

**Faculté de Médecine
Ecole de Sages-femmes**

2015-2016

**L'OBSERVANCE DE LA CONTRACEPTION
PAR MICROPROGESTATIFS ORAUX DANS
LE POST-PARTUM**

Présenté et soutenu publiquement le 2 mai 2016

par

Alexia WOLTER

Mémoire dirigé par Isabelle TESSIER
Sage-femme
Hôpital de la Mère et de l'Enfant à Limoges

Remerciements

Je tiens à remercier :

Mme Marie-Noëlle VOIRON, directrice de l'école de sages-femmes de Limoges et guidante de ce mémoire

Mme Isabelle TESSIER, sage-femme à l'Hôpital Mère-Enfant de Limoges et directrice de ce mémoire

Toute l'équipe enseignante de l'école de sages-femmes de Limoges et notre chère secrétaire ;

Les nombreuses sages-femmes qui ont su me guider à travers nos conversations ;

Les étudiantes sages-femmes de cinquième année

Mes très chers amis et ma formidable famille.

Table des matières

INTRODUCTION	8
MATERIEL ET METHODE	12
1.1. Type d'étude	12
1.2. La population	12
1.3. Recueil des données	12
1.4. Variables	13
1.4.1. Les variables quantitatives	13
1.4.2. Les variables qualitatives	13
1.5. Exploitation des données	14
RESULTATS	16
2.1. L'étude menée.....	16
2.2. Caractéristiques de la population étudiée	17
2.3. L'observance de la contraception	18
2.4. Description de l'observance de la méthode contraceptive dans le post-partum	21
2.5. Antécédents contraceptifs et observance	23
2.5.1. Données générales.....	23
2.5.2. Données spécifiques aux 169 femmes qui ont débuté leur contraception dans le post-partum.....	24
2.6. Influence de l'observance d'une contraception orale antérieure sur l'observance de la contraception dans le post-partum	25
DISCUSSION.....	Erreur ! Signet non défini.
3.1. Points forts et limites de l'étude	27
3.2. Réponses aux objectifs de l'étude.....	28
3.2.1. Objectif principal.....	28
3.2.2. Objectif secondaire.....	31
3.3. Propositions d'amélioration	33
3.3.1. Interrogatoire auprès de la patiente	33
3.3.2. Fiche récapitulative	34
CONCLUSION	36
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
ANNEXES	

Table des illustrations

Figure 1: Commencement de la contraception prescrite lors du séjour à la maternité.....	19
Figure 2: Commencement de la contraception 21 jours après l'accouchement parmi celles qui l'ont débuté dans le post-partum	19
Figure 3: Raisons invoquées par les 48 patientes pour ne pas avoir débuté leur contraception 21 jours après leur accouchement.....	20
Figure 4: Plus d'un oubli et/ou retard de prise de comprimés supérieur à 12 heures par les patientes qui ont débuté la contraception dans le post-partum (169 patientes).....	21
Figure 5: Raisons invoquées par les 24 patientes pour justifier les oublis et/ou les retards dans l'observance de la contraception.....	22

Tables des tableaux

Tableau I: Les différentes caractéristiques de la population étudiée	17
Tableau II: Antécédent de contraception par pilule orale chez les 201 patientes de l'étude...	23
Tableau III: Qualité de l'observance chez les 176 patientes qui ont déjà utilisé une pilule orale contraceptive.....	23
Tableau IV: Antécédent de contraception par pilule orale chez les 169 patientes qui ont débuté leur contraception dans le post-partum	24
Tableau V: Qualité de l'observance chez les 154 patientes qui ont déjà utilisé une pilule orale contraceptive.....	24

INTRODUCTION

INTRODUCTION

D'après les nouvelles recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur la contraception dans le post-partum, aucune contraception hormonale ne peut être débutée en sortant de la maternité. La pilule microprogestative, habituellement prescrite quand une méthode hormonale est souhaitée, ne peut être débutée qu'au 21^{ème} jour qui suit l'accouchement. **(1)**

La pilule orale microprogestative est une méthode contraceptive très utilisée. Elle existe sous deux formes : Cerazette® à base de désogestrel et Microval® à base de lévonorgestrel. Elles peuvent être utilisées toutes les deux dans le post-partum en étant débutées 21 jours après l'accouchement, que la femme allaite ou non. Si la pilule est débutée au-delà de 28 jours, une méthode contraceptive non hormonale devra être utilisée pendant les 7 premiers jours de prise et il faudra éliminer une éventuelle grossesse.

Pour Cerazette®, chaque comprimé doit être pris à la même heure, sans interruption de prise. En cas d'oubli inférieur à 12 heures, le comprimé oublié doit être pris de suite et le comprimé suivant à l'heure habituelle. Si l'oubli est supérieur à 12 heures, le même schéma est à reproduire mais il faut une contraception barrière pendant 7 jours. En cas de rapport dans les 3 jours précédant l'oubli ou dans les 5 jours qui suivent, une contraception d'urgence doit être envisagée car le risque de grossesse est présent. **(2)**

En ce qui concerne Microval®, chaque comprimé doit être pris à heure fixe. En cas d'oubli, la démarche est identique à celle de Cerazette® mais la durée de l'oubli ne doit pas dépasser 3 heures. Sinon, une méthode contraceptive barrière doit être associée à la pilule pendant 7 jours. **(3)**

Pour chaque femme qui souhaite à la sortie de la maternité une pilule orale microprogestative, une information détaillée doit être délivrée. Elle doit contenir les modalités d'instauration et d'utilisation (prise, oubli, contraception d'urgence, ...) mais aussi les possibles troubles associés (aménorrhée, spotting, ...). **(1)**

Le choix d'une méthode contraceptive va dépendre de l'allaitement choisi, du risque thromboembolique qui persiste jusqu'à six semaines après l'accouchement, des éventuelles pathologies survenues pendant la grossesse (l'hypertension gravidique, le diabète gestationnel, une phlébite, ...) et des antécédents personnels et familiaux de la femme.

La méthode choisie doit aussi répondre aux attentes de la patiente, à ce qu'elle souhaite car si la méthode ne lui convient pas, l'observance sera moins bonne. **(1)**

Les périodes de transition contraceptive (avec changement, arrêt ou reprise de la contraception) telles que le post-partum sont des périodes à risque d'échec contraceptif. En effet, la période de l'accouchement est l'occasion pour les femmes de réaliser un changement de leurs habitudes contraceptives. Les repères s'en trouvent donc bouleversés. Le risque de développer une grossesse est donc bien présent. **(4)**

Du fait des nouvelles préoccupations maternelles, le retour à la sexualité se fait de manière progressive. L'éventualité d'une nouvelle grossesse n'est donc pas une question que se posent les femmes venant d'accoucher. Le choix d'une contraception adaptée à la femme ne semble pas être la priorité dans le post-partum et donc l'observance sera compromise.

La contraception est reléguée au second plan et la reprendre à distance de l'accouchement peut se révéler difficile. Ce délai s'ajoute aux contraintes habituelles en cas de prise d'une contraception orale (une prise quotidienne, à heure fixe, avec possibilité d'oubli et de retard) ce qui favorise la non-observance de la contraception dans le post-partum. **(5) (6)**

Des études déjà menées à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant (HME) à Limoges ont montré que le choix de la méthode progestative orale comme contraception est souvent une prescription systématique en fin de séjour et non une prescription en accord avec les désirs de la femme et/ou du couple.

Pourtant, une contraception choisie et acceptée par la femme peut garantir une meilleure observance de cette méthode contraceptive. Toutefois, il est des cas où la prescription est guidée par les désirs de la femme mais l'utilisation de la contraception peut se montrer alors en inadéquation avec ses habitudes de vie.

Les méthodes les plus efficaces ne sont donc pas toujours celles qui conviennent à la femme : des problèmes de gestion au quotidien peuvent amener à des erreurs, des oublis voir à l'abandon de la méthode. **(7)**

Les études qui ont été menées à l'HME ont été réalisées avant les nouvelles recommandations de la HAS de 2013. De ce fait, aucune étude n'a encore évalué l'influence du délai de 3 semaines préconisé par la HAS sur l'observance de la contraception orale par microprogestatifs.

Ce délai de 3 semaines concernant la prise de la pilule microprogestative dans le post-partum influence-t-il l'observance de cette méthode contraceptive ?

A partir de cette problématique, l'étude a permis de réaliser un état des lieux des modalités de suivi des prescriptions par les femmes après leur accouchement.

L'objectif principal de l'étude a été de décrire l'influence du délai de 21 jours sur l'observance de la prise de la pilule microprogestative dans le post-partum.

L'objectif secondaire a été de mettre en évidence les difficultés de la reprise, 21 jours après l'accouchement, de la contraception orale par microprogestatifs.

RECHERCHE ET METHODE

MATERIEL ET METHODE

1.1. Type d'étude

L'étude menée était une étude descriptive transversale monocentrique par questionnaire téléphonique.

Il s'agit d'une étude exhaustive sur trois mois (de mi-juin à mi-septembre).

1.2. La population

La population étudiée est composée des patientes ayant eu une prescription de microprogestatifs oraux au cours du séjour en maternité entre mi-juin et mi-septembre 2015.

Seules les femmes majeures, de nationalité française et parlant français, et qui ont reçu une prescription de microprogestatifs oraux ont été incluses dans l'étude.

Les femmes mineures et ne parlant pas français étaient exclues de l'étude ainsi que celles ayant choisi une méthode contraceptive autre que la pilule orale microprogestative dans le post-partum. Les femmes ayant eu une interruption médicale de grossesse ou une mort fœtale in utero étaient également exclues du recrutement.

Sur trois mois, cela représentait 212 femmes.

1.3. Recueil des données

Le recueil des données s'est fait à partir du dossier obstétrical des patientes et à l'aide d'un questionnaire présenté aux femmes lors d'un entretien téléphonique réalisé deux mois après leur accouchement.

Pour obtenir l'accord des patientes à la participation de cette étude, chaque patiente a été rencontrée à la maternité.

Une fiche récapitulative de l'étude leur a été remise à ce moment et un accord écrit signé a permis de les recontacter.

1.4. Variables

1.4.1. Les variables quantitatives

Les variables quantitatives étaient : l'âge, la gestité et la parité.

Ces variables ont permis de décrire la population étudiée.

1.4.2. Les variables qualitatives

En ce qui concerne les variables qualitatives :

- la catégorie socioprofessionnelle,
- la situation familiale,
- les antécédents gynécologiques, obstétricaux, médicaux et chirurgicaux,
- les antécédents familiaux,
- les éventuelles dépendances,
- le déroulement de l'accouchement,
- le mode d'allaitement.

Ces dernières ont permis de décrire le profil de chaque patiente.

Les différents entretiens téléphoniques ont permis de savoir si le traitement contraceptif a été débuté ou non, et si oui, à quel moment.

Si la contraception n'a pas été débutée ou débutée au-delà du délai de 3 semaines, les raisons de cette non-reprise ou de ce retard ont été investiguées par différents items proposés à la femme (délai des 21 jours trop important, pas de reprise des rapports sexuels, etc.).

Si la contraception a été correctement débutée, les éventuelles difficultés de prise de la pilule microprogestative ont été recherchées en proposant différentes raisons possibles aux patientes (inadaptée au quotidien de la femme, effets secondaires non tolérés, etc.).

Les antécédents contraceptifs de la femme ainsi que les antécédents de difficultés de prise d'une contraception orale ont été également investigués.

1.5. Exploitation des données

Le logiciel Statview® a été utilisé pour l'analyse statistique des données recueillies lors des différents appels téléphoniques ainsi qu'à la consultation des dossiers médicaux des patientes (Filemaker®).

Les variables quantitatives ont permis d'élaborer des moyennes et les variables qualitatives des pourcentages et des effectifs. Ces pourcentages ont été comparés entre eux à l'aide du test statistique du Chi 2 an analyse univariée (avec un risque alpha choisi à 5% soit p inférieur à 0,05 et des effectifs toujours supérieurs à 5).

RESULTATS

RESULTATS

2.1. L'étude menée

Le recrutement des patientes s'est effectué de mi-juin à mi-septembre 2015 auprès des patientes qui ont reçu une prescription pour une pilule orale microprogestative à la sortie de la maternité. Ces patientes sont au nombre de 201.

Hormis les exclusions de patientes selon les critères précédemment définis :

- 13 patientes ont refusé de participer à l'étude ;
- 1 était atteinte de surdité ;
- 23 n'ont pas été rencontrées en chambre lors du passage à la maternité.

212 patientes ont alors été recrutées pour participer à l'étude. Néanmoins, 11 d'entre elles ont été considérées comme « perdues de vue » après trois appels téléphoniques sans réponse.

Au final, le nombre total de patientes participant à l'étude est de 201.

2.2. Caractéristiques de la population étudiée

Tableau I: Les différentes caractéristiques de la population étudiée

Caractéristiques	Population (N=201)
Age moyenne (écart-type)	29,34 (5,03)
Gestité moyenne (écart-type)	2,47 (1,53)
Parité moyenne (écart-type)	1,74 (0,91)
MODE DE VIE :	
Vie en couple % (nombre)	94,53 (190)
Vie chez parents/beaux-parents % (nombre)	2,49 (5)
Vie seule % (nombre)	2,49 (5)
Vie chez son frère % (nombre)	0,50 (1)
Profession exercée % (nombre)	89,55 (180)
ETUDES :	
Jusqu'au Brevet % (nombre)	3,98 (8)
Secondaire % (nombre)	27,36 (55)
Supérieur % (nombre)	67,66 (136)
Etudes toujours en cours % (nombre)	1,00 (2)
DEPENDANCES :	
Tabac avant la grossesse % (nombre)	39,80 (80)
Tabac pendant la grossesse % (nombre)	23,88 (48)
Alcool pendant grossesse % (nombre)	0,50 (1)
ALLAITEMENT :	
Allaitement maternel % (nombre)	56,74 (114)
Allaitement artificiel % (nombre)	38,81 (78)
Allaitement mixte % (nombre)	4,48 (9)

Sur l'ensemble de notre population :

- l'âge moyen est de **29,34 ans** (avec un écart-type de 5,03) ;
- la moyenne de la gestité est de **2,47 grossesses** (écart-type de 1,53) et la parité est en moyenne de **1,74 grossesses** par patiente (écart-type de 0,91) ;
- **94,53 %** des patientes, soit 190 femmes, vivent en couple ; les autres vivent seules, chez leurs parents ou beaux-parents ou chez leur frère ;
- Concernant leur profession, **89,55 %**, soit 180 femmes, exercent un métier en dehors de la grossesse ;
- L'étude du niveau d'étude des patientes montre que 8 d'entre elles (**3,98 %**) ont étudié jusqu'au brevet des collèges ; les études pour 136 patientes (**67,66 %**) ont été jusqu'à l'enseignement supérieur et 55 femmes sont allées jusqu'au secondaire (**27,36 %**) ; 2 patientes soit **1 %**, ont toujours leurs études en cours.
- Au sujet des dépendances, **39,80 %** des femmes déclarent fumer avant la grossesse (80 patientes) mais seulement **23,88 %** soit 48 femmes fument encore pendant la grossesse ; une patiente (**0,50 %**) déclare avoir consommé de l'alcool pendant la grossesse ;
- A la sortie de la maternité, la majorité des patientes, **56,74 %** (114 femmes), ont choisi l'allaitement maternel comme alimentation pour leur enfant ; **38,81 %** (78 femmes) ont choisi un allaitement artificiel et pour 9 patientes soit **4,48 %**, c'est l'allaitement mixte qui a été préféré.

2.3. L'observance de la contraception

La contraception prescrite à la sortie de la maternité a été débutée par **84,08 %** des femmes soit 169 femmes. **15,92 %** (32 femmes) n'ont donc pas du tout commencé la prise de leur pilule microprogestative.

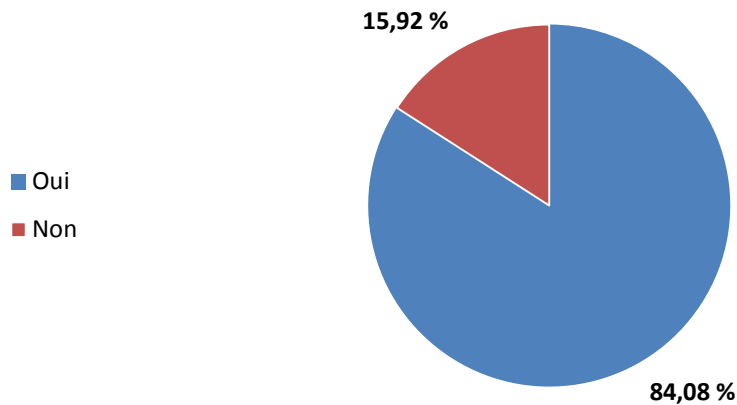


Figure 1: Commencement de la contraception prescrite lors du séjour à la maternité

Parmi les 169 femmes qui ont débuté leur contraception, la proportion de patientes qui ont réellement commencé leur pilule 21 jours après leur accouchement, comme la prescription l'indique à la sortie de la maternité, est de **90,53 %** (153 patientes).

En revanche, **9,47 %**, soit 16 patientes, l'ont commencé au-delà du délai préconisé par la HAS.

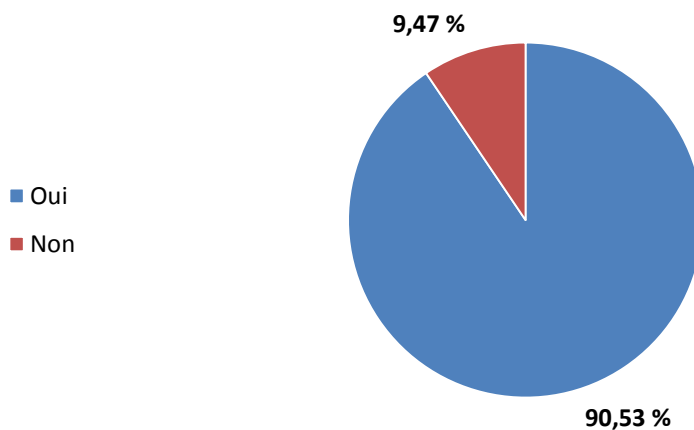


Figure 2: Commencement de la contraception 21 jours après l'accouchement parmi celles qui l'ont débuté dans le post-partum

Parmi les réponses évoquées par les 48 patientes qui, soit n'ont pas commencé la contraception, soit qui l'ont commencé au-delà des 21 jours, les principales raisons évoquées sont :

- Pour 21 patientes, **la non reprise des rapports sexuels**.
Sur ces 21 patientes, 5 femmes ont tout de même débuté leur contraception à la reprise des rapports mais au-delà du délai de 21 jours. A l'inverse, les 16 autres patientes ne l'avaient pas du tout débuté durant la période du post-partum.
- Pour 11 femmes, un **oubli de la date de commencement**.
Néanmoins, la pilule microprogestative a toujours été débutée mais au delà du délai recommandé.
- Pour 8 patientes, le **souhait d'une autre contraception**. Ces femmes n'ont jamais débuté la contraception prescrite
- Pour 6 femmes, une **contraception qui ne leur convenait pas**. Ces dernières ont changé spontanément de méthode contraceptive sans débiter la pilule prescrite.
- Pour 2 femmes, leur **situation actuelle sans conjoint**.

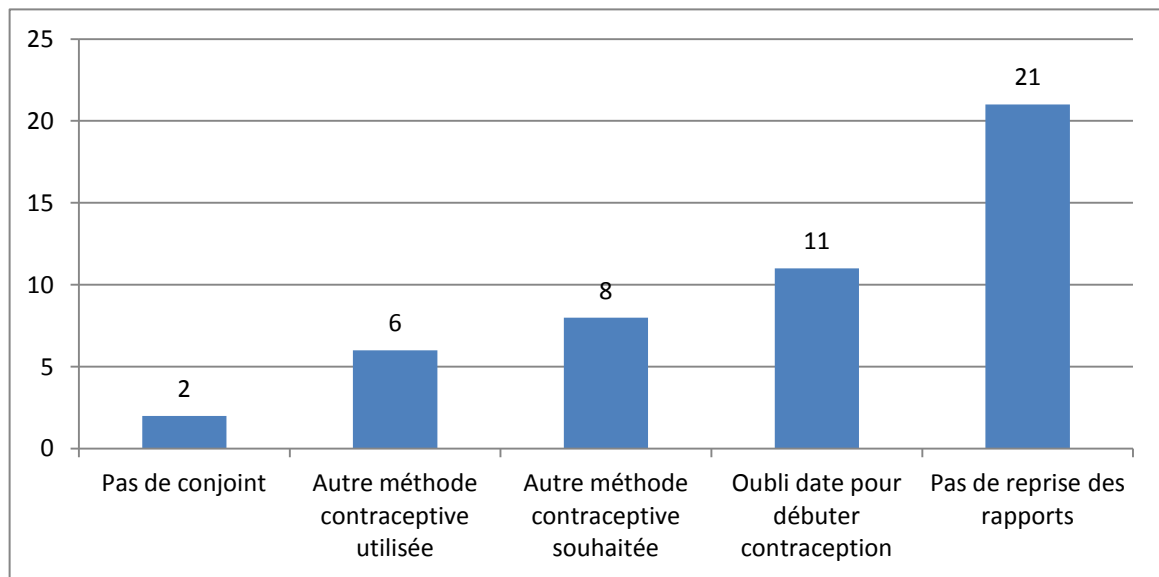


Figure 3: Raisons invoquées par les 48 patientes pour ne pas avoir débuté leur contraception 21 jours après leur accouchement

2.4. Description de l'observance de la méthode contraceptive dans le post-partum

Pour comprendre les difficultés rencontrées par les patientes concernant l'observance de leur contraception, les éventuels oublis et/ou retards de prise de comprimés ont été recherchés.

Ainsi, il en est ressorti que **85,80 %** des 169 femmes interrogées (qu'elles aient bien débuté leur contraception à 21 jours ou au-delà), soit 145 patientes, n'ont pas eu plus d'un oubli ou d'un retard supérieur à 12 heures. On considère alors que l'observance de la contraception est bonne.

Les 24 autres patientes (**14,20 %**) décrivent à l'inverse plus d'un oubli de prise d'un comprimé ou plus d'un retard supérieur à 12 heures. L'observance est donc qualifiée de mauvaise.

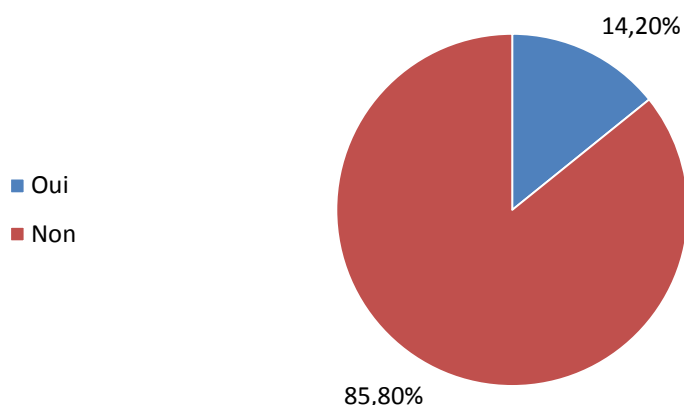


Figure 4: Plus d'un oubli et/ou retard de prise de comprimés supérieur à 12 heures par les patientes qui ont débuté la contraception dans le post-partum (169 patientes)

Chez les 24 patientes qui ont eu une observance de leur contraception qualifiée de « mauvaise », la principale raison évoquée pour justifier ces oublis et/ou ces retards est **l'inadéquation de la méthode contraceptive avec le quotidien**. En effet, pour **20 patientes**, la prise chaque jour à heure fixe d'un comprimé est difficile à associer au quotidien (reprise du travail pour certaines, rythme du nouveau-né, autres enfants au domicile, ...).

Pour **3 patientes**, la prise d'une pilule microprogestative dans le post-partum est compliquée car c'est une **contraception qu'elles n'ont pas choisi** à la sortie de la maternité.

2 d'entre elles estiment que le choix d'une contraception est restreint après un accouchement et que la pilule orale avec des microprogestatifs était plus « un choix par défaut » qu'un véritable choix. Quant à la troisième patiente, elle évoque une contraception « imposée », une contraception qu'elle ne souhaitait pas mais qu'on lui a fortement recommandée.

Pour **une patiente**, l'observance de la méthode contraceptive était mauvaise car cette dernière décrit des **effets secondaires**, notamment des spotings, qui la gênaient au quotidien. Après de nombreux oublis de prises de comprimés, cette patiente avait décidé d'arrêter d'elle-même sa contraception au moment de l'appel téléphonique.

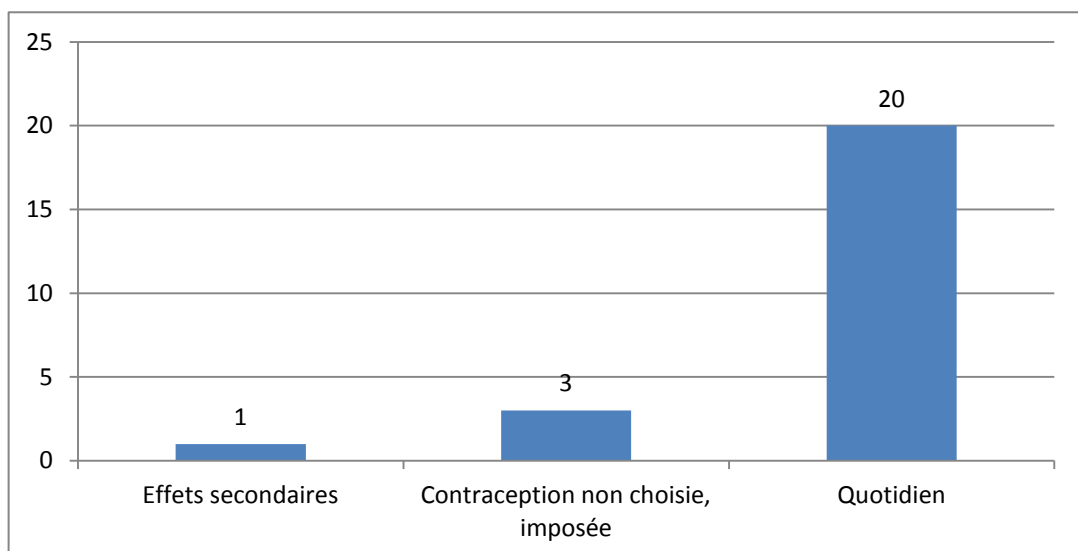


Figure 5: Raisons invoquées par les 24 patientes pour justifier les oublis et/ou les retards dans l'observance de la contraception

2.5. Antécédents contraceptifs et observance

2.5.1. Données générales

L'antécédent de prise d'une contraception orale par comprimés avant cette grossesse a été recherché.

176 patientes, soit **87,56 %** de la population étudiée, affirment avoir déjà pris une pilule orale comme moyen contraceptif. Pour 25 femmes (**12,44 %**), cette contraception n'a jamais été utilisée.

Tableau II: Antécédent de contraception par pilule orale chez les 201 patientes de l'étude

Antécédent de prise d'une contraception orale ?	Oui	Non
Effectif % (nombre)	87,56 % (176)	12,44 % (25)

Chez les 176 femmes qui ont déjà utilisé la pilule contraceptive avant cette grossesse, il apparait que 89 patientes (**50,57 %**) ont connu des oublis de prise de comprimé ou des retards de prise de plus de 12 heures. Les 87 autres femmes (**49,43 %**) estiment avoir eu une bonne observance de leur pilule contraceptive sans oublis ou retards supérieurs à 12 heures.

Tableau III: Qualité de l'observance chez les 176 patientes qui ont déjà utilisé une pilule orale contraceptive

Antécédent d'oublis et/ou de retards supérieurs à 12 heures ?	Oui	Non
Effectif % (nombre)	50,57 % (89)	49,43 % (87)

2.5.2. Données spécifiques aux 169 femmes qui ont débuté leur contraception dans le post-partum

Parmi les 169 femmes qui ont débuté leur contraception dans le post-partum (à 21 jours ou au-delà), il apparaît que 15 femmes (**8,88 %**) n'ont jamais utilisé la pilule orale comme contraception avant leur grossesse alors qu'une majorité d'entre elles, 154 patientes (**91,12 %**), l'ont déjà prise.

Tableau IV: Antécédent de contraception par pilule orale chez les 169 patientes qui ont débuté leur contraception dans le post-partum

Antécédent de prise d'une contraception orale ?	Oui	Non
Effectif % (nombre)	8,88 % (15)	91,12 % (154)

En ce qui concerne l'observance de cette méthode contraceptive utilisée avant la grossesse, 78 des 154 patientes (**50,65 %**) estiment avoir eu une bonne observance de leur contraception sans oubli de prise de comprimé ou retards de prise supérieurs à 12 heures. A l'inverse, 76 femmes (**49,35 %**) reconnaissent avoir connu des oublis ou des retards de plus de 12 heures dans la prise quotidienne de leur comprimé contraceptif.

Tableau V: Qualité de l'observance chez les 154 patientes qui ont déjà utilisé une pilule orale contraceptive

Antécédents d'oublis et/ou de retards supérieurs à 12 heures ?	Oui	Non
Effectifs % (nombre)	49,35 % (76)	50,65 % (78)

2.6. Influence de l'observance d'une contraception orale antérieure sur l'observance de la contraception dans le post-partum

Pour connaître l'influence d'une ancienne contraception orale par pilule, ainsi que de son observance, sur la prise d'une pilule microprogestative dans le post-partum, des comparaisons de fréquences ont été effectuées à l'aide du test statistique du Chi-2.

Il est alors apparu que le fait d'avoir pris antérieurement une pilule contraceptive n'est pas en lien avec :

- Le respect du commencement à 21 jours de la pilule microprogestative dans le post-partum ($p = 0.6112$) ;
- Une bonne observance (sans oubli de prise et/ou retard de prise supérieur à 12 heures) ($p = 0.3812$).

En revanche, il existe un lien entre une bonne observance de la contraception antérieure et une bonne observance pour la prise de la contraception dans le post-partum ($p = 0.0005$).

Il est important de préciser que des comparaisons sur les caractéristiques générales (âge, gestité, niveau d'études, etc.) ont été effectuées entre les femmes qualifiées d'« observantes » et celles « non-observantes » mais aucune différence significative n'a été mise en évidence. Il n'y a donc pas de profil spécifique aux femmes observantes ou non.

DISCUSSION

DISCUSSION

3.1. Points forts et limites de l'étude

Le taux de participation à l'étude, soit 201 patientes, est un point fort important de l'étude qui a été menée. Malgré les exclusions, les refus de participation et les femmes qui n'ont pu être rencontrées, la population source était de 212 patientes. 11 femmes ont donc été perdues de vue, ce qui semble raisonnable compte-tenu du nombre de femmes rappelées au final.

De plus, le recrutement réalisé directement à la maternité a permis de créer un lien avec les patientes. Ainsi, lors des appels téléphoniques, les patientes savaient qui était leur interlocuteur et la discussion s'amorçait plus facilement.

Néanmoins, il faut évoquer un biais de mémorisation dans cette étude car les appels téléphoniques avaient lieu environ deux mois après la rencontre à la maternité. Ce biais est cependant faible car au final, le délai entre le commencement de la pilule contraceptive et l'appel téléphonique est inférieur à deux mois (5 semaines).

Il existe un autre biais possible : l'appel en lui-même. En effet, on peut se demander si les patientes, sachant qu'elles allaient être recontactées pour évaluer l'observance de la pilule microprogestative, n'ont pas été plus observantes. Toutefois, ce biais semble faible car lors de la plupart des entretiens téléphoniques, les femmes semblaient avoir oublié que cet appel devait avoir lieu.

Malgré une population source relativement importante, il semble nécessaire d'avoir des effectifs plus importants pour avoir des résultats significatifs. Une étude à plus grande échelle pourrait permettre d'avoir des résultats plus précis.

3.2. Réponses aux objectifs de l'étude

3.2.1. Objectif principal

L'objectif principal de l'étude était de décrire l'influence du délai de 21 jours sur l'observance de la prise de la pilule microprogestative dans le post-partum.

Dans un premier temps, c'est le commencement ou non de la pilule microprogestative à 21 jours qui a été recherché. Ainsi, 48 femmes sur les 201 patientes ont soit débuté leur contraception après le délai préconisé ou soit ne l'ont jamais prise dans le post-partum. Les raisons de cette non-prise ou de la prise en décalé ont été investiguées.

Il apparaît ainsi que le délai de trois semaines pour débiter la contraception, entraînant **un oubli de la date de commencement**, n'est pas la seule raison citée par les patientes pour justifier le retard de prise. En effet, cette raison n'est citée que dans 22,92 % des cas, la principale raison étant à 43,75 % **la non reprise des rapports. Le souhait d'une autre contraception** (16,67 %), une **contraception non adaptée** (12,5 %) et une **situation personnelle sans conjoint** (4,16 %) sont les autres causes du non-commencement de la contraception 21 jours après l'accouchement.

Une grande majorité des femmes interrogées (153 patientes) ont bien débuté leur contraception à 21 jours mais il reste une proportion non négligeable de femmes qui ne débute pas leur contraception ou qui la débute au-delà des 21 jours s'exposant ainsi à un risque de grossesse. Il semble important d'insister sur ce point dès la maternité car les patientes ne semblent pas avoir conscience qu'en ne commençant pas leur contraception ou en la commençant après 21 jours sans une autre méthode contraceptive avant, elles peuvent risquer une nouvelle grossesse.

A Limoges, un guide de la maternité est remis aux patientes lors de leur séjour. Il récapitule toutes les informations importantes relatives à l'enfant et à la mère sur différents sujets et la contraception y est abordée.

Malgré une information complète et précise, il n'est pas fait mention des conduites à tenir à adopter en cas d'oubli dans la prise d'un comprimé ou si la contraception n'est pas débutée à 21 jours. Ces conseils sont parfois évoqués au moment de la sortie mais ils sont noyés au milieu de beaucoup d'autres informations que nous pouvons imaginer plus importantes pour les patientes au moment du retour à domicile.

Le souhait d'une autre contraception et une contraception non adaptée, ayant conduit à un changement spontané de la méthode contraceptive, sont évoqués par certaines patientes. Malgré un choix restreint dans la contraception après un accouchement, nous pensons que la prescription de la pilule orale microprogestative n'était pas adaptée à ce que désirait la patiente.

Il semble important que la patiente choisisse sa méthode contraceptive avec les conseils d'un professionnel de santé, ici la sage-femme. Si la patiente est impliquée activement dans le choix de sa contraception, une plus grande satisfaction et une meilleure utilisation de la contraception en ressort et l'efficacité pratique est améliorée. (8)

Différents modèles de consultations ont été proposés pour que le professionnel de santé accompagne au mieux la patiente dans le choix d'une contraception. Celui élaboré par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est d'avantage retenu par les professionnels : la **méthode BERCER**.

Le modèle BERCER divise une consultation en 6 étapes :

- **Bienvenue** : c'est un temps d'accueil où le professionnel présente le déroulement de la consultation ;
- **Entretien** : le professionnel recueille les informations relatives à la patiente, à ses sentiments, ses besoins, ses souhaits, ses doutes ;
- **Renseignement** : le professionnel délivre une information claire, hiérarchisée, compréhensible et sur mesure à la patiente ;
- **Choix** : la décision finale appartient à la patiente, selon sa situation de famille, ses préférences, la possibilité de respecter l'observance ;

- **E**xplication : discussion autour de la méthode choisie et de son emploi, sa manipulation, ses effets secondaires, la conduite à tenir en cas d'oubli...
- **R**etour : avec les consultations de suivi permettant l'évaluation de la méthode et son utilisation, l'adaptation si besoin. **(9)**

Il reste évident que le temps imparti au choix d'une contraception lors du séjour en maternité n'est pas le même que celui d'une consultation. Néanmoins, l'esprit du modèle BERGER doit être conservé : être à l'écoute des souhaits, des désirs, des préférences de la patiente pour choisir la contraception la mieux adaptée.

Si la méthode choisie ne peut être mise en place que six semaines après l'accouchement, au moment de la visite post-natale, la sage-femme doit insister sur le fait qu'une autre contraception doit être utilisée en attendant sinon la femme peut s'exposer à un risque de grossesse.

La non-reprise des rapports sexuels reste l'argument avancé en majorité par les femmes pour justifier la non-observance de la méthode contraceptive (43,75 % des réponses). Cette réponse était aussi retrouvée des études dans une étude menée à Voiron (Isère) en 2013 par M. Flux. Elle montrait que 44,2 % des patientes non-observantes l'expliquaient par l'absence de reprise des rapports sexuels. **(10)**

Malgré le fait que ce chiffre se rapporte à la non-observance de la pilule contraceptive par microprogestatifs, mais aussi à l'utilisation de méthodes locales (préservatifs, spermicides), il est essentiel de noter qu'une part importante des couples ne débute les rapports sexuels que plusieurs semaines après l'accouchement.

Selon le Dr Rollini, psychiatre et sexologue, la reprise des rapports se fait en moyenne 6 à 8 semaines après l'accouchement.**(11)**

Il est donc primordial d'aborder la reprise de la sexualité avec les femmes lors du séjour à la maternité. La sage-femme doit insister sur le fait qu'une contraception est nécessaire rapidement après l'accouchement même si la patiente n'imagine pas reprendre les rapports avec son conjoint immédiatement. Quand la vie sexuelle du couple reprend, la contraception peut alors être oubliée.

La sage-femme peut également donner une information sur la contraception d'urgence à la femme : même si elle n'est pas une contraception à long terme, elle peut être une solution lorsque le couple s'expose à un risque de grossesse.

Sur les 201 patientes interrogées, aucune n'était enceinte au moment de l'appel téléphonique deux mois après l'accouchement.

3.2.2. Objectif secondaire

L'objectif secondaire était de mettre en évidence les difficultés de prise, 21 jours après l'accouchement, d'une contraception orale par microprogestatifs oraux.

Pour y répondre, l'observance de la contraception avec les retards de prise supérieurs à 12 heures ou les oublis de prise de comprimés a été investiguée auprès des patientes qui ont débuté leur pilule orale dans le post-partum (à 21 jours ou au-delà), soit 169 patientes.

24 patientes au total ont connu une observance qualifiée de « mauvaise » avec plus d'un oubli ou de retard de plus de 12 heures dans la prise de comprimés.

Pour justifier leur « mauvaise » observance, la principale raison invoquée est **l'inadéquation de la prise avec le quotidien** (83,33 % des réponses). 12,5 % des réponses évoquaient une **méthode contraceptive non choisie** et 4,17 %, des **effets secondaires trop importants**.

Comme précédemment, l'observance a été « bonne » pour une majorité des patientes interrogées mais il reste des patientes qui connaissent des difficultés dans la prise quotidienne d'un comprimé contraceptif.

23 des 24 patientes évoquent des raisons qui pourraient s'expliquer par une mauvaise prescription à la maternité.

Il semble donc primordial d'adapter au maximum la prescription à la réalité quotidienne de la femme et du couple. Comme le conseille la HAS, il est important de prescrire une méthode contraceptive choisie par la patiente, la plus adaptée et la plus acceptable pour elle selon ses préférences ainsi que celle qui permettra à la patiente d'y adhérer en fonction de sa situation et de ses habitudes de vie. **(12)**

Il faut souligner que deux patientes ont eu le sentiment d'avoir eu une contraception imposée par le professionnel de santé. Le modèle BERGER est de nouveau à mettre en avant : il va permettre de positionner la patiente au centre de la décision. Ainsi, les patientes ne seront plus passives mais actives face au choix de leur contraception et ce sentiment « d'imposer » une méthode contraceptive ne sera plus présent.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), l'ancienne HAS, avec l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) et l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) en décembre 2004 mentionnaient déjà la nécessité d'impliquer la patiente dans le choix de sa contraception.

Dans un document intitulé « Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme », l'ANAES mettait en évidence que les échecs de contraception étaient souvent expliqués par un mauvais usage de la méthode contraceptive lié ou non à des difficultés de gestion quotidienne ou à une mauvaise connaissance de l'utilisation de la méthode. **(13)**

Il y est également mentionné que lorsqu'un oubli de comprimé se renouvelle trop fréquemment avec un réel manque d'observance, il est recommandé d'envisager une autre méthode contraceptive.

Ce dernier point est important car dans notre étude, il a été démontré que la qualité de l'observance d'une pilule orale avant la grossesse influence la qualité de l'observance de la contraception par microprogestatifs oraux dans le post-partum.

Pour prescrire une contraception par pilule orale, il ne faut donc pas seulement se référer à un antécédent de prise d'une pilule contraceptive. Il faut rechercher avec la patiente les éventuels oublis, leur fréquence, les circonstances de survenue. Le professionnel de santé est présent pour donner des conseils sur la prise au quotidien, réfléchir avec la patiente à l'horaire le plus adapté vis-à-vis de ses activités. Mais il est également là pour aborder les problèmes d'observance et réorienter le choix initial de contraception si besoin. (9)

3.3. Propositions d'amélioration

3.3.1. Interrogatoire auprès de la patiente

La prescription d'une pilule orale microprogestative doit être une prescription réfléchie : c'est une méthode contraceptive simple d'utilisation mais qui est contraignante au quotidien. L'efficacité pratique de la pilule dépend de l'observance de cette dernière au quotidien, pouvant ainsi différer énormément de l'efficacité théorique de la méthode.

Il est donc important d'investiguer l'observance d'une contraception par pilule orale, actuelle ou d'une ancienne prise : l'étude *Fecond* de 2010 (mené par l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) et l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM)) montre que 56 % des femmes qui utilisent une contraception prennent une pilule mais seulement 34% d'entre elles affirment avoir une bonne observance de leur méthode contraceptive. (14)

A la maternité, avant de prescrire une pilule microprogestative, la sage-femme doit essayer de se renseigner sur les antécédents contraceptifs de la patiente et notamment les antécédents de pilule orale. Mais, elle doit également porter son attention sur leur observance. Si elle juge que l'observance était mauvaise pour une ancienne contraception orale, elle ne doit pas hésiter à investiguer les circonstances de survenue des oublis et le cas échéant, orienter le choix de la patiente vers une autre méthode contraceptive, une méthode locale dans ce cas.

3.3.2. Fiche récapitulative

La nécessité d'informer les patientes sur l'importance d'avoir une contraception efficace rapidement après un accouchement semble aussi un point important à améliorer. L'étude a montré qu'une part non négligeable des patientes débutait leur contraception au-delà des 21 jours conseillés voire ne la débutait pas du tout. Le risque de grossesse est donc réellement présent pour ces femmes.

Une des possibilités d'action serait de remettre à chaque patiente recevant une prescription pour une pilule microprogestative une fiche d'informations récapitulative où les différentes conduites à tenir y seraient détaillées.

Cette fiche pourrait prendre la forme soit d'une feuille simple à donner avec l'ordonnance pour la pilule orale soit d'une fiche à intégrer au guide de la maternité au niveau de la contraception après accouchement (Annexe III).

Sur cette fiche se trouvent des rappels sur la prise quotidienne d'une pilule microprogestative, des conseils en cas de retard de prise d'un comprimé inférieur à 12 heures ou supérieur à 12 heures. On trouve également des conseils pour les femmes qui ne débutent pas leur contraception ou qui la débutent après le délai de 21 jours. Ces conseils reprennent surtout un message important : sans contraception efficace, une grossesse est possible même après un accouchement.

La contraception d'urgence y est également abordée.

CONCLUSION

CONCLUSION

L'observance de la contraception dans les deux mois qui ont suivi l'accouchement semble similaire voire supérieure aux données de la littérature et aux études menées dans d'autres maternités : 66,50 % des femmes étaient observantes de leur méthode contraceptive sur la même période en 2011 à Limoges (5) et 66,50 % l'étaient également à Voiron en 2013 (10).

153 patientes, soit 76,12 % de la population source, ont bien commencé leur contraception 21 jours après l'accouchement et ont eu une observance qualifiée de bonne. Pour les 48 autres patientes, la non-observance de la pilule microprogestative (soit par non commencement de la contraception à 21 jours soit par des oublis et des retards de prise quotidienne de comprimés) a été investiguée pour en rechercher les principales causes.

Ainsi, la principale raison invoquée pour ne pas débiter la contraception au délai prescrit est la non-reprise des rapports sexuels. L'oubli de la date de commencement de la pilule contraceptive n'est que la seconde raison invoquée, oubli engendré par le délai de 3 semaines entre l'accouchement et le début de la prise de la contraception.

Au final, 11 patientes sur les 201 interrogées ont réellement un défaut d'observance qui peut être imputé au délai de 21 jours préconisé par la HAS en 2013 (sur les recommandations de l'ANAES de 2004) (9). Cette proportion de femmes est plutôt minime par rapport à la population étudiée et aux autres raisons citées.

Certaines causes invoquées par les patientes notamment l'inadéquation de la contraception avec le quotidien, une contraception non choisie ou le choix d'une autre méthode contraceptive montre une prescription à la sortie de la maternité non adaptée à la patiente.

Il semble important que la sage-femme adapte la prescription de la contraception : cette dernière « doit être adaptée à chaque femme et choisie avec elle, en fonction de sa réalité quotidienne » (9). Le temps de discussion avec la patiente lors du séjour en suites de couches est peu important du fait des autres préoccupations de la mère (relatives notamment à l'enfant) et des durées de séjour de plus en plus courtes. Pourtant, il est essentiel d'investiguer avec la patiente ses antécédents contraceptifs, leur observance et les attentes qu'elle a de cette contraception. Le modèle BERCER peut être utilisée pour aider à la prescription.

De cette manière, la sage-femme a une place centrale dans la prescription d'une méthode contraceptive adaptée et efficace pour la femme à la sortie de la maternité. De part ses nouvelles fonctions, ses connaissances et son rôle important auprès de la femme après un accouchement, la sage-femme est le professionnel de santé le mieux placé pour conseiller personnellement une femme dans le choix d'un contraceptif adapté.

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

1. Contraception chez la femme en post-partum [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2015 [cité 25 févr 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1369193/fr/contraception-chez-la-femme-en-post-partum
2. Résumé des caractéristiques du produit - Cerazette [Internet]. AFMPS - Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé. 2013 [cité 28 mars 2015]. Disponible sur: <http://bijsluiters.fagg-afmps.be/?localeValue=fr>
3. Résumé des caractéristiques du produit - Microval [Internet]. ANSM - Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. 2013 [cité 28 mars 2015]. Disponible sur: <http://agenceprd.anism.sante.fr/php/ecodex/frames.php?specid=68486929&typedoc=R&ref=R0221005.htm>
4. Lajarthe N. Echec de contraception du post-partum et IVG: quelles sont les femmes à risque ? [Limoges]: S.C.D. de l'Université; mémoire DE sage-femme ; 2000.
5. Emereau M. L'observance de la contraception prescrite et/ou conseillée au cours des premiers mois du post-partum. [Limoges]: S.C.D. de l'Université; mémoire DE sage-femme ; 2011.
6. LERIDON Henri, MOREAU Caroline, BAJOS Nathalie. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? [Internet]. Institut National d'Etudes Démographiques. 2004 [cité 15 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/pourquoi-le-nombre-d-avortements-n-a-t-il-pas-baisse-en-france-depuis-30-ans/>
7. Grousset M-C. Echecs de la contraception et IVG. [Limoges]: S.C.D. de l'Université; mémoire DE sage-femme ; 2013.
8. Comment aider une femme à choisir sa contraception [Internet]. INPES - Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. 2013 [cité 31 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/20000/resultats-google.asp?q=contraception&submit=Envoyer>
9. Contraception - Rapport d'élaboration [Internet]. Haute Autorité de Santé - Contraception : prescriptions et conseils aux femmes. 2013 [cité 31 mars 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes
10. Flux M. Observance de la contraception du post-partum: causes de non-observance, satisfaction de l'information reçue sur la contraception. [Grenoble]: Université Joseph Fourier; mémoire DE sage-femme ; 2013.
11. Rollini C. L'évaluation sexologique dans le post-partum. Journée de périnéologie; 2009.

12. Contraception: prescriptions et conseils aux femmes [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2015 [cité 31 mars 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes
13. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme [Internet]. Choisir Sa Contraception. 2004 [cité 31 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.choisirsacontraception.fr/pro/contraception-mieux-la-personnaliser.htm>
14. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. 2010 [cité 31 mars 2016]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/contraception-france-nouveau-contexte-nouvelles-pratiques/>

ANNEXES

Annexe I : Fiche d'information et de consentement remise à la patiente

Bonjour Madame,

Je m'appelle Alexia Wolter, je suis actuellement étudiante à l'école de sage-femme de Limoges.

Je prépare un mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme. Mon sujet porte sur les difficultés pour reprendre une contraception après un accouchement quand il s'agit d'une pilule orale contraceptive.

Vous avez reçu une prescription par la sage-femme d'une pilule dite microprogestative à débiter trois semaines après l'accouchement.

Je souhaite donc savoir si vous accepteriez de participer à mon étude et si je peux vous recontacter par téléphone pour vous poser quelques questions environ deux mois après votre accouchement.

Si vous êtes d'accord, merci de compléter la fiche de consentement qui est jointe à cette lettre. Toutes les informations recueillies seront retranscrites de manière à respecter votre anonymat.

Je me tiens à votre disposition si vous souhaitez d'autres informations complémentaires à mon adresse mail : alexia.wolter@gmail.com.

Je vous remercie par avance.

Alexia Wolter

Je, soussignée _____ autorise Alexia Wolter à me recontacter par
téléphone au _____ deux mois après mon accouchement (qui a eu lieu le
_____) pour un entretien téléphonique.

Annexe II : Questionnaire de l'étude

Informations relatives à la patiente à récupérer dans le dossier :

- L'âge
- La gestité et la parité
- La catégorie socio-professionnelle
- La situation familiale
- Les antécédents gynécologiques, obstétricaux, médicaux et chirurgicaux de la patiente
- Les antécédents familiaux
- Les dépendances : tabac, alcool, ...
- L'accouchement : déroulement de la grossesse, mode d'accouchement, difficultés
- Le mode d'allaitement

Informations à récupérer durant l'entretien téléphonique :

- Avez-vous débuté la prise de la pilule orale contraceptive microprogestative ?
 Oui Non

- L'avez-vous commencé 21 jours après l'accouchement comme indiqué sur l'ordonnance ?
 Oui Non

SI NON DEBUTEE ou DEBUTEE AU DELA DE 21 JOURS

- Pourquoi ne pas avoir pris la contraception ?
Pourquoi l'avoir commencé au-delà des 21 jours conseillés ?
 - Délai de 21 jours trop important
 - Pas reprise des rapports
 - Autres méthodes contraceptives utilisées
 - Autres préoccupations
 - Autre

SI DEBUTEE 21 JOURS APRES L'ACCOUCHEMENT

- La prise de la contraception est-elle marquée par des oublis et/ou des retards ?

Oui

Non



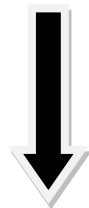
- Pourquoi la prise quotidienne de la pilule orale est-elle difficile ?
 - Inadaptée par rapport au quotidien (famille, couple)
 - Effets secondaires de la contraception comme des spotings ou une aménorrhée
 - Inadaptée à vos attentes (contraception non choisie)
 - Autre.....

POUR TOUTES LES FEMMES

- Avez-vous déjà pris une pilule orale contraceptive avant cette grossesse ?

Oui

Non



SI ANTECEDENT DE PILULE ORALE

- Avez-vous déjà eu des oublis et/ou des retards lors de la prise de votre ancienne pilule ?

Oui

Non

Annexe III : Proposition de fiche d'informations pour les patientes à la maternité

Pilule contraceptive à débiter 21 jours après l'accouchement

- ↪ Tous les jours sans interruption
- ↪ Toujours à la même heure

Si un comprimé est oublié :

Si le délai d'oubli est inférieur à 12 heures

- ↪ Prendre le comprimé oublié immédiatement et continuer la prise des comprimés habituels
- ↪ Il n'y a pas de risque de grossesse

Si le délai d'oubli est supérieur à 12 heures

- ↪ Prendre le comprimé oublié immédiatement et continuer la prise des comprimés habituels
- ↪ Une autre méthode contraceptive telle que des préservatifs doit être utilisée les 7 jours suivants
- ↪ Si un rapport a eu lieu dans les 5 jours précédant l'oubli, une contraception d'urgence doit être envisagée (disponible en pharmacie) car le **risque de grossesse est présent**

Si la contraception n'a pas été débutée au 21^{ème} jour :

- ↪ La contraception peut être débutée au-delà du délai de 21 jours mais des préservatifs doivent être utilisés les 7 premiers jours, le temps que la pilule contraceptive soit efficace
- ↪ Une autre méthode doit être utilisée dès le 21^{ème} jour car le **risque de grossesse peut exister** à la reprise des rapports sexuels

Dés le 21^{ème} jour qui suit l'accouchement, l'ovulation est possible et une grossesse peut alors survenir

→ Une contraception efficace est donc nécessaire ←

RESUME

La contraception par microprogestatifs oraux est une méthode possible de contraception dans le post-partum mais qui est à débiter 21 jours après l'accouchement selon les nouvelles recommandations de la Haute Autorité de Santé.

L'étude qui a été menée auprès de 201 femmes avait pour objectif de montrer l'influence du délai de 21 jours sur l'observance de la méthode contraceptive après un accouchement.

Il est ainsi apparu que malgré ce délai, la majorité des patientes ont bien débuté leur pilule contraceptive à 21 jours et n'ont pas connu d'oublis ou de retards dans la prise de comprimés.

Mots clés : Contraception, Micro-progestatifs, Observance, Post-Partum