur ces conditions.

D'autre part, 9% des femmes ignorent qu'il existe un risque de grossesse en cas d'oubli de contraception dans les 5 jours suivant un rapport sexuel. Si ce pourcentage peut sembler limité, il reste néanmoins réductible afin d'optimiser le recours à une contraception d'urgence lorsqu'il existe un risque de grossesse. En effet, la contraception d'urgence ne serait abordée que de manière irrégulière ; allant, selon les études, de 11 à 57% de patientes ayant reçu cette information [21][24][27]. De la même manière, nous retrouvons une méconnaissance de la possibilité de recours à Ellaone® jusqu'à 5 jours après le rapport à risque. Cela augmente d'autant plus le risque de grossesse non souhaitée.

Par ailleurs, presque la moitié des femmes de notre étude estime qu'il n'y a pas de risque de grossesse si la contraception d'urgence est prise dans les 24 heures. Or, même s'il est faible, ce risque reste présent et nécessite la réalisation d'un test de grossesse dans les semaines suivantes afin de permettre une prise en charge précoce en cas de grossesse non désirée. Il aurait ainsi été intéressant d'interroger les femmes directement sur la nécessité de réaliser ce test dans une telle situation.

De plus, la moitié des femmes ne savent pas qu'il est nécessaire d'utiliser une méthode barrière dans les 7 jours suivant un oubli de contraception.

Toutes ces lacunes révèlent un défaut dans l'information donnée aux patientes mais aussi probablement dans sa mémorisation. Cela accroît, de ce fait, le risque de grossesses non souhaitées et de retard à leur diagnostic.

III- Résultats secondaires

1) Suivi et information sur la contraception avant la naissance

Concernant la contraception utilisée avant la grossesse, nous constatons, tout d'abord, que les femmes de notre échantillon avaient moins recours à la pilule mais davantage au DIU, aux méthodes barrières et à des méthodes naturelles que dans la population générale [37]. Notre étude nous permet également de constater que la majorité des femmes se disaient satisfaites de la méthode de contraception utilisée avant la grossesse. Nous retrouvons, toutefois, 13% de femmes insatisfaites, ce qui nous interpelle quant au suivi gynécologique antérieur, qui ne semble pas toujours permettre le choix de la contraception la plus adaptée à chaque femme.

Nous relevons, par ailleurs, un taux important de patientes déclarant souhaiter des contacts de professionnels à qui s'adresser concernant le sujet de la contraception. Nous pourrions donc en conclure qu'elles n'identifient pas les professionnels effectuant le suivi de grossesse comme des professionnels référents sur cette question. Cela pourrait entraîner une moindre efficacité dans les prévention des

grossesses non souhaitées, impliquant l'ensemble des acteurs de proximité (sage-femme libéral, médecin traitant...). En ce sens, la HAS préconise d'informer les patientes des professionnels à qui s'adresser en cas de doute sur les modalités d'utilisation de leur contraception [28].

2) Déterminants du choix contraceptif des patientes

Les principaux déterminants du choix contraceptif retrouvés dans notre étude sont l'expérience passée de la contraception, la facilité d'utilisation et la limitation du risque d'oubli ainsi que la réduction des effets secondaires et l'absence de traitement hormonal. Pour l'INPES, il s'agirait de la situation affective, du mode de vie (rejoignant la facilité d'utilisation et le risque d'oubli) et du rapport au corps (rejoignant les effets secondaires et les méthodes non hormonales) [26].

Par ailleurs, peu disent considérer l'avis de leur conjoint mais une proportion plus importante indique avoir pu le consulter sur ce choix. De plus, selon la HAS, si plus de la moitié des femmes choisissent leur contraception sans discussion avec leur conjoint, ses préférences sont souvent anticipées par la femme [13].

3) Importance du choix autonome des patientes

Nous retrouvons une proportion non négligeable de 25% de femmes affirmant n'avoir pas pu choisir leur contraception totalement par elles-mêmes. Nous pouvons rapprocher ce résultat des 8% de femmes n'ayant pas utilisé la contraception préconisée à la maternité au motif qu'il ne s'agissait pas de la méthode qu'elles souhaitaient. De plus, le fait que la contraception prescrite soit celle que la femme avait déjà choisie en amont augmente son taux d'utilisation de manière significative. Le CNGOF rappelle, ainsi, d'après E. Aubeny, que « la meilleure contraception n'est pas la plus efficace théoriquement mais celle que la femme a vraiment choisie » [14]. L'INPES nuance cependant cette affirmation en précisant la nécessité d'explorer le niveau d'implication souhaité par chacune ; certaines femmes préféreront ainsi s'en remettre aux conseils du soignant.

4) Information sur la reprise de la sexualité en post-partum

Nous constatons qu'un tiers des patientes de notre étude n'a pas reçu d'informations concernant la reprise des rapports sexuels en post-partum. Il s'agit de plus d'une problématique sur laquelle les patientes n'osent pas ou n'ont pas toujours la possibilité de demander des précisions aux professionnels (15%) des femmes de notre étude). Les données de la littérature diffèrent sur ce sujet ; selon les études entre 23 et 62% des patientes ne recevraient pas cette information [21][9]. Cela concernerait par ailleurs environ 70% des hommes [9].

Plus précisément, on constate que seule la moitié des sages-femmes et 40% des internes abordent ce sujet spontanément. De ce fait, nous pouvons supposer qu'il existe une mise en difficulté des professionnels sur cette question ainsi qu'un éventuel manque de connaissances théoriques sur les difficultés et les représentations associées à la reprise de la sexualité après l'accouchement. La HAS suggère également que les professionnels sous estimerait le taux de reprise des rapports sexuels dans les suites de couches [13].

Nous relevons cependant que lorsque cette information est délivrée, elle est jugée utile par une majorité de femmes. Il semble donc intéressant de la généraliser à l'ensemble des patientes, même si notre étude ne permet pas de démontrer l'influence de cette information sur le délai de reprise des rapports sexuels.

5) *Traçabilité de l'information*

Parmi les dossiers étudiés, nous remarquons que 65% ne retracent pas l'information donnée concernant la contraception. Les documents permettant cette traçabilité pourraient également être davantage détaillés et adaptés au sujet particulier de la contraception. Les données des dossiers obstétricaux sont aussi fréquemment incomplètes sur la méthode de contraception utilisée avant la grossesse. Cette information peut pourtant constituer une base à la discussion concernant le choix d'une contraception en post-partum.

III – Réévaluation de nos hypothèses

Hypothèse 1 : L'information délivrée dans le service de suites de couches du CHU de Nantes sur la contraception, principalement lors de l'examen de sortie, serait insuffisamment adaptée aux attentes des femmes et des couples ainsi qu'aux difficultés éventuellement rencontrées lors de la mise en place de la contraception dans les premières semaines du post-partum.

Cette hypothèse n'est pas vérifiée puisqu'une large majorité des patientes jugeait l'information utile, facilement compréhensible et adaptée individuellement. Ce constat est cependant à nuancer car environ un tiers des femmes ne la trouvait pas totalement complète et nous nous apercevons qu'il existe toujours une norme contraceptive, rendant l'information moins individualisée.

Hypothèse 2 : La gestion non optimale du risque de grossesse peut en partie s'expliquer par un défaut de connaissances des patientes quant à ce risque en post-partum et à la gestion des situations de mauvaise observance.

Cette hypothèse est vérifiée puisqu'il existe une méconnaissance des patientes concernant le retour à la fécondabilité avec un taux non négligeable de patientes le situant après le retour de couches. Nous notons également un défaut de connaissances sur les conditions nécessaires à l'efficacité de la contraception et des difficultés à identifier et gérer les situations à risque de grossesse.

Hypothèse 3 : Les difficultés d'observance de la contraception en post-partum sont liées à une information insuffisante quant à ses conditions d'utilisation et éventuelles contraintes en pratique.

Cette hypothèse est vérifiée ici aussi à cause de la méconnaissance des conditions nécessaires à l'efficacité de la contraception et 30% des femmes estiment ne pas l'utiliser correctement. De plus, une proportion non négligeable de patientes déclarait souhaiter plus d'informations sur les avantages, inconvénients et effets indésirables de la contraception choisie. Si un nombre important de patientes disaient choisir leur contraception pour son aspect pratique, l'observance reste faible : il y aurait donc une insuffisance dans l'information donnée sur ce point.

Hypothèse 4 : L'information délivrée sur la reprise de la sexualité en post-partum est insuffisamment abordée lors du séjour à la maternité pour permettre de répondre aux attentes des femmes et des couples.

Cette hypothèse n'est pas vérifiée car si seule la moitié des femmes a reçu une information sur ce sujet et que certaines auraient aimé poser des questions sans pouvoir le faire, cela n'influe pas sur le délai de reprise des rapports sexuels. Cette conclusion est cependant à nuancer car nous n'avons pas évalué les autres difficultés éventuellement rencontrées dans la reprise de la sexualité.

IV – Pistes d'amélioration et applications pour la pratique de sage-femme

1) Place de la sage-femme dans le suivi de la contraception

Du fait de ses compétences en matière de santé génésique, la sage-femme a un rôle important à jouer dans le conseil en contraception, et plus encore dans la période du post-partum qui est un moment privilégié pour aborder cette problématique. Il l'est d'autant plus qu'un quart des patientes de notre étude déclarait ne bénéficier d'aucun suivi gynécologique en dehors de cette période.

Dans notre étude, l'examen de sortie donnant lieu à un entretien autour de la contraception a été réalisé par des sages-femmes dans presque ¾ des cas. Elles ont donc une place prépondérante dans la délivrance de l'information sur ce sujet et ainsi dans la prévention du risque de grossesses non souhaitées, qui reste encore particulièrement élevé en post-partum.

2) Axes d'amélioration envisagés à la suite de notre étude

Si nous pouvons dresser un bilan globalement positif sur la satisfaction des patientes quant à l'information délivrée sur la contraception, il l'est moins au vu de l'observance et des connaissances sur le sujet qui restent faibles. Différents axes d'amélioration des pratiques peuvent donc être envisagés.

Concernant, en premier lieu, l'information donnée en suites de couches, il semble important d'insister davantage sur le risque de grossesse en post-partum, qui est souvent sous-estimé. La conduite à tenir en cas d'oubli de contraception et le repérage des situations où elle doit être mise en œuvre doivent aussi être mis particulièrement en exergue. Les contraintes liées à l'utilisation pratique des différentes méthodes de contraception doivent aussi être davantage développées ainsi que les conditions indispensables à leur efficacité. Les effets secondaires éventuels mais aussi les avantages non contraceptifs doivent aussi être exposés pour permettre un choix en adéquation avec les attentes de chaque femme. Le modèle BERCER de l'OMS peut, en ce sens, aider les professionnels à délivrer une information adaptée, à ouvrir le dialogue autour de la contraception et de la sexualité mais aussi à permettre à la femme d'être davantage actrice du choix de sa contraception.

La présence du conjoint lors de l'information sur la reprise des rapports sexuels et la contraception doit, si le couple le souhaite, être facilitée autant que possible au regard des contraintes organisationnelles du service.

La traçabilité de cette information doit, enfin, être améliorée. Les éléments sur la contraception et le suivi gynécologique antérieur doivent aussi être renseignés pour constituer une base à la discussion et éventuellement dépister les situations à risque de mauvaise observance ou de suivi irrégulier. En ce sens, un nouvel outil est actuellement développé en suites de couches, visant à un meilleur accompagnement des patientes sur les questions relatives à la reprise de la contraception²².

Notre étude souligne également l'intérêt de systématiser le recours à des supports écrits d'information²³. Afin de les rendre plus visibles auprès des patientes, les soignants

²² Voir Annexe VIII : Nouveau document élaboré par les équipes du service de suites de couches, mis à disposition des patientes afin d'évaluer leurs besoins, notamment concernant la contraception ; p. XIII

²³ Voir Annexe VII : Document d'information sur la contraception à destination des patientes hospitalisées dans le service de suites de couches, élaboré par le Réseau Sécurité Naissance ; p. XII

peuvent également s'en servir comme aide lors de l'information orale. Ces supports doivent permettre de pallier un défaut de mémorisation des informations orales. Par exemple, l'INPES met à disposition des cartes²⁴ rappelant la conduite à tenir en cas d'oubli de contraception, permettant une meilleure gestion des situations à risque de grossesse. Les patientes sont également demandeuses de sites internet de référence sur ce sujet, tels que choisirsacontraception.com par exemple.

D'autre part, nos résultats suggèrent de développer le travail en réseau avec les professionnels libéraux, qui peuvent aborder la contraception avec les femmes après le RAD, dans un moment où elles seront plus disponibles et où elles pourront donc davantage faire le choix le plus adapté pour elles. Ce recours aux professionnels libéraux pourrait être facilement étendu du fait de la proportion importante de femmes bénéficiant déjà du PRADO. Il s'agit, au minimum, d'amener les patientes à les identifier comme des professionnels référents sur cette question.

Enfin, nous soulignons l'importance de la formation continue des professionnels sur les questions de sexualité et de contraception en post-partum afin de pouvoir délivrer une information plus complète sur les difficultés éventuellement rencontrées lors de la reprise de la sexualité ainsi que sur les méthodes de contraception moins utilisées pour l'instant, telle que la MAMA.

²⁴ Voir Annexe XI : Cartes d'information de l'INPES concernant la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule ; p. XVII

CONCLUSION

Les compétences dévolues aux sages-femmes par l'article L4151-1 du Code de la Santé Publique, leur octroient une place importante dans la prévention en matière de santé génésique des femmes et de régulation des naissances. Pour ce faire, elles doivent pouvoir apporter une information adaptée afin de permettre un choix éclairé de la contraception la plus appropriée au regard de la situation individuelle de chaque femme. Ce rôle est d'autant plus présent dans le post-partum qu'il s'agit d'une période privilégiée pour aborder le sujet de la contraception. En effet, un quart des femmes de notre étude ne réalisaient aucun suivi gynécologique par ailleurs.

Notre étude s'inscrit ainsi dans un objectif global d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles. Bien qu'elle dresse un constat globalement bon quant à la satisfaction des femmes sur l'information donnée sur la contraception au CHU de Nantes, elle nous permet également d'envisager certaines améliorations. L'information pourrait ainsi être complétée par davantage de renseignements sur les inconvénients et effets secondaires éventuels des différents contraceptifs mais aussi sur leurs autres avantages non contraceptifs. De même, il semblerait bénéfique de recourir davantage à des méthodes de counseling, notamment avec le modèle BERCER de l'OMS afin d'autoriser une discussion plus libre, permettant d'explorer davantage les représentations et craintes encore nombreuses des patientes concernant leur contraception. Cela pourrait ainsi permettre un choix de contraception plus adapté aux besoins et attentes de chaque femme et de chaque couple et, de ce fait, d'améliorer l'observance de la contraception qui reste insuffisante en post-partum. Les informations concernant l'utilisation pratique de la contraception, les possibilités de rattrapages en cas d'erreur d'utilisation et l'importance de reprendre une contraception efficace dès les premières semaines du post-partum doivent aussi être plus appuyées. De plus, il semblerait bénéfique de développer le recours à des supports d'information écrits afin de compléter l'information orale et de pallier le risque de mauvaise mémorisation des informations données.

Par ailleurs, le travail en réseau et l'implication des professionnels libéraux, tant pendant la grossesse qu'après l'accouchement et le RAD apparaissent comme un élément à développer pour faciliter le suivi contraceptif des patientes et faire progresser l'information délivrée sur ce sujet.

Enfin, notre étude nous amène à envisager d'autres travaux, notamment sur la mise en place et l'évaluation d'un nouvel outil permettant un meilleur suivi des informations reçues en suites de couches. L'avis des professionnels concernant leur formation et leur facilité à évoquer le sujet de la reprise de la sexualité et de la contraception en post-partum pourrait également faire l'objet d'une enquête.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Santé Publique France. Baromètre Santé 2016 : Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. 2017 [Cité le 27.11.2017]. Disponible : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1806.pdf>
- [2] Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Etudes et résultats : 211 interruptions volontaires de grossesse en 2016. 2017 [Cité le 27.11.2017]. Disponible : http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1013.pdf
- [3] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique : post-partum. 2015 [Cité le 03.04.2017]. Disponible : <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2015-RPC-POSTPARTUM.pdf&i=2176>
- [4] Blangis F. La contraception du post-partum : état des lieux des pratiques dans le service de suites de couches et à la visite post-natale au CHU de Nantes [Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme en ligne]. Université de Nantes ; 2011 [Cité le 02.02.2017]. Disponible : <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=c1d9c92f-83d7-41d6-b1ac-fe2e718d229f>
- [5] Fanello S., Parat-Pateu V., Dagorne C., Hitoto H., Collet J., Routiot T., Baron C., Fournie A. La contraception du post-partum : les recommandations médicales, le point de vue des femmes. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* [En ligne]. Juin 2007 [Cité le 02.03.2017] ; 36 (4) : 369-374. Disponible : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0368231506000196>
- [6] Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme en post-partum. [En ligne]. 2015 [Cité le 10.04.2017]. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1369193/fr/contraception-chez-la-femme-en-post-partum#toc_1
- [7] Haute Autorité de Santé. Fiche mémo : La contraception chez la femme en post-partum. 2015 [Cité le 10.04.2017]. Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj-contraception-post-partum-060215.pdf
- [8] Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Couple, sexualité et contraception. 2010 [Cité le 03.04.2017]. Disponible : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3q.pdf>
- [9] Foucault C. Sexualité du post-partum. Evaluation des informations données aux couples lors de la grossesse et après l'accouchement et leur répercussion sur la reprise des rapports sexuels [Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme]. Université Paris Descartes ; 2011 [Cité le 02.02.2017]. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00620267/document>
- [10] Knipping C. Sexualité et grossesse ; 2016.
- [11] Alardo F. Contraception en suites de couches. Les entretiens menés en suites de couches correspondent-ils aux besoins des patientes ? [Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme].

Université Paris Descartes ; 2012 [Cité le 10.02.2017]. Disponible : <https://core.ac.uk/download/pdf/52195943.pdf>

[12] Jackson E., Glasier A. Return of ovulation and menses in postpartum nonlactating women : a systematic review. *J Obstet Gynecol* [En ligne]. Mars 2011 [Cité le 02.03.2017] ; 117 (3) : 657-662. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21343770>

[13] Haute Autorité de Santé. Etat des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. 2013 [Cité le 13.04.2017]. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf

[14] Code de la Santé Publique. Article L4151-1, Modifié par la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 – art. 127. [En ligne]. 2016 [Cité le 13.04.2017]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688926&dateTexte=&categorieLien=cid>

[15] Code de la Santé Publique. Article R4127-318, Modifié par Décret n°2012-881 du 17 juillet 2012 – art. 1. [En ligne]. 2012 [Cité le 13.04.2017]. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=4F6AD2BE8817CF00A331C8A4B7075837.tplgfr35s_1?idArticle=LEGIARTI000026202949&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20171229

[16] Décision du 14 février 2013 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes pris en charge par l'assurance maladie, Article unique 1. [En ligne]. 2013 [Cité le 13.04.2017]. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=4F6AD2BE8817CF00A331C8A4B7075837.tplgfr35s_1?cidTexte=JORFTEXT000027342965&idArticle=JORFARTI000027342968&dateTexte=20130416&categorieLien=cid#JORFARTI000027342968

[17] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale : Volume 2006. 2006 [Cité le 14.04.2017]. Disponible : file:///Users/Claire/Downloads/2006_GM_041_mulet.pdf

[18] Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Contraception : Les françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? 2011 [Cité le 10.04.2017]. Disponible : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf>

[19] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. *Protocoles en Gynécologie Obstétrique*, 3^{ème} édition. Elsevier Masson ; 2015.

[20] Institut National d'Etudes Démographiques. La contraception dans le monde [En ligne]. 2013 [Cité le 10.04.2017]. Disponible : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/fiches-pedagogiques/la-contraception-dans-le-monde/>

[21] Pourtier E. La contraception du post-partum : satisfaction des patientes sur l'entretien contraceptif en suites de naissances. [Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme]. Université de Clermont-Ferrand ; 2013 [Cité le 06.03.2017]. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00906212/document>

[22] Danneels J. La contraception du post-partum : les stratégies d'information, le point de vue des femmes. [Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme]. Université Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines ; 2014 [Cité le 06.03.2017]. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01002540/document>

[23] Froger A. Contraception du post-partum, informations de contraception en suites de couches : Sommes-nous dans le pertinent ? [Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme]. Université d'Angers ; 2014 [Cité le 10.02.2017]. Disponible : <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20080926/2014MDNSF1785/fichier/1785F.pdf>

[24] Flaux M. Observance de la contraception du post-partum : causes de non-observance : satisfaction de l'information reçue sur la contraception. [Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme]. Université Joseph Fourier, Grenoble ; 2013 [Cité le 10.02.2017]. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00855180/document>

[25] Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Baromètre santé médecins généralistes 2009. 2011 [Cité le 10.04.2017]. Disponible : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>

[26] Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. La contraception : comment mieux la personnaliser ? 2012 [Cité le 10.04.2017]. Disponible : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/50000/pdf/essentiels/1110-contraception.pdf>

[27] Bertaud M. L'interruption volontaire de grossesse (IVG) dans l'année suivant un accouchement. [Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme]. Université de Limoges ; 2014 [Cité le 17.03.2017]. Disponible : <https://aurore.unilim.fr/memoires/nxfile/default/91fd7f4c.../M-SM2014-005.pdf>

[28] Haute Autorité de Santé. Contraception : prescriptions et conseils aux femmes. [En ligne]. 2013 [Cité le 10.04.2017] Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes

[29] Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Comment aider une femme à choisir sa contraception ? 2013 [Cité le 10.04.2017]. Disponible : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf>

[30] Launay J. Contraception pratique ; 2017.

[31] Lopes P. Contraception du post-partum ; 2014.

[32] Lopes P. Contraception hormonale en 2015 ; 2015.

[33] Haute Autorité de Santé. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces

disponibles. 2013 [Cité le 10.04.2017]. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf

[34] Wilson S., Tennant C., Sammel MD., Schreiber C. Immediate postpartum etonogestreimplant : a contraception option with long-term continuation. *J Contraception* [En ligne]. Septembre 2014 [Cité le 23.04.2017] . 90 (3) : 259-264. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24993485>

[35] Lopes P. Contraception par dispositif intra-utérin en 2015 ; 2015.

[36] Mercier M. Contraception et post-partum chez la femme allaitante : Le point sur les nouvelles recommandations du CNGOF. 2016 [Cité le 15.09.2017]. Disponible : <http://www.reseau-naissance.fr/data/mediashare/f2/mwrf9nufuy0xe67q3eseyv6z140r2-org.pdf>

[37] 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. 2017 [Cité le 18.10.2017]. Disponible : http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_enp_2016.pdf

[38] Johnson LK., Edelman A, Jensen J. Patient satisfaction and the impact of written material about postpartum contraceptive decisions. *J Obstet Gynecol* [En ligne]. Mai 2003 [Cité le 01.05.2017] 188 (5): 1202-1204. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12748478>

[39] Hernandez LE., Sappenfield WM., Goodman D., Pooler J. Is effective contraceptive use conceived prenatally Florida ? The association between prenatal contraceptive counseling and postpartum contraceptive use. *Matern Child Health J* [En ligne]. Février 2012 [Cité le 01.05.2017] 16 (2): 423-429. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21197562>

[40] Miller VL., Laken MA., Ager J., Essenmacher L. Contraceptive décision making among medicaid-eligible women. *Journal of Community Health* [En ligne]. Décembre 2000 [Cité le 02.05.2017] 25 (6) : 473-480. Disponible : <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1005144730830>

[41] Smith KB., Van der Spuy ZM., Cheng L., Elton R., Glasier AF. Is postpartum contraceptive advice given antenatally of value ? . *Contraception* [En ligne] Mars 2002. [Cité le 02.05.2017] 65 (3) : 237-243. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11929646>

[42] Laurent M. L'entretien de contraception lors du séjour de suites de couches : Enquête de satisfaction auprès de 183 patientes et évaluation des pratiques professionnels auprès de 13 sages-femmes à la maternité régionale universitaire de Nancy. [Mémoire pour le diplôme d'Etat de sage-femme]. Université de Lorraine ; 2014 [Cité le 15.09.2017]. Disponible : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MESF_2014_LAURENT_MEGANE.pdf

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Satisfaction des patientes quant à la contraception utilisée avant la grossesse en fonction de la méthode choisie.....	29
Figure 2 : Date de la reprise des rapports sexuels après l'accouchement	30
Figure 3 : Evocation de la reprise des rapports sexuels après l'accouchement lors de l'examen de sortie.....	30
Figure 4 : Questions des patientes au professionnel ayant réalisé l'examen de sortie concernant la reprise de la sexualité.....	31
Figure 5 : Motifs d'inobservance de la contraception chez les patientes n'ayant pas utilisé ou ayant arrêté d'utiliser la méthode prescrite à la maternité.....	32
Figure 6 : Effets secondaires attribués à la contraception chez les patientes en ayant choisi une à la maternité.....	34
Figure 7 : Moment de l'information sur la contraception pendant la grossesse selon les patientes.....	35
Figure 8 : Moment de l'information sur la contraception au cours du séjour en suites de couches selon les patientes.....	36
Figure 9 : Moment le plus approprié pour la réalisation de l'information sur la contraception selon les patientes.....	36
Figure 10 : Personnes présentes dans la chambre au moment de la réalisation de l'examen de sortie.....	37
Figure 11 : Méthodes de contraception abordées lors de l'examen de sortie selon les patientes.....	37
Figure 12 : Prescription de la méthode de contraception souhaitée avant l'examen de sortie ou prescription d'une autre méthode en fonction de la contraception prescrite.....	38
Figure 13 : Questions des patientes au professionnel ayant réalisé l'examen de sortie concernant la contraception.....	41
Figure 14 : Déterminants du choix de la méthode de contraception chez les patientes en ayant choisi une à la maternité.....	42
Figure 15 : Souhait de davantage d'informations sur la méthode de contraception prescrite chez les patientes en ayant choisi une à la maternité.....	42
Figure 16 : Souhait de davantage d'informations sur les autres méthodes de contraception que celle choisie à la maternité, chez les patientes en ayant choisi une à la maternité.....	43
Figure 17 : Supports souhaités par les patientes pour améliorer l'information sur la contraception en post-partum.....	44
Figure 18 : Présence du conjoint jugée utile par les patientes lors de l'information sur la contraception, chez les femmes vivant en couple.....	44
Figure 19 : Recherche d'informations complémentaires sur la contraception après la sortie de la maternité selon les patientes.....	45
Figure 20 : Date de retour de la fécondabilité en post-partum selon les patientes.....	46

Tableau 1 : Caractéristiques socio-économiques des patientes de l'étude.....	22
Tableau 2 : Antécédents des patientes de notre étude.....	23
Tableau 3 : Déroulement de la grossesse et de l'accouchement.....	24
Tableau 4 : Déroulement du séjour en suites de couches.....	25
Tableau 5 : Professionnel ayant réalisé l'examen de sortie.....	26
Tableau 6 : Type de sortie selon la durée de l'hospitalisation en suites de couches	26
Tableau 7 : Mise en place d'un suivi à domicile (PRADO) avant la sortie de la maternité.....	26
Tableau 8 : Moyen de contraception prescrit lors de l'examen de sortie.....	27
Tableau 9 : Contraception prescrite en post-partum selon la parité.....	27
Tableau 10 : Professionnel devant a priori réaliser la consultation post-natale.....	27
Tableau 11 : Dernière méthode de contraception utilisée avant la grossesse.....	30
Tableau 12 : Reprise de la sexualité en fonction de l'information délivrée.....	31
Tableau 13 : Reprise de la sexualité en fonction de la possibilité de poser des questions au professionnel.....	31
Tableau 14 : Utilisation de la contraception en fonction de la parité.....	32
Tableau 15 : Satisfaction de la contraception choisie en fonction de l'information donnée pendant la grossesse.....	35
Tableau 16 : Utilisation de la méthode en fonction du respect du choix initial des patientes.....	38
Tableau 17 : Qualification de l'information donnée sur la contraception lors de l'examen de sortie selon les patientes.....	39
Tableau 18 : Satisfaction de l'information selon la forme et l'information délivrée.....	39
Tableau 19 : Utilisation de la contraception en fonction de l'adaptation de l'information à la situation personnelle de chaque femme.....	39
Tableau 20 : Utilisation de la contraception et représentations des patientes en fonction du caractère complet ou non de l'information.....	40
Tableau 21 : Satisfaction de la contraception et utilisation correcte en fonction du caractère complet ou non de l'information.....	40
Tableau 22 : Questions posées en fonction du caractère complet ou non de l'information.....	41
Tableau 23 : Utilisation de la contraception en fonction de la liberté de choix des patientes.....	41
Tableau 24 : Besoin d'informations complémentaires selon la forme de l'information.....	45
Tableau 25 : Besoin d'informations complémentaires en fonction de l'information donnée sur la contraception pendant la grossesse.....	46
Tableau 26 : Connaissances des patientes sur l'utilisation de la contraception et la conduite à tenir en cas d'oubli.....	46
Tableau 27 : Connaissances des patientes en fonction de la forme de l'information délivrée.....	47
Tableau 28 : Connaissances des patientes en fonction de l'information donnée sur la contraception pendant la grossesse.....	48

ANNEXES

Annexe I : Indices de Pearl des différentes méthodes de contraception selon l'OMS, en 2011 [33].

Méthodes contraceptives	Indice de Pearl (en % par année-femme)	
	Efficacité théorique si utilisation optimale	Efficacité en pratique courante
Implant	0,05	0,05
DIU au lévonorgestrel	0,2	0,2
DIU au cuivre	0,6	0,8
Pilules microprogestatives	0,3	8
Contraceptifs oraux combinés	0,3	8
Patch transdermique	0,3	8
Anneau vaginal	0,3	8
Progestatifs injectables	0,3	3
MAMA (pendant 6 mois)	0,9	2
Autres méthodes naturelles	3-5	15-27
Préservatif masculin	2	15
Préservatif féminin	5	21
Diaphragme avec spermicide	18	29
Cape cervicale	9-26	16-32
Vasectomie	0,1	0,15
Stérilisation féminine	0,5	0,5
Aucune méthode	85	85

Annexe II : Lettre d'information à destination des patientes, remise après présentation orale de l'étude, dans le service de suites de couches.

Mlle Claire DEVINEAU
Etudiante sage-femme

7 rue [REDACTED]
[REDACTED]
44000 NANTES

Mail : clair [REDACTED]
Tél : 06.08 [REDACTED]

Madame,

Actuellement étudiante en quatrième année à l'Ecole de Sages-Femmes de Nantes, je réalise un mémoire portant sur la période des suites de couches et le retour à domicile après l'accouchement.

Je me permets de vous solliciter afin de connaître votre avis, vos attentes ainsi que les difficultés que vous auriez éventuellement pu rencontrer durant cette période. En fonction des résultats obtenus, cette enquête pourra permettre d'améliorer nos pratiques professionnelles.

Pour ce faire, je souhaiterais vous faire parvenir un questionnaire à distance de votre sortie de la maternité. Il vous serait ainsi envoyé par mail ou par voie postale (timbre et enveloppe de retour fournis), selon votre souhait, environ cinq semaines après votre retour à domicile. Une dizaine de minutes sont nécessaires pour remplir ce questionnaire.

Il est important que vous y répondiez **avant d'effectuer votre visite post-natale**, prévue entre 6 et 8 semaines après l'accouchement avec votre médecin traitant, votre gynécologue ou votre sage-femme.

L'ensemble des données recueillies restera entièrement anonyme et ne sera utilisé que dans le cadre de cette étude.

Vous pouvez, si vous le souhaitez, me communiquer un numéro de téléphone auquel je pourrai vous joindre si nécessaire.

Si vous désirez des informations complémentaires, n'hésitez pas à me contacter par téléphone au 06.08.[REDACTED] ou par mail à l'adresse clair [REDACTED].

En vous remerciant du temps que vous voudrez bien accorder à mon enquête,

Claire Devineau.

Annexe III : Formulaire de consentement à destination des patientes, remis avec la lettre d'information ci-dessus, dans le service de suites de couches.

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Mail :

Numéro de téléphone :

J'accepte de participer à cette enquête : ☐ Oui ☐ Non

Je souhaite recevoir le questionnaire par : ☐ Mail ☐ Voie postale

Date et signature :

Annexe IV : Formulaire de recueil de données sur les dossiers obstétricaux des patientes recrutées.

FORMULAIRE DE RECUEIL DE DONNEES

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Numéro : Age :

Gestité : Parité :

Lieu d'origine :

- | | |
|--|---|
| ☐ Europe du nord
☐ Europe du sud
☐ Afrique du Nord
☐ Afrique subsaharienne
☐ Antilles
☐ Moyen orient
☐ Asie | ☐ Asie du sud-est
☐ Caraïbes
☐ Japon
☐ Autre :
.....
..... |
|--|---|

Profession :

- | | |
|--|--|
| ☐ Agricultrice
☐ Artisane, commerçante, chef d'entreprise
☐ Cadre, profession intellectuelle supérieure
☐ Profession intermédiaire
☐ Employée | ☐ Ouvrière
☐ Etudiante
☐ Sans profession
☐ Autre :
.....
.....
☐ Non renseignée |
|--|--|

Revenus assurés par :

- | | |
|---|--|
| ☐ Travail
☐ Chômage
☐ RSA
☐ RMI
☐ Aides sociales | ☐ Autre :
.....
.....
☐ Non renseigné |
|---|--|

Couverture sociale :

- | | |
|--|---|
| ☐ Sécurité Sociale + Mutuelle
☐ Sécurité Sociale
☐ CMU
☐ AM | ☐ Aucune
☐ Autre :
.....
..... |
|--|---|

Situation familiale :

- | | |
|---|------------------------------------|
| ☐ Ne vit pas seule | ☐ Vit seule |
|---|------------------------------------|

Nombre d'enfants à charge :

ANTECEDENTS

Antécédents d'IVG :

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Aucune | ☐ Une | ☐ Deux ou plus |
|---------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|

Pathologies gravidiques :

- ☐ Pré-éclampsie
- ☐ HTA gravidique
- ☐ Diabète gestationnel
- ☐ Cholestase gravidique

- ☐ Événement thrombotique
- ☐ Autre :
- ☐ Aucune

Pathologies préexistantes :

- ☐ Antécédent d'événement thrombotique
- ☐ Pathologie hépatique
- ☐ Ménorragies/saignements inexpliqués
- ☐ Antécédent de cancer du sein/de l'utérus
- ☐ Pathologie utérine ou vaginale

- ☐ Antécédent d'infection génitale haute/Endométrite
- ☐ Antécédent de GEU
- ☐ Traitement anti-coagulant ou anti-inflammatoire au long cours
- ☐ Allergie :
- ☐ Autre :
- ☐ Aucune

Addictions :

- ☐ Tabac, hors grossesse
- ☐ Tabac, pendant la grossesse

- ☐ Autre :
- ☐ Aucune

Contraception antérieure :

- ☐ Pilule oestroprogestative
- ☐ Pilule microprogestative
- ☐ DIU au Cuivre
- ☐ DIU hormonal
- ☐ Implant
- ☐ Patch
- ☐ Anneau vaginal

- ☐ Méthode barrière
- ☐ Méthode naturelle
- ☐ Autre :
- ☐ Aucune
- ☐ Non renseigné

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT

Mode de survenue de la grossesse :

- ☐ Spontanée
- ☐ FIV
- ☐ FIV-ICSI
- ☐ IIU

- ☐ Induction simple
- ☐ Don d'ovocyte
- ☐ Autre :

Mode d'accouchement :

- ☐ Voie basse spontanée
- ☐ Voie basse instrumentale

- ☐ Césarienne

Si voie basse, état périnéal :

- ☐ Périnée intact
- ☐ Déchirure du 1^{er} ou 2^{ème} degré

- ☐ Déchirure du 3^{ème} ou 4^{ème} degré
- ☐ Episiotomie

SEJOUR EN SUITES DE COUCHES

Informations données sur la contraception :

- ☐ Documents d'information
- ☐ Explications orales

- ☐ Non renseigné

EXAMEN DE SORTIE

Professionnel ayant réalisé l'examen :

- ☐ Médecin
- ☐ Interne

- ☐ Sage-femme
- ☐ Etudiant sage-femme

Sortie précoce :

- ☐ Oui

- ☐ Non

Sage-femme PRADO ou SAO prévue :

- ☐ Oui

- ☐ Non

Allaitement maternel exclusif :

- ☐ Oui

- ☐ Non

Bon examen général :

- ☐ Oui

- ☐ Non (préciser) :

Etat périnéal :

- ☐ Physiologique
- ☐ Inflammation
- ☐ Douleurs
- ☐ Lochies non physiologiques

- ☐ Hémorroïdes
- ☐ Induration
- ☐ Désunion
- ☐ Œdème

Contraception prescrite :

- ☐ Pilule microprogestative
- ☐ DIU au Cuivre TT 380 à partir de 4 semaines + contrôle B-HCG 3 jours avant la pose + Ibuprofène 400 mg 2h avant la pose
- ☐ DIU hormonal type Mirena à partir de 4 semaines + contrôle BHCG 3 jours avant la pose + Ibuprofène 400 mg 2h avant la pose
- ☐ Implant Nexplanon® 68 mg à partir de J21 + Emlapatch 5% + contrôle BHCG 3 jours avant la pose
- ☐ Contraception locale
- ☐ Revoit avec son praticien libéral
- ☐ Autre :

Contraception d'urgence prescrite :

- ☐ Oui

- ☐ Non

- ☐ Non renseigné

Consultation post-natale prévue avec :

- ☐ Sage-femme libérale
- ☐ Sage-femme CHU
- ☐ Médecin traitant

- ☐ Gynécologue CHU
- ☐ Gynécologue ville
- ☐ Non renseigné

Remarques :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Annexe V : Questionnaire à destination des patientes transmis environ 5 semaines après la date de l'accouchement (par voie postale ou par mail).

QUESTIONNAIRE

Avez-vous déjà réalisé votre consultation post-natale (consultation entre 6 et 8 semaines après l'accouchement, avec votre médecin traitant, votre sage-femme ou votre gynécologue pour faire le point sur votre santé et votre contraception) ? ☐ Oui ☐ Non

I - AVANT VOTRE GROSSESSE :

1 - Aviez-vous un suivi gynécologique ?

- ☐ Oui, au moins une consultation par an
☐ Non, pas de suivi gynécologique

☐ Oui, mais moins d'une consultation par an

2 – Quelle méthode de contraception utilisiez-vous avant la grossesse ?

- ☐ Pilule (laquelle) :
☐ Implant
☐ Stérilet hormonal (Mirena ou Jaydess)
☐ Stérilet au cuivre
☐ Préservatifs
☐ Patch contraceptif

- ☐ Anneau vaginal
☐ Diaphragme ou cape
☐ Spermicides
☐ Méthode naturelle (méthode de connaissance de l'ovulation)
☐ Je n'utilisais pas de contraception

3 - Etiez-vous satisfaite de la méthode de contraception que vous utilisiez avant la grossesse ?

- ☐ Oui, très satisfaite
☐ Oui, plutôt satisfaite

- ☐ Non, pas satisfaite
☐ Je n'utilisais pas de contraception

II - DEPUIS VOTRE ACCOUCHEMENT :

4 - Avez-vous repris une activité sexuelle et à quelle date ?

- ☐ Oui, dans les 2 semaines suivant l'accouchement
☐ Oui, entre 2 semaines et 1 mois après l'accouchement

- ☐ Oui, plus d'un mois après l'accouchement
☐ Non, pas encore
☐ Ne souhaite pas répondre

5 - Avez-vous utilisé la méthode de contraception qui vous a été prescrite ou conseillée à la maternité ?

- ☐ Oui, je l'utilise toujours
☐ Oui, mais j'ai arrêté de l'utiliser

- ☐ Non, je ne l'ai pas utilisée
☐ Aucune contraception ne m'a été prescrite

5a - Si vous ne l'avez pas utilisée ou que vous l'avez arrêtée, pourquoi ?

- ☐ Pas de reprise des rapports sexuels
☐ Perte de l'ordonnance
☐ Pas la méthode souhaitée
☐ Mode d'utilisation mal compris ou non expliqué
☐ Méthode pas assez sûre
☐ Peu pratique au quotidien

- ☐ Oublis fréquents de la contraception
☐ Effets secondaires
☐ Coût trop élevé
☐ Désaccord de votre conjoint
☐ Autre (précisez) :
.....

5b - L'avez-vous remplacée par une autre méthode de contraception ?

- ☐ Oui (laquelle) :

☐ Non

6 - Si vous utilisez actuellement la méthode de contraception choisie à la maternité, en êtes-vous globalement satisfaite ?

- ☐ Très satisfaite
☐ Plutôt satisfaite

- ☐ Plutôt pas satisfaite
☐ Pas du tout satisfaite

7 - Pensez-vous bien utiliser votre contraception ?

- ☐ Oui, toujours ☐ Oui, la plupart du temps

☐ Non

8 - Vous est-il arrivé d'oublier votre contraception ?

- ☐ Oui, une seule fois ☐ Oui, plusieurs fois

☐ Non, jamais

8a - Si oui, avez-vous eu recours à une contraception d'urgence (pilule du lendemain) ?

☐ Oui

☐ Non

9 - Avez-vous eu ou craignez-vous des effets secondaires liés à votre contraception ?

☐ Prise de poids

☐ Saignements persistants

☐ Baisse de la libido ou du plaisir sexuel

☐ Règles douloureuses

☐ Effets sur la peau

☐ Autres (précisez) :

☐ Non, je ne crains pas d'effets secondaires

10 - Lors de votre consultation post-natale, pensez-vous changer de contraception (ou en reprendre une si vous n'en avez pas actuellement) ?

☐ Oui (pour quelle méthode) :

.....

☐ Non

III - LORS DE VOTRE EXAMEN DE SORTIE A LA MATERNITE :

Cet examen est généralement réalisé le jour ou la veille de votre sortie du service de suites de couches de la maternité. Il aborde le retour à domicile, votre santé et celle de votre bébé ainsi que la reprise de la contraception après l'accouchement.

11 - Votre examen de sortie s'est-il déroulé :

☐ Seule avec le professionnel l'ayant réalisé

☐ Avec le professionnel et un étudiant

☐ En présence de votre conjoint

☐ En présence de vos visites

☐ En présence de votre voisine de chambre

☐ En présence du conjoint ou des visites de votre voisine de chambre

☐ Autre (précisez) :

☐ Ne sait plus

12 - La présence d'une ou plusieurs de ces personnes vous a-t-elle gênée ?

☐ Oui

☐ Non

13 - La question de la reprise des rapports sexuels après l'accouchement a-t-elle été abordée avec le professionnel qui a fait votre examen de sortie ?

☐ Oui, à l'initiative du professionnel

☐ Oui, à votre initiative

☐ Non, mais vous auriez aimé en parler

☐ Non, vous ne pensez pas qu'il soit nécessaire d'en parler

13a - Si oui, avez-vous trouvé cette information :

☐ Utile

☐ Suffisante

☐ Inutile

☐ Insuffisante

14 - Lesquelles de ces méthodes de contraception ont été abordées lors de votre examen de sortie :

☐ Pilule

☐ Implant

☐ Stérilet

☐ Préservatif masculin

☐ Préservatif féminin

☐ Stérilisation féminine/masculine

☐ Méthode « MAMA » (contraception grâce à l'allaitement maternel)

☐ Autres (lesquelles) :

.....

.....

.....

15 - Aviez-vous déjà une idée de la méthode de contraception que vous souhaitiez utiliser après votre accouchement ?

☐ Oui et c'est la méthode qui vous a été prescrite

☐ Oui mais vous avez changé d'avis après l'examen de sortie

☐ Non

16 - Globalement, avez-vous trouvé l'information donnée lors de l'examen de sortie sur la contraception :

- Utile : ☐ Oui ☐ En partie ☐ Non

- Facilement compréhensible : ☐ Oui ☐ En partie ☐ Non

- Complète : ☐ Oui ☐ En partie ☐ Non

- Adaptée à votre situation personnelle : ☐ Oui ☐ En partie ☐ Non

17 - Vous êtes-vous sentie suffisamment disponible pour recevoir les informations données lors de votre examen de sortie ?

☐ Oui, très disponible

☐ Oui, plutôt disponible

☐ Non, pas assez disponible

- 18 - Avez-vous trouvé le professionnel ayant réalisé votre examen suffisamment disponible ?
☐ Oui, très disponible ☐ Oui, plutôt disponible ☐ Non, pas assez disponible
- 19 - Aviez-vous des questions à poser au professionnel lors de votre examen de sortie :
 - A propos de la reprise des rapports sexuels après l'accouchement :
☐ Oui et j'ai pu les poser ☐ Oui, mais je n'ai pas osé les poser
☐ Oui, mais je n'ai pas pu les poser ☐ Non, je n'avais pas de question
 - A propos de la contraception :
☐ Oui et j'ai pu les poser ☐ Oui, mais je n'ai pas osé les poser
☐ Oui, mais je n'ai pas pu les poser ☐ Non, je n'avais pas de question
- 20 - Avez-vous eu l'impression d'avoir pu choisir vous-même la méthode de contraception vous correspondant le mieux ?
☐ Oui, totalement ☐ En partie ☐ Non, pas du tout
- 21 - Avez-vous pu consulter votre conjoint sur le choix de votre contraception ?
☐ Oui ☐ Non, cela ne me semble pas nécessaire
☐ Non, mais j'aurais souhaité le faire
- 22 - En fonction de quoi avez-vous choisi votre méthode de contraception ?
☐ Facile d'utilisation au quotidien ☐ Protection contre les infections sexuellement transmissibles
☐ Pas de risque d'oubli ☐ Coût et remboursement
☐ Efficace sur une longue durée ☐ Avis de votre conjoint
☐ Peu d'effets secondaires ☐ Avis du professionnel
☐ Pas de dispositif invasif (stérilet, implant) ☐ Autre (précisez) :
☐ Pas d'hormones
☐ Expérience passée de la contraception
- 23 - Concernant la méthode de contraception qui vous a été prescrite à la maternité, auriez-vous aimé avoir plus d'informations sur :
☐ Le mode d'emploi ☐ Les avantages et inconvénients
☐ Le meilleur horaire de prise de la pilule au quotidien ☐ Les effets secondaires éventuels
☐ Les procédures de démarrage et d'arrêt ☐ La conduite à tenir en cas d'oubli
☐ Le mécanisme d'action ☐ Autre (précisez) :
☐ L'efficacité
☐ La durée d'utilisation ☐ J'ai eu suffisamment d'informations
☐ Le coût / le remboursement
- 24 - Concernant les différentes méthodes de contraception possibles en post-partum, auriez-vous aimé avoir plus d'informations sur :
☐ Davantage de méthodes ☐ Les contre-indications médicales à certaines méthodes
☐ Le mode d'emploi ☐ La protection contre les infections sexuellement transmissibles
☐ Les procédures de démarrage et d'arrêt ☐ Autre (précisez) :
☐ Le mécanisme d'action
☐ L'efficacité
☐ La durée d'utilisation ☐ J'ai eu suffisamment d'informations
☐ Le coût / le remboursement
☐ Les avantages et inconvénients
☐ Les effets secondaires éventuels
- 25 - Concernant votre contraception, pensez-vous qu'il soit utile pour vous d'avoir:
☐ Des informations écrites ☐ Autre (précisez) :
☐ Des explications à l'aide de supports particuliers (schémas, modèles de stérilet ou d'implant etc.)
☐ Des contacts de professionnels auxquels vous référer si besoin ☐ Aucune de ces propositions
☐ Des sites internet auxquels vous référer si besoin
- 26 - Pensez-vous qu'il soit utile que votre conjoint soit présent lors de l'information :
☐ Sur la reprise des rapports sexuels ☐ Non, je ne pense pas que ce soit utile
☐ Sur la contraception

27 - À la maternité, à quel(s) moment(s) avez-vous reçu une information sur la contraception ?

- ☐ Lors de l'examen de sortie ☐ Je n'ai pas reçu d'information
☐ Lors d'une visite de la sage-femme le matin
☐ A un autre moment (lequel) :

28 - Sous quelle forme avez-vous reçu cette information ?

- ☐ Orale ☐ Ecrite ☐ Les deux

29 - Pendant la grossesse, aviez-vous déjà parlé de la contraception après l'accouchement :

- ☐ Lors de consultations de grossesse ☐ Lors d'une hospitalisation
☐ Lors de séances de préparation à la naissance ☐ A un autre moment (lequel) :
☐ Lors de réunions à la maternité

30 - Après votre sortie de la maternité, avez-vous eu besoin de chercher des informations complémentaires sur la contraception ?

- ☐ Auprès d'un professionnel de santé (médecin traitant, gynécologue ou sage-femme) ☐ Sur internet
☐ Autre (précisez) :
☐ Auprès de votre entourage

31 - Aviez-vous entendu parler de réunions d'information collectives, notamment sur la contraception, proposées par le CHU de Nantes ?

- ☐ Oui ☐ Non

32 - Selon vous, quelle serait la meilleure période pour parler de la contraception après l'accouchement ?

- ☐ Le premier entretien à 4 mois de grossesse
☐ Les consultations de suivi de grossesse
☐ Les séances de préparation à la naissance
☐ L'examen de sortie en suites de couches
☐ En suites de couches à un autre moment
☐ Après le retour à domicile, avec une sage-femme à domicile par exemple
☐ Lors de réunions d'information collectives à la maternité
☐ Autre (précisez) :

IV - SUR LA CONTRACEPTION EN GENERAL :

33 - Il est possible d'avoir une nouvelle grossesse (une seule réponse) :

- ☐ Dès les premiers jours suivant l'accouchement
☐ Dès la fin du premier mois après l'accouchement
☐ Seulement après le retour des règles
☐ Seulement après l'arrêt de l'allaitement maternel

34 - En cas d'oubli de contraception (une ou plusieurs réponses) :

- ☐ La pilule du lendemain peut être prise sans ordonnance jusqu'à 3 jours après le rapport sexuel non protégé.
☐ Il n'y a pas de risque de grossesse si la pilule du lendemain est prise dans les 24h suivant le rapport sexuel.
☐ En cas d'oubli de pilule, il n'y a pas de risque de grossesse si le dernier rapport sexuel date de plus de 3 jours avant l'oubli.
☐ En cas d'oubli de pilule, il faut continuer la plaquette à l'heure habituelle et utiliser des préservatifs pendant les 7 jours suivant l'oubli.

Avez-vous des remarques particulières ?

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

Merci pour votre participation !

X

Annexe VI : Lettre d'information jointe au questionnaire transmis aux patientes à 5 semaines de l'accouchement.

Mlle Claire DEVINEAU
7 rue [REDACTED]
44000 NANTES

Tél : 06 08 [REDACTED]

Mail : claire [REDACTED]

Mme [REDACTED]

Madame,

Actuellement étudiante en quatrième année à l'Ecole de Sages-Femmes de Nantes, je réalise un mémoire sur les suites de couches et le retour à domicile après l'accouchement.

Lors de votre séjour dans le service de suites de couches du CHU de Nantes, je vous ai proposé de participer à une étude visant à connaître votre avis, vos attentes et les difficultés que vous auriez pu rencontrer depuis votre sortie de la maternité. Elle porte plus particulièrement sur la reprise de votre contraception après l'accouchement et votre satisfaction par rapport à l'information qui vous a été donnée à la maternité sur ce sujet. Vous trouverez, ci-joint, le questionnaire à remplir pour cette enquête. Il comprend quatre pages. Si vous avez des précisions à apporter ou des remarques complémentaires, n'hésitez pas à m'en faire part à la fin du questionnaire.

Il est important que vous répondiez à ce questionnaire **avant de réaliser votre visite post-natale** (consultation avec votre médecin traitant, gynécologue ou sage-femme environ 6 à 8 semaines après votre accouchement). Si vous avez déjà effectué cette visite, merci de me le signaler au début du questionnaire.

Je vous joins également une enveloppe timbrée pré-remplie afin que vous puissiez me retourner le questionnaire. Merci de me l'adresser dès que possible, afin que j'effectue l'analyse des résultats de l'enquête.

Si vous désirez d'autres informations ou en cas de difficultés pour remplir le questionnaire, n'hésitez pas à me contacter par téléphone au 06 08 [REDACTED] ou par mail à l'adresse claire [REDACTED]

En vous remerciant pour votre participation à cette enquête,

Claire Devineau.

Annexe VII : Document d'information sur la contraception à destination des patientes hospitalisées dans le service de suites de couches, élaboré par le Réseau Sécurité Naissance.

Maman (suite)

> Saignements, retour de couches.

Les saignements sont un peu plus abondants que des règles durant les 3 premiers jours après l'accouchement, puis diminuent progressivement jusqu'à la fin de la 1^{re} semaine. Ils peuvent changer d'apparence. La durée totale des saignements se situe entre une et trois semaines après l'accouchement.

Le retour de couches (réapparition des règles) a lieu en moyenne 6 à 8 semaines après la date de votre accouchement. En cas d'allaitement maternel, il survient plus tardivement et de manière très aléatoire, le plus souvent au début du sevrage ou à l'arrêt total de l'allaitement.

> Si vous ressentez de fortes douleurs abdominales ou périméales, surtout si elles sont associées à de la fièvre, ou si vous constatez une reprise importante des saignements, n'hésitez pas à consulter votre médecin.

> Contraception - Sexualité.

La sexualité peut reprendre dès que le couple le désire. Sachez que le périnée reste sensible et qu'une sécheresse vaginale est possible les 2 premiers mois.

Attention ! Il existe un risque d'ovulation avant le retour de couches.

Différentes contraceptions sont possibles :

- pilule,
- stérilet,
- préservatif,
- spermicide,
- ...

N'hésitez pas à en parler avec la sage-femme ou le médecin pour choisir ensemble celle qui vous convient le mieux.

Dans tous les cas, la meilleure contraception est celle que vous choisissez.

le réseau
sécurité
naissance
NATRE ENSEMBLE

> Les cicatrices.

Vous pouvez ressentir une gêne ou une douleur au niveau de la cicatrice de césarienne ou d'épisiotomie. N'hésitez pas à en parler à un professionnel de santé pour recevoir un traitement antidouleur si besoin.

La cicatrice de césarienne ne nécessite pas de soins particuliers. Bien sécher après la douche. Même si l'aspect de votre cicatrice est satisfaisant, il est normal que des trailements persistent.

Episiotomie ou déchirure : les fils sont en général résorbables. Ils disparaissent en 8 à 10 jours environ, parfois un peu plus. Après le retour à la maison, une toilette avec un savon doux matin et soir pendant une quinzaine de jours suffit. On peut considérer que l'épisiotomie est cicatrisée après environ 15 jours.

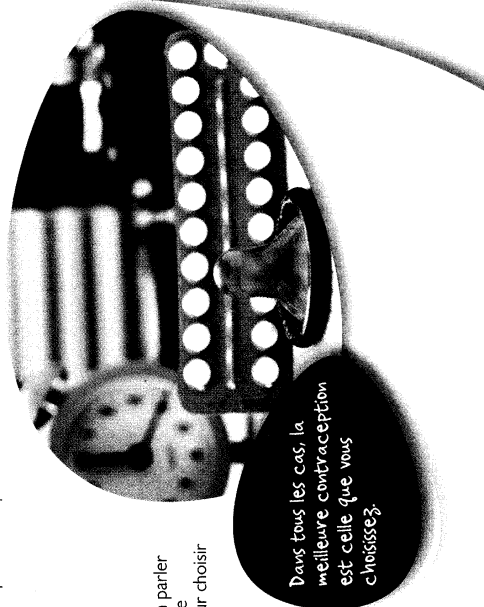
> Suivi post-natal de la mère.

La visite post-natale pour la mère est conseillée et doit avoir lieu 6 à 8 semaines après la date de l'accouchement avec votre gynécologue, votre médecin traitant ou votre sage-femme.

Si vous n'avez pas de gynécologue ou de sage-femme, nous vous conseillons de profiter de cette consultation pour prendre contact avec un gynécologue ou une sage-femme près de chez vous qui assurera votre suivi à long terme. Il est en effet conseillé à toute femme d'avoir un suivi gynécologique régulier (une consultation par an) qui ne pourra pas forcément avoir lieu à la maternité.

Si vous avez continué à fumer pendant la grossesse ou si vous avez repris, et que vous envisagez de diminuer ou d'arrêter le tabac, vous pouvez vous faire aider à l'occasion de cette visite.

Des séances de rééducation post-natale sont possibles. Elles se débloquent 2 à 3 mois après l'accouchement avec une sage-femme libérale ou un kinésithérapeute en commençant bien par la périnée et en poursuivant par la sangle abdominale.



Annexe VIII : Nouveau document élaboré par les équipes du service de suites de couches, mis à disposition des patientes afin d'évaluer leurs besoins, notamment concernant la contraception.

CHU de Nantes
livret d'information

Pour mieux connaître vos besoins, positionnez-vous sur cette étoile

(De « pas d'accord » au centre
de l'étoile « À très d'accord »
aux extrémités)

Prénom, Nom.....
Date
Soignant.....

Je sais reconnaître les signes de faim de mon bébé et je sais gérer son alimentation (fréquence, dose, position...).

Je sais reconnaître et gérer les pleurs de mon enfant. Je comprends et accepte qu'il pleure.

Je suis à l'aise dans les mesures d'hygiène, de propreté de mon bébé (bain, soins du cordon, du visage, change de couches...).

Je connais et arrive à suivre les règles de prévention pour mon bébé (chutes, mort subite, bébé secoué...).

Je peux me mobiliser sans difficulté, je sais évaluer et traiter mes douleurs, je sais adapter mon hygiène corporelle intime et connais les précautions pour mon périnée.

Je me sens prête et entourée pour ma sortie, et je l'ai organisée (matériel, RDV...). Je sais demander du soutien (papa, entourage...).

Je sais qui contacter en cas de besoin/ soucis à l'hôpital et au retour à la maison et pour quelles raisons. Je sais reconnaître les signes d'urgence pour moi et mon bébé.

J'accepte et arrive à exprimer mon stress et mes émotions de femme et de mère (inquiétudes, irritations...).

Nous arrivons (le papa, le bébé, ses frères et sœurs et moi) chacun à trouver notre nouvelle place dans la famille.

J'accepte mes changements physiques liés à la grossesse, l'accouchement, l'allaitement (prise de poids, ...).

Je suis informée sur le retour de couche et la contraception.

Je sais me reposer et organiser mes temps de repos en fonction des rythmes du bébé.

Annexe IX : Document traçant les soins encadrés et l'information donnée dans le service de suites de couches, notamment concernant la contraception.

SOINS EDUCATIFS ET RELATIONNELS

Merci de noter ses initiales pour cocher la case				Doc. donné	Explication	Montré	Autonomie
Rythmes du nouveau-né							
Phase de récupération de 24-36h après la naissance							
Java de la 2ème nuit							
Repérage des phases de sommeil profond phase de sommeil léger(propice à l'alimentation++)							
Alimentation							
Ration quotidienne: 6-8bib/24h ou min 8-10TT/24h							
Fréquence: min2h-maxi6h entre 2 bib pas min entre 2TT							
Si d'allaitement artificiel: Quantités des rations les premiers jours et durant le 1er mois							
En cas d'allaitement maternel: présence de pic de croissance tous les 15-3 semaines							
Position asymétrique: grande ouverture de bouche + tête défléchie+ absence de douleur							
Succion efficace: succion ample, longues séries de suctions+ bruits de déglutition, durée>10min							
Elimination du nouveau-né							
Nombre d'urines attendues/jour pendant le 1er mois (6/j)							
Nombre de selles attendues/jour pendant le 1er mois (3-4/j en cas d'AM, min 1fois tous les 2j si bib)+ description (selles décolorées, diarrhées)							
Raréfaction des selles possible après 1mois d'AMat exclusif							
Soins d'hygiène pour l'enfant							
Bain : ordre, fréquence, produits utilisés, précautions							
Soins de cordon:ordre, fréquence produits utilisés, précautions							
Soins yeux+nez:ordre, fréquence produits utilisés, précautions							
Température du nouveau-né: valeurs, fréquence, CAT							
Prévention du Baby-blues							
Gestion du sommeil							
Lutte contre l'isolement (personne ressource, sorties)							
Signes devant alerter							
Suivi Retour à domicile							
Suivi à prévoir pour la mère(+conseils d'hygiène, sport)							
Contraception							
Signes devant amener à consulter pour la mère (+ prat.)							
Suivi à prévoir pour l'enfant							
Signes devant amener à consulter pour l'enfant (+praticien)							
Prévention							
Mort Subite du Nourisson							
Bébé Secoué : pleurs 3-4h/j normaux gestion fatigue, pic pleurs à 2-3 mois							
Infections (Bronchiolite...): lavage de mains+nez, Eviter lieux confinés, pers. malades, vaccins							

Annexe X : Compte-rendu vierge de l'examen de sortie utilisé dans le service de suites de couches au CHU de Nantes.

ETIQUETTE PATIENTE



Obstétrique 3ème
Unité mère-enfant
UF : 3112

Examen de sortie des Suites de Couches

- ♦ Examen de sortie réalisé par (nom et fonction) : _____ Le : _____
- ♦ Praticiens correspondants : MT..... Gyn..... SF..... Ped.....

♦ Interrogatoire :

Etat psychologique : ☐ normal ☐ baby-blues, déprimée ☐ anxieuse
 Troubles mictionnels : non ☐ oui ☐ Si oui, CAT : _____
 Troubles du transit : non ☐ oui ☐ Si oui, CAT : _____
 Allaitement maternel : non ☐ oui ☐
 Tabagisme: oui ☐ non ☐ si oui: Substituts nicotiniques: oui ☐ non ☐ info cs tabaco oui ☐ non ☐
 Autres addictions : oui ☐ non ☐ cs addicto : oui ☐ non ☐

♦ Examen clinique :

TA : _____ Pouls : _____ T° _____
 Bon Examen général ☐ oui ☐ non, si non pourquoi : _____
 Jambes souples et indolores ☐ oui ☐ non Mauvais état veineux : ☐ oui ☐ non
 Seins : Montée de lait ☐ oui ☐ non Utilisation d'un tire-lait électrique : ☐ oui ☐ non
 Douleurs à la mise au sein : ☐ oui ☐ non, si oui, CAT : _____
 Utérus : _____
 Périnée / Cicatrice césarienne : Inflammation ☐ oui ☐ non Induration ☐ oui ☐ non
 Douleurs ☐ oui ☐ non Désunion ☐ oui ☐ non
 Lochies physiologiques ☐ oui ☐ non Œdème ☐ oui ☐ non
 Hémorroïdes ☐ oui ☐ non

TV :

♦ Examens complémentaires réalisés pendant le séjour : gpe mère Toxo Rubéole
 PV : groupe Rh Bébé
 ECBU : Coombs
 Autre : Liquide gastrique :
 Placentoculture : PCT :

♦ Examens complémentaires ou soins particuliers du bébé réalisés pendant le séjour :

Lien Mère-Enfant : ☐ bon ☐ à surveiller/ soutenir ☐ non évalué (enfant hospitalisé)
 Perte de poids importante(>10%) ou difficultés d'alimentation : ☐ non ☐ oui
 Ictère néonatal (bili prélevée) : ☐ non ☐ oui Si oui, Photothérapie : ☐ oui ☐ non
 Surveillance par la puéricultrice : ☐ non ☐ oui Si oui, motif : _____
 Hospitalisation de l'enfant : ☐ non ☐ Unité Kangourou ☐ Néonate ☐ Soins intensifs/Réa
 Examens complémentaires pendant le séjour ou prévus à la sortie :

♦ Traitements reçus pendant le séjour :

Rudivax fait : ☐ non ☐ oui
 γ-globulines anti-D en prévention de l'alloimmunisation fœto-maternelle : ☐ non ☐ oui
 Traitement de l'anémie : ☐ non ☐ oui, si Oui, lequel : _____
 Antibiothérapie : ☐ non ☐ oui, laquelle: _____ pour _____
 Autre : Vaccin COQUELUCHE : à jour ☐ prescrit ☐

♦ En conclusion :

Suites simples ☐ Hospitalisation marquée par : _____

♦ Conduite à Tenir :

Mode de sortie : ☐ Domicile ☐ Foyer : _____ Sortie du service le : _____
☐ HOME ☐ Transfert :

♦ Suivi mère :

Sage-femme PRADO ou SAO prévu : ☐ non ☐ oui, le : _____ (nom cf correspondants)

Consultation postnatale dans 6-8sem au choix de la patiente (SF, MT, gyneco) ou avec :

Rééducation périnéale : prescrit ☐ à revoir ☐

Frottis de contrôle à la VPN: oui ☐ non ☐

Autres Consultations prévues :

♦ Suivi enfant prévu :

☐ Sage-femme libérale/Prado (suivi du 1^{er} mois)

☐ Médecin traitant ou pédiatre

☐ PMI de secteur contactée par la patiente

☐ PMI message laissé pour information ou RDV pris au CMS le :

♦ Traitements et prescription à la sortie:

○ Contraception prescrite :

☐ Pilule micro progestative type Optimizette® 75µg à débiter à J 21+ contraception d'urgence

☐ DIU cuivre TT 380 à partir de 4 semaines après l'accouchement + contrôle βHCG 3 jours avant la pose + ibuprofène 400mg 2h avant la pose

☐ DIU hormonal type Mirena® à partir de 4 semaines après l'accouchement + contrôle βHCG 3 jours avant la pose + ibuprofène 400mg 2h avant la pose

☐ Implant Nexplanon® 68mg à partir de J 21+ Emlapatch 5% + contrôle βHCG 3 jours avant la pose

☐ Contraception locale

☐ Revoit avec son praticien libéral (Gynécologue, sage-femme ou médecin traitant)

○ Médication prescrite :

☐ Paracétamol per os : 1g/6h en cas de douleurs, 1 boîte

☐ Phloroglucinol per os : 160mg/6h en cas de douleurs à type de contractions, 1 boîte

☐ Ibuprofène per os : 400mg/8h en cas de douleurs intenses non soulagées par le paracétamol, 1boîte

☐ Tardyferon B9 per os :cp/j pendant 1 mois

☐ Fumafer 66 mg per os : 1 comprimé 3 fois/j pendant 6 semaines

Speciafoldine 5 mg per os : 1 comprimé 2 fois/j pendant 6 semaines

Vitamine C 500 mg per os : 1 comprimé/j le matin pendant 6 semaines

Dernière Hb à :

___g/dl

le :

☐ Innohep 4500 UI injection sous cutanée : fois/jour pendant.....jours + ordonnance IDE à domicile

☐ Sédorrhoïde suppositoires : 1 matin et 1 soir, 1 boîte

☐ Sédorrhoïde crème : 2 applications/j, 1 tube

☐ Daflon 500mg per os : 6 comprimés en 1 prise le 1^{er} et 2^{ème} jour, 4 comprimés en 1 prise le 3^{ème} et 4^{ème} jour puis 2 comprimés matin et soir pendant 15 jours

☐ Macrogol 4000 per os : 1 à 2 sachets/j en cas de constipation, 1 boîte

☐ Eductyl suppositoire : 1 par jour en cas de constipation, 1 boîte

☐ Antibiotique per os :posologie.....pendantjours Motif :

☐ Bas de contention ou Chaussette de contention de grade 2 : 2 paires à porter pendant 6 semaines

☐ Reprise du traitement personnel : (posologie à préciser)

☐ Autre : (posologie et durée à préciser)

○ Examens complémentaires prescrits :

☐ Sérologie Toxoplasmose dans 1 mois

☐ HGPO 75g dans 1 mois

☐ NF plaquettes dans 1 mois/ ☐ NF plaquettesfois/semaine pendantsemaines

☐ T4/TSH dans 1 mois

☐ Protéinurie 1 fois/ semaine jusqu'à négativation

☐ Bilan hépatique 1 fois/ semaine jusqu'à normalisation

☐ Autre :

Annexe X : Cartes d'information de l'INPES concernant la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule.

Que faire en cas d'oubli de pilule* ? Il faut réagir vite.



Nom de votre pilule :

Votre plaquette contient des comprimés inactifs (derniers comprimés de la plaquette) : oui ☐ non ☐ nombre

Délai au-delà duquel il existe un risque de grossesse : ☐ 3 h ☐ 12 h

Si le décalage est inférieur au délai ci-dessus, prenez immédiatement le comprimé oublié (2 comprimés peuvent être pris le même jour), puis les comprimés suivants à l'heure habituelle. Il n'y aura pas de risque de grossesse.

* Recommandations de la HAS. La notice de votre pilule peut donner des indications différentes. En cas de doute ou d'incompréhension, demandez conseil à un professionnel de santé.

413 899 111

Si vous avez dépassé le délai indiqué sur la carte Pour retrouver une contraception efficace, il faut au moins 7 jours de comprimés actifs en continu après l'oubli.

- 1 Prenez immédiatement le dernier des comprimés oubliés et poursuivez la plaquette à l'heure habituelle.
- 2 Utilisez des préservatifs pendant 7 jours.
- 3 Si l'oubli concerne 1 des 7 derniers comprimés actifs, poursuivez la plaquette jusqu'à la fin des comprimés actifs, puis enchaînez avec la plaquette suivante (sans jour d'interruption ou sans prise de comprimé inactif).

**En cas de rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli,
prenez la contraception d'urgence.**



Pour plus d'information ou pour être aidée, rendez-vous chez votre pharmacien, dans un centre de planification ou sur www.choisirsacontraception.fr

SATISFACTION DES PATIENTES QUANT A L'INFORMATION DELIVREE SUR LA CONTRACEPTION EN POST-PARTUM

Enquête réalisée auprès de 150 patientes ayant été hospitalisées
dans le service de Suites de Couches du CHU de Nantes

RESUME

Le taux d'observance de la contraception et le nombre d'IVG réalisées durant la période du post-partum restent préoccupants, questionnant sur la qualité de l'information délivrée à la maternité sur ce sujet.

Afin d'évaluer le niveau de satisfaction des patientes concernant cette information et son impact sur l'utilisation de la contraception, nous avons réalisé une étude rétrospective, monocentrique auprès de 150 patientes.

Nous retrouvons un taux global de satisfaction concernant l'information donnée sur la contraception supérieur à 75%. Elle pourrait, cependant, être complétée, notamment sur les avantages et effets indésirables des différents contraceptifs. Nous soulevons également un faible taux d'observance ainsi qu'un défaut de connaissances des femmes sur la nécessité d'une contraception en post-partum, ses conditions d'efficacité et la gestion des situations à risque de grossesse.

Le recours à une méthode de counseling permettant d'explorer les besoins et représentations des femmes concernant leur contraception semblerait donc bénéfique. L'appui sur des professionnels libéraux, après la sortie de la maternité, est aussi à développer à la fois pour l'information et la prescription d'un contraceptif.

Mots Clés

Contraception, post-partum, information, observance, enquête de satisfaction, recommandations, traçabilité, visite post-natale.