

UNIVERSITE DE NANTES
UFR DE MEDECINE
ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'Etat de Sage-femme

LA CONTRACEPTION DU POST-PARTUM :
ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES DANS LE SERVICE DE SUITES DE COUCHES
ET A LA VISITE POST-NATALE AU CHU DE NANTES

Flora BLANGIS

Née le 18 septembre 1987

Directeur de mémoire : Professeur Patrice LOPES

Promotion 2006-2011

LISTE DES ABREVIATIONS

AA : Allaitement Artificiel

AM : Allaitement Maternel

AMP : Aide Médicale à la Procréation

CSP : Catégorie Socio-Professionnelle

DIU : Dispositif Intra Utérin

GEU : Grossesse Extra-Utérine

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hyper Tension Artérielle

IMC : Indice de Masse Corporelle

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

UGOMPS : Unité de Gynécologie et d'Obstétrique Médico-Psycho-Sociale

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : GENERALITES	3
1. LA FECONDABILITE DANS LE POST-PARTUM.....	3
2. LA SEXUALITE DU POST-PARTUM	3
3. LA CONTRACEPTION DU POST-PARTUM	4
3.1. DEFINITION DE LA CONTRACEPTION	4
3.2. DEFINITION DU POST-PARTUM	4
4. LES RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES METHODES CONTRACEPTIVES DISPONIBLES EN POST-PARTUM.....	4
4.1. LES RECOMMANDATIONS	4
4.2. LES METHODES CONTRACEPTIVES.....	5
4.3. LES METHODES BARRIERES	7
4.4. LES DISPOSITIFS INTRA-UTERINS.....	7
4.5. LES METHODES NATURELLES.....	8
4.6. LA METHODE CHIRURGICALE (STERILISATION A VISEE CONTRACEPTIVE)	8
5. CAS PARTICULIERS DES GROSSESSES PATHOLOGIQUES.....	9
5.1. LA GROSSESSE EXTRA-UTERINE	9
5.2. L'HYPERTENSION ARTERIELLE GRAVIDIQUE ET SES COMPLICATIONS	9
5.3. LA CHOLESTASE ET LES CYTOLYSES HEPATIQUES	9
5.4. LE DIABETE GESTATIONNEL	10
5.5. LA THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE.....	10
5.6. LA CHORIOAMNIOTITE	10
6. LES COMPETENCES DE LA SAGE-FEMME	10
DEUXIEME PARTIE : ETUDE ET RESULTATS.....	12
1. OBJECTIFS	12
2. METHODES.....	12
2.1. CRITERES D'INCLUSION.....	12
2.2. CRITERES D'EXCLUSION	13
2.3. VARIABLES ETUDIEES.....	13
2.4. RECUEIL DE DONNEES.....	13
3. METHODE STATISTIQUE	13
4. ANALYSE DES RESULTATS.....	14
4.1. LES PRESCRIPTEURS	14
4.2. LES CRITERES DE POPULATION.....	14
TROISIEME PARTIE : ANALYSE ET DISCUSSION.....	37
5. FORCE ET LIMITES DE L'ETUDE	37
5.1. POINTS FORTS.....	37
5.2. POINTS FAIBLES	37
6. RESULTATS IMPORTANTS.....	38
6.1. LA POPULATION	38
6.2. LA CONTRACEPTION EN CAUSE DANS LES ECHECS	38
6.3. LA CONTRACEPTION PRESCRITE A LA SORTIE	38
6.4. LA VISITE POST-NATALE.....	39
7. DEVENIR DES HYPOTHESES.....	39
8. COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE	41

8.1. UNE PRESCRIPTION DEVANT S'ADAPTER A LA POPULATION -----	41
8.2. LES FEMMES ET LEUR CONTRACEPTION -----	41
8.3. L'INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION EN SUITES DE COUCHES -----	41
8.4. LES PROGESTATIFS -----	42
8.5. DELAI DE MISE EN PLACE DES PROGESTATIFS -----	43
8.6. LA PROBLEMATIQUE DES GESTROGESTATIFS -----	43
8.7. LES NOUVELLES METHODES GESTROGESTATIVES -----	43
8.8. L'IMPLANT -----	44
8.9. LE DISPOSITIF INTRA-UTERIN -----	45
8.10. LA METHODE MAMA -----	45
8.11. LE DELAI ENTRE L'ACCOUCHEMENT ET LA VISITE POST-NATALE ET LA REPRISE DE LA SEXUALITE -----	46
9. GARANTIR AUX FEMMES UN CHOIX ECLAIRE DE LEUR METHODE CONTRACEPTIVE : PROPOSITIONS POUR AMELIORER LES PRATIQUES -----	46
9.1. METTRE A DISPOSITION DES PATIENTES UNE INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION -----	46
9.2. UTILISER LA METHODE BERGER -----	47
9.3. FORMER LES PROFESSIONNELS -----	48
 QUATRIEME PARTIE : ROLE DE LA SAGE-FEMME	49
 CONCLUSION.....	50
 BIBLIOGRAPHIE.....	51
 ANNEXES.....	54

INTRODUCTION

La loi Neuwirth légalisant la contraception en France a été adoptée en 1967. En 2000, sur 100 femmes âgées de 10 à 44 ans, 74,6% utilisent une contraception. Parmi celles n'ayant pas de méthode contraceptive, 3% disent ne pas vouloir d'enfants (1).

L'enquête BVA-INPES réalisée sur « les Français et la contraception » publiée en 2007 illustre ce paradoxe : la France est une grande consommatrice de contraceptifs mais le taux d'IVG ne diminue que très peu (2). En 2003, 203 349 IVG ont été recensés en France métropolitaine (3). Ainsi, cette enquête révèle que les informations sur les conditions d'utilisation et l'efficacité des différentes méthodes ne sont pas toujours bien intégrées chez les femmes. Les femmes dénoncent l'insuffisance d'explications sur les modalités d'utilisation de la contraception : elles attribuent les échecs du moyen contraceptif qu'elles utilisent au fait qu'elles n'ont pas choisi personnellement cette méthode contraceptive et qu'elle ne leur convient pas (4).

Il est donc important d'aider les femmes à mieux choisir leur contraception. La période entourant la grossesse et la naissance est une période pendant laquelle les femmes consultent régulièrement des professionnels de santé. C'est alors un moment opportun pour informer ces femmes sur les différentes méthodes afin qu'elles puissent choisir la meilleure pour elles au moment du post-partum. En effet, la survenue d'une grossesse en post-partum est possible. C'est ainsi que 5% des IVG surviennent dans les 6 mois qui suivent un accouchement. Cela concernerait 11000 femmes chaque année (5).

La Haute Autorité de Santé propose des recommandations afin de prescrire au mieux la contraception, d'une façon adaptée. Cependant, il n'y a pas de réel consensus concernant la prescription durant le post-partum.

L'objectif de notre étude est d'évaluer les pratiques des sages-femmes et des internes en matière de prescription de la contraception du post-partum dans le service de suites de couches du CHU de Nantes puis d'en suivre les résultats à la visite post-natale. Nous rechercherons ainsi les disparités de pratiques entre les sages-femmes et les internes et ce sur deux périodes données. Par cette étude nous établirons la liste des méthodes contraceptives proposées et a contrario celles non ou très peu proposées.

Dans une première partie nous présenterons les généralités concernant les différentes méthodes contraceptives pouvant être indiquées lors du post-partum, les recommandations émises par la HAS pour cette prescription et le cadre législatif délimitant les compétences de la sage-femme dans ce domaine.

Dans une deuxième partie, nous exposerons les hypothèses à l'origine de notre réflexion, l'étude et les résultats obtenus.

Ensuite, nous analyserons ces résultats puis nous les discuterons à l'aide de supports bibliographiques.

Enfin, nous développerons la place centrale que tient la sage-femme dans la prévention des grossesses non désirées par le biais de la prescription de la contraception du post-partum.

PREMIERE PARTIE : GENERALITES

1. La fécondabilité dans le post-partum

Dans la période du post-partum, l'endomètre cicatrise puis se régénère jusqu'au 45^{ème} jour, suivi d'un cycle ovulatoire ou non. La reprise ovulatoire sera différente en fonction du type d'allaitement puisque ce dernier influe sur le système hypothalamo-hypophysaire.

En cas d'allaitement artificiel, sans administration d'antagoniste de la prolactine, la première ovulation peut se produire à partir du 25^{ème} jour du post-partum. Si la femme a reçu un antagoniste de la prolactine (bromocriptine) pour couper la montée de lait, alors son ovulation peut être plus précoce : le retour de couches est de J21 à J32 dans les trois quarts des cas et vers J45 dans un quart des cas avec un premier cycle le plus souvent anovulatoire dans ces deux configurations (ovulation dans 6% des cas).

En cas d'allaitement maternel exclusif, l'ovulation se fera plus tardivement, la durée d'anovulation et d'aménorrhée étant directement liée à la fréquence et la durée des tétées. Si l'allaitement est non exclusif, l'ovulation est possible dès J43. A 6 mois, 65% des femmes qui allaitent auront ovulé et 85% auront eu un retour de couches (6).

2. La sexualité du post-partum

Selon une étude le délai moyen de reprise des rapports sexuels est de cinq semaines. A huit semaines, 25% n'avaient pas essayé et 5% avaient essayé, sans réussite (7). Certains considèrent qu'à un mois de l'accouchement, 60% des couples ont eu au moins un rapport sexuel (8). La reprise tardive des rapports sexuels ou leurs échecs après un accouchement s'explique par une appréhension maternelle de dyspareunies (liées à une potentielle déchirure ou épisiotomie), à l'inconfort liée à la sécheresse vaginale, à la fatigue, à la sollicitation fréquente du nourrisson et à la préoccupation maternelle primaire.

3. La contraception du post-partum

3.1. Définition de la contraception

La contraception est une méthode permettant d'empêcher la fécondation et ainsi la survenue d'une grossesse pendant une période désirée.

L'efficacité d'une méthode contraceptive se mesure par l'indice de Pearl = le nombre de grossesses accidentelles pour 100 femmes par année d'utilisation. Il se calcule selon la formule :
(nombre de grossesses accidentelles / nombre de cycles observés) x 1200.

3.2. Définition du post-partum

La période du post-partum s'étend de la fin de l'accouchement jusqu'au retour de couches, c'est-à-dire les premières règles après la grossesse.

L'OMS (9) définit la mort maternelle comme « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou/et la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite ». Du point de vue morbidité et mortalité, on définit alors le post-partum de l'accouchement au 42^{ème} jour après.

4. Les recommandations concernant les méthodes contraceptives disponibles en post-partum

4.1. Les recommandations

L'objectif des recommandations est « d'établir un état des connaissances sur les méthodes de contraception disponibles chez la femme », afin de servir de référence au prescripteur ou à toute personne délivrant des méthodes contraceptives (10). Ainsi, nous citerons les recommandations proposées par la HAS principalement et par l'OMS. Ce sont des recommandations qui se doivent générales et qui laissent alors au prescripteur la liberté et la responsabilité de les adapter en fonction de chaque femme ou chaque couple afin que la contraception soit bien acceptée et tolérée. La HAS recommande une information sur la contraception du post-partum donnée au

couple ou à la parturiente pendant la grossesse. Cette première approche constituera une base qui sera reprise et rediscutée pendant la période d'hospitalisation en suites de couches.

4.2. Les méthodes contraceptives

4.2.1. La contraception œstroprogestative

La contraception œstroprogestative existe sous différentes formes : orale, vaginale et transdermique. Le patch transdermique et l'anneau vaginal sont des méthodes récentes proposant une alternative intéressante pour les femmes ayant des problèmes d'observance avec la forme orale (11). Ce critère doit être pris en compte particulièrement lors de la période du post-partum pendant laquelle l'observance peut être difficile.

Les risques principaux de cette méthode contraceptive sont cardiovasculaires. Du fait du risque thrombogène présent principalement dans les 3 premières semaines du post partum, l'OMS indique la possibilité de débiter cette méthode 21 jours après l'accouchement en cas d'allaitement artificiel (la coagulation sanguine et la fibrinolyse étant pratiquement normalisées dans les 3 semaines suivant l'accouchement). En cas d'allaitement maternel, du fait du passage dans le lait des hormones contraceptives (0,02% des œstrogènes et 0,1% des progestatifs), il est recommandé de ne pas les utiliser pendant les 6 premières semaines du post-partum et de préférence pendant les 6 premiers mois (12). Une méta-analyse de la Cochrane Library (13) montre qu'aucune étude ne permet de conclure que la contraception œstroprogestative n'affecte pas le lait de part la quantité ou la qualité. Cependant, l'utilisation de cette contraception par la mère n'entraînera pas de conséquences sur les appareils génitaux et la fertilité de l'enfant. Par mesure de précaution, il est recommandé de préférer une autre méthode contraceptive. Si cette méthode est cependant prescrite, il faudra prescrire un œstroprogestatif minidosé (15 ou 20 µg) de 6 semaines à 6 mois après l'accouchement.

4.2.2. La contraception progestative orale

L'OMS ne recommande pas cette contraception avant 6 semaines et elle est qualifiée d'inutile par l'HAS dans les premières semaines suivant l'accouchement, du fait de l'effet contraceptif d'un allaitement exclusif ou quasi exclusif. Cependant, les microprogestatifs oraux n'ont pas de répercussion systémique à partir de 7 à 10 jours après l'accouchement. De plus, la quantité passée dans le lait et jusqu'au nouveau né est faible (0,1%) et il n'a pas été retrouvé d'effet néfaste sur la quantité de lait. En cas d'allaitement mixte ou arrêté, la prescription d'une contraception progestative devient appropriée, à partir de 21 jours.

A noter que l'effet contraceptif de Cérazette® est lié également à une inhibition de l'ovulation, ce qui n'est pas le cas pour Microval® (qui présente les propriétés habituelles des microprogestatifs contraceptifs). Ces méthodes sont fréquemment prescrites aux femmes allaitantes.

4.2.3. Implant sous-cutané

Les problèmes d'observance des patientes avec une contraception orale est une indication pour la prescription de l'implant. De plus, cette méthode présente une très bonne efficacité et une grande fiabilité. En cas d'allaitement artificiel, l'implant peut être posé dans le service de suites de couches. Si la femme allaite, il est préconisé de ne pas le poser qu'à partir de la 4ème semaine (sachant que tout comme la contraception progestative orale, l'implant est inutile si la femme allaite, sous certaines conditions).

4.2.4. Macroprogestatifs

Ce type de contraception est de façon générale peu conseillée du fait de ses nombreux effets secondaires. En théorie, sa prescription est possible dans le post-partum, selon les mêmes conditions que les microprogestatifs, pour les femmes non allaitantes. Pendant l'allaitement, les macroprogestatifs seront contre-indiqués jusqu'à 6 semaines après l'accouchement. A noter que la sage-femme ne peut pas prescrire de macroprogestatifs, ceux-ci n'ayant par ailleurs pour la plupart pas d'autorisation de mise sur le marché en vigueur pour une indication contraceptive.

4.2.5. Les progestatifs injectables

La contraception par voie injectable est un progestatif administré sous forme de préparation à libération prolongée pendant trois mois. Le Depo-Provera® (de son nom commercial) bien que très efficace, est peu utilisé en France car il peut causer une perte de la densité minérale osseuse. Il est réservé aux femmes incapables de prendre en charge elles-mêmes leur traitement contraceptif. Il n'est pas recommandé d'utiliser le Depo-provera avant les 6 premières semaines du post-partum. Si le risque de grossesse est trop élevé, l'injection pourra se faire au 21^{ème} jour, voire avant, en informant la patiente que cette utilisation est en dehors des conditions de l'autorisation de la mise sur le marché. L'utilisation de cette méthode pendant l'allaitement maternel n'a pas d'effet délétère sur la croissance de l'enfant (14). Il n'a pas non plus été mis en évidence de diminution de la quantité de lait ni de la durée de la lactation (15).

4.2.6. La contraception d'urgence ou de rattrapage

Cette contraception de rattrapage à base de progestatif est utilisable à partir de 21 jours après l'accouchement. Etant à base de progestatifs, elle est donc compatible avec l'allaitement mais reste inutile si cet allaitement est exclusif avant 6 mois, comme nous le reverrons par la suite.

4.3. Les méthodes barrières

Les méthodes barrières ou locales ont une action contraceptive en présentant un obstacle à la progression des spermatozoïdes vers le col utérin après une éjaculation intra-vaginale. L'intérêt de ce type de contraception est l'absence des contre-indications qu'on peut retrouver avec les méthodes contraceptives hormonales.

4.3.1. Les préservatifs

Le préservatif est un moyen de contraception efficace pendant le post-partum du fait d'une fécondité faible. Ce peut être un moyen pratique lors de cette période pendant laquelle les rapports sont souvent peu fréquents, en attendant une méthode plus fiable par la suite et qui ne peut être débutée immédiatement (du fait de l'allaitement ou de contre-indications). Leur utilisation à des fins contraceptives est envisageable dès le 21^{ème} jour du post-partum du fait d'une possible ovulation 25 jours après l'accouchement. L'ajout d'un lubrifiant peut être conseillé du fait de la sécheresse vaginale fréquente dans le post-partum et amplifiée par l'allaitement. Le préservatif féminin nécessite un maniement intravaginal et ne sera donc pas recommandé dans les semaines suivant l'accouchement.

4.3.2. Les spermicides

Les spermicides sont utilisables dans le post-partum et ceci sans restriction, que la femme allaite ou non. Les molécules présentes dans les spermicides vendus en France ne passent pas dans le lait maternel. Ils possèdent aussi un rôle de lubrifiant appréciable pendant cette période. Cependant, il est recommandé d'utiliser les gels plutôt que les éponges afin d'éviter toute manipulation vaginale.

4.3.3. Les capes et diaphragmes

Le diaphragme et la cape cervicale (en latex ou en silicone) sont contre-indiqués pendant 6 semaines, correspondant à l'involution utérovaginale.

4.4. Les Dispositifs Intra-utérins

Le DIU au cuivre peut être posé à partir de la délivrance, jusqu'à 48 heures du post-partum. Cependant, cette pratique entraîne un nombre considérable d'expulsion. Cette pratique est donc rare en France mais reste d'actualité dans les pays en voie de développement.

Les DIU au cuivre et au lévonorgestrel peuvent être mis en place après quatre semaines suivant l'accouchement, chez les femmes qui allaitent ou non. Le plus souvent, le DIU sera posé lors de la visite post-natale.

4.5. Les méthodes naturelles

Une méthode naturelle est une méthode basée sur l'observation par la femme, en âge de procréer, des signes que son corps lui transmet et qui lui permettent de savoir où elle en est dans son cycle menstruel. Or, durant la période du post-partum, ces signes sont bouleversés rendant ces méthodes impossibles. Nous citerons la méthode Ogino-Knaus, la méthode des courbes de température et la méthode Billings. Les seules méthodes naturelles envisageables sont l'abstinence et la méthode du coït interrompu. Cette dernière est peu fiable, que ce soit en post-partum ou lors de cycles ordinaires.

Cependant, une méthode naturelle et fiable est à proposer aux femmes allaitantes. Il s'agit de la méthode MAMA : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée. Elle fournit à la mère une contraception très efficace jusqu'à 3 mois et efficace jusqu'à 6 mois après l'accouchement si elle pratique l'allaitement complet et que toutes les conditions suivantes sont respectées :

- Allaitement exclusif
- Allaitement à la demande : avec un minimum de 6 tétées par 24 heures, dont au moins une la nuit
- Persistance de l'aménorrhée
- Moins de 6 mois se sont écoulés depuis l'accouchement

Mode d'action : la prolactine, diminue considérablement la libération des hormones nécessaires à la reprise de l'ovulation, si la femme pratique un allaitement complet respectant les conditions ci-dessus.

4.6. La méthode chirurgicale (stérilisation à visée contraceptive)

La loi du 4 juillet 2001 légalise la stérilisation à visée contraceptive sauf pour les mineures. Elle nécessite une information et un délai de réflexion de 4 mois. Des conditions particulières sont précisées pour les handicapés mentaux (*Annexe 1*).

L'OMS et la HAS conseillent la stérilisation féminine à partir de quatre semaines après l'accouchement.

Pendant la période d'allaitement maternel, la stérilisation féminine n'est pas recommandable du fait de la séparation mère-enfant nécessaire à l'intervention et peu propice à ce mode d'alimentation de l'enfant. Cependant, elle n'aura aucun effet sur la quantité et la qualité du lait.

Concernant la stérilisation lors de la césarienne, si toutes les conditions réglementaires sont réunies, elle est envisageable.

Chez l'homme, nous citerons la vasectomie.

5. Cas particuliers des grossesses pathologiques

5.1. La grossesse extra-utérine

La prise d'un progestatif à faibles doses à titre contraceptif serait associée à une fréquence plus élevée de grossesses extra-utérines, en partie dû au ralentissement de la motilité tubaire (10). Il est alors conseillé de rester prudent quant à la prescription d'un progestatif chez les femmes présentant des antécédents de salpingite, ou de grossesse extra-utérine. En outre, Microval® étant très peu dosée (30µg de lévonorgestrel), cette pilule microprogestative ne peut se prévaloir d'une inhibition de l'ovulation et est alors fortement déconseillée en cas de risques ou d'antécédent de grossesse extra-utérine (16).

Le risque absolu de GEU est extrêmement faible étant donné la grande efficacité des DIU mais si une grossesse débute sous DIU la probabilité relative d'une GEU est augmentée (17).

5.2. L'hypertension artérielle gravidique et ses complications

En cas d'HTA gravidique, de pré-éclampsie ou de HELLP syndrome, la pilule œstroprogestative est possible au bout de 3 mois après vérification du bilan néphrologique et disparition de l'HTA. Les autres méthodes de contenant pas d'œstrogène sont utilisables.

5.3. La cholestase et les cytolyses hépatiques

La survenue d'une cholestase ou d'une cytolysse importante pendant la grossesse contre-indique les progestatifs fortement dosés et les œstroprogestatifs, avant normalisation du bilan hépatique. Une fois le bilan normalisé, la prescription de ces différentes méthodes sera envisageable, sous couvert d'un suivi régulier sur le plan clinique et biologique.

5.4. Le diabète gestationnel

Toutes les méthodes contraceptives sont indiquées à la suite d'un diabète gestationnel, excepté les œstroprogestatifs et les progestatifs injectables. Par la suite, une glycémie à jeun permettra de s'assurer du retour à la normale de la régulation glycémique. Si tel est le cas, il est alors possible de prescrire une contraception œstroprogestative minidosée (10). Sinon, des examens complémentaires devront être réalisés et la contraception adaptée au diabète et aux pathologies associées.

5.5. La thrombose veineuse profonde

Un épisode thromboembolique veineux pendant la grossesse contre indique tous les œstroprogestatifs, les macroprogestatifs et les progestatifs injectables de manière définitive. Les progestatifs seront prescriptibles trois mois après l'épisode thromboembolique. Les autres méthodes sont autorisées.

5.6. La chorioamniotite

Suite à une chorioamniotite, la pose de DIU est contre-indiquée pendant au moins trois mois après le traitement de celle-ci. Les autres méthodes sont autorisées.

6. Les compétences de la sage-femme

Les compétences de la sage-femme ont été récemment élargies, en particulier concernant la contraception. Une modification de l'article L5134-1 du Code de Santé Publique par la loi HPST n°2009-879 du 21 juillet 2009 (article 86 (V) et article 87) stipule :

« Les contraceptifs intra-utérins ainsi que les diaphragmes et les capes ne peuvent être délivrés que sur prescription d'un médecin ou d'une sage-femme et uniquement en pharmacie ou dans les centres de planification ou d'éducation familiale mentionnés à l'article L. 2311-4. La première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par un médecin ou une sage-femme. »

« L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin ou une sage-femme. Elle est faite soit au lieu d'exercice du praticien, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé. »

« Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux. La surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant. »

Les sages-femmes peuvent désormais réaliser des consultations de contraception, de suivi gynécologique et de prévention chez les femmes en bonne santé.

Ces nouvelles compétences s'inscrivent dans un but de meilleur suivi et maîtrise de la fécondité en France. L'objectif étant ainsi de réduire les grossesses non désirées. La sage-femme détient un rôle primordial de prévention auprès des femmes. Il est donc de son devoir d'informer les patientes sur les différents moyens de contraceptions à leur disposition, pendant la grossesse, lors des suites de couches et à la consultation postnatale.

DEUXIEME PARTIE : ETUDE ET RESULTATS

1. Objectifs

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer l'application des recommandations de l'HAS de 2004 concernant la prescription de la contraception du post-partum dans le service de suites de couches du CHU de Nantes. Nous rechercherons alors les éventuelles disparités de pratiques entre les sages-femmes et les internes et ce, sur deux périodes données.

L'objectif secondaire est d'établir un état des lieux quant aux méthodes contraceptives proposées et a contrario celles non ou très peu proposées.

2. Méthodes

Il s'agit d'une étude prospective, de comparaison de pratiques, réalisée au CHU de Nantes avec deux groupes. Les dossiers ont été sélectionnés parmi les naissances entre le 1^{er} avril 2010 et le 19 mai 2010 (7 semaines) pour le premier groupe (période 1) et entre le 1^{er} juillet 2010 et le 19 juillet 2010 (3 semaines) pour le deuxième groupe (période 2).

Pour la première période, 450 dossiers ont été ainsi recrutés (soient 75% des dossiers) et 150 pour la deuxième période (soient 25% des dossiers). Au total, 600 dossiers ont été étudiés, afin d'obtenir une différence statistique entre la prescription des sages-femmes et des internes de l'ordre de 13%.

Enfin, nous avons recherché les dossiers des femmes ayant effectué leur visite post-natale au CHU de Nantes. Nous en retrouvons 129 soient 21,5% des dossiers étudiés.

2.1. Critères d'inclusion

Toutes les patientes ayant accouché pendant ces deux périodes et ayant bénéficié d'un examen de sortie à la fin de leur séjour dans le service de suites de couches du CHU de Nantes. Sont

inclues également les patientes ayant accouché dans une maternité autre que le CHU de Nantes ou à domicile, mais ayant été hospitalisées au CHU de Nantes en post-partum.

2.2. Critères d'exclusion

Nous avons exclu les patientes ayant eu un examen de sortie dans un autre service que ce soit au CHU de Nantes ou dans une autre structure.

2.3. Variables étudiées

Les variables étudiées dans l'étude sont présentées dans les Annexes 2 et 3. Nous pouvons distinguer les variables socio-démographiques, les antécédents, les grossesses antérieures, la méthode de contraception avant la grossesse, les données de la grossesse récente et les consignes de contraception à la sortie. Pour les femmes ayant été suivies dans le CHU de Nantes pour leur visite post-natale, un recueil des moyens contraceptifs a été réalisé.

2.4. Recueil de données

Le recrutement des dossiers a été fait au fil de l'étude à partir des dossiers présents en suites de couches. Les autres dossiers des patientes hospitalisées suite à leur accouchement dans le service de gynécologie ou de grossesse à haut risque n'ont pas été retenus du fait d'une organisation différente concernant l'examen de sortie rendant le recueil de données difficile et incomplet. Nous avons établi dans le même temps une grille de recueil des données (*Annexe 2*). Par la suite, nous avons complété notre étude par l'enregistrement des données des visites post-natales effectuées au CHU de Nantes (*Annexe 3*).

3. Méthode statistique

La saisie et l'exploitation statistiques des données ont été réalisées grâce aux logiciels Epidata 3.1 et Epidata Analysis 2.2. Les données qualitatives sont présentées avec un pourcentage, et les données quantitatives avec une moyenne et l'écart-type (maximum – minimum).

Pour les comparaisons entre les deux périodes, le test de Khi2 a été utilisé pour les comparaisons de pourcentages (ainsi que le test de Fisher en cas de petits effectifs), et le test de Student pour les comparaisons de moyennes. Une différence est dite significative si $p < 0.05$.

4. Analyse des résultats

Au total, 600 dossiers ont été consultés à l'occasion de l'examen de sortie. Parmi eux, 129 dossiers ont été retrouvés pour la visite post-natale.

4.1. Les prescripteurs

Sur nos 600 dossiers, 460 examens de sorties ont été réalisés par des sages-femmes, soit 76,7% (population 1), restant alors 140 examens de sorties effectués par des internes, soit 23,3% (population 2). Les examens de sorties sont distribués de sorte que les internes prennent en charge les femmes césarisées ou ayant des pathologies graves (antérieure à la grossesse ou gravidique). Les sages-femmes s'occupent donc des femmes ayant accouché par les voies naturelles et dont la prise en charge reste dans leurs compétences.

On notera que dans notre étude, tous les prescripteurs sont des femmes. Il aurait en effet été intéressant de comparer le type de contraception prescrite en fonction du sexe du prescripteur. Cette variable ne pourra donc pas être évaluée.

4.2. Les critères de population

4.2.1. Données générales

Nous avons comparé les données générales de notre population, selon les deux différentes périodes, avec les données obtenues sur la population générale suite à l'enquête nationale périnatale de 2003 (18).

Tableau I : comparaison entre la population sur les deux périodes et la population générale

	Période 1 (N=450)	Période 2 (N=150)	P	Population générale*
Age moyen (années)	29,7 ± 5,5	30,6 ± 5,1	0,25	29,5
Ouvrières (%)	2,2	0	0,24	7,5
Employées (%)	28	23,3	0,24	33,9
Profession intermédiaire (%)	28,2	35,3	0,24	21,3
Sans emploi (%)	32,8	34,7	0,24	34
Femmes en couple (%)	90,2	90	0,93	92,7
Traitement infertilité (%)	2,2	6,0	<0,01	12,1
Antécédent d'IVG (%)	14	16	0,29	4,9
Prise de poids pendant grossesse (kg)	12,4 ± 5,3	13,36 ± 5,6	0,44	12,9
Fumeuses avant grossesse (%)	33,6	32,7	0,85	35,9
Fumeuses pendant grossesse (%)	20,2	17,3	0,54	21,8
Allaitement maternel (%)	58,4	59,3	0,79	62,6

* Enquête périnatale nationale 2003

Cette comparaison nous permet de donner de la puissance à nos résultats. Nous retrouvons en effet des données générales similaires à la population générale.

La comparaison des populations sur nos deux périodes montre qu'il n'y a pas de différence significative entre l'âge moyen, les catégories socio-professionnelles et la situation conjugale. En comparant avec la population générale, nous constatons que nos résultats sont du même ordre, sauf concernant les catégories socioprofessionnelles qui de plus ne sont pas toutes représentées dans notre étude : nous ne retrouvons pas d'agricultrices, ni d'artisans. En outre, la population française générale comporte plus d'ouvriers, plus d'employés et moins de professions intermédiaires que dans nos populations. Concernant les antécédents d'IVG, la prise de poids pendant la grossesse, le taux de fumeuses avant et pendant la grossesse et le taux d'allaitement maternel, nous ne retrouvons pas de différence significative entre nos deux populations et les résultats sont du même ordre que ceux de la population générale.

Une différence significative entre nos deux populations est retrouvée dans ce tableau. Elle concerne le traitement de l'infertilité. Il y a en effet très peu de femmes ayant eu recours à ces traitements au sein de notre première population, et environ trois fois plus dans notre deuxième population. Il faut noter que l'échantillon de notre deuxième population est en nombre réduit

avec seulement 150 femmes comparé au premier qui en compte 450. Cependant, les résultats nationaux sont largement supérieurs à ceux de la deuxième population et à fortiori de la première. Notre population n'est donc pas représentative en ce qui concerne le recours au traitement de l'infertilité.

Nous allons rechercher des différences ou similitudes au sein de chaque période, en comparant les données générales des femmes dont l'examen de sortie est réalisé par une sage-femme d'une part ou par un interne d'autre part.

Tableau II : Comparaison des deux populations sur la première période

	Sage-femme (N=344)	Interne (N=106)	p
Age moyen (années)	29,5 ± 5,5	30,4 ± 5,5	0,17
CSP cadre (%)	39,3	29,3	
CSP employé + ouvrier (%)	27,6	38,6	0,02
Sans profession (%)	33,1	32,1	
En couple (%)	89,5	92,5	0,38
IMC (kg/m2)	22,6 ± 4,4	24,4 ± 4,8	<0,01
IMC > 30 (kg/m2)	20,7	29,8	<0,01
Fumeuses avant grossesse(%)	33,4	34	0,76
Fumeuses pendant (%)	20,9	17,9	0,52
Traitement infertilité (%)	1,5	4,71	0,56
Antécédent d'IVG (%)	13,4	16	0,23
Gestité	2,3 ± 1,43	2,41 ± 1,55	0,27
Parité moyenne	1,88 ± 1	1,79 ± 1,1	0,18
Primiparité (%)	43,9	51,9	0,15
Allaitement maternel (%)	62,1	47,2	0,02

Ce tableau met en évidence les nombreuses similitudes des patientes prises en charge par les internes et par les sages-femmes. Nous remarquons en effet que l'IMC est statistiquement différent parmi ces deux groupes de femmes. Les femmes qui ont eu une césarienne ont un IMC supérieur aux femmes qui ont accouché voie basse. De même, il le taux de femmes allaitant est significativement différent : les femmes examinées par les sages-femmes allaitent plus que celles

examinées par les internes. Enfin, nous retrouvons plus d'employées et d'ouvrières dans le groupe de femmes suivies par les internes.

Tableau III : Comparaison des deux populations sur la deuxième période

	Sage-femme (N=116)	Interne (N=34)	p
Age moyen (années)	30,2 ± 4,7	31,7 ± 6,2	0,04
CSP cadre (%)	45,7	29,4	
CSP employé + ouvrier (%)	21,6	29,4	0,24
Sans profession (%)	32,8	41,2	
En couple(%)	90,5	88,2	0,75
IMC (kg/m2)	22,3 ± 4,1	25,5 ± 6,6	<0,01
IMC > 30 (%)	6,2	20,6	0,02
Fumeuses avant grossesse(%)	31	38,2	0,31
Fumeuses pendant (%)	16,4	20,6	0,36
Traitement infertilité (%)	6	5,9	0,69
Antécédent d'IVG (%)	19,8	2,9	<0,01
Gestité	2,5 ± 1,5	2,1 ± 1,2	0,17
Parité moyenne	1,9 ± 1,19	1,7 ± 0,9	0,9
Primiparité(%)	44	52,9	0,35
Allaitement maternel (%)	59,5	58,8	0,9

Contrairement à la première période, nous observons une différence significative d'âge maternel entre nos deux populations. Les femmes prises en charge par les internes sont plus âgées. Nous retrouvons par ailleurs une médiane égale à 33 ans pour ces femmes-ci contre 30 ans pour celles examinées par les sages-femmes. Concernant l'IMC, on retrouve les mêmes différences que dans le tableau précédent. Une autre variable se retrouve différente significativement contrairement à la période précédente : le taux de femmes ayant au moins un antécédent d'IVG est significativement plus élevé chez les femmes vues par les sages-femmes.

Toutes ces différences inter et intra-période, retrouvées en comparant les données générales en fonction des prescripteurs, pourraient expliquer une prescription différente de la part des internes par rapport aux sages femmes afin de s'adapter à la particularité de chaque femme. Cette prescription peut aussi être influencée par les antécédents familiaux et personnels.

4.2.2. Les antécédents et pathologies antérieures

Antécédents familiaux

Parmi les antécédents familiaux (au premier degré : parents, fratrie), certains indiquent ou contre-indiquent telle ou telle méthode contraceptive. Ainsi, nous retrouvons 47 cas d'antécédents de cancer (sein, utérus, ovaire, colon), 30 cas d'antécédents thromboemboliques (accidents vasculaires cérébraux, phlébites, embolies pulmonaires), 104 cas d'hypertension artérielle traitée ou non et 74 cas de diabète, tout type confondu, avec ou sans insuline.

Antécédents médicaux et chirurgicaux

Certains antécédents médicaux ou chirurgicaux influencent la prescription de la contraception. Nous retrouvons 7 cas d'HTA, 11 cas de pathologies cardiovasculaires, 1 cas de diabète préexistant à la grossesse, 1 cas d'hypercholestérolémie, 3 cas de céphalées sévères et 8 cas de troubles de la coagulation, 1 cas de cholestase en dehors de la grossesse et 1 cas de lupus ; soient 33 femmes présentant des contre-indications à certaines méthodes contraceptives.

Antécédents gynécologiques

Les antécédents gynécologiques influençant la prescription de la contraception sont retrouvés chez 64 des femmes avec 1 cas de cancer du sein, 6 cas de dystrophies ovariennes, 12 cas d'endométriose, 3 malformations utérines, 6 fibromes, 18 dysplasies cervicales dont 3 conisations et 15 condylomes vulvaires.

Antécédent d'AMP

Sur les 600 patientes, 20 ont eu recours à l'AMP : 8 ont bénéficié d'une stimulation ovarienne, 8 d'une fécondation in vitro, 3 d'une fécondation in vitro avec ICSI (IntraCytoplasmic Sperm Injection) et 1 d'un don d'ovocyte. Il est important de dissocier les différentes prises en charge car en fonction de l'étiologie de l'infertilité, le prescripteur pourra discuter d'une utilisation d'un contraceptif. Ainsi, nous retrouvons 50% des causes qui sont ovulaires, 25% sont hormonales, 6,3% sont mécaniques et 18,8% sont masculines (sachant que pour l'une des femmes, une origine ovulaire et masculine a été mise en cause).

Antécédents obstétricaux

La gestité moyenne des femmes de notre étude est de $2,31 \pm 1,45$ avec une médiane à 2, un minimum à 1 et un maximum à 10. La parité moyenne des femmes de notre étude est de $1,9 \pm 1,1$ avec une médiane à 2, un minimum à 1 et un maximum à 8. Le délai entre le début de cette grossesse de 2010 et la précédente grossesse est en moyenne de $3,6 \text{ ans} \pm 1,9$. La médiane est de 3 ans. Le délai minimum est de 0,7 an (soit 8,4 mois) et le délai maximum est de 9,8 ans.

L'antécédent d'IVG, de GEU et le délai entre deux grossesses sont des données à considérer quant à la prescription d'une contraception. 14% des femmes ont un antécédent d'un IVG ou plus lors de la première période et 16% lors de la deuxième période. 87 femmes ont donc eu recours à l'IVG parmi les 600 dossiers consultés soit 14,5 % des femmes de notre étude. 4 femmes en ont eu plusieurs (respectivement 3, 4, 5 et 6 IVG), ce qui doit motiver le prescripteur vers une contraception fiable.

7 femmes ont un antécédent de GEU.

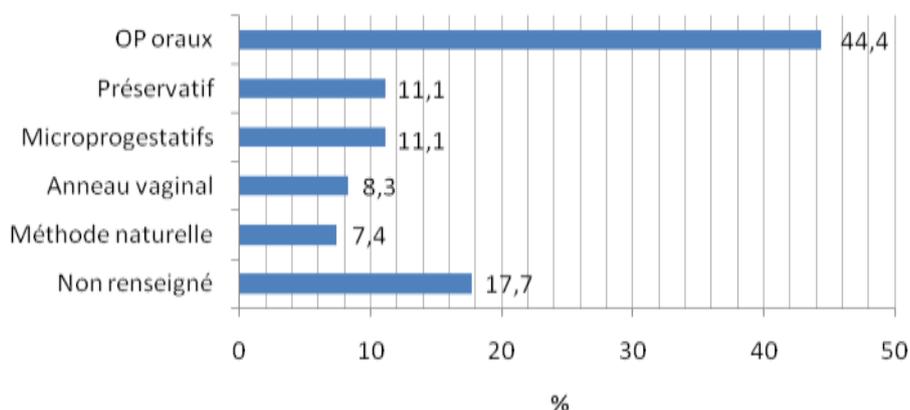
Pathologies gravidiques

22 femmes ont présenté une HTA gravidique, 17 une pré-éclampsie, 3 un HELLP syndrome, 10 une cholestase gravidique et 2 un accident thrombotique pendant la grossesse. Concernant l'intolérance au glucose pendant la grossesse, 39 diabètes ont été dépistés pendant la grossesse, dont 29 ont été traités par régime et les 10 restants par insulinothérapie ; 17 femmes ont présenté une intolérance aux hydrates de carbone, tous traités par régime.

4.2.3. La contraception antérieure

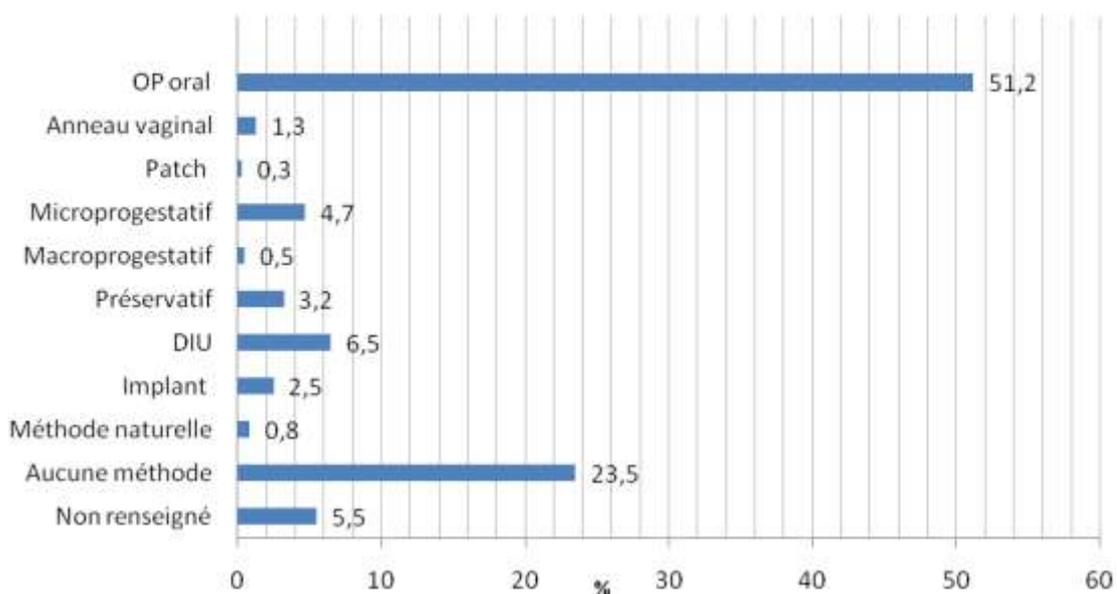
Il est tout d'abord important de s'intéresser aux échecs de la contraception. Nous retrouvons 27 grossesses suite à un échec de contraception (soit 4,5% des grossesses), contre 522 grossesses sans rapport avec un échec et 51 pour lesquelles nous ne retrouvons pas ce renseignement.

Figure 1 : Contraception en cause dans l'échec



Les raisons les plus retrouvées sont l'oubli du contraceptif oral ou la non tolérance du produit. Les oestroprogestatifs sont les premiers en cause dans l'échec contraceptif. Ceci pouvant s'expliquer par la difficulté d'observance mais aussi par la grande consommation de ce type de contraceptif.

Figure 2 : Contraception antérieure

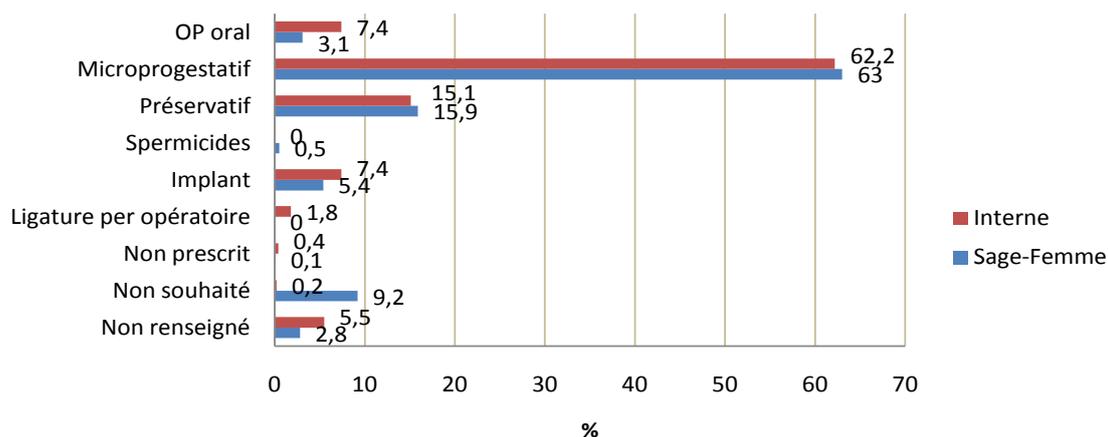


Il est reporté dans les dossiers la dernière contraception prise par la femme avant la grossesse. Les femmes n'ayant aucune méthode sont donc celles n'en prenant pas, même avant le désir de grossesse. Nous ne retrouvons que dans 48% des cas le type de DIU utilisé par la femme avec 6 Mirena et 7 DIU au cuivre. Les autres DIU sont simplement notés « DIU » ou « Stérilet » dans le dossier.

4.2.4. La contraception prescrite à l'examen de sortie

Première période

Figure 3 : Les différentes méthodes prescrite à la sortie de la maternité (période 1)



En excluant les dossiers non renseignés, nous retrouvons 90,5% de femmes ayant un contraceptif prescrit en suites de couches par les sages femmes et 99,8% par les internes : 95,15% des femmes de cette période pensent qu'il est nécessaire d'utiliser un moyen de contraception après l'accouchement.

Nous ne notons pas de différence significative de prescription de la contraception entre sages-femmes et internes. Nous remarquons que les microprogestatifs sont prescrits en majorité, aussi bien de la part des sages-femmes que des internes. Il est important de différencier les deux types prescrits, à savoir le Microval® et le Cérazette®.

Tableau IV : Comparaison concernant la prescription de microprogestatifs à la sortie de la maternité entre sages-femmes et internes (période 1)

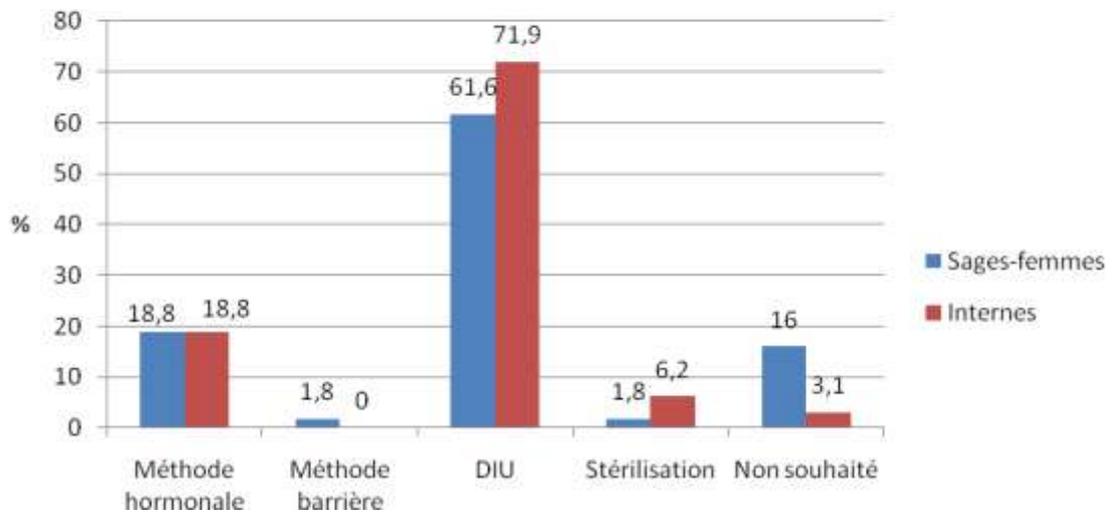
	Sage-femme	Interne	p
Microval ®	111 (51,2%)	18 (27,3%)	<0,01
Cérazette ®	106 (48,8%)	48 (72,7%)	<0,01

Les sage-femmes prescrivent significativement plus de microprogestatifs type Microval® que les internes (malgré une efficacité moins importante due au moindre dosage de progestatifs, mais avec une possibilité de remboursement par la sécurité sociale). A contrario, ces derniers prescrivent significativement plus de Cérazette®.

La figure 3 nous permet notamment de constater que toutes les méthodes contraceptives ne sont pas proposées aux femmes à la sortie du service de suites de couche. Aucune méthode MAMA n'a été recommandée et choisie par la femme comme méthode contraceptive, sachant que si les conditions sont respectées, cette méthode est très fiable, avec un indice de Pearl à 2. De même, pour les femmes non allaitantes, nous ne retrouvons aucun anneau ou patch, qui restent des méthodes fiables et d'observance aisée. Aucune méthode macroprogestative n'a été prescrite.

Ne correspondant pas à la pratique française, aucun DIU n'a été posé dans les 24 premières heures du post-partum. Cependant, les sages-femmes et les internes prescrivent les DIU dès la sortie de la maternité pour les femmes qui souhaitent une pose à la visite post-natale.

Figure 4 : Les différentes méthodes prescrites en vue de la visite post-natale pour 144 femmes (période 1)

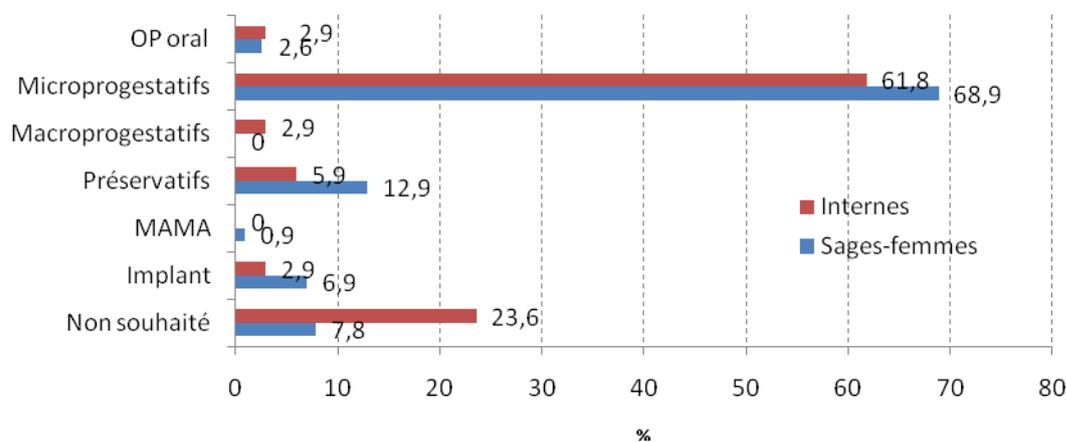


Cette prescription de contraception ne concerne que 32% des dossiers : 51,5% des femmes vues par des sages-femmes et 71,7% des femmes vues par des internes n'ont pas reçu de prescription de contraception en vue de la visite post-natale. Il n'y a pas de différence significative entre la pratique des sages-femmes et des internes concernant cette prescription ($p=0,24$).

Nous remarquons que les DIU sont majoritairement prescrits. Ce taux élevé s'explique par le fait que les DIU sont quasiment les seules prescriptions en vue de la visite post-natales qui se font à la maternité. Ainsi, 92 DIU ont été prescrits : parmi ceux-ci on retrouve 24 Mirena® et 17 DIU au cuivre prescrits par les sages-femmes contre 3 Mirena® et 11 DIU au cuivre par les internes. Nous n'avons pas retrouvé le type de DIU prescrit pour les 37 DIU restants. Ces données sont trop peu importantes pour pouvoir être significativement différentes.

Deuxième période

Figure 5 : Les différentes méthodes prescrite à la sortie de la maternité (période 2)



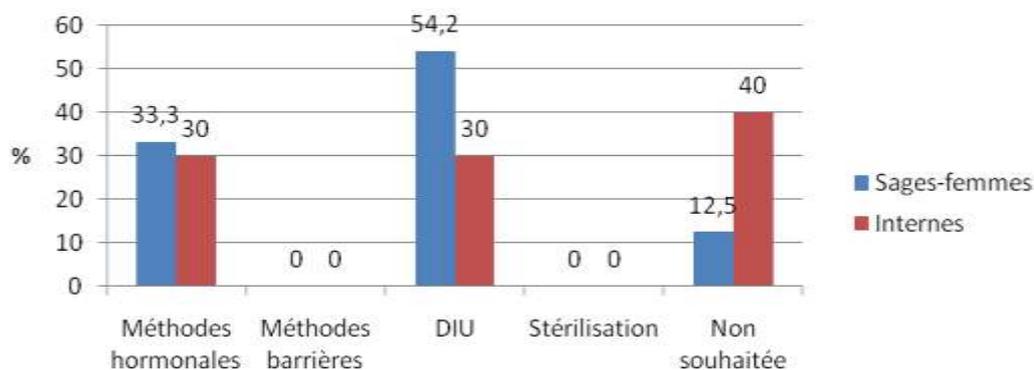
Durant cette période tous les dossiers ont été renseignés quant à la méthode contraceptive. 94,8% des femmes vues par les sages femmes ont un contraceptif prescrit en suite de couches et 84,3% des femmes vues par un interne : 88,7% des femmes de cette période pensent qu'il est nécessaire d'utiliser un moyen de contraception après l'accouchement. Nous remarquons que durant cette deuxième période, les prescriptions sont sensiblement les mêmes. Cependant, quelques différences sont à noter. Aucune stérilisation n'a été prévue. Aucun spermicide n'a été prescrit. Une méthode MAMA a été conseillée et retranscrite comme telle par une sage femme sur l'examen de sortie. Un macroprogestatif (Luteran®) a été prescrit. Les méthodes œstroprogestatives nouvelles à observance facilitée n'ont pas été prescrites.

Tableau V : Comparaison concernant la prescription de microprogestatifs à la sortie de la maternité entre sages-femmes et internes (période 2)

	Sage-Femme	Interne	p
Microval ®	34 (42,5%)	3 (14,3%)	0,02
Cérazette ®	46 (57,5%)	18 (85,7%)	0,02

Nous retrouvons les mêmes différences significatives en matière de prescription de microprogestatifs : nous pouvons conclure que concernant la prescription de microprogestatifs (qui sont les contraceptifs les plus prescrits en suite de couches) les pratiques ne diffèrent pas d'une période à l'autre.

Figure 6 : Les différentes méthodes prescrites en vue de la visite post-natale pour 34 femmes(période 2)



Cette prescription de contraception ne concerne que 22,7% des dossiers : 79.3% des femmes vues par les sages-femmes et 70,6% des femmes vues par les internes n'ont pas eu de prescription de contraception en vue de la visite post-natale. Il n'y a pas de différence significative entre la pratique des sages-femmes et des internes concernant cette prescription ($p=0,17$).

Durant cette seconde période, les méthodes barrières et la stérilisation à visée contraceptive ne sont pas prescrites.

Bien que fortement prescrit par les sages-femmes, le DIU est moins prescrit par les internes de cette période. Seulement 16 DIU ont été prescrits : parmi ceux-ci on retrouve 4 Mirena® et 4 DIU au cuivre prescrits par les sages-femmes contre 0 Mirena® et 1 DIU au cuivre par les internes. Nous n'avons pas retrouvé le type de DIU prescrit pour les 7 restants. Ces données sont trop peu importantes pour pouvoir être significativement différentes.

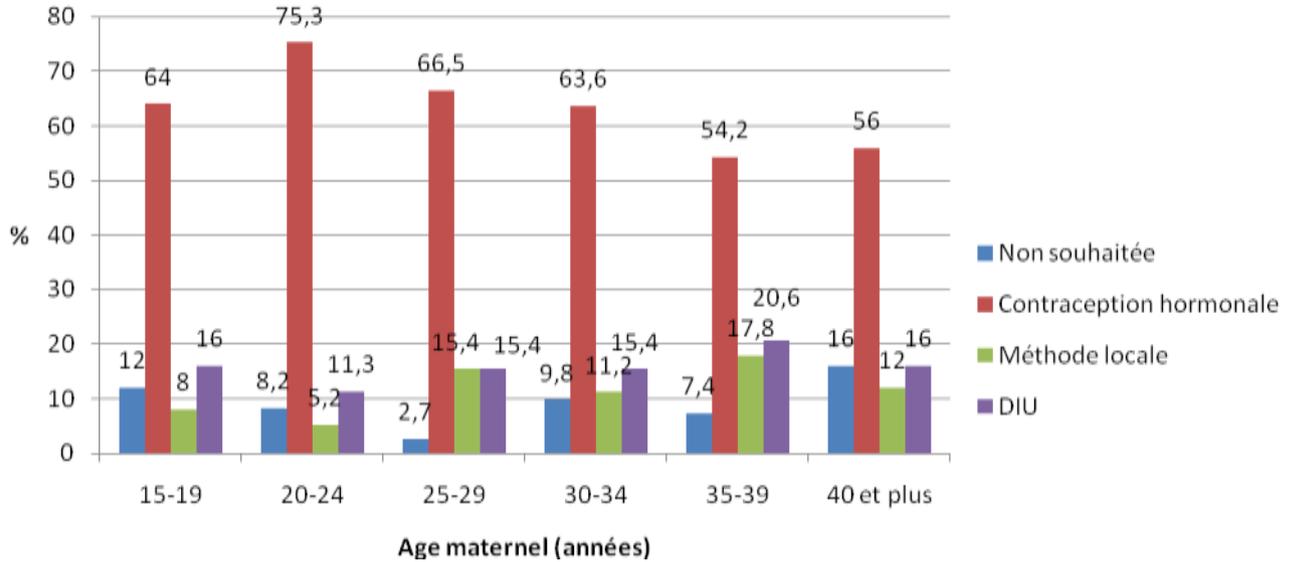
4.2.5. Les critères de choix de la contraception du post-partum

Comme cela a été énoncé dans les généralités, de nombreux critères sont à prendre en compte au moment de la prescription de la contraception du post-partum. Cependant, une fois les contre-indications prises en compte, un éventail de contraceptifs reste à la disposition des femmes. Nous constatons que ce n'est pourtant pas ce qui est pratiqué dans le service de suites de couches du

CHU de Nantes où les progestatifs dominent. Nous allons alors rechercher les différents critères généraux ou médicaux des femmes qui auraient pu influencer les pratiques.

Age maternel

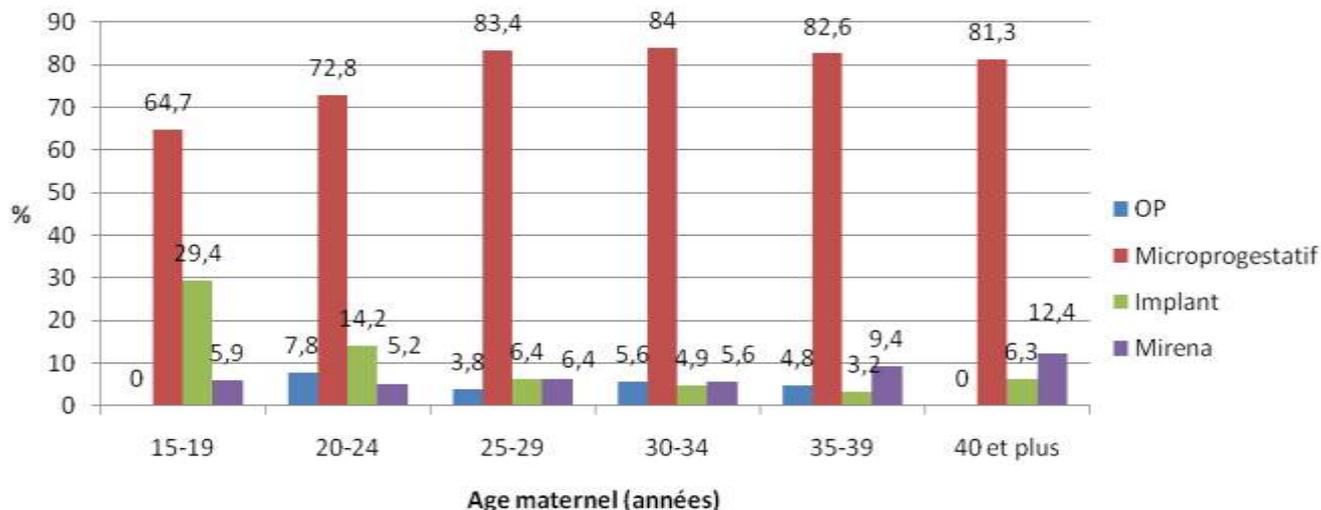
Figure 7 : Contraception prescrite en fonction de l'âge maternel



Ce graphique nous montre une prescription importante de contraception hormonale en suites de couches. Cette contraception domine significativement les autres avec un $p=0.04$. En outre, quel que soit l'âge maternel, cette prescription varie peu et de manière non significative. Les méthodes naturelles sont peu représentées avec une seule méthode MAMA (dans la tranche d'âge 20-24 ans).

Dans la catégorie « contraception hormonale », nous retrouvons les œstroprogestatifs, les micro et macroprogestatifs et l'implant progestatif. Un seul macroprogestatif ayant été prescrit, nous ne l'incluons pas dans le graphique.

Figure 8 : Contraception hormonale prescrite en fonction de l'âge maternel



Les microprogestatifs sont prescrits en majorité, quel que soit l'âge maternel. Les œstroprogestatifs sont très peu prescrits, voire pas du tout pour les 15-19 ans et les 40 ans et plus. L'implant progestatif est prescrit en majorité aux jeunes mères, le nombre étant décroissant avec l'âge maternel.

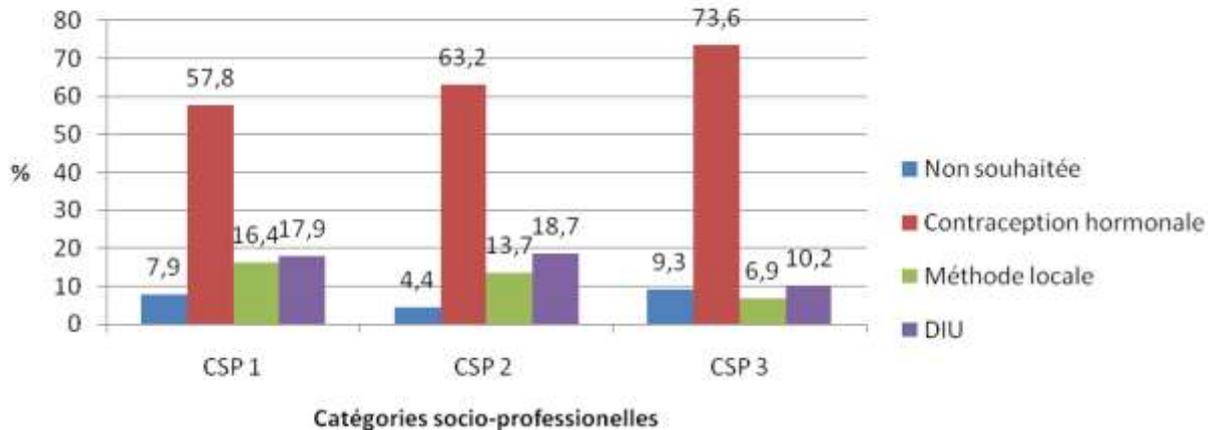
Niveau socio-économique

Afin de mettre en évidence une éventuelle influence du niveau socio-économique sur la prescription de la contraception, nous allons regrouper les différentes CSP recensées en 3 classes

:

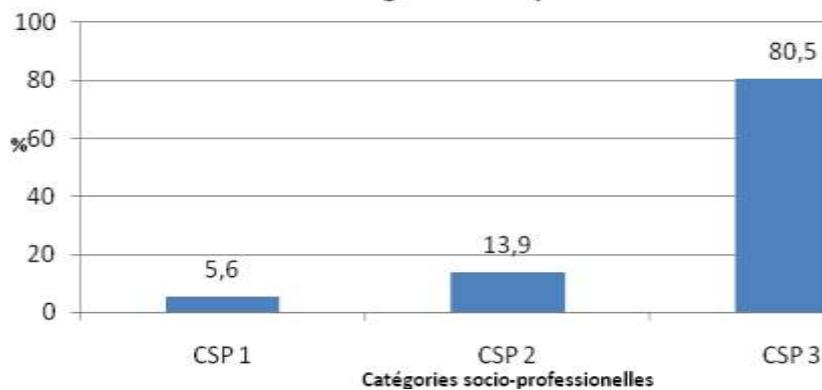
- CSP 1 = cadres supérieurs et professions intermédiaires
- CSP2 = employés et ouvriers
- CSP3 = étudiants et sans profession

Figure 9 : Contraception prescrite en fonction de la catégorie socio-professionnelle



Les contraceptifs hormonaux sont plus prescrits aux femmes ayant un niveau socio-professionnel bas et inversement les contraceptifs locaux leur sont moins proposés.

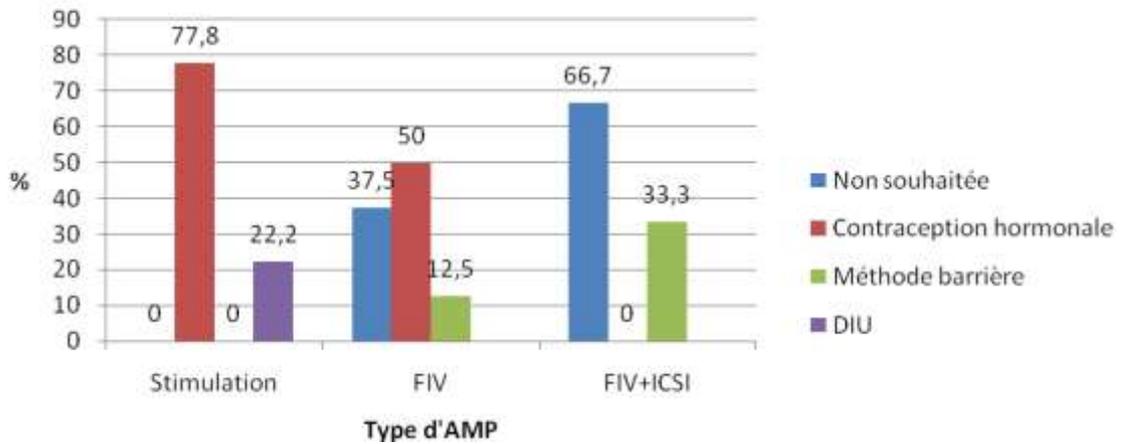
Figure 10 : Prescription d'implants progestatifs en fonction de la catégorie socio-professionnelle



L'implant représente 6% de la prescription de contraception. Plus la catégorie socio-professionnelle est « précaire » plus le nombre d'implants prescrits est important ($p < 10^{-5}$). Parmi ces implants, seuls 4 ont été prescrits pour être posés ultérieurement (ces 4 sont dans la CSP 3) tous les autres (soit 32) ont été posés durant le séjour en suites de couches.

Antécédents d'AMP

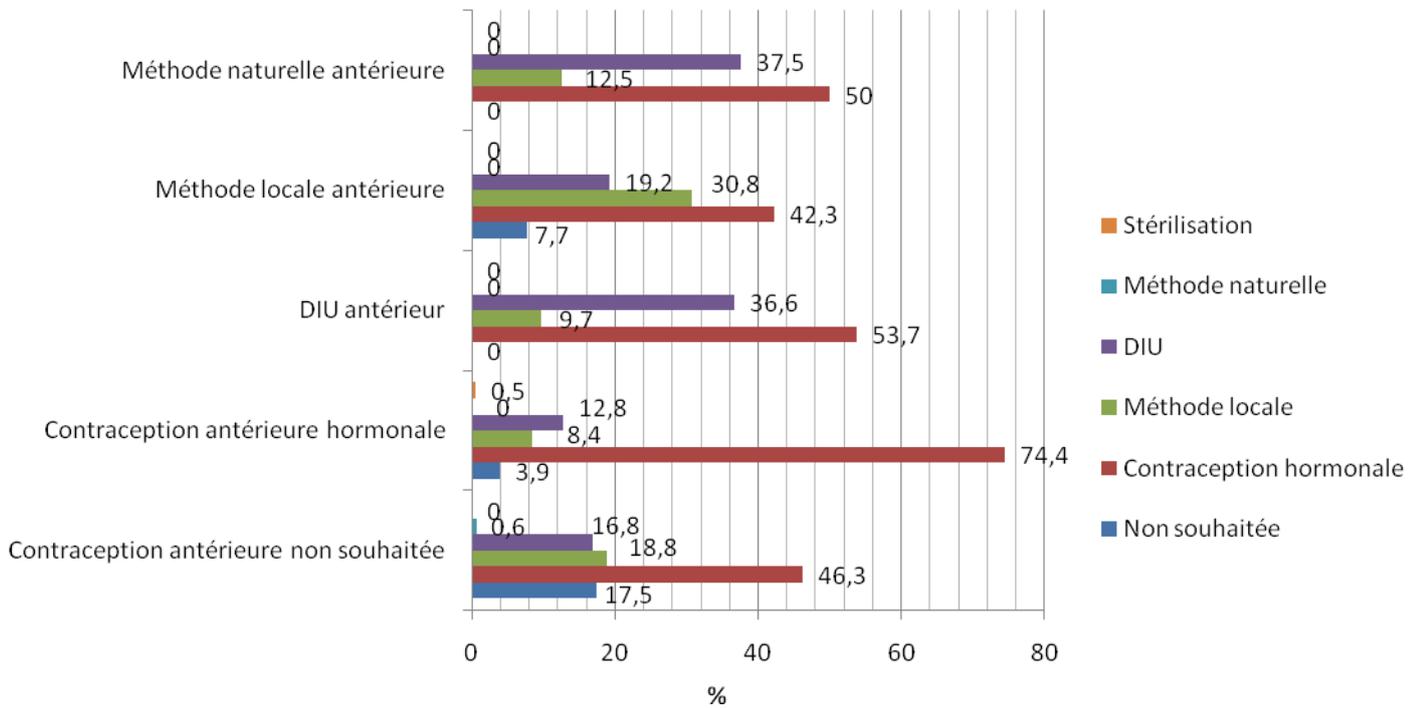
Figure 11 : Contraception prescrite en fonction des antécédents d'AMP



77,8% des femmes qui ont bénéficié d'une stimulation ovarienne pour cette grossesse ont eu une prescription de contraception hormonale, les autres ayant choisi le DIU. Les femmes ayant eu recours à la FIV ont opté pour une contraception hormonale pour 50% d'entre elles. Quant aux femmes ayant eu recours à la FIV avec ICSI, aucune d'entre elles n'a choisi la contraception hormonale. Cependant, 33,3% ont quand même choisi une méthode barrière. Nous remarquons que le DIU n'a pas été choisi par les femmes ayant eu leur grossesse par FIV ou FIV avec ICSI. Ces différences sont statistiquement significatives avec un $p=0,045$.

Contraception antérieure à la grossesse

Figure 12 : Contraception prescrite à la sortie en fonction de la contraception antérieure



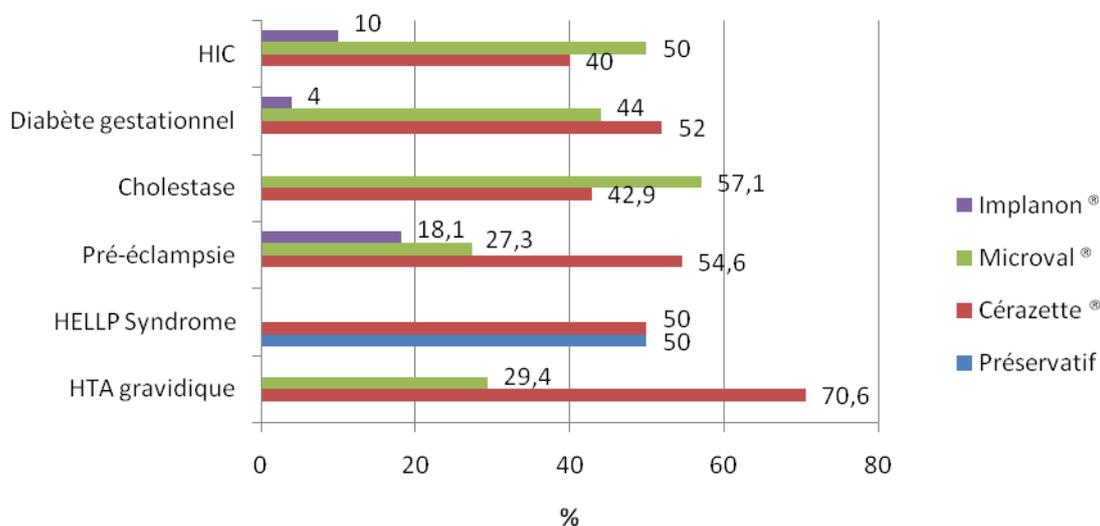
Peu importe la contraception antérieure, la contraception hormonale est prescrite en grande majorité à la sortie de la maternité. Lors d'un antécédent de contraception par méthode locale, 30,8% des femmes reprennent cette même contraception. Parmi les femmes ayant une contraception antérieure par méthode naturelle, aucune ne choisira ce type de contraception dans le post-partum.

Gestité et parité

Quelle que soit la gestité ou la parité, la méthode hormonale s'impose de manière significative par rapport aux autres méthodes ($p < 0.01$)

Pathologie gravidique

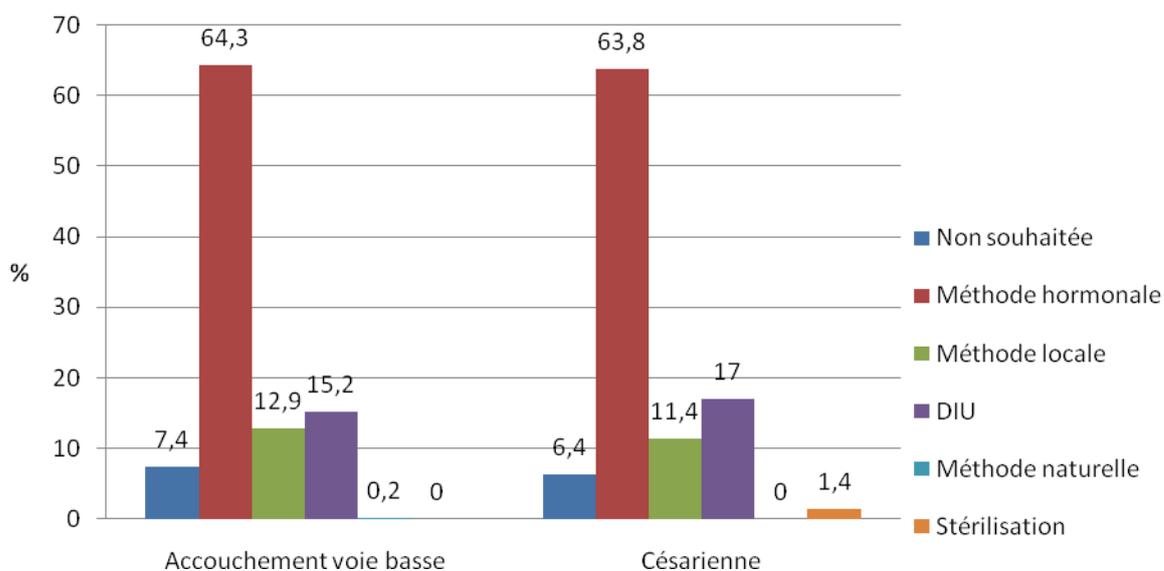
Figure 13 : Contraception prescrite en fonction des pathologies gravidiques



Les microprogestatifs sont les seules méthodes hormonales prescrites. Sur les deux HELLP Syndromes répertoriés durant cette étude, nous retrouvons un microprogestatif prescrit et une méthode barrière. Les œstroprogestatifs ne sont donc pas prescrites.

Mode d'accouchement

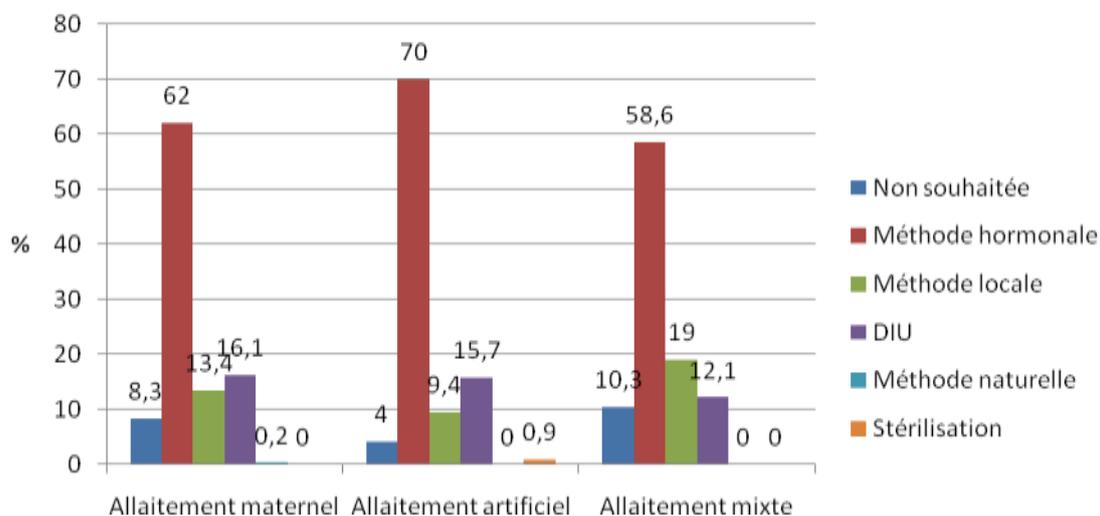
Figure 14 : Contraception prescrite en fonction du mode d'accouchement



Le mode d'accouchement n'influence pas le type de contraception prescrite ($p=0.87$ sans compter les méthodes naturelles et la stérilisation).

Allaitement artificiel et maternel

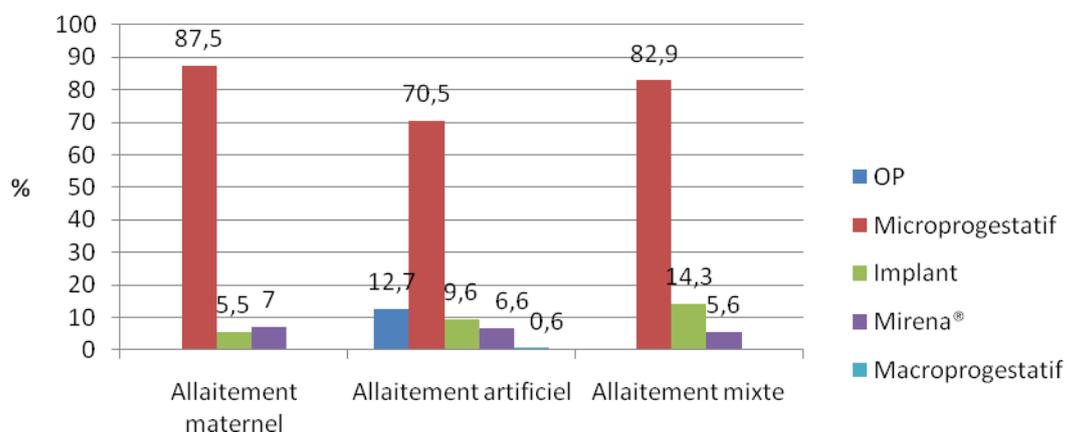
Figure 15 : Contraception prescrite en fonction du type d'allaitement



En comparant les méthodes de contraception en cas d'allaitement exclusif ou mixte versus absence d'allaitement, le taux de méthode hormonale est de 60,3% versus 70%, le taux de méthode barrière est de 16,2% versus 9,4%, le taux de DIU est de 15,9% versus 12,1% et le taux sans contraception 9,3% versus 4% ($p=0.01$).

Il faut alors comparer les différences de prescription au sein d'une même classe, ici la méthode hormonale étant la plus représentée.

Figure 16 : Contraception hormonale prescrite en fonction du type d'allaitement



Les OP et les macroprogestatifs ne sont prescrits qu'en cas d'allaitement artificiel. La différence entre la prescription d'implant et le type d'allaitement comparé aux autres méthodes hormonale n'est pas significativement différente ($p=0,09$)

4.2.6. Délai entre l'accouchement et le début de la contraception

Concernant l'allaitement artificiel, il est souvent mentionné dans le service de suites de couches qu'il est pratique pour la femme de débiter sa contraception en relais à l'inhibiteur de la lactation.

Tableau VI : Délai entre l'accouchement et la mise en place de la contraception orale et des inhibiteurs de la lactation

	Délai minimum (jours)	Délai maximum (jours)	Moyenne (jours)
Traitement inhibiteur	5	21	14,2 ± 0,2
Microprogestatif et AM	9	25	14,6 ± 0,2
Microprogestatif et AA	9	25	15,4 ± 0,3
Œstroprogestatif	15	32	23,7 ± 1,1

Les traitements inhibiteurs de la lactation sont le plus souvent prescrits pour 14 jours après l'accouchement : 2 comprimés par jours pour la bromocriptine 2,5mg (bromokin®) et le lisuride 0,2mg (dopergine®), 2 pipettes 3 fois par jours pour la dihydroergocryptine (vasobral®) ou encore 2 comprimés en une seule prise pour la cabergoline 0,5 mg (dostinex®). Le plus fréquemment, les prescripteurs (sages-femmes ou internes) prescrivent la contraception microprogestative à la suite de l'inhibiteur, soit au 14^{ème} ou 15^{ème} jour du post-partum. Rappelons que dans les recommandations de l'HAS, il est indiqué que lors d'un allaitement artificiel, « la contraception hormonale par progestatif seul peut être utilisée sans risque immédiatement après l'accouchement ». Ici, le délai minimum a été de 9 jours et de 25 jours pour le maximum. Nous nous retrouvons donc dans les recommandations. Concernant les femmes qui allaitent, il est stipulé que la prescription de progestatifs est « inutile dans les premières semaines qui suivent l'accouchement en cas l'allaitement maternel exclusif ou quasi exclusif » (7). Dans notre étude, les microprogestatifs restent cependant prescrits de la même manière chez les femmes allaitantes qui les non allaitantes.

4.2.7. Contraception à la visite post-natale

Parmi les 129 femmes consultant au CHU pour la visite post-natale, 116 seront vues par des médecins (soit 89,9%) et 13 par des sages-femmes (soit 10,1%). 20 visites (soit 15,5%) se sont déroulées au sein de l'UGOMPS dont 18 avec un gynécologue et 2 avec une sage-femme.

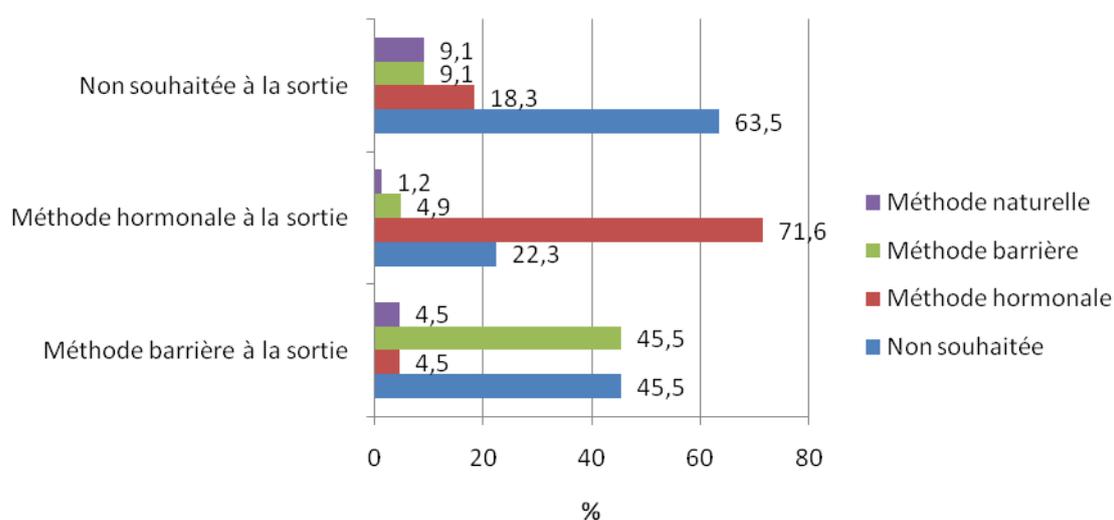
La visite post-natale est effectuée entre 4,4 semaines après l'accouchement au plus tôt et 15 semaines au plus tard, avec une moyenne de 8,1 semaines ($\pm 2,1$) et une médiane à 7,9.

38,1% des femmes ont eu leur retour de couches au moment de la visite post-natale, 36,4% non. Ce renseignement n'est pas retrouvé dans 25,4% des cas.

La reprise de la sexualité est renseignée dans 4,7% des dossiers.

Les femmes qui allaitaient à la sortie de la maternité continuent pour 76,1% d'entre elles lors de la visite post-natale, 23,9% ayant donc arrêté.

Figure 17 : Contraception en cours lors de la VPN en fonction de celle prescrite à la sortie de la maternité

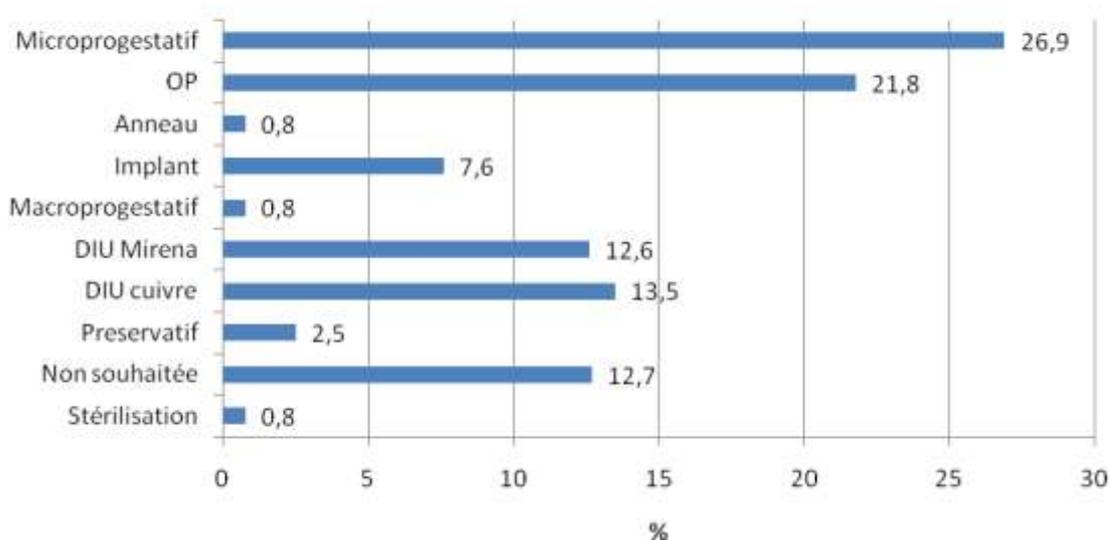


Les femmes ayant choisi aucune contraception ou une contraception hormonale à la sortie de la maternité reviennent pour la plupart (respectivement 63,5% et 71,6%) avec la même méthode lors de la visite post-natale. Concernant les microprogestatifs, nous retrouvons un abandon de la contraception pour 31,6% des femmes. Les femmes ayant choisi une méthode barrière ne sont plus que 45,5% à suivre ce choix, 45,5% d'entre elles se retrouvent sans contraception.

Les inconvénients recensés sont :

- des spottings chez 17,6% des femmes utilisant Cérazette® (soient 6 femmes)
- des spottings chez 33,3% des femmes utilisant l'implant (soient 2 femmes)
- 1 oubli de pilule sous Microval ®
- des oublis de préservatifs chez deux femmes dont une ayant utilisé le Norlevo®

Figure 18 : Contraception prescrite à la VPN



Nous retrouvons 26,9% de femmes choisissant une contraception microprogestative, parmi celles-ci, 78,1% allaitent exclusivement ou de manière mixte.

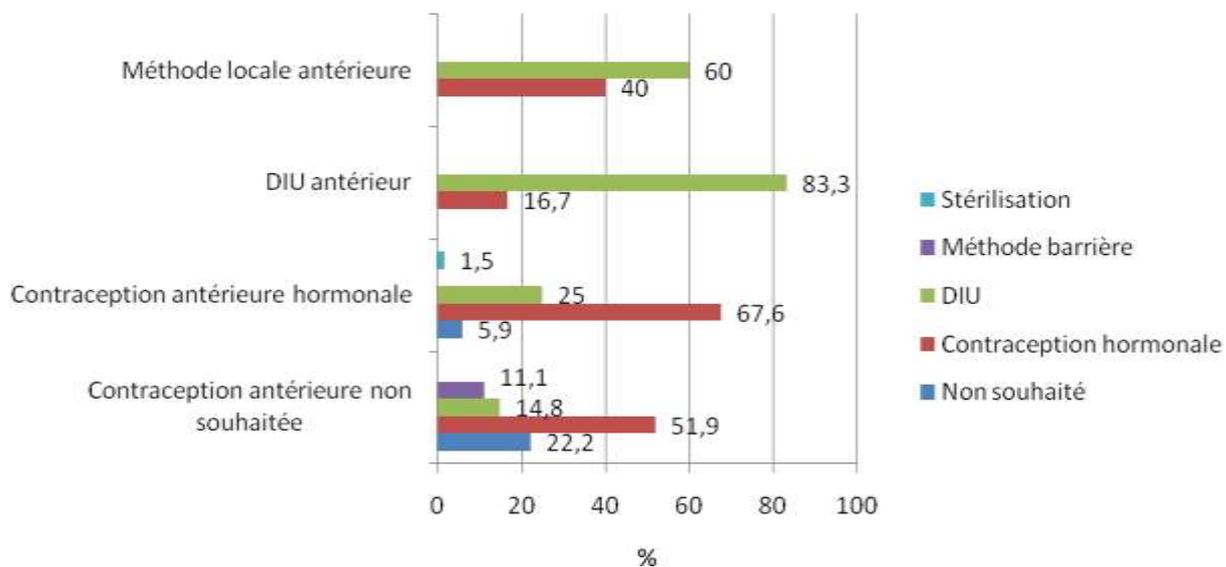
Seuls 21,8% d'oestroprogestatifs oraux sont prescrits. Une femme bénéficiera de l'anneau oestroprogestatif au décours de la visite post-natale et 0 femme du patch oestroprogestatif.

Aucune méthode naturelle ou spermicides n'ont été prescrits.

Parmi les 7 femmes souhaitant un implant à la visite post-natale, 4 devront prendre un autre rendez-vous pour la pose car il n'avait pas été prescrit à la maternité. Parmi les 30 optant pour le DIU, 19 devront prendre un autre rendez-vous. 5 de ces femmes ont consulté une sage-femme pour la visite post-natale : 4 désirent un DIU et 1 un implant. Elles prendront rendez-vous avec un médecin pour la pose de leur contraceptif. Nous constatons une forte proportion de femmes choisissant le DIU à la visite post-natale. Les femmes profitant de la visite post-natale pour une

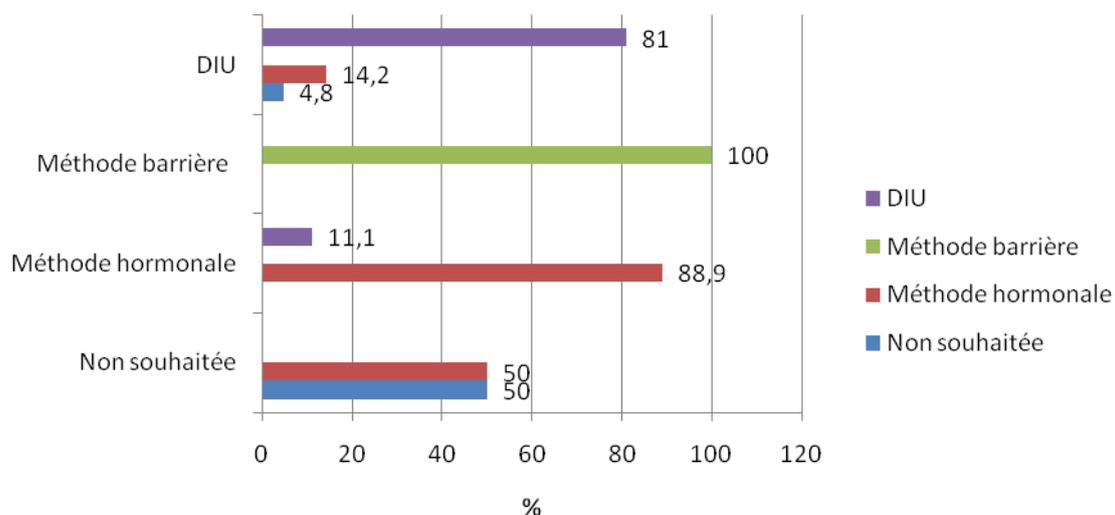
pose de DIU ont consulté au plus tôt à 5,4 semaines après l'accouchement pour le DIU au cuivre et à 5,8 semaines pour le Mirena®.

Figure 19 : Contraception prescrite à la VPN en fonction de la contraception antérieure à la grossesse



La contraception hormonale a tendance à s'imposer quelle que soit la contraception antérieure. Cependant, les femmes ayant eu un DIU avant leur grossesse choisissent de nouveau ce mode de contraception pour 83,3% d'entre elles. Ces résultats ne sont pas significatifs car l'effectif est trop petit.

Figure 20 : Contraception prescrite à la VPN en fonction de celle qui était prévue



100% des femmes ayant prévu une méthode barrière pour la visite post-natale ont gardé le même choix. 50% de celles qui ne souhaitaient pas de contraception ont changé d'avis pour une contraception hormonale. Parmi celles ayant opté pour la contraception hormonale, 11,1% ont finalement choisi un DIU. Enfin, les femmes souhaitant un DIU au moment de la sortie de la maternité ont changé d'avis pour 19% d'entre elles soit pour une méthode hormonale, soit pour aucune méthode.

TROISIEME PARTIE : ANALYSE ET DISCUSSION

1. Force et limites de l'étude

1.1. Points forts

Notre étude est prospective, permettant une analyse des pratiques actuelles.

Le nombre total de dossiers étant de 600, l'étude compte un nombre assez important de données pour avoir des résultats significatifs dans nos résultats.

Nous avons recueilli 129 des 600 dossiers pour la visite post-natale, nous permettant d'avoir un recul quant à la prescription de la contraception en suites de couches.

1.2. Points faibles

Cette étude s'est déroulée au CHU de NANTES, elle est donc unicentrique ce qui constitue un biais de recrutement. Le niveau de l'établissement ainsi que les protocoles de service, différents selon les maternités, influencent certainement sur les pratiques. Par cette sélection, une certaine population a été étudiée et qui n'est pas représentative de la population en général.

Nous avons choisi d'analyser les dossiers des femmes ayant séjourné dans le service de suites de couches, laissant ainsi ceux des séjours dans les services de gynécologie et de grossesses à haut risque.

Certains dossiers manquants n'ont pas été retrouvés que ce soit pendant la période d'hospitalisation ou pour la visite post-natale.

Les dossiers analysés sont généralement incomplets quant aux échecs de contraception (nous ne retrouvons ni le nombre d'oublis de pilule, ni la gêne entraînant l'arrêt du moyen contraceptif par exemple).

L'étude s'est déroulée sur deux périodes avec un changement de personnel ce qui surajoute les variations possibles des pratiques.

2. Résultats importants

2.1. La population

Les femmes vues par les sages-femmes et les internes sont différentes sur d'autres points que la voie d'accouchement : on retrouve une condition socio-professionnelle différente entre ces deux populations de femmes, les internes examinant des femmes dont la condition socio-professionnelle est plus modeste. Ces femmes ont en général un IMC supérieur aux femmes suivies par les sages-femmes, avec un nombre plus important de femmes en surpoids et obèses. Enfin, ces femmes sont moins nombreuses à allaiter à la sortie de la maternité (concernant la première période).

2.2. La contraception en cause dans les échecs

Les œstroprogestatifs oraux sont retrouvés dans 44% des échecs de contraception menant à une grossesse. Ce résultat est interprétable par la difficulté d'observance de ce type de contraception mais reste à relativiser par la grande consommation de cette contraception (51,2% de la contraception antérieure).

2.3. La contraception prescrite à la sortie

Les microprogestatifs sont prescrits majoritairement. Les internes prescrivent plus largement Cerazette® que Microval® alors que les sages-femmes prescrivent ces deux types de microprogestatifs de manière équivalente.

Les implants posés pendant l'hospitalisation le sont le plus souvent chez les femmes dont la catégorie socio-professionnelle est modeste (sans emploi et étudiantes).

Quelle que soit la contraception antérieure à la grossesse, les méthodes hormonales sont toujours majoritairement prescrites.

Le DIU n'a jamais été posé dans les 24 premières heures du post-partum.

2.4. La visite post-natale

La visite post natale est effectuée en moyenne à 8 semaines après l'accouchement et au plus tôt à 4,4 semaines.

Cette visite a dans ses objectifs de faire le point sur la contraception. Cependant, la reprise de la sexualité n'est renseignée que dans 4,7% des dossiers. Nous pouvons nous demander à quelle fréquence cette question, primordiale pour une telle prescription, est posée.

Les femmes n'ayant choisi aucune contraception ou une contraception hormonale à la sortie de la maternité reviennent généralement avec la même méthode lors de la visite post-natale. Cette méthode est donc bien poursuivie. Cependant, des inconvénients à type de spotting sont souvent retrouvés chez les utilisatrices de l'Implanon® et de Cerazette®. 45,5% des femmes ayant choisi une méthode barrière à la sortie de la maternité se retrouvent sans contraception.

Au décours de cette consultation, 21,9% des femmes qui n'allaitent pas repartent avec une contraception microprogestative.

Seulement 21,8% d'oestroprogestatifs oraux sont prescrits ce qui est très peu étant donné que la moitié des femmes utilisaient ce type de contraceptif avant cette grossesse. Nous pouvons aussi relativiser ce résultat par le nombre important de DIU posés (chez 26% des femmes), la grossesse permettant souvent aux femmes de penser à un changement de méthode.

Plus de la moitié des femmes désireuses d'un DIU ou d'un implant devront prendre un autre rendez-vous car cette méthode ne leur a pas été prescrite en suites de couches. Cinq d'entre elles ont consulté une sage-femme, qui ne pourra pas poser ce contraceptif faute de formation.

3. Devenir des hypothèses

La première hypothèse de cette étude était l'existence d'une disparité des pratiques entre les sages-femmes et les internes en matière de prescription de la contraception du post-partum. Pour cela, nous avons relevé cette prescription sur deux périodes différentes avec un personnel partiellement différent. Nous savons que les internes et les sages-femmes ont à charge des populations de femmes différentes (concernant l'IMC par exemple). Malgré ces différences, nous ne retrouvons pas de différence significative concernant la prescription des contraceptifs. Cependant, en matière de progestatifs, cette prescription varie : les sages-femmes prescrivent

plus de Microval[®] et les internes plus de Cérazette[®]. Les sages-femmes et les internes prescrivent peu de contraception en vue de la visite post-natale : seulement 48,5% de prescriptions à la première période et 20,7% à la deuxième période pour les sages-femmes ; 28,3% à la première période et 29,4% à la deuxième période pour les internes. Les résultats de notre étude infirment notre hypothèse : les méthodes contraceptives prescrites par les sages-femmes et les internes sont généralement les mêmes.

La deuxième hypothèse était que certaines méthodes sont systématiquement proposées alors que d'autres le sont peu. Ainsi, nous retrouvons environ 60% femmes sortant de la maternité avec une prescription de microprogestatifs lors de la première et de la seconde période. Ce type de contraception est donc en tête de liste. Quels que soient l'âge maternel, la contraception antérieure, la gestité, la parité ou le mode d'accouchement, Cérazette[®] et Microval[®] sont les plus prescrits. Même si les femmes n'allaitent pas au sein leur enfant, elles sont seulement 12,7% à bénéficier d'une contraception oestroprogestative contre 70,5% de contraception progestative. De même, à la visite post-natale, 21,9% des femmes n'allaitant pas resteront avec une contraception progestative. Seules 21,8% des femmes auront un oestroprogestatif oral prescrit à la visite post-natale alors que 51,2% des femmes avaient choisi cette méthode contraceptive avant leur grossesse. Parmi les méthodes à observance facilité, le DIU est le plus souvent prescrit. Ainsi à la visite post-natale, 12,6% des femmes choisissent le DIU Mirena[®] et 13,5% le DIU au cuivre. Parmi les méthodes « nouvelles » à observance facilité, nous retrouvons le plus souvent l'implant : il représente 6% des prescriptions de contraception à la sortie de la maternité. Celui-ci est prescrit en majorité aux femmes jeunes et aux conditions socio-économiques difficiles. Les autres méthodes telles que l'anneau et le patch sont très peu représentées malgré leur praticité : aucun anneau ou patch n'a été prescrit à la sortie de la maternité ; seul un anneau a été prescrit à la visite post-natale. Concernant les méthodes naturelles, une seule méthode MAMA a été choisie à la sortie de la maternité. Les résultats de notre étude confirment cette seconde hypothèse : certaines méthodes sont proposées de manière systématique et d'autres sont délaissées.

4. Comparaison avec la littérature

4.1. Une prescription devant s'adapter à la population

Dans notre étude, nous remarquons que les internes examinent plus souvent les femmes en surpoids ou obèses. Cependant cette différence de population n'entraîne pas de répercussion sur la prescription de la contraception : les pratiques restent les mêmes malgré une population différente. Notons que chez les femmes obèses, la contraception orale a un taux d'échec augmenté et le DIU reste la meilleure proposition, sans contre-indication (19).

4.2. Les femmes et leur contraception

La pilule, les préservatifs masculins et le stérilet sont actuellement les moyens de contraception les plus connus des français. Les méthodes innovantes telles que le patch contraceptif, l'anneau vaginal et l'implant sous cutané ne sont connus que par un français sur deux (2). Ce sont des méthodes à très bonne observance, permettant ainsi de réduire les grossesses causées par les échecs de contraception (le plus souvent du à un oubli de pilule). En effet dans notre étude, la mauvaise utilisation de la pilule œstroprogestative est à l'origine d'une grossesse dans 51,2% des échecs.

A la suite d'une grossesse, les femmes désirent souvent changer de contraception. Dans une étude, 40% des femmes, lors de la période du péri-partum, expriment leur souhait d'utiliser une autre méthode (20).

4.3. L'information sur la contraception en suites de couches

La sage-femme est la principale interlocutrice des patientes en suites de couches en matière de sexualité et de contraception du post-partum. Elle est amenée à fournir une information dans le but d'une contraception la plus adaptée et qui réponde aux besoins des femmes. L'ensemble des méthodes utilisables durant cette période doit être évoqué. La sage-femme ne doit pas imposer une méthode sur le seul critère de l'efficacité et doit accepter que la méthode demandée ne corresponde pas nécessairement au choix qu'elle aurait fait. Dans notre étude, 92,4% des femmes considèrent nécessaire l'utilisation d'une contraception après l'accouchement ce qui laisse penser qu'elles sont disposées à recevoir une information pendant le séjour. Cependant, à la visite post-natale, seulement 70,9% des femmes reviennent avec une contraception en cours (parmi les

femmes qui ont consulté au CHU de Nantes, 90,4% avaient une prescription de contraception à la sortie de la maternité). Environ 30% des femmes ont donc préféré arrêter leur méthode contraceptive. Nous pouvons supposer qu'elles n'étaient pas prévenues des effets secondaires et des contraintes liés à cette méthode.

Cependant, les femmes pensent que l'information sur la contraception devrait se faire avant la période des suites de couches car celle-ci est souvent brève, limitée et trop tard durant le séjour. La période la plus propice serait en anténatal (21).

4.4. Les progestatifs

Les internes prescrivent des progestatifs pour 62,2% des femmes à la première période et 61,8% à la deuxième période. Les sages-femmes en prescrivent dans 63% des cas lors de la première période et 68,9% lors de la seconde période. Les progestatifs sont donc la contraception dominante quantitativement à la sortie de la maternité. Nous avons remarqué que les internes prescrivent significativement plus Cérazette® que Microval® comparé aux sages-femmes. Bien que remboursé et moins dosée en hormone (30µg de lévonorgestrel) Microval® est moins efficace que Cérazette® (75µg de désorgestrel). Cette dernière produit une inhibition significative de l'ovulation en comparaison à Microval® (22). Cela laisse à penser que les internes recherchent plus l'efficacité contraceptive dans leur prescription et les sages-femmes prennent plus en compte le mode de remboursement. Rappelons que l'allaitement protège efficacement la femme d'une grossesse non désirée. L'association des progestatifs et de l'allaitement permet donc une couverture très efficace, quel que soit le type de progestatif.

Il est reconnu que la contraception par progestatifs seuls n'interfère pas dans la composition ni la quantité du lait ou la croissance de l'enfant dans la première année (23). De plus, cette contraception offre l'avantage de n'agir que de manière infime sur les fonctions hémostatiques ce qui permet de ne pas augmenter le risque thromboembolique veineux (24).

Nous retrouvons 31,6% des femmes ayant des progestatifs prescrits à la sortie de la maternité et qui ont arrêté cette méthode quand elles sont revues à la visite post-natale. Ce taux d'abandon important a été recensé à 38% à un an selon une étude (25). Ceci peut être expliqué par la fréquence des effets secondaires : 17,6% des femmes sous Cérazette® se plaignent de spotting à la visite post-natale.

4.5. Délai de mise en place des progestatifs

Dans notre recueil, nous pouvons noter que les progestatifs sont en moyenne débutés 15 jours après l'accouchement que l'allaitement soit maternel ou artificiel, alors que la HAS ne les préconise pas avant 21 jours avec un allaitement artificiel et les dit inutiles en cas d'allaitement maternel exclusif. Le CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) et d'autres auteurs recommandent de débiter les progestatifs au 10^{ème} jour du post-partum (26 et 27).

4.6. La problématique des œstroprogestatifs

L'HAS recommande la prescription des œstroprogestatifs à partir du 21^{ème} jour après l'accouchement si la femme n'allait pas et ne présente pas de facteurs de risques. Or dans notre étude, seules 5,25% des femmes (période 1) et 2,8% des femmes (période 2), bénéficieront de cette méthode contraceptive à la sortie de la maternité. Le délai entre l'accouchement et le début de la prise de la pilule est en moyenne de 23,7 jours ce qui est concordant avec les recommandations.

A la visite post-natale, 21,8% des femmes choisissent une méthode œstroprogestative, ce qui est largement inférieur au pourcentage des femmes utilisant cette méthode contraceptive avant la grossesse (51,2%).

4.7. Les nouvelles méthodes œstroprogestatives

L'anneau œstroprogestatif est une méthode contraceptive d'efficacité et de tolérance équivalente à une pilule œstroprogestative de même composition (28). Celle-ci diminue le risque d'oubli et donc de grossesse nous désirée. Dans notre étude, l'anneau est utilisé en contraception antérieure à la grossesse chez 1,3% des femmes. Il est en cause dans 8,4% des échecs de contraception à l'origine de la grossesse. Ce taux est bien inférieur à celui lié aux pilules œstroprogestatives (44,4%). Dans les dossiers, nous ne retrouvons cependant pas les conditions de l'échec, à savoir l'oubli de la reprise de l'anneau ou l'arrêt pour inconfort ou effets secondaires.

Le patch œstroprogestatif transdermique est une autre alternative à la pilule et diminue aussi le risque d'oubli. Il assure une contraception efficace et est bien toléré. Le fait de devoir changer de patch toutes les semaines est bien respecté par les utilisatrices (29). Dans notre étude, seulement

0,3% des femmes utilisaient cette méthode contraceptive avant leur grossesse. Aucun échec n'a été relevé.

Ces deux méthodes, bien que fiables et à observance facilitée, sont très peu utilisées. L'information concernant ces nouvelles méthodes est probablement rarement faite, associée à la peur de la nouveauté de la part des utilisatrices et des prescripteurs.

4.8. L'implant

M.Tillier, dans son mémoire de sage-femme révèle que ¼ des sages-femmes présentent l'Implanon® de manière systématique en suites de couches. Elles considèrent néanmoins que la place réservée à l'Implanon® dans l'information est moins importante que celle réservée aux autres méthodes contraceptives. Les autres sages-femmes présentent cette méthode uniquement dans des situations particulières (oublis fréquents de pilule, demande de la patiente, milieu social défavorisé, grande multiparité, patiente mineure, échec de la contraception antérieure). L'implant est plutôt considéré comme un moyen de contraception utilisable à distance de l'accouchement (30).

Parmi les femmes de notre étude, 2,5% étaient utilisatrices de l'implant avant la grossesse. Les femmes optent pour l'implant après l'accouchement pour 6% d'entre elles (dont 0,7% effectueront la pose après le séjour en suites de couches) et à la visite post-natale pour 7,6%. Cette augmentation importante du taux d'implants posés après l'accouchement comparé à avant peut s'expliquer par l'envie de changer de contraception après la grossesse. Cependant, nous avons aussi remarqué que l'implant est le plus souvent posé et donc proposé aux femmes dont le niveau socio-économique était bas (avec 80,5% des implants posés aux femmes sans profession ou étudiantes). Il y a donc une sélection des femmes à qui l'information semble nécessaire, pour une méthode qui pourrait être appréciée par bien d'autres femmes. En outre, méfions nous de l'information apportée aux femmes pour une contraception intrusive et de longue durée comme celle-ci. Cette information doit être complète (effets secondaires, durée de l'efficacité contraceptive) et comprise. Une étude rapporte 28% de retraits précoces avec comme raison des saignements irréguliers dans 29% des cas. Les femmes mettent de grands espoirs dans cet implant et les conseils et l'information donnés à propos de leurs attentes sont importants afin d'éviter des attentes déraisonnables (31).

Concernant la pose en suites de couches ou ultérieurement, une étude énonce que l'implant peut être posé dès les premiers jours du post-partum et ceci même chez les femmes allaitantes : l'Implanon® ne change pas le volume ou la composition du lait maternel. La concentration en étonogestrel ingéré par l'enfant n'est pas associée à des effets négatifs (32). Une autre étude (34)

et l'HAS (10) recommandent de principe d'attendre 6 semaines après l'accouchement pour introduire une contraception hormonale chez la femme allaitante.

4.9. Le dispositif intra-utérin

Le DIU au lévonorgestrel (Mirena®) a été posé ou prescrit chez 12,6% des femmes à la visite post-natale ; 13,4% des femmes ont choisi un DIU au cuivre. 83,3% des femmes ayant un DIU avant la grossesse choisiront de nouveau cette méthode. Aucun DIU n'est posé dans les 48 heures après l'accouchement. Dans la littérature, il n'a pas été retrouvé d'augmentation des risques des complications après une pose dans les 10 minutes suivant l'expulsion du placenta. Nous retrouvons une augmentation du taux des expulsions comparé au taux d'expulsions après une pose différée (6 à 8 semaines après l'accouchement). La pose pendant la césarienne est associée à un moins grand nombre d'expulsions qu'après une insertion vaginale à la suite d'un accouchement voie basse, sans accroître la proportion des complications post-opératoires (34). Une autre étude montre qu'il y a une augmentation significative des expulsions du Mirena® après une pose précoce mais ces femmes réitérent la pose à la visite post-natale. A 6 mois de l'accouchement, nous ne retrouvons donc pas de différence selon que la pose ait été différée ou précoce. Cependant, parmi les femmes qui n'ont pas pu avoir de DIU précocement et qui avaient pour projet de le faire poser en différé par le praticien de leur choix, seulement 27% ont bénéficié de cette pose. Plusieurs raisons sont retrouvées dont le manque d'expérience des médecins dans la pose des DIU et une grossesse en cours tôt après l'accouchement. Cette pose précoce dans les 48 premières heures du post-partum aurait donc un intérêt pour les femmes dont le suivi gynécologique est irrégulier et incertain (35). Concernant l'allaitement, il a été montré que le Mirena® n'a pas d'influence négative sur le développement de l'enfant ni sur la lactation.

4.10. La méthode MAMA

Dans notre recueil de données, nous retrouvons seulement 1 femme ayant choisi la méthode MAMA comme moyen contraceptif. Cependant, de nombreuses études ont montré l'efficacité de cette méthode (36). Le Lancet considère cette méthode contraceptive comme aussi efficace que les méthodes contraceptives modernes, avec un indice de Pearl similaire (37). Nous nous sommes interrogés sur cette « prescription » très peu répandue dans le service. Il serait intéressant de comprendre la démarche du prescripteur : serait-ce par crainte que la femme ne se rende pas compte qu'elle ne respecte pas les conditions d'efficacité de la méthode MAMA ? Le prescripteur se sent-il investi de la mission de remettre une prescription écrite et formelle ? L'hypothèse à

vérifier serait que ce manque de prescription de la méthode MAMA soit motivé par une notion de sécurité et de garantie de la part du professionnel de santé mais aussi de la femme.

4.11. Le délai entre l'accouchement et la visite post-natale et la reprise de la sexualité

Parmi les femmes qui sont revenues consulter au CHU de Nantes pour leur visite post-natale, le délai moyen de consultation est de 4,4 semaines après l'accouchement au plus tôt et 15 semaines au plus tard, avec une moyenne de 8,1 semaines. Historiquement, le délai de 6 semaines à attendre entre l'accouchement et la visite post-natale était basé sur le temps nécessaire à l'involution des changements de la grossesse. Du fait de la reprise de la sexualité avant ces 6 semaines, ce délai traditionnel devrait changer. De plus, le DIU pouvant être posé à partir de 4 semaines après l'accouchement (10), la visite post-natale doit pouvoir être proposée dès ce délai. Dans notre étude la pose du DIU lors de la visite post-natale elle a été faite au plus tôt lors de la 5^{ème} semaine suivant l'accouchement. Une étude montre que le DIU au cuivre peut-être inséré à partir de ces 4 semaines sans augmenter le risque d'expulsion, de perforation utérine ou de retrait pour saignements ou douleur (38). A ce stade des 4 semaines après l'accouchement, la pose du DIU est facilitée par un col encore ouvert et l'utérus est suffisamment involué (hauteur utérine à 8cm environ). Cette consultation précoce permettrait un meilleur contrôle des grossesses rapprochées.

5. Garantir aux femmes un choix éclairé de leur méthode contraceptive : propositions pour améliorer les pratiques

5.1. Mettre a disposition des patientes une information sur la contraception

Au CHU de Nantes, dans le service de suites de couches, l'information sur la contraception est essentiellement orale. De plus, celle-ci sera faite au mieux pendant les premiers jours du séjour mais souvent lors de l'examen de sortie, c'est-à-dire le jour même du retour à la maison. Rappelons que l'HAS recommande d'informer les patientes en fin de grossesse lors des consultations prénatales et que cela fait partie du programme de la préparation prophylactique à la naissance.

L'information anténatale semble pourtant primordiale car elle permet à la patiente de mûrir sa réflexion. Il serait alors intéressant de pouvoir donner une plaquette d'information écrite récapitulant tous les moyens utilisables avec leurs avantages, leurs inconvénients, etc.

Une utilisation des moyens contraceptifs non optimale pourra être à l'origine d'échecs contraceptifs. Afin d'éviter cela, il nous semblerait judicieux d'établir des fiches spécifiques à chaque moyen de contraception et qui seraient données à la patiente en même temps que l'ordonnance de contraceptif. Elles récapituleraient les informations données préalablement oralement et seraient présentées comme un mode d'emploi : généralités sur le contraceptif, quand s'en servir ou le débiter, comment l'utiliser, que faire en cas d'échec (rupture du préservatif, oubli d'un comprimé de contraception orale, arrêt de l'allaitement maternel, etc.).

La contraception du post-partum est donc une contraception transitoire qui doit toujours être rediscutée lors de la consultation post-natale. Quel que soit le moment où elle est abordée, les professionnels de santé ont pour obligation de fournir une information claire, complète, neutre et adaptée au niveau de compréhension des personnes à qui ils ont à faire.

Cette information devrait, dans la mesure du possible être dispensée au couple afin qu'elle soit adaptée aux deux protagonistes demandeurs de cette contraception.

5.2. Utiliser la méthode BER CER

L'OMS propose un guide de counseling en matière de contraception qui a pour objectifs de satisfaire et d'améliorer l'observance de la contraception. Cette méthode peut parfaitement s'appliquer au post-partum. Ce guide se résume par l'acronyme BER CER.

- B pour Bienvenue et Bons rapports. La patiente a besoin d'un accueil respectueux et chaleureux afin d'établir une relation de confiance.
- E pour Entretien. Il s'agit de poser des questions de façon efficace et attentive pour comprendre le motif de la consultation, les besoins et les souhaits, constituer le dossier de la patiente (antécédents familiaux, personnels etc.).
- R pour Renseignements. Il s'agit là d'informer la patiente sur les divers moyens de contraception afin de pouvoir prendre une décision éclairée ; cette information doit être claire et compréhensible par la patiente et nécessite donc d'être sur mesure et personnalisée.
- C pour Choix et aide à celui-ci.
- E pour Explications. Une fois le moyen de contraception choisi, il faut expliquer à la patiente comment exécuter sa décision de façon simple et concise, et en insistant sur les points les plus importants (ex : que faire en cas d'oubli d'un comprimé de pilule ?).

- R pour Retour. La patiente sera amenée à revenir pour son suivi ou dès que nécessaire si elle a des questions, si le moyen ne lui convient pas etc. Il faut faire preuve d'attention et de patience afin de trouver le moyen de contraception adapté et obtenir ainsi l'adhésion de la patiente (39).

5.3. Former les professionnels

La contraception évolue, de nouvelles méthodes apparaissent, les recommandations changent... La contraception d'il y a 10 ans n'est plus celle d'aujourd'hui. Il nous apparaît important voire indispensable d'adapter la formation médicale initiale et continue des sages-femmes à l'élargissement de leurs compétences dans le domaine de la contraception (la loi HPST souligne que la sage-femme, quel que soit son mode d'exercice, doit avoir acquis les compétences nécessaires pour réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, prescrire une primo contraception hormonale et poser les stérilets). Elle exige un ajustement de la formation initiale et une actualisation des actions de formation continue. Il sera nécessaire que les sages-femmes suivent une formation afin que leurs actes et leurs prescriptions soient conformes à leurs nouvelles compétences.

QUATRIEME PARTIE : ROLE DE LA SAGE-FEMME

La sage-femme occupe une place privilégiée de conseillère et de source d'informations sur la contraception auprès des femmes lors du séjour en suites de couches (mais aussi en anténatal). Ce sont en effet les sages-femmes qui prescrivent la contraception du post-partum aux femmes ayant accouché par les voies naturelles. Elles examinent aussi tous les jours les femmes césarisées et leur apportent les informations nécessaires au choix de leur méthode contraceptive. Ce sont elles qui permettront au couple de choisir la méthode qui leur convient tout en tenant compte du mode d'allaitement ou d'éventuelles pathologies gravidiques ou antérieures à la grossesse.

Lors de la visite post-natale, la sage-femme doit revoir la contraception avec la femme et la réadapter si besoin, celle prescrite à la maternité étant le plus souvent vouée à être transitoire.

Depuis la loi HPST du 21 juillet 2009, la sage-femme se voit élargir ses compétences avec la possibilité, entre autres, de poser les DIU. Ainsi, la sage-femme, par son implication grandissante dans le domaine de la contraception, aura pour but d'aider les femmes à mieux maîtriser leur fécondité. Cet élargissement des compétences offre désormais aux femmes la possibilité de consulter une sage-femme pour la prescription de la contraception, aussi en dehors de la période du post-partum.

Il est alors indispensable pour les sages-femmes de se former aux nouvelles techniques d'un point de vue théorique et pratique.

Notons que la formation continue est désormais obligatoire pour toutes les sages femmes en exercice : « Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les sages-femmes. » Article L4153-1 modifié par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 59 (V) (40).

CONCLUSION

Donner l'information et prescrire la contraception fait partie des compétences des sages-femmes. La prescription d'un contraceptif est nécessaire du fait d'un retour, parfois précoce, à la fertilité et de la reprise précoce des rapports sexuels dans la période du post-partum. La contraception du post-partum est provisoire et devra toujours être rediscutée au moment de la visite post-natale.

Dans le service de suites de couches du CHU de Nantes, la contraception du post-partum est prescrite par les sages-femmes d'une part et par les internes d'autre part. Les pratiques entre ces deux corps de métiers varient très peu malgré une population examinée aux caractéristiques différentes.

Par ailleurs, tous les moyens de contraception utilisables pendant la période du postpartum ne sont pas proposés à la patiente. Cette palette incomplète de choix contraceptif pourrait expliquer le manque de personnalisation de la prescription.

Lors de la visite post-natale, nous remarquons que 30% des femmes reviennent sans contraception. Ceci montre bien que la méthode prescrite n'était pas adaptée pour tous. Il serait intéressant de faire une étude sur les grossesses rapprochées non désirées en étudiant le parcours contraceptif de ces patientes. Cela permettrait notamment de savoir si la non observance de la contraception du post-partum a été responsable de nombreuses grossesses et avec quel moyen de contraception.

Afin de permettre aux femmes et aux couples d'avoir les moyens de maîtriser leur fécondité, et par ce fait de maîtriser leur sexualité, une information complète et tout au long de la grossesse devrait être systématiquement délivrée. C'est ici que la sage-femme possède un rôle clé.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Rossier C, Léridon H, et l'équipe COCON, Population 3-4, 2004, INED
- (2) INPES : Contraception, ce que savent les Français, juin 2007, 11p, p3
- (3) DRESS, Etudes et Résultats « Les interruptions volontaires de grossesse en 2003 », n°431, octobre 2004
- (4) INSERM-INED, enquête COCON, 2000
- (5) Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) Mise à jour en gynécologie médicale et techniques chirurgicales 2006, 336p, p41
- (6) Serfaty D., Contraception. 3ème éd. Belgique. Masson 2007 ; 543 : 1-21 ; 368-373
- (7) BOUTET G. La contraception du post-partum. *Gynécologie Obstétrique et fertilité* 2001 ; 44: 19
- (8) Robin M., Massart P., Graizeau F. et al. La contraception du post-partum : état des connaissances. *Gynécologie, Obstétrique et Fertilité* 2008 ; 56 : 48-52
- (9) World Health Organization, 1992. International Statistical Classification of Diseases, and Related Health Problems: Tenth revision vol 1, *World Health Organization Geneva* 1992
- (10) Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de santé. Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme ; décembre 2004 ; 47p
- (11) Graesslin O, Dedecker F, Grolier F and al. Patch, anneaux, implants...: les nouvelles contraceptions hormonales. Mises à jour en Gynécologie Obstétrique, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, Vigot, 2004, p.209-32
- (12) OMS http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_10.15_eng.pdf site consulté le 14/09/2010
- (13) Truitt ST et al. Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 2
- (14) World Health Organization Special Programme. Effects of hormonal contraceptives on milk volume and infant growth. *Contraception* 1984; 30: 505–521
- (15) Faculty of Family Planning and Reproductive Health. CareContraceptive choices for breastfeeding women. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2004 Jul;30(3):181-9; quiz 189

- (16) RICE CF coll. 1996; Ovarian activity and vaginal bleeding pattern with a desogestrel only preparation three different doses. *Hum. Repr.* 11 ; 4 ;737-740
- (17) Organisation mondiale de la santé. Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale. Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives. 2nd ed. Genève: OMS; 2002
- (18) Blondel B, Supernant K, Du Mazaubrun C and al. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2003: résultats des enquêtes nationales périnatales. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2006;35:373–387
- (19) RCP Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. *Anaes* 2004 : p 116.
- (20) Cwiak C., Gellasch T., Ziemann M. Peripartum contraceptive attitudes and practices *Contraception* 2004 ; 70 (5) : 383-386
- (21) Glasier A.F, Logan J., McGlew T.J. Who gives advice about postpartum contraception? *Contraception* 1996 ; 53 (4) : 217-220
- (22) Rice C.F., et al. A comparison of the inhibition of ovulation achieved by desogestrel 75 micrograms and levonorgestrel 30 micrograms daily *Hum Reprod* 1999 ; 14 (4) : 982-985
- (23) Kennedy K.I., Short R.V., Tully M.R. Premature introduction of progestin-only contraceptive methods during lactation *Contraception* 1997 ; 55 (6) : 347-350
- (24) Vasilakis C., Jick H., del Mar Melero-Montes M. Risk of idiopathic venous thromboembolism in users of progestagens alone *Lancet* 1999; 354 (9190): 1610-1611
- (25) Diaz S, et al. Fertility regulation in nursing women. IX. Contraceptive performance, duration of lactation, infant growth, and bleeding patterns during use of progesterone vaginal rings, progestin-only pills, Norplant implants, and Coppers T 380-A intrauterine devices *Contraception* 1997; 55 (6): 347-350
- (26) CNGOF, Contraception du post-partum. In : Protocoles en gynécologie-obstétrique. 2007, Masson : Paris. p. 206-7
- (27) Barjot P., La contraception du post-partum et du post-abortum *Rev Prat* 2008; 58 (1): 65
- (28) Oddsson K., et al. Efficacy and safety of a contraceptive vaginal ring (NuvaRing) compared with a combined oral contraceptive: a 1-year randomized trial *Contraception* 2005 ; 71 (3) : 176-182
- (29) Smallwood G.H., et al. Efficacy and safety of a transdermal contraceptive system *Obstet Gynecol* 2001 ; 98 (5 Pt 1) : 799-805

- (30) Tillier M, L'information sur l'implant contraceptif en suite de couches, mémoire pour le diplôme d'état, Dijon, 2010. p50
- (31) Riney S, O'Shea B, Forde A. Etonogestrel implant as a contraceptive choice; patient acceptability and adverse effect profile in a general practice setting. *Ir Med J.* 2009 Jan;102 (1):24-5
- (32) Reinprayoon D., et al. Effects of the etonogestrel-releasing contraceptive implant (Implanon) on parameters of breastfeeding compared to those of an intrauterine device *Contraception* 2000 ; 62 (5) : 239-246
- (33) Diaz S. Contraceptive implants and lactation *Contraception* 2002 ; 65 (1) : 39-46
- (34) Kapp N, Curtis KM. Intrauterine device insertion during the postpartum period : a systematic review *Contraception* 2009 Oct : 80 (4) : 327-36
- (35) Chen BA., et al. postplacental or delayed insertion of the lévonorgestrel intrauterine device after vaginal delivery: a randomized controlled trial *Obstet Gynecol* 2010 Nov; 116 (5): 1079-87
- (36) Hight-Laukaran V., et al. Multicenter study of the lactational amenorrhea method (LAM): II. Acceptability, utility, and policy implications *Contraception* 1997; 55 (6): 337-346
- (37) Kennedy K.I., Visness C.M. Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea *Lancet* 1992; 339 (8787) : 227-230
- (38) Speroff L., Mishell DR Jr. The postpartum visit : it's time for a change in order to optimally initiate contraception *Contraception* 2008 Aug; 78 (2): 90-8
- (39) <http://www.infoforhealth.org/pr/prf/fj48edsum.shtml> site consulté le 19/12/2010
- (40) <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020897454&cidTexte=LEGITEXT000006072665> site consulté le 05/01/2011

ANNEXES

Annexe 1 : LOI N° 2001-588 DU 4 JUILLET 2001 RELATIVE À L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE ET À LA CONTRACEPTION

(extrait du Journal officiel du 7 juillet 2001)

Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception NOR : MESX0000140L

Article 26

« Chapitre III

« Stérilisation à visée contraceptive »

« Art. L. 2123-1. - La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure. Elle ne peut être pratiquée que si la personne majeure intéressée a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences.

Cet acte chirurgical ne peut être pratiqué que dans un établissement de santé et après une consultation auprès d'un médecin.

Ce médecin doit au cours de la première consultation :

- informer la personne des risques médicaux qu'elle encourt et des conséquences de l'intervention ;
- lui remettre un dossier d'information écrit.

Il ne peut être procédé à l'intervention qu'à l'issue d'un délai de réflexion de quatre mois après la première consultation médicale et après une confirmation écrite par la personne concernée de sa volonté de subir une intervention.

Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer cet acte à visée contraceptive mais il doit informer l'intéressée de son refus dès la première consultation. »

Article 27

Après l'article L. 2123-1 du même code, il est inséré un article L. 2123-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 2123-2. - La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure. Elle ne peut être pratiquée sur une personne majeure dont l'altération des facultés mentales constitue un handicap et a justifié son placement sous tutelle ou sous curatelle que lorsqu'il existe une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement.

L'intervention est subordonnée à une décision du juge des tutelles saisi par la personne concernée, les père et mère ou le représentant légal de la personne concernée.

Le juge se prononce après avoir entendu la personne concernée. Si elle est apte à exprimer sa volonté, son consentement doit être systématiquement recherché et pris en compte après que lui a été donnée une information adaptée à son degré de compréhension. Il ne peut être passé outre à son refus ou à la révocation de son consentement.

Le juge entend les père et mère de la personne concernée ou son représentant légal ainsi que toute personne dont l'audition lui paraît utile.

Il recueille l'avis d'un comité d'experts composé de personnes qualifiées sur le plan médical et de représentants d'associations de personnes handicapées. Ce comité apprécie la justification médicale de l'intervention, ses risques ainsi que ses conséquences normalement prévisibles sur les plans physique et psychologique.

Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article. »

Annexe 2 : grille de recueil de données dans le service de suites de couches

Professionnel responsable 1. Sage-femme 2. Interne 3. GO **Nom** (3 lettres)

Sexe 1. Homme 2. Femme

N°IPP

Date de naissance de la mère |__| |__| |__|

Date d'accouchement |__| |__| |__|

Age gestationnel en SA |__|+|__|

Vie maritale 1. Célibataire 2. Mariée 3. Divorcée 4. Veuve

Vie en couple 1. Oui 2. Non

CSP notée sur le dossier

1. Agriculteurs 2. Artisans 3. Cadres supérieurs 4. Prof. Inter.
5. Employés 6. Ouvriers 7. Etudiants 8. Sans profession

ATCD familiaux K sein K ovaire K colon K utérus

AVC Phlébite HTA Diabète

Grossesse avec échec de contraception : 1. Oui (nom)..... 2. Non 3. Non renseigné

AMP 1. Stimulation 2. FIV 3. ICSI **Cause** : Ovulaire Hormonale

4. Don ovocyte Mécanique Masculine

1. Sperme du conjoint 2. Donneur

Contraception antérieure la grossesse

Aucune <input type="checkbox"/>	Anneau <input type="checkbox"/>	0. Absence <input type="checkbox"/>
OP <input type="checkbox"/>	Patch <input type="checkbox"/>	1. Méthode hormonale <input type="checkbox"/>
Micro progestatif <input type="checkbox"/>	Préservatif <input type="checkbox"/>	2. Méthode barrière <input type="checkbox"/>
Macro progestatif <input type="checkbox"/>	Spermicide <input type="checkbox"/>	3. DIU <input type="checkbox"/>
DIU cuivre <input type="checkbox"/>	Méthodes naturelles <input type="checkbox"/>	4. Méthodes naturelles <input type="checkbox"/>
DIU Mirena <input type="checkbox"/>	
Implant <input type="checkbox"/>	Non renseigné <input type="checkbox"/>	

Nom du produit

ATCD gynéco

1. Endométriose 2. Dystrophie ovarienne 3. K sein 4. Malformation utérine

5. Patho cervicale 6. Patho endométriale 7. Fibromes

ATCD médicaux

HTA Patho cardiovasculaire Diabète Hypercholestérolémie Thrombose

Patho hépatobiliaire Insuffisance rénale Infection Lupus

TT chronique interagissant avec contraception Céphalées sévères Drépanocytose

Troubles de la coagulation Autre

Tabac avant la G 1. Oui cig/jour |__| 2. Non

Tabac pendant la G 1. Oui cig/jour |__| 2. Non

Gestité

Nbre FCS Nbre IVG..... Nbre IMG..... Nbre GEU Nbre MFIU

Parité

Date acct 1 |___|___|___|

Date acct 3 |___|___|___|

Date acct 2 |___|___|___|

Date acct 4 |___|___|___|

Taille **Poids avant grossesse** **Poids en fin de grossesse**

Pathologie gravidique pendant cette grossesse

HTA Pré-éclampsie Hellp syndrome
Cholestase Thrombose Diabète gestationnel HIC TTT 1. Régime 2. Insuline

Mode d'acct 1. AVB 2. Césarienne **Sexe de l'enfant** 1. M 2. F

Allaitement à la sortie 1. AM nombre de tétées/24h..... 2. AA
nombre de mois prévus 3. A Mixte

Traitement d'inhibition de la lactation : 1. Bromokin 2. Vasobral 3. Dostinex 4. Doperpine

Durée préconisée (jours)

Date de sortie |___|___|___|

Contraception prescrite à la sortie

Aucune : non souhaitée <input type="checkbox"/> non prescrite <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Micro progestatif <input type="checkbox"/> Macro progestatif <input type="checkbox"/> DIU cuivre <input type="checkbox"/> DIU Mirena <input type="checkbox"/> Implant <input type="checkbox"/>	Anneau <input type="checkbox"/> Patch <input type="checkbox"/> Préservatif <input type="checkbox"/> Spermicide <input type="checkbox"/> Méthodes naturelles <input type="checkbox"/> Non renseigné <input type="checkbox"/>	0. Absence <input type="checkbox"/> 1. Méthode hormonale <input type="checkbox"/> 2. Méthode barrière <input type="checkbox"/> 3. DIU <input type="checkbox"/> 4. Méthodes naturelles <input type="checkbox"/>
--	---	--

Nom du produit

Délai préconisé pour commencer (en jours) A partir de (date) |___|___|___|

Contraception pour la visite post-natale

Aucune : non souhaitée <input type="checkbox"/> non prescrite <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Micro progestatif <input type="checkbox"/> Macro progestatif <input type="checkbox"/> DIU cuivre <input type="checkbox"/> DIU Mirena <input type="checkbox"/> Implant <input type="checkbox"/>	Anneau <input type="checkbox"/> Patch <input type="checkbox"/> Préservatif <input type="checkbox"/> Spermicide <input type="checkbox"/> Méthodes naturelles <input type="checkbox"/> Prévision stérilisation <input type="checkbox"/> Non renseigné <input type="checkbox"/>	0. Absence <input type="checkbox"/> 1. Méthode hormonale <input type="checkbox"/> 2. Méthode barrière <input type="checkbox"/> 3. DIU <input type="checkbox"/> 4. Méthodes naturelles <input type="checkbox"/>
--	---	--

Nom du produit

VPN prévue avec.....

Annexe 3 : grille de recueil de données à la visite post-natale

Date VPN | | | | |

Retour de couche 1. Oui 2. Non

Allaitement à la VPN 1. AM 2. AA 3. A Mixte

Contraception prise au moment de la consultation post-natale

Aucune : non souhaitée <input type="checkbox"/> non prescrite <input type="checkbox"/>	Anneau <input type="checkbox"/> Patch <input type="checkbox"/>	0. Absence <input type="checkbox"/> 1. Méthode hormonale <input type="checkbox"/>
OP <input type="checkbox"/>	Préservatif <input type="checkbox"/>	2. Méthode barrière <input type="checkbox"/>
Micro progestatif <input type="checkbox"/>	Spermicide <input type="checkbox"/>	3. DIU <input type="checkbox"/>
Macro progestatif <input type="checkbox"/>	Méthodes naturelles <input type="checkbox"/>	4. Méthodes naturelles <input type="checkbox"/>
DIU cuivre <input type="checkbox"/>	
DIU Mirena <input type="checkbox"/>	Non renseigné <input type="checkbox"/>	
Implant <input type="checkbox"/>		

Nom du produit

Contraception bien supportée 1. Oui 2. Non pourquoi

Contraception prescrite suite à la consultation post-natale

Aucune : non souhaitée <input type="checkbox"/> non prescrite <input type="checkbox"/>	Anneau <input type="checkbox"/> Patch <input type="checkbox"/>	0. Absence <input type="checkbox"/> 1. Méthode hormonale <input type="checkbox"/>
OP <input type="checkbox"/>	Préservatif <input type="checkbox"/>	2. Méthode barrière <input type="checkbox"/>
Micro progestatif <input type="checkbox"/>	Spermicide <input type="checkbox"/>	3. DIU <input type="checkbox"/>
Macro progestatif <input type="checkbox"/>	Méthodes naturelles <input type="checkbox"/>	4. Méthodes naturelles <input type="checkbox"/>
DIU cuivre <input type="checkbox"/>	
DIU Mirena <input type="checkbox"/>	Prévision stérilisation <input type="checkbox"/>	
Implant <input type="checkbox"/>	Non renseigné <input type="checkbox"/>	

Nom du produit

Nécessité d'une autre consultation pour pose DIU 1. Oui 2. Non

Nécessité d'une autre consultation pour pose implant 1. Oui 2. Non

LA CONTRACEPTION DU POST-PARTUM :
ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES DANS LE SERVICE DE SUITES DE COUCHES
ET A LA VISITE POST-NATALE AU CHU DE NANTES

RESUME

Le nombre d'interruptions volontaires de grossesses nous interpelle quant à la bonne utilisation des méthodes contraceptives. C'est pourquoi la grossesse est un moment propice pour informer les femmes sur les différents moyens de contraception disponibles.

Ce travail s'appuie donc sur une étude prospective dans le service de suites de couches du CHU de Nantes sur la contraception prescrite à la sortie de la maternité ; puis lors de la visite post-natale.

Il apparaît alors que les prescriptions délivrées par les sages-femmes et les internes sont similaires : certaines méthodes dominant alors que d'autres sont peu ou jamais prescrites.

Au moment de la visite post-natale, nous constatons que l'observance est mauvaise pour 1/3 des femmes.

Afin de pallier à ce constat, nous préconisons de mettre l'accent sur l'information concernant la contraception du post-partum en répétant les interventions à différents moments et de manière personnalisée : pendant la grossesse et en suites de couches et de fournir des supports écrits afin d'aider les femmes à faire leur choix et à les guider dans celui-ci.

MOTS CLES : contraception, post-partum, visite post-natale, prescription, recommandations