

ECOLE DE SAGES-FEMMES
Hôpital du CLUZEAU
23, avenue Dominique LARREY
87042 LIMOGES Cedex

U.R.F de MEDECINE DE LIMOGES

L'OBSERVANCE DE LA CONTRACEPTION PRESCRITE ET/OU CONSEILLEE AU COURS DES PREMIERS MOIS DU POST-PARTUM

MEMOIRE DE FIN D'ETUDE EN VUE DE L'OBTENTION
DU DIPLOME DE SAGE-FEMME

Présenté par : EMEREAU MARINE
Née le 26 mars 1987 à TULLE

Maître de mémoire : ADAM NATHALIE

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2010-2011

SINCERES REMERCIEMENTS :

A Nathalie ADAM, mon maître de mémoire

A Mme FAURY, ma guidante

Aux enseignant(e)s de l'école

A l'ensemble du personnel de l'HME

A Cyrille CATALAN

Ainsi qu'à ma famille et mes ami(e)s.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
LA CONTRACEPTION DANS LE POST-PARTUM	2
1. LES FRANCAIS ET LA CONTRACEPTION	2
1.1. Le « paradoxe contraceptif » français	2
1.2. Le post-partum : période de transition contraceptive	3
2. LES RECOMMANDATIONS NATIONALES	5
2.1. Lors de la période prénatale	5
2.2. Lors des suites de couches	6
3. L'HOPITAL DE LA MERE ET DE L'ENFANT (HME) : LES TEMPS RESERVES A L'INFORMATION ET A LA PRESCRIPTION DE LA CONTRACEPTION DU POST-PARTUM	8
3.1. La période prénatale et les possibilités d'accès à l'information	8
3.2. Les suites de couches et l'examen de sortie en maternité	8
3.3. La visite post-natale.....	10
3.4. Quelques observations.....	11
4. OBSERVANCE DE LA CONTRACEPTION DU POST - PARTUM	12
4.1. Contraception et politique de santé	12
4.2. La pratique médicale et la pratique réelle des femmes	13
PROTOCOLE DE RECHERCHE	15
1. JUSTIFICATION DE L'ETUDE	15
1.1. Constat.....	15
1.2. Problématique	15
1.3. Objectifs et hypothèses de recherche	15
2. METHODOLOGIE	16

2.1. Le type d'étude réalisée	16
2.2. La population étudiée	16
2.2.1. La population cible	16
2.2.2. La population source : l'échantillon	17
2.3. Les variables étudiées	17
2.4. Le recueil des données	19
2.5. Le questionnaire (Annexe 2)	20
2.6. Le temps nécessaire pour l'étude	20
2.7. Le pré-test	21
2.8. La stratégie d'exploitation	21
2.9. Les autorisations nécessaires	21
2.10. Les personnes ressources	21

RESULTATS DE LA RECHERCHE 22

1. LA POPULATION « SOURCE », PRESENTATION ET CARACTERISTIQUES 22

1.1. L'étude en chiffre	22
1.2. Présentation générale	22
1.2.1. Age	22
1.2.2. Parité	22
1.2.3. Situation familiale	22
1.2.4. Catégorie socio économiques	23
1.2.5. Mode d'accouchement	23
1.2.6. Etat périnéal à l'accouchement	23
1.2.7. Mode d'allaitement	24
1.3. Pratiques contraceptives antérieures	25
1.3.1. Méthode contraceptive antérieure	25
1.3.2. Méthode contraceptive utilisée en post-partum (antérieurement)	25
1.3.3. Oublis contraceptifs	25
1.3.4. Echecs contraceptifs	26
1.4. Informations et conseils délivrés sur la période périnatale	26
1.4.1. Périodes d'intervention et circonstances d'intervention	26
1.4.2. Fréquence sur la période périnatale	27
1.4.3. Professionnels de santé concernés	27
1.4.4. Satisfaction	27
1.4.5. Informations extra médicales	27
1.5. La contraception au cours des quatre premiers mois du post-partum	28
1.5.1. Lors du séjour en suites de couches	28
1.5.2. Lors de la visite post-natale	29

1.6. L'observance de la contraception	30
1.6.1. Observance sur les quatre premiers mois du post-partum	31
1.6.2. Motifs de « non observance »	32
1.7. Nouvelle grossesse débutée.....	33
2. LES FEMMES OBSERVANTES, LES FEMMES « INOBSERVANTES », CARACTERISTIQUES ET DIFFERENCES ENTRE CES DEUX POPULATIONS	34
2.1. Présentation générale	34
2.1.1. Age	34
2.1.2. Parité	35
2.1.3. Situation familiale	35
2.1.4. Catégorie socio économique.....	36
2.1.5. Mode d'accouchement	36
2.1.6. Etat périnéal à l'accouchement.....	37
2.1.7. Mode d'allaitement.....	37
2.2. Pratiques contraceptives antérieures.....	39
2.2.1. Méthode contraceptive antérieure	39
2.2.2. Méthode contraceptive utilisée en post-partum (antérieurement	40
2.2.3. Oublis contraceptifs.....	41
2.2.4. Echecs contraceptifs.....	41
2.3. Informations et conseils délivrés sur la période périnatale	42
2.3.1. Périodes d'intervention et circonstances d'intervention	42
2.3.2. Fréquence sur la période périnatale.....	44
2.3.3. Professionnels de santé concernés.....	44
2.3.4. Satisfaction.....	45
2.3.5. Informations extra médicales.....	46
2.4. La contraception au cours des quatre premiers mois du post-partum	47
2.4.1. Lors du séjour en suites de couches	47
2.4.2. Lors de la visite post-natale	48
DISCUSSION	50
1. REPONSES AUX OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE RECHERCHE	50
1.1. Objectif principal et hypothèse principale	50
1.2. Objectifs secondaires et hypothèses secondaires	54
1.2.1. Hypothèse secondaire n°1 : Personnalisation.....	54
1.2.2. Hypothèse secondaire n°2 : Satisfaction.....	55
1.2.3. Hypothèse secondaire n°3 : Fréquence de l'information	56

1.2.4. Hypothèse secondaire n° 4 : Principale motif de « non observance	56
2. LA POPULATION DE FEMMES « INOBSERVANTES	59
2.1. Les principales caractéristiques de la population.....	59
2.1.1. Caractéristiques de la population.....	59
2.1.2. Antécédents contraceptifs	59
2.1.3. Informations reçues	59
2.1.4. Contraception dans le post-partum.....	60
2.2. Les facteurs influençant l'observance	60
2.2.1. Situation familiale	60
2.2.2. Mode d'accouchement	60
2.2.3. Oublis contraceptifs.....	61
2.2.4. Informations et conseils délivrées lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.....	61
2.2.5. Recours aux informations extra médicales	62
2.3. Comparaisons et liens avec des études antérieures.....	62
2.3.1. Les femmes à risque d'IVG dans le post-partum	62
2.3.2. Les femmes à risque de grossesses rapprochées	63
3. VALIDITE DE L'ETUDE	63
3.1. Points forts.....	63
3.2. Points faibles	64
4. REMARQUES ET IMPRESSIONS AU COURS DE LA REALISATION DU QUESTIONNAIRE	65
4.1. Concernant les informations et conseils prodigués.....	65
4.2. Concernant la contraception.....	66
5. PROPOSITIONS	66
 CONCLUSION.....	 70
REFERENCES	71
BIBLIOGRAPHIE.....	73
ANNEXES	76
Annexe 1 : Protocole contraception du post-partum Pôle Mère Enfant LIMOGES.....	76
Annexe 2 : Information aux patientes	79
Annexe 3 :Questionnaire	80

INTRODUCTION

Aujourd'hui, la contraception constitue un enjeu majeur dans la prévention des interruptions volontaires de grossesse et le contrôle des naissances.

Le post-partum, période de « transition contraceptive », est particulièrement propice aux échecs et abandons de contraception. En effet, selon diverses études, une difficulté non négligeable à gérer la contraception au cours de cette période persiste.

La contraception du post-partum comporte certaines spécificités.

Informier, conseiller et par la suite prescrire constituent, pour les professionnels de santé, des actions délicates et parfois difficiles à planifier sur la période périnatale.

La sage-femme, de part ses compétences et son champ d'action, est l'une des professions de santé la plus à même d'intervenir dans ce domaine.

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer l'observance de la contraception par les femmes au cours des quatre mois qui suivent l'accouchement et par conséquent, de connaître leur pratique réelle en matière de contraception lors du retour au domicile.

Cette étude tente également de mettre en évidence certaines caractéristiques de la population de femmes « non observantes » ainsi que les éléments pouvant influencer le suivi de la contraception au cours de cette période. Ceci afin de pouvoir trouver des solutions et agir.

Dans une première partie, la contraception du post-partum sera abordée à travers ses particularités, sa mise en pratique, ses modalités de prescription et les recommandations faites à cet égard.

Dans une seconde partie, le protocole de recherche sera détaillé.

Dans une troisième partie, les résultats de l'étude seront présentés.

Enfin, une dernière partie sera consacrée à l'analyse des résultats en réponse aux hypothèses de recherche et à la mise en évidence des forces et faiblesses de l'étude, sa validité. Elle permettra également de proposer une discussion sur les possibilités d'améliorer l'observance au cours des premiers mois du post-partum en s'appuyant sur les éléments pouvant avoir une influence sur cette observance.

**LA CONTRACEPTION
DANS LE POST-PARTUM**

1. LES FRANÇAIS ET LA CONTRACEPTION

1.1. Le « paradoxe contraceptif » français

Depuis le vote de la loi Neuwirth en 1967, les méthodes contraceptives ont connu une large diffusion. Actuellement, la France est l'un des pays d'Europe et du monde où les taux d'utilisation et de diffusion de la contraception sont les plus élevés. Selon le baromètre santé 2005 de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), trois femmes sur quatre en âge de procréer et sexuellement actives utilisent un moyen de contraception soit environ 75% des femmes (1).

Cependant, la France se trouve dans une situation paradoxale. En effet, malgré cette diffusion massive de la contraception, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) se stabilise depuis plusieurs années à un niveau élevé (légèrement supérieur à 200 000 IVG/an) et augmente dans certaines tranches d'âge, particulièrement chez les mineures et les moins de vingt ans (2), (3), (4). Deux grossesses non prévues sur trois surviennent chez des femmes qui déclarent utiliser un moyen de contraception au moment de la conception (1).

La stabilité des taux d'IVG traduit également une hausse du nombre de femmes ayant recours à l'avortement en cas de grossesse non prévue. L'âge moyen des femmes au moment de la naissance de leur enfant a reculé et le « bon moment pour être mère » n'apparaît que lorsque divers paramètres sont réunis (relation stable, situation professionnelle sûre,..) (1).

L'évolution du statut des femmes, la nécessité de « programmer » le moment opportun pour une naissance déterminent ce phénomène de maternité choisie, un phénomène de plus en plus marqué de nos jours (5).

Mais cette situation préoccupante s'expliquerait en partie par une gestion difficile et approximative de la contraception au quotidien (stéréotypes, idées reçues, lacunes,...) et un recours encore inégal à la contraception d'urgence. Et il est à noter que c'est au cours de périodes de « transition contraceptive » comme le constitue le post-partum en particulier, que les femmes sont le plus exposées au risque d'échec de la contraception (1).

Une femme sur deux ayant eu recours à une IVG avait changé de situation contraceptive dans les six mois précédant le rapport conduisant à interrompre cette grossesse (5).

1.2. Le post-partum : période de transition contraceptive

Le post-partum est communément divisé en deux périodes :

- Le post-partum immédiat situé avant le retour de couches (0 à 2 mois après l'accouchement).
- Le post-partum à moyen terme jusqu'à 12 mois après l'accouchement (3 à 12 mois après l'accouchement).

Suite à une naissance, un changement des habitudes contraceptives est fréquemment constaté et ceci après un temps relativement long de suspension de toutes méthodes. Les repères sont bouleversés, les préoccupations sont autres.

S'ajoutent à cela une sexualité souvent hésitante, un retour de couches difficilement prévisible et la réapparition de cycles ovulatoires plus ou moins rapide.

Les paramètres physiologiques et anatomiques se normalisent progressivement pendant cette période.

Le retour à une sexualité épanouissante nécessite un temps d'adaptation variable pour chaque couple. En moyenne, la reprise des rapports sexuels survient dans les cinq semaines suivant l'accouchement. A la fin du premier mois du post-partum, environ 60% des couples ont eu au moins un rapport sexuel (6).

Le recours à un moyen de contraception et notamment durant la période du post-partum immédiat n'est pas forcément désiré du fait des diverses difficultés rencontrées (psychologiques, anatomiques, hormonales,..).

Les nombreuses préoccupations et les nouvelles occupations empêchent fréquemment d'anticiper la reprise des rapports sexuels et la question de la contraception.

Ces particularités du post-partum sont autant de paramètres qui s'ajoutent et rendent cette période critique et propice à l'échec contraceptif.

La survenue d'une nouvelle grossesse au cours de cette période constitue une situation clinique préoccupante de par la morbidité et la mortalité périnatale qu'elle engendre.

Au cours de la période périnatale, les femmes peuvent, pour la plupart d'entre elles, avoir recours à deux sources principales d'information concernant la contraception du post-partum :

- Une source personnelle (revues, documents divers, entourage, internet,...).
- Une source professionnelle (interventions des différents professionnels de la santé).

A ceci s'ajoutent indéniablement l'envie et la volonté de la part de chaque femme de s'informer sur les moyens contraceptifs possibles au cours du post-partum. Et c'est ainsi que chacune, par la suite, aura la possibilité d'adopter un mode de contraception répondant au mieux aux souhaits et exigences personnels.

Le choix d'une contraception après avoir accouché et notamment lors du séjour en suites de couches ne représente pas une priorité pour une grande majorité des femmes.

Or ce choix, s'il n'est pas effectué auparavant, doit nécessairement avoir lieu à ce moment-là. Ces femmes commencent une nouvelle vie, avec de nouvelles habitudes, des repères souvent bouleversés. Leur vie de femme et leur vie de mère vont devoir cohabiter et ceci pour la première fois pour certaines d'entre elles.

Pour toutes ces raisons, il semble d'autant plus nécessaire d'insister sur l'importance de l'information et de l'accompagnement à apporter aux accouchées.

Une enquête menée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) à la fin de l'année 2006 afin d'établir un état des lieux sur les attentes et la satisfaction des femmes ayant accouché en France métropolitaine, montrait qu'une femme sur cinq était insatisfaite des conseils et informations prodigués au cours du séjour en suites de couches. Près de quatre femmes sur dix déploraient avoir été mal préparées aux éventuels troubles du post-partum (retour de couches, pertes vaginales,...).

Plus de 10 % des femmes disaient ne pas être satisfaites des conseils et informations apportés sur la contraception du post-partum au cours du séjour et pendant le suivi post-natal (7).

Ce jugement négatif porté sur la préparation à la sortie de la maternité constitue un élément supplémentaire venant souligner l'intérêt de l'information à fournir lors du séjour.

2. LES RECOMMANDATIONS NATIONALES

2.1. Lors de la période prénatale

La Haute Autorité de santé (HAS) recommande d'informer et de sensibiliser les femmes sur le sujet durant la grossesse et si possible en couple (8). Il est conseillé d'entreprendre cette démarche lors des consultations prénatales mais également au cours des séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP).

Conseiller et informer la femme et/ou le couple sur les méthodes de contraception font partis des objectifs spécifiques à aborder en matière d'éducation et de prévention.

Actuellement, en France, un « carnet de santé maternité » doit être délivré aux femmes lors de la première consultation prénatale. Ce carnet a pour but d'instaurer et de maintenir la communication entre les différents professionnels intervenant dans le suivi de la grossesse.

De plus, il apporte diverses informations sur la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. Il contient notamment des informations spécifiques sur les méthodes contraceptives utilisables en post-partum.

2.2. Lors des suites de couches

La physiologie du post-partum et ses particularités nécessitent une adaptation adéquate et réfléchie de la contraception, ceci en tenant compte des éventuelles contre-indications, des méthodes contraceptives antérieures, de leurs tolérances et des désirs du couple en la matière.

Alors qu'actuellement il n'existe pas de réel consensus encadrant la prescription, les recommandations de la HAS constituent un support utile à la pratique des professionnels de santé (8).

Selon ces recommandations, le choix d'une méthode contraceptive appropriée dépend en particulier du mode d'allaitement choisi.

- Lors d'une alimentation artificielle :

- La prescription d'oestroprogestatifs est déconseillée pendant les trois premières semaines après l'accouchement.

- La pose d'un dispositif intra-utérin est possible dans les 48 premières heures (avec un risque d'expulsion majoré en cette période) et après les quatre premières semaines suivant l'accouchement.

- Les microprogestatifs peuvent être utilisés immédiatement après l'accouchement.

- Lors d'un allaitement maternel :

- La méthode MAMA, en respectant des conditions précises (allaitement maternel exclusif, au moins six tétées par 24 heures de plus de cinq minutes, un espacement entre deux tétées de six heures au maximum, avec persistance d'une aménorrhée stricte) est possible jusqu'à six mois après l'accouchement.

- Les oestroprogestatifs sont contre indiqués jusqu'à six mois après l'accouchement.

- L'utilisation de microprogestatifs est possible mais non recommandée et jugée inutile les premières semaines d'allaitement exclusif.

- Le recours à un dispositif intra-utérin suit les mêmes conditions qu'en l'absence d'allaitement maternel.

- Pour les femmes désirant une contraception mais ne pouvant la débiter immédiatement, le recours à une méthode complémentaire (préservatifs,..) est possible et recommandé dès trois semaines après l'accouchement.

Enfin, pour toutes les femmes, l'apport d'informations sur les méthodes contraceptives d'urgence est conseillé.

Dans le cadre de la préparation à la naissance et à la parentalité, des séances postnatales peuvent être envisagées et notamment en cas de sortie précoce de la maternité. Ces séances ont pour objectif de s'assurer des compétences développées lors du retour à domicile. Elles permettent de compléter les connaissances et d'ajuster le suivi des femmes (9). Deux séances de suivi postnatal sont prises en charge par l'assurance maladie à partir du huitième jour du post-partum jusqu'à la réalisation de l'examen postnatal obligatoire.

Avant la consultation postnatale ayant habituellement lieu six à huit semaines après l'accouchement, ces séances peuvent permettre d'apporter des informations et des conseils aux femmes n'ayant pas souhaité aborder le sujet de la contraception au cours du séjour à la maternité.

La consultation postnatale obligatoire doit répondre à divers objectifs et elle doit notamment permettre de réévaluer, de modifier ou d'aborder le mode de contraception souhaité par la femme et/ou le couple (10). En ce sens, elle représente une occasion privilégiée.

3. L'HOPITAL DE LA MERE ET DE L'ENFANT (HME) : LES TEMPS RESERVES A L'INFORMATION ET A LA PRESCRIPTION DE LA CONTRACEPTION DU POST-PARTUM

3.1. La période prénatale et les possibilités d'accès à l'information

A l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Limoges, dans le cadre du suivi de la grossesse, les femmes ont accès à une information écrite par le biais du carnet de santé maternité. Selon les sages-femmes interrogées, une information orale sur la contraception à envisager est apportée lorsque les femmes le désirent et abordent le sujet.

Lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, la contraception du post-partum est un sujet qui reste difficile à aborder. Pour la grande majorité des femmes qui choisissent d'avoir recours à ces séances, les attentes sont souvent autres. Ainsi, l'information dispensée est fréquemment succincte voir absente.

3.2. Les suites de couches et l'examen de sortie en maternité

A l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Limoges, l'information et la prescription de contraceptifs ont lieu habituellement à la fin du séjour à la maternité, lors de « l'examen de sortie » effectué la veille du retour à domicile.

Cet examen est effectué de plus en plus tôt après l'accouchement du fait de la diminution du temps d'hospitalisation. Il comprend un temps réservé à l'examen clinique de l'accouchée et un temps réservé à la transmission d'informations et de conseils concernant la mère (hygiène, contraception, vie quotidienne,..) et le nouveau-né (nursing, repos, suivi médical, allaitement,..).

Le guide de la maternité mis à la disposition des patientes pendant le séjour constitue un support écrit venant compléter l'information orale.

Depuis le mois de juin 2010, a été mis en place dans le service un protocole destiné à servir de support à la pratique clinique des sages-femmes en suites de couches. Ce dernier intitulé « **Protocole contraception du post-partum** » s'appuie sur les recommandations nationales en matière de prescription de contraception en post-partum promulguées par la Haute Autorité de Santé. L'objectif est de prescrire, dans le post-partum, une contraception adaptée à chaque patiente (Annexe 1).

Les sages-femmes en suites de couches bénéficient d'un temps restreint pour réaliser cet examen. Elles doivent cerner les priorités, informer et conseiller les accouchées et ceci en fonction du contexte, des indications et des contre-indications. L'ensemble des informations et des conseils à prodiguer est évidemment conséquent mais malheureusement difficile à condenser.

Du côté des femmes, retenir la totalité de l'information donnée est souvent impossible, celles-ci étant moins réceptives à ce moment-là, trop préoccupées pour écouter, comprendre et mémoriser. Pour ces femmes, les conseils et informations pratiques concernant leur enfant représentent en général les principales préoccupations en vue du retour à domicile.

Cependant, l'information et les conseils sur la contraception du post-partum appartiennent aux éléments primordiaux à aborder lors de cet examen.

A l'HME, la majorité des femmes reçoivent une prescription de contraceptif à la sortie de la maternité.

Le choix se porte le plus souvent sur une contraception hormonale et orale pour le post-partum immédiat et notamment les microprogestatifs.

CERAZETTE®, pour la sécurité qu'elle apporte comparée à MICROVAL®, est préférentiellement prescrite mais n'est malheureusement pas remboursée.

Les oestroprogestatifs minidosés sont plus rarement prescrits et sont utilisés chez les femmes n'allaitant pas et après arrêt de la prise de bromocriptine soit environ vingt et un jours après l'accouchement. Mais beaucoup de soignants restent encore hésitants devant cette possibilité du fait des risques thromboemboliques en cette période.

Les autres méthodes sont souvent peu détaillées, la contraception d'urgence rarement abordée, les infections sexuellement transmissibles peu exposées. Les patientes sont parfois mal renseignées sur les effets secondaires éventuels qui sont fortement dépendants de l'observance, de la tolérance et donc de l'efficacité de la contraception.

Les professionnels de santé omettent également souvent de sensibiliser les femmes au risque de grossesse possible en post-partum en leur rappelant les particularités du post-partum et la possibilité d'une ovulation pendant cette période.

De plus, il est trop fréquemment prescrit une contraception systématique, qui paraît sûre et efficace aux yeux des professionnels, sans tenir compte ou du moins pas assez du souhait de la femme, du couple, de leurs habitudes, de leur situation socio-économique et de leur sexualité.

Enfin, le support écrit que constitue le guide de la maternité mis actuellement à la disposition des femmes contient un rappel général des méthodes possibles et ne peut en aucun cas remplacer l'information orale apportée par les sages-femmes.

3.3. La visite post-natale

A l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Limoges, l'examen médical postnatal est pratiqué, en majorité, par des gynécologues. Le temps de consultation accordé ne permet pas toujours d'explorer toutes les questions des femmes et notamment dans le domaine de la contraception où l'on a encore tendance à prescrire sans réelle démarche d'aide au choix.

Le temps réservé à l'apport d'informations et de conseils sur la contraception reste minime alors que la réévaluation de la contraception et l'orientation des femmes n'ayant pas souhaité aborder le sujet lors des suites de couches constituent, à ce terme, des éléments primordiaux.

Il est à noter que les sages-femmes, pourtant habilitées à pratiquer ce contrôle lorsque la grossesse a été normale et l'accouchement eutocique, ne semblent pas être fréquemment sollicitées pour réaliser cette consultation.

3.4. Quelques observations

Si l'on interroge les femmes en suites de couches, la majorité se dit satisfaite de l'information donnée et se fie à la prescription de la sage-femme sans demander davantage de détail. Or, qui nous dit qu'une fois de retour au domicile ces femmes vont suivre la contraception prescrite et/ou conseillée ? Quelle sera la pratique réelle de ces femmes de retour au domicile ?

Car si l'on se réfère à certains chiffres publiés en France en 2006, 5 % des IVG surviendraient dans les six mois qui suivent une naissance et près de 11 000 femmes seraient concernées chaque année (11).

En ce qui concerne le CHU de Limoges :

En 2000, une étude a permis de constater que les IVG réalisées dans les douze mois après un accouchement en 1998 et 1999 représentaient 8 % des IVG totales et que celles-ci étaient essentiellement liées à l'absence de contraception durant cette période (12).

En 2003, une autre étude démontrait que seulement 27 % des femmes avaient de bonnes connaissances sur la contraception du post-partum. De nombreuses idées fausses persistaient.

De plus, en réalisant une plaquette d'information destinée aux femmes en suites de couches, on constatait que ce support écrit n'avait pas amélioré de façon significative les connaissances des femmes sur le sujet (13).

Enfin, il n'est pas rare de rencontrer en suites de couches des femmes dont la grossesse est survenue dans les douze mois suivant une naissance (post-partum à moyen terme). Ce sont des femmes qui ont fait le choix de ne pas interrompre leur grossesse, celle-ci n'étant pas forcément prévue et désirée au départ.

4. OBSERVANCE DE LA CONTRACEPTION DU POST-PARTUM

L'observance est une action qui consiste à respecter, à se conformer à une prescription ou à un/des conseil(s).

Dans le domaine médical, une observance imparfaite peut avoir pour conséquences principales une diminution de l'efficacité ou l'échec de la thérapeutique prescrite ou proposée.

4.1. Contraception et politique de santé

Les nombreux remaniements législatifs de ces dernières années ainsi que les différentes campagnes nationales de sensibilisation et d'information, en s'adressant aux professionnels de santé et au grand public, ont pour objectifs d'améliorer d'une part les connaissances en matière de contraception et d'autre part l'accessibilité à une contraception adaptée.

Depuis le vote de la loi Neuwirth en 1967, le cadre législatif a été assoupli à plusieurs reprises afin de tenir compte de l'évolution de la société française.

Dès le début du siècle, les lois de l'année 2000 relative à la contraception d'urgence, de l'année 2001 relative à l'IVG et à la contraception, de l'année 2004 relative à la politique de santé publique et de l'année 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires élargissant le droit de prescription des sages-femmes et leurs compétences ont permis d'améliorer et de faciliter les possibilités d'accès à la contraception.

En 2004, la Direction générale de la santé (DGS) en collaboration avec l'HAS a publié des recommandations pour la pratique clinique en matière de contraception intitulées « **Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme** ».

Quatre axes stratégiques ont été élaborés et déclinés en quatorze objectifs spécifiques :

- Le premier axe vise à agir sur l'information du grand public et du public cible.
- Le second axe vise à agir sur la pratique des prescripteurs.
- Le troisième axe vise à améliorer l'accessibilité à la contraception.
- Le quatrième axe vise à améliorer les connaissances en matière de contraception aux niveaux national et européen.

L'objectif 2 du premier axe intitulé « **Assurer une information spécifique aux femmes dans les suites d'un accouchement et dans les suites d'une interruption volontaire de grossesse** » insiste sur la nécessité de délivrer une information claire et validée sur les possibilités de survenue d'une nouvelle grossesse en post-partum et sur les moyens contraceptifs utilisables en suites de couches (14).

Le choix d'une méthode contraceptive après l'accouchement, comme à tout moment de la vie d'une femme, doit être délibéré, accepté et assumé par celle-ci. De ce choix dépend l'observance, la confiance en ce moyen, l'efficacité et la tolérance.

Que la femme désire ou non une méthode contraceptive au cours de cette période, les professionnels de santé se doivent de délivrer informations et conseils exacts et actualisés sur les différentes stratégies contraceptives possibles.

Ils pourront, par la suite, prescrire une contraception efficace et adaptée à chaque femme le désirant.

Le choix d'une méthode appropriée a pour objectifs d'une part la prévention des grossesses non désirées et le recours à l'IVG et d'autre part, la prévention de grossesses rapprochées et des risques qu'elles engendrent.

4.2. La pratique médicale et la pratique réelle des femmes

Ce qui importe au personnel médical est évidemment de prescrire une contraception efficace en vue de prévenir des risques liés aux grossesses rapprochées et d'éviter la survenue de grossesses non désirées conduisant à la réalisation d'une interruption volontaire de grossesse.

En matière de contraception, les professionnels sont confrontés aux désirs et attentes des patientes qui ne sont pas toujours concordant avec leur pratique et leur vision.

Une étude réalisée en 2004 à la maternité du Mans auprès de 104 accouchées montrait que parmi ces femmes, une sur deux déclarait oublier fréquemment sa contraception pendant le post-partum et que deux femmes utilisant une contraception avaient présenté une grossesse non désirée dans l'année suivant leur accouchement. De plus, cette étude soulignait l'existence d'une importante divergence entre le moyen de contraception envisagé par les femmes et la contraception prescrite à la sortie de la maternité (15).

Les résultats de cette étude associés aux chiffres cités plus haut sur le nombre d'IVG effectuées au cours du post-partum témoignent d'une difficulté non négligeable à gérer la contraception au cours de cette période.

PROCOLE DE RECHERCHE

1. JUSTIFICATION DE L'ETUDE

1.1. Constat

Actuellement, comme nous l'avons déjà abordé précédemment, malgré une large diffusion des méthodes contraceptives et une offre de plus en plus diversifiée, un nombre élevé de grossesses non désirées dans les mois qui suivent l'accouchement, et de grossesses rapprochées avec les risques qu'elles engendrent persiste. Cette situation amène à s'interroger sur les moyens à mettre en œuvre pour tenter d'améliorer l'observance de la contraception au cours de cette période particulière.

Alors que la majorité des femmes bénéficie d'informations orales et écrites sur la contraception du post-partum et que la plupart d'entre elles reçoivent une prescription et des conseils sur l'utilisation d'une méthode contraceptive, l'observance reste encore insuffisante.

1.2. Problématique

De nos jours, qu'en est-il de l'observance de la contraception par les patientes (ayant accouché à l'HME de Limoges) au cours des quatre premiers mois du post-partum?

1.3. Objectifs et hypothèses de recherche

OBJECTIF PRINCIPAL:

- **Evaluer l'observance de la contraception prescrite et/ou conseillée au cours des quatre mois qui suivent l'accouchement.**

HYPOTHESE PRINCIPALE:

- **15% des femmes ne se réfèrent pas à la prescription et/ou aux conseils donnés par les professionnels en matière de contraception du post-partum.**

Objectifs secondaires :

- 1. Vérifier si la perception des femmes concernant l'information et les conseils délivrés sur la période périnatale influence l'observance de la contraception en post-partum
- 2. Mettre en évidence les principaux motifs de non suivi de la contraception prescrite et/ou conseillée (**oubli(s), utilisation contraignante, mauvaise tolérance, changement de méthode contraceptive, non concordance avec les attentes personnelles, choix, autre**).

Hypothèses secondaires :

- 1. Il y a observance de la contraception au cours du post-partum lorsqu'il existe une personnalisation de l'information et des conseils prodigués aux femmes.
- 2. Il y a observance de la contraception au cours du post-partum lorsque les femmes déclarent être satisfaites de l'information et des conseils prodigués.
- 3. Le pourcentage de femmes se référant aux prescriptions et/ou aux conseils donnés est plus important lorsqu'elles déclarent avoir bénéficié d'une information et/ou de conseils sur la contraception du post-partum au moins à deux reprises durant la période périnatale.
- 4. L'inadéquation entre la contraception prescrite et/ou conseillée et les attentes réelles des femmes en matière de contraception représente le principal motif de non suivi de la contraception durant cette période.

2. METHODOLOGIE

2.1. Le type d'étude réalisée

Etude d'observation, évaluative, transversale et rétrospective basée sur l'observance de la contraception au cours du post-partum (quatre premiers mois).

2.2. La population étudiée

2.2.1. La population cible

Les femmes ayant accouché à l'HME de Limoges au cours des mois de mars et d'avril 2010.

2.2.2. La population source : l'échantillon

Le nombre de cas nécessaires (n) a été calculé en s'appuyant sur la formule de calcul : $n = \varepsilon^2 \cdot (p \cdot q) / i^2$ où $\varepsilon = 1,96$ et $i = 0,05$, p a été présumé sur la base de l'hypothèse principale. Ainsi $p = 15\%$. $n = 1,96^2 \cdot (0,15 \cdot 0,85) / 0,05^2 \approx 196$

La population nécessaire pour la réalisation de l'étude devait, au minimum, être composée de 196 femmes ayant accouché à l'HME de Limoges.

L'étude a été réalisée sur une population « source » de 200 femmes.

- Critères d'inclusion :

Les femmes,

- Majeures
- Primipares et multipares confondues
- Ayant accouché à l'HME de Limoges

- Critères d'exclusion :

Les femmes,

- Mineures
- Ayant subi une hystérectomie d'hémostase
- Ayant eu recours à une aide médicale à la procréation (en raison d'une non utilisation de contraceptifs pour la plupart des femmes concernées)
- Ne parlant pas le français

2.3. Les variables étudiées

Qualitatives et quantitatives, basées sur :

- L'observance de la contraception dans la période du post-partum.
- La perception des femmes vis-à-vis des informations et conseils prodigués à ce sujet.
- Le non suivi, l'abandon de la contraception au cours de cette période.

Les critères pris en compte pour la réalisation de l'étude étaient :

- Age
- Parité
- Catégorie socioprofessionnelle
- Situation familiale
- Le mode d'allaitement
- Le mode d'accouchement
- L'état périnéal à l'accouchement (intact, lésionnel)
- Le mode de contraception utilisé auparavant et après les précédentes grossesses éventuelles
- Le(s) antécédent(s) d'échec(s) contraceptif(s) et d'observance aléatoire (oublis)
- Le ou les professionnel(s) de santé ayant apporté des informations et des conseils sur la contraception du post-partum
- Le nombre d'interventions réservées à ce sujet au cours de la période périnatale en terme de fréquence (inférieur, égal ou supérieur à deux)
- Les circonstances d'intervention (suivi de grossesse, PNP, visite post-natale, rééducation périnéale,...)
- La satisfaction des femmes vis-à-vis de l'information, des conseils reçus sur la période périnatale

Critères de satisfaction choisis pour l'étude

Informations et conseils :

Suffisants

Compréhensibles

Utiles

Personnalisées

- Les autres sources d'information consultées par les femmes (documents spécifiques, internet, entourage,...)
- La prescription de contraceptifs et/ou la méthode conseillée (méthodes ne nécessitant pas de prescription)
 - A la sortie de la maternité et lors de la visite post-natale
- Les motifs de non prescription de contraception (contraception non désirée, contre-indications, recours à une méthode ne nécessitant pas de prescription,...)

- L'observance
- Les motifs d'inobservance (oublis, mauvaise tolérance, changement de méthode contraceptive, non concordance avec les attentes personnelles,...)

2.4. Le recueil des données

Le recueil des données a été réalisé à l'aide d'un questionnaire par entretien téléphonique. Les femmes ont été contactées quatre mois après leur accouchement.

Lors de leur séjour en suites de couches, elles ont été informées sur le sujet de l'étude et sur les modalités de recueil des données.

Une information écrite leur était remise lors de la sortie de la maternité (Annexe 2).

Ceci avait pour objectif principal de prévenir les refus au moment de la prise de contact par téléphone.

Une étude des dossiers médicaux a été effectuée avant la prise de contact. Les renseignements recueillis furent les suivants :

- Age
- Parité
- Mode d'accouchement
- Etat, atteinte périnéale à l'accouchement
- Prescription éventuelle de contraceptif à la sortie de la maternité
- Numéro de téléphone
-

La période choisie pour concrétiser le questionnaire a été déterminée en essayant d'éviter le plus de biais pouvant compromettre la fiabilité de l'étude.

Pour le choix de la période d'étude, ont été exclus en priorité :

- Les mois de recrutement de personnel (juillet en priorité).
- La période estivale en raison des congés annuels et des nombreux remplacements temporaires lors de cette période.

L'étude a été effectuée sur une période connue pour sa stabilité des naissances en se référant au nombre d'accouchements par mois au cours des deux années précédentes (césariennes et accouchements voie basse).

Ainsi, les mois de Mars et d'Avril 2010 ont été choisis pour la réalisation de l'étude.

Le questionnaire par entretien téléphonique a été effectué de juillet à octobre 2010.

2.5. Le questionnaire (Annexe 3)

Le questionnaire est divisé en quatre parties.

La première partie intitulée « **Renseignements généraux** » permet de caractériser la population étudiée.

La seconde partie intitulée « **Antécédents et expériences en matière de contraception** » a pour objectif de connaître la pratique antérieure des femmes en matière de contraception.

La troisième partie intitulée « **Informations et conseils délivrés sur la période périnatale** » correspond aux objectifs et hypothèses secondaires.

La dernière partie intitulée « **La contraception au cours des quatre premiers mois post-partum** » est en lien avec l'objectif principal et l'hypothèse principale.

La question 12 a pour but d'observer plus précisément s'il existe une influence de la (ou des) source(s) d'information sur l'observance en s'intéressant aux sources d'informations extra-médicales.

2.6. Le temps nécessaire pour l'étude

Les premières prises de contact ont eu lieu dès le début du mois de juillet 2010 et se sont poursuivies jusqu'au mois d'août 2010.

Les mois de septembre et d'octobre 2010 ont été réservés d'une part à reprendre contact en raison de l'indisponibilité possible lors du premier appel et d'autre part à de nouvelles prises de contact, le nombre de sujets nécessaires (196) étant insuffisant pour l'étude.

2.7. Le pré-test

Dans l'objectif de s'assurer de la faisabilité du questionnaire, de sa compréhension par les femmes et de réévaluer au besoin les différents paramètres, une première proposition de questionnaire a été testée auprès d'un échantillon d'accouchées (15) en essayant de respecter les modalités de recueil établies.

2.8. La stratégie d'exploitation

Après avoir réalisé le recueil des données par l'étude du dossier médical d'une part et par la réalisation de l'entretien téléphonique d'autre part, les données furent saisies dans un tableur EXCEL MICROSOFT® et analysées grâce au logiciel MODALISA®.

La comparaison de pourcentages a été effectuée en ayant recours aux tests du Chi-deux.

Le « p », correspondant au degré de significativité, permet de mettre en évidence l'existence d'une différence statistiquement significative entre deux valeurs testées. Lorsque $p \leq 0,05$, la différence est jugée significative. Lorsque $p > 0,05$, la différence n'est pas significative.

L'ensemble des résultats ont été calculés avec un intervalle de confiance (IC) à 95%.

Pour certaines variables étudiées, des sous-populations apparaissent. Ainsi, pour faciliter la compréhension des résultats, les effectifs (*nombre de femmes concernées*) accompagnent les pourcentages exposés.

2.9. Les autorisations nécessaires

L'intervention auprès des accouchées dans le secteur des suites de couches dans le but de les avertir de l'étude réalisée ainsi que le recueil des coordonnées nécessaires aux appels téléphoniques ont nécessité l'autorisation de la cadre sage-femme du secteur : Mme Gandois.

2.10. Les personnes ressources

- La guidante : Mme FAURY Marie-Noëlle (directrice de l'école de sages-femmes de Limoges)
- Le maître de mémoire : Mme ADAM Nathalie (Sage-femme)
- Les sages-femmes exerçant au centre de planification de l'HME
- Mme ETIFIER et Mr CATALAN

RESULTATS DE LA RECHERCHE

1. LA POPULATION « SOURCE », PRESENTATION ET CARACTERISTIQUES

1.1. L'étude en chiffre :

- Total des dossiers étudiés: 300
- Total des appels téléphoniques : 410
- Nombre de refus : 9
- Nombre de reprises de contact (sur rendez-vous) : 34
- Nombre de contacts impossibles (3 appels sans réponse) : 60

La population « source » est composée de *200 femmes*.

1.2. Présentation générale

1.2.1. Age

La moyenne d'âge des femmes ayant accepté de répondre au questionnaire est de **29,32 ans** (Ecart-type à 4,91, IC à 95% égale à 0,68)

37% [36,2-37,8] ont **entre 25 et 30 ans**. Cette classe d'âge est la plus représentative de la population interrogée.

1.2.2. Parité

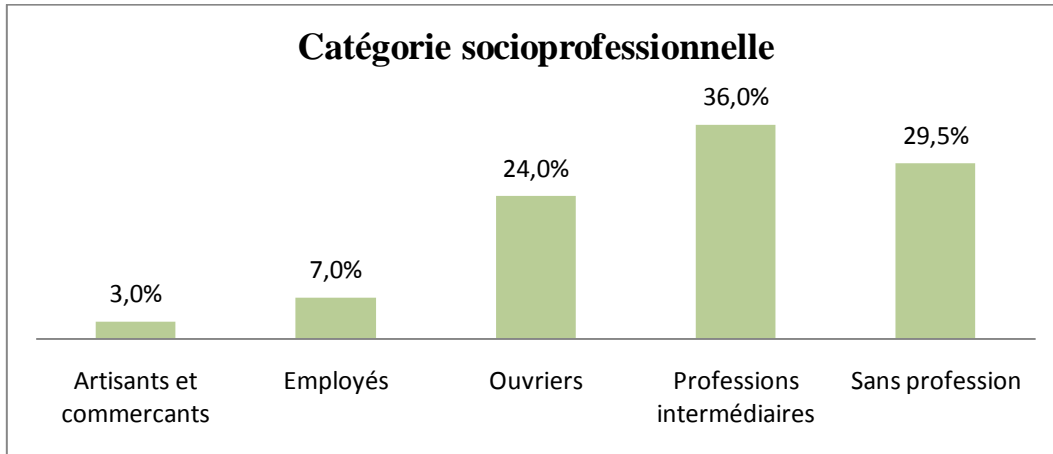
En ce qui concerne la parité, la moyenne se situe à 1,79 (Ecart-type à 0,98, IC à 95% à 0,14).

47% [46,1-47,2] sont **primipares**. 53% [52,0-54,0] sont **multipares**.

1.2.3. Situation familiale

90,5% [89,2-91,8] des femmes interrogées vivent **en couple**.

1.2.4. Catégorie socioprofessionnelle



La catégorie socioprofessionnelle correspondant aux **professions intermédiaires** est la plus représentative de la population étudiée. 36,0% [35,2-36,8] des femmes exercent une profession intermédiaire.

Il est à noter que 29,5% [28,7-30,3] sont **sans activité professionnelle**.

1.2.5. Mode d'accouchement

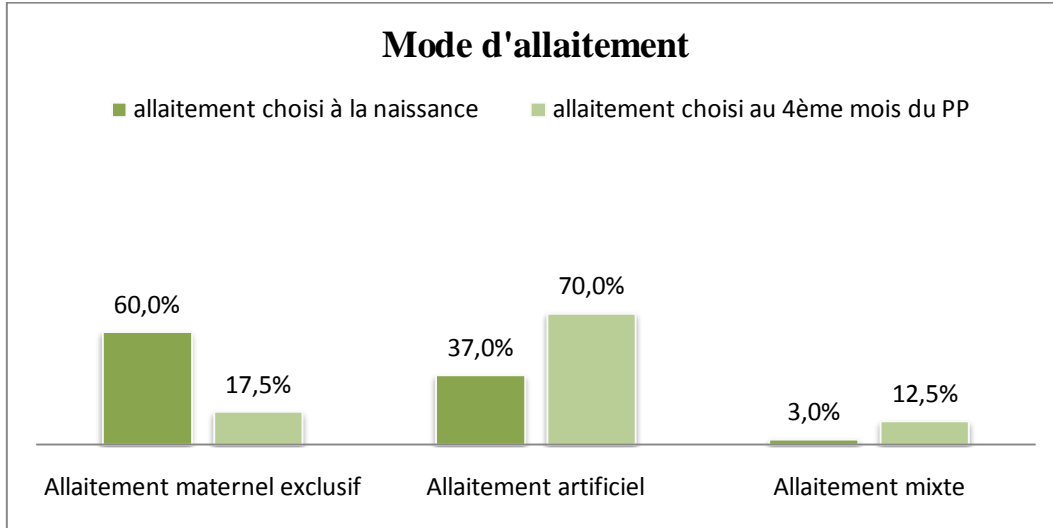
Parmi la population « source », 69,5% [68,3-70,7] des femmes ont accouché par **voie basse normale**. 14,5% [14,0-15,0] ont accouché par voie basse instrumentale (forceps, ventouse). 16,0% [15,4-16,6] ont été césarisées.

1.2.6. Etat périnéal à l'accouchement

Dans cette étude, toutes les catégories de déchirures et la réalisation d'une épisiotomie sont regroupées, sans distinction, sous l'intitulé « lésions périnéales ».

64,0% [62,9-65,1] des femmes interrogées sont concernées.

1.2.7. Mode d'allaitement

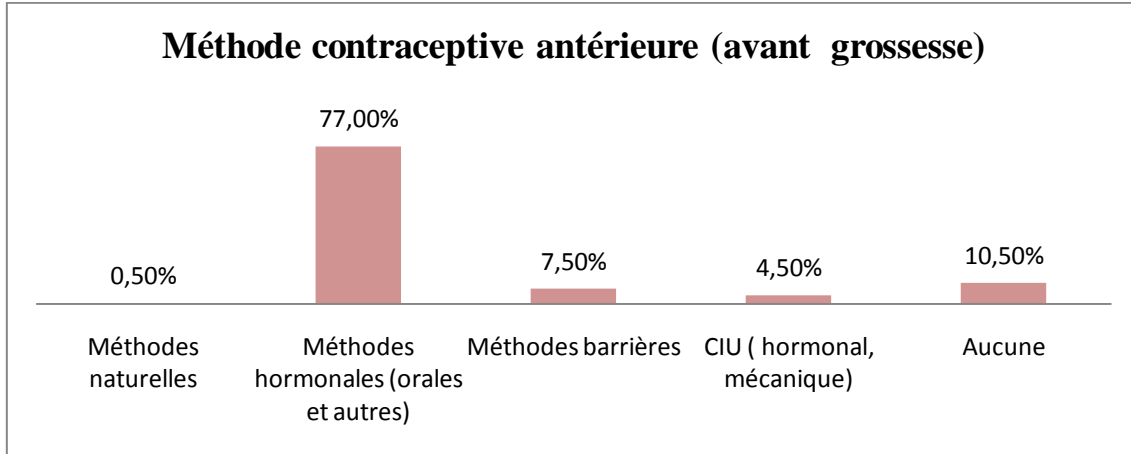


Alors qu'à la naissance 60,0% [58,9-61,1] des femmes avaient choisi **l'allaitement maternel exclusif** pour leur enfant, elles ne sont plus que 17,5% [16,9-18,1] au quatrième mois du post-partum à poursuivre ce mode d'allaitement.

L'allaitement artificiel qui était choisi par 37,0% [36,2-37,8] de la population à la naissance, représente le mode d'allaitement le plus pratiqué au quatrième mois du post-partum. Ce mode d'allaitement est choisi par 70,0% [68,8-71,2] de la population étudiée à ce moment-là du post-partum.

1.3. Pratiques contraceptives antérieures

1.3.1. Méthode contraceptive antérieure



Concernant le mode de contraception utilisé avant la grossesse, les **méthodes hormonales** (orales en particulier) étaient les plus employées. 77,0% [75,8- 78,2] des femmes avaient recours à ce type de contraception avant leur grossesse.

10,5% [10,1-10,9] des femmes déclaraient n'utiliser **aucun moyen de contraception**.

1.3.2. Méthode contraceptive utilisée en post-partum (antérieurement)

Pour les multipares incluses dans l'étude (106 femmes) les **méthodes hormonales orales** représentent le mode de contraception le plus employé au cours de la précédente période post-natale. 59,4% [57,9-60,9] des multipares ont eu recours à ce type de contraception suite à leur précédente grossesse.

Les contraceptifs intra-utérins (actions mécanique et hormonale confondues) ont été utilisés par 17,9% [17,1-18,7] des multipares.

13,2% [12,5-13,9] des multipares interrogées n'avaient eu recours à **aucun moyen de contraception**.

1.3.3. Oublis contraceptifs

Au quotidien, 16,8% [16,2-17,4] des femmes déclarent oublier fréquemment leur contraception. Cela concerne en majorité la prise de contraceptifs oraux.

1.3.4. *Echecs contraceptifs*

8,6% [8,2-9,0] des femmes interrogées affirment avoir été déjà confrontées à un échec de contraception au cours de leur vie.

1.4. Informations et conseils délivrés sur la période périnatale

1.4.1. *Périodes d'intervention et circonstances d'intervention*

Les informations et conseils sur la contraception du post-partum sont principalement apportés lors de la **période post-natale**. 78,5% [77,3-79,7] des femmes sont concernées.

Au cours de cette période, 93% [91,7-94,3] des femmes déclarent avoir reçu des informations et conseils au cours du **séjour en suites de couches**. La majorité des femmes, 76% [74,8-77,2], ont été également informées et conseillées lors de la **visite post-natale**.

Seulement 2,0% [1,8-2,2] des femmes signalent avoir reçu des conseils et informations lors des **séances de rééducation périnéale**. Bien que la rééducation périnéale ne concerne pas la population entière, le pourcentage de femmes déclarant avoir été informées lors de ces séances est faible.

C'est pendant la grossesse que les femmes déclarent avoir été le moins informées et conseillées. Seulement 31,0% [30,2-31,8] des femmes affirment avoir été informées et conseillées au cours de la **période prénatale**.

Au cours de cette période, 15,0% [14,5-15,5] seulement des femmes interrogées ont bénéficié d'informations et conseils au cours des consultations de **suivi de grossesse**. 20,5% [19,9-21,1] en ont également bénéficié lors des séances de **préparation à la naissance et à la parentalité**.

Enfin, un faible pourcentage de la population « source », 2,0% [1,8-2,2], évoque des circonstances d'intervention autres que celles citées plus haut. Et c'est notamment lors de consultations chez le médecin généraliste, en période post-natale, que ces femmes ont pu bénéficier d'informations sur la contraception du post-partum.

1.4.2. Fréquence sur la période périnatale

80,0% [78,8-81,2] des femmes ont bénéficié d'informations et conseils au moins à deux reprises sur la période périnatale.

1.4.3. Professionnels de santé concernés

La **sage-femme** est la profession de santé la plus citée parmi les professionnels intervenant auprès des femmes. 93,5% [92,2-94,8] des femmes disent avoir reçu des informations et conseils de la part des sages-femmes. Notons que la sage-femme intervient dans de nombreuses circonstances au cours de la période périnatale.

Le **gynécologue** est cité par 66,0% [64,9-67,1] de la population. Il intervient principalement lors de la visite post-natale.

Le **médecin généraliste** est, quant à lui, cité par 15,0% [14,5-15,5] des femmes interrogées. Ce dernier intervient essentiellement en période post-natale.

1.4.4. Satisfaction

Pour 98,5% [97,1-99,9] des femmes, l'information apportée était **compréhensible**.

Pour 90,5% [89,2-91,8], l'information était **utile**.

Pour 74,0% [72,8-75,2], l'information apparaissait **suffisante**.

Pour 72,5% [71,3-73,7], l'information et les conseils étaient personnalisés et adaptés à leurs situations et à leurs attentes.

68,5% [67,4-69,6] des femmes déclarent être globalement satisfaites des conseils et informations qui ont été délivrés sur la période périnatale.

1.4.5. Informations extra médicales

48,5% [47,5-49,5] de la population « source » (97 femmes concernées sur 200) a eu recours à des conseils et informations autres que ceux délivrés par les professionnels de santé.

Pour cette population, **la principale source d'information citée est l'entourage** (famille, amies,...). 47,4% [46,0-48,8] des femmes se sont adressées à leur entourage pour l'apport de conseils et informations (*46 femmes concernées sur 97*).

21,6% [20,7-22,5] se sont renseignées sur **internet** (*21 femmes concernées sur 97*).

Et seulement 10,3% [9,7-10,9] des femmes ont eu recours à des **livrets et documents spécifiques** (*10 femmes concernées sur 97*). Devant ce modeste pourcentage, la question de l'existence d'une difficulté d'accès à une information écrite ou/et un faible intérêt de la part des femmes pour ce genre de sources d'information se pose.

1.5. La contraception au cours des quatre premiers mois du post-partum

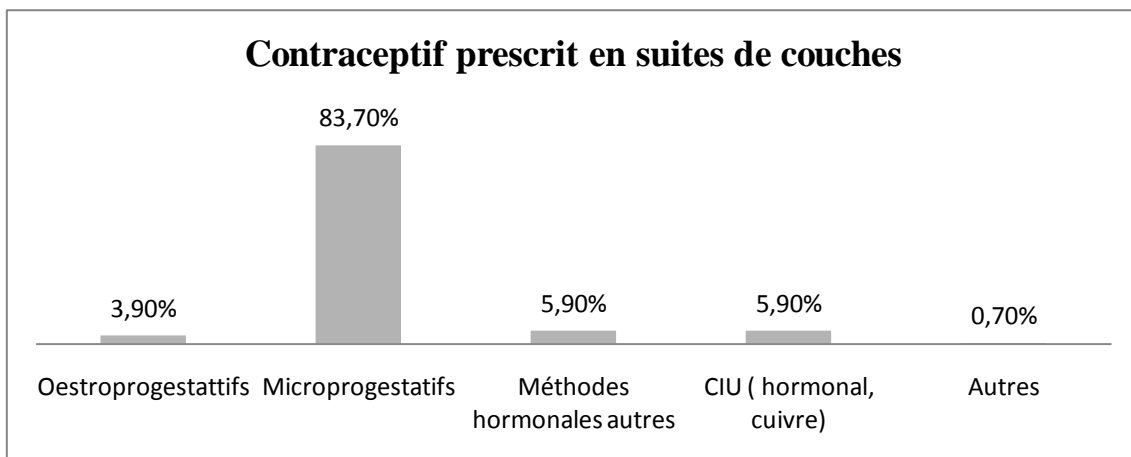
1.5.1. Lors du séjour en suites de couches

- Contraception conseillée et/ou prescrite

Lors du séjour, 86,5% [84,7-88,3] de la population « source » déclare avoir été conseillée, en particulier, sur la prise d'une méthode contraceptive (*173 femmes concernées sur 200*).

76,5% [74,8-78,2] des femmes ont reçu une prescription (*153 femmes concernées sur 200*).

178 femmes sur 200 sont concernées par l'apport de conseils sur l'utilisation d'une méthode contraceptive et/ou par la remise d'une prescription de contraceptif lors du séjour.



Se sont les **microprogestatifs oraux** qui ont été le plus prescrits à la sortie de la maternité. 83,7% [82,3-85,1] des femmes ayant reçu une prescription lors du séjour se sont vues recommander ce mode de contraception (*128 femmes concernées sur 153*).

- Motifs de l'absence de prescription (*47 femmes concernées sur 200*)

Lorsque les femmes n'avaient pas reçu de prescription, le principal motif avancé était celui du **non désir de contraception**. 44,7% [42,8-46,6] des femmes apportaient cette explication (*21 femmes concernées sur 47*).

27,7% [26,2-29,2] avaient recours à une **méthode ne nécessitant pas de prescription** (préservatifs dans la plupart des cas) (*13 femmes concernées sur 47*).

23,4% [22-24,8] présentaient des **contre-indications diverses** (*11 femmes concernées sur 47*).

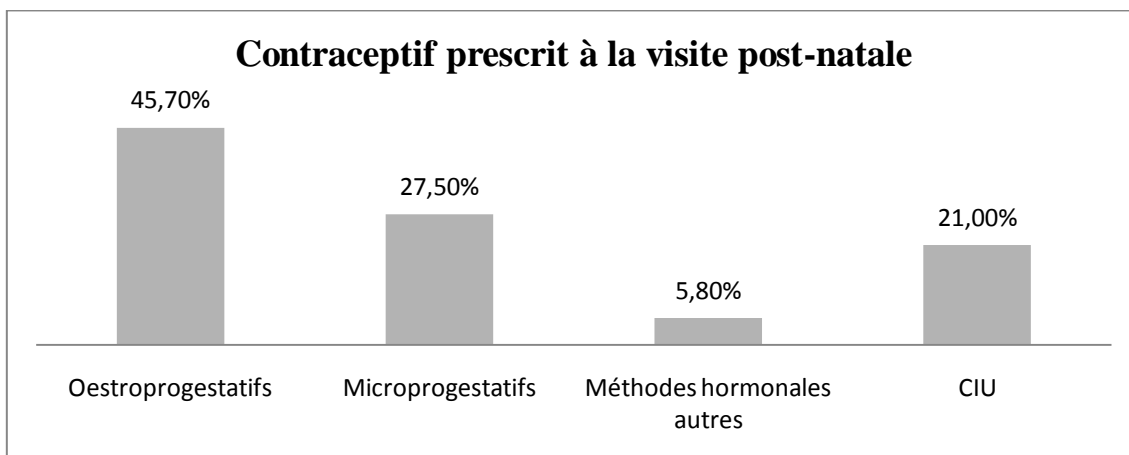
1.5.2. Lors de la visite post-natale

- Contraception conseillée et/ou prescrite

71,0% [69,8-72,2] des femmes ont été conseillées, en particulier, sur l'utilisation d'une méthode contraceptive lors de la visite post-natale (*142 femmes concernées sur 200*).

68,5% [67,4-69,6] ont reçu une prescription (*138 femmes concernées sur 200*).

172 femmes sur 200 sont concernées par l'apport de conseils sur l'utilisation d'une méthode contraceptive et/ou par la remise d'une prescription de contraceptif lors de la visite post-natale.



Les **oestroprogestatifs oraux** ont été en majorité prescrits. 45,7% [44,6-46,8] des femmes ayant reçu une prescription se sont vues recommander ce contraceptif (*63 femmes concernées sur 138*).

Il est à noter que sur l'ensemble de la population interrogée, 7,0% [6,6-7,4] n'a pas effectué la visite post-natale (*14 femmes concernées sur 200*). La principale raison évoquée était celle de l'impossibilité à obtenir un rendez-vous afin de réaliser ce contrôle.

● Motifs de l'absence de prescription (*48 femmes concernées sur 200*)

Le principal motif de non prescription lors de la visite post-natale était la **poursuite de la méthode prescrite et/ou conseillée** lors du séjour en suites de couches. 47,9% [45,9-49,9] de la population n'ayant pas reçu de prescription évoquait cette raison (*23 femmes concernées sur 48*).

Pour 25,0% [23,6-26,4] des femmes, le **non désir de contraception** était cité (*12 femmes concernées sur 48*).

20,8% [19,5-22,1] des femmes avaient recours à un **mode de contraception ne nécessitant pas de prescription** (préservatifs le plus souvent) (*10 femmes concernées sur 48*).

1.6. L'observance de la contraception

Cette partie de l'étude est en lien avec l'objectif principal, l'hypothèse principale (étude de l'observance) et l'hypothèse secondaire n°4 (étude des motifs d'observance).

Cette partie de l'étude s'intéresse aux femmes ayant été conseillées sur l'utilisation d'une méthode contraceptive ou ayant reçu une prescription de contraceptifs.

L'observance a été étudiée sur deux périodes :

- Première période : La période allant de la sortie de la maternité jusqu'à la réalisation de la visite post-natale (dans les six à huit semaines suivant l'accouchement), afin de se rendre compte de l'observance au retour à domicile.
La population concernée est composée de 178 femmes.

- Deuxième période : La période allant de la réalisation de la visite post-natale jusqu'au quatrième mois du post-partum, afin d'étudier le suivi de la contraception après la visite post-natale. *La population concernée est composée de 172 femmes.*

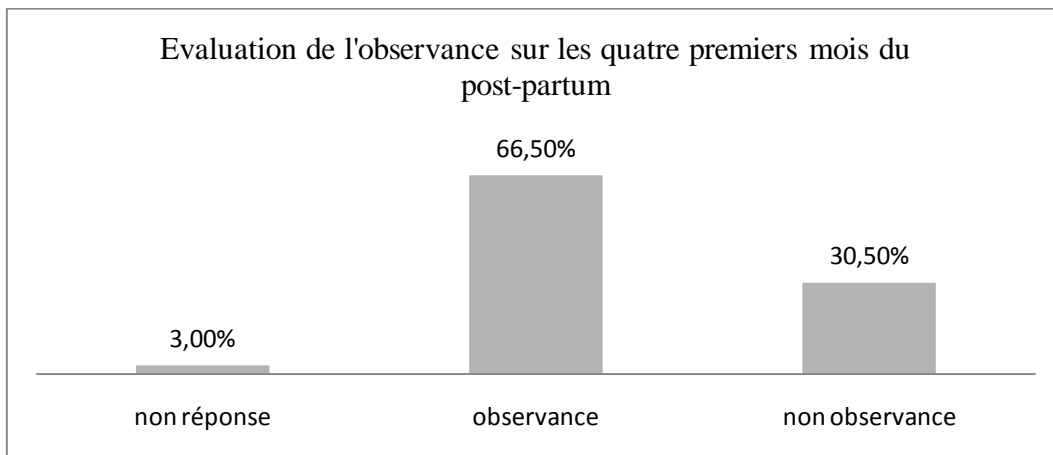
Puis l'observance « globale » sur les quatre premiers mois du post-partum a été évaluée à partir des observations faites sur les deux périodes citées. Une femme était jugée « observante » lorsqu'elle déclarait avoir suivi la méthode contraceptive prescrite et/ou conseillée sur les deux périodes. *La population concernée se compose de 200 femmes.*

1.6.1. Observance sur les quatre premiers mois du post-partum

Sur la première période, 30,3% [29,5-31,1] des femmes affirmaient ne pas avoir suivi la méthode contraceptive prescrite et/ou conseillée (*54 femmes concernées sur 178*).

Sur la deuxième période, le pourcentage de « non observance » était de 13,4% [12,9-13,9], (*23 femmes concernées sur 172*).

Sur les quatre premiers mois du post-partum, 30,5% [29,7-31,3] des femmes ne se sont pas référées aux prescriptions et/ou aux conseils donnés (*61 femmes sur 200*).



Deux populations sont alors différenciées :

- Les femmes jugées « observantes » sur les quatre premiers mois du post-partum → 66,5% de la population soit *133 femmes sur 200*.
- Les femmes jugées « inobservantes » sur les quatre premiers mois du post-partum → 30,5% de la population soit *61 femmes sur 200*.

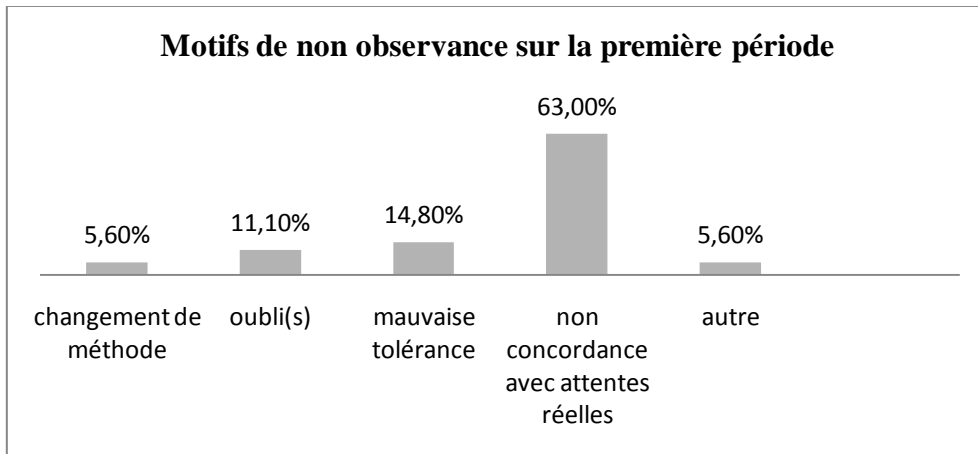
1.6.2. Motifs de « non observance »

Lorsque les femmes déclarent ne pas avoir suivi la (les) méthode(s) contraceptive(s) prescrites et/ou conseillée(s),

Sur la première période, les principaux motifs sont :

Pour 63,0% [60,9-65,1] de la population « non observante », la méthode prescrite et/ou conseillée **ne correspondait pas aux attentes réelles** (*34 femmes concernées sur 54*).

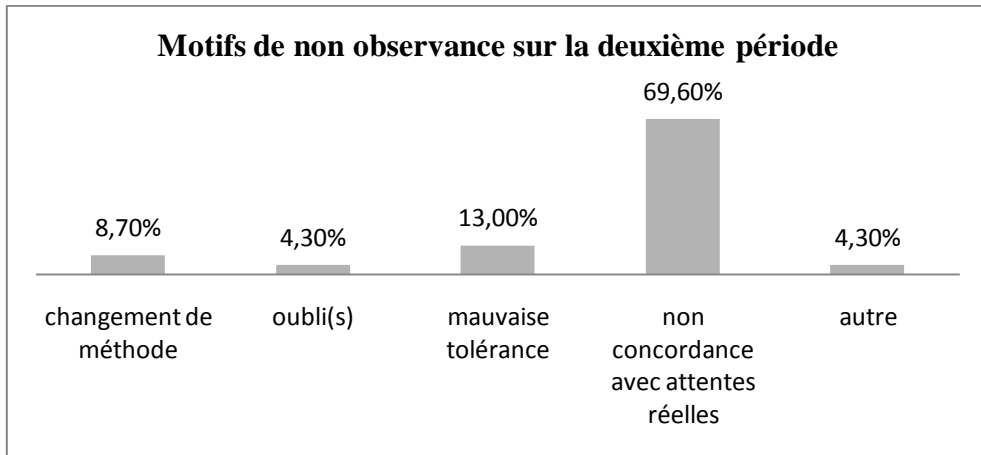
Pour 14,8% [13,8-15,8], une **mauvaise tolérance** était avancée (*8 femmes concernées sur 54*).



Sur la deuxième période, les principaux motifs sont :

Pour 69,6% [66,2-73] de la population « non observante », la méthode prescrite et/ou conseillée **ne correspondait pas aux attentes réelles** (*16 femmes concernées sur 23*).

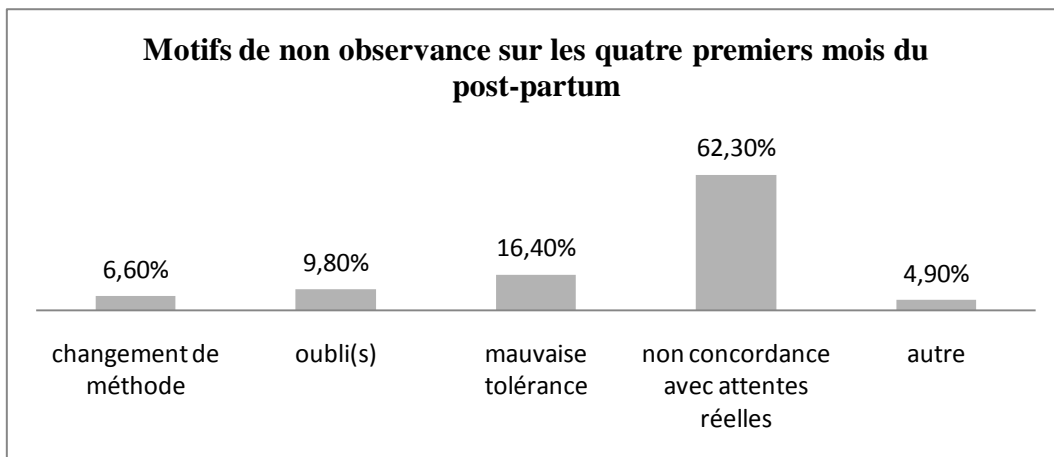
Pour 13,0% [11,5-14,5], **une mauvaise tolérance** était citée (*3 femmes concernées sur 23*).



Globalement, sur les quatre premiers mois du post-partum,

Pour 62,3% [60,3-64,3] de la population « non observante », la méthode prescrite et/ou conseillée **ne correspondait pas aux attentes réelles** (38 femmes concernées sur 61).

Une **mauvaise tolérance** était décrite par 16,4% [15,4-17,4] des femmes n'ayant pas suivi les conseils et/ou prescriptions (10 femmes concernées sur 61).



La **non concordance avec les attentes réelles** des femmes et la **mauvaise tolérance** représentent les deux principaux motifs de « non observance » cités.

1.7. Nouvelle grossesse débutée

Sur l'ensemble de la population interrogée, aucune femme n'a déclaré être de nouveau enceinte au quatrième mois du post-partum.

2. LES FEMMES « OBSERVANTES », LES FEMMES « INOBSERVANTES », CARACTERISTIQUES ET DIFFERENCES ENTRE CES DEUX POPULATIONS

Dans cette partie de l'étude, les deux populations sont différenciées et étudiées à partir de l'observance « globale », sur les quatre premiers mois du post-partum.

Pour rappel, sur la population composée de *200 femmes*, il est observé 30,3% de non observance (*61 femmes*), 66,5% d'observance (*133 femmes*). Les 3,0% restant correspondent aux non réponses (*6 femmes*).

En excluant les non réponses, la **population étudiée se compose de 194 femmes** où il est observé 31,4% [30,6-32,2] de non observance (*61 femmes*), 68,6% [67,4-69,8] d'observance (*133 femmes*).

Le reste de l'étude repose sur ces derniers pourcentages et effectifs.

2.1. Présentation générale

2.1.1. Age

Population observante

La moyenne d'âge est de **29,53ans** (Ecart-type à 4,69 ; Médiane à 29ans).

La classe d'âge] 25ans ; 30ans] est la plus représentative de cette population. Les femmes jugées « observantes » qui ont **entre 25 et 30 ans** représentent 26,8% [25,9-27,7] de la population étudiée (*52 femmes concernées sur 194*).

Population inobservante

La moyenne d'âge est de **28,66 ans** (Ecart-type à 5,41 ; Médiane à 28ans).

La classe d'âge]... ;25ans] est la plus représentative de la population. Les femmes considérées « inobservantes » qui ont moins de 25 ans représentent 10,8% [10-11,6] de la population étudiée (*21 femmes concernées sur 194*). 10,3% [9,5-11,1] ont **entre 25 ans et 30 ans** (*20 femmes concernées sur 194*).

p=0,206 ; non significatif. Il n'est pas mis en évidence d'influence significative de l'âge sur l'observance.

2.1.2. Parité

Population observante

Concernant la parité, la moyenne est de **1,81** (Ecart-type à 0,99 ; Médiane à 2).

Les **primipares** « observantes » représentent 31,4% [30,4-32,4] de la population (*61 femmes concernées sur 194*). 37,2% [36,2-38,2] sont **multipares** (*72 femmes concernées sur 194*).

Population inobservante

La parité moyenne est de **1,77** (Ecart-type à 0,99 ; Médiane à 2).

Les **primipares** représentent 15,5% [14,5-16,5] de la population (*30 femmes concernées sur 194*). 15,9% [14,9-16,9] sont **multipares** (*31 femmes concernées sur 194*).

p=0,911 ; non significatif. Il ne semble pas exister de retentissement significatif de la parité sur l'observance.

2.1.3. Situation familiale

Population observante

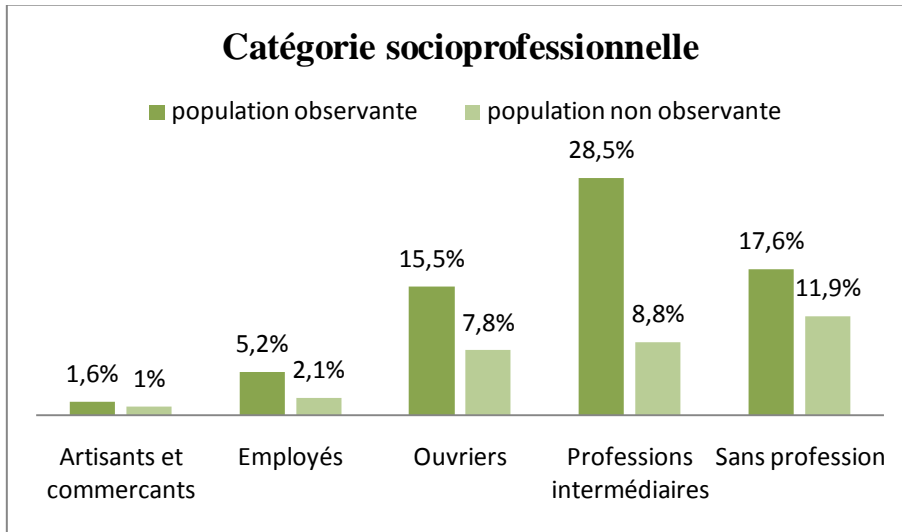
Les femmes « observantes » vivant **en couple** représentent 63,9% [62,5-65,3] de la population (*124 femmes concernées sur 194*). Seulement 4,6% [4,2-5,0] sont seules (*9 femmes concernées sur 194*).

Population inobservante

Les femmes « inobservantes » **en couple** correspondent à 26,3% [25-27,6] de la population étudiée (*51 femmes concernées sur 194*). 5,2 % [4,6-5,8] des femmes vivent seules (*10 femmes concernées sur 194*).

p=0,068 (proche de 0,05) ; assez significatif. Il semble exister une influence relativement significative de la situation familiale sur l'observance.

2.1.4. Catégorie socioprofessionnelle



Population observante

La catégorie socioprofessionnelle correspondant aux **professions intermédiaires** est la plus représentative. Les femmes exerçant une profession intermédiaire constituent 28,5% [27,6-29,4] de la population observée (55 femmes concernées sur 194).

Population inobservante

Les femmes « inobservantes » **sans activité professionnelle** sont majoritaires. Elles représentent 11,9% [11,0-12,8] de la population (23 femmes concernées sur 194).

p=0,648 ; non significatif. La profession exercée n'a pas d'influence significative sur l'observance.

2.1.5. Mode d'accouchement

Population observante

Les femmes ayant accouché par **voie basse normale** représentent 44,3% [42,2-44,4] de la population (86 femmes concernées sur 194). 10,8% [10,2-11,4] ont accouché par voie basse instrumentale (21 femmes concernées sur 194). 13,4% [12,8-14,0] ont été césarisées (26 femmes concernées sur 194).

Population inobservante

Les femmes ayant accouché par **voie basse normale** correspondent à 24,7% [23,5-25,9] de la population observée (48 femmes concernées sur 194). 4,1% [3,6-4,6] ont accouché par voie basse instrumentale (8 femmes concernées sur 194). 2,6% [2,2-3,0] ont été césarisées (5 femmes concernées sur 194).

p=0,09 (proche de 0,05) ; assez significatif. L'observance semble être influencée de façon relativement significative par le mode d'accouchement.

2.1.6. Etat périnéal à l'accouchement

Population observante

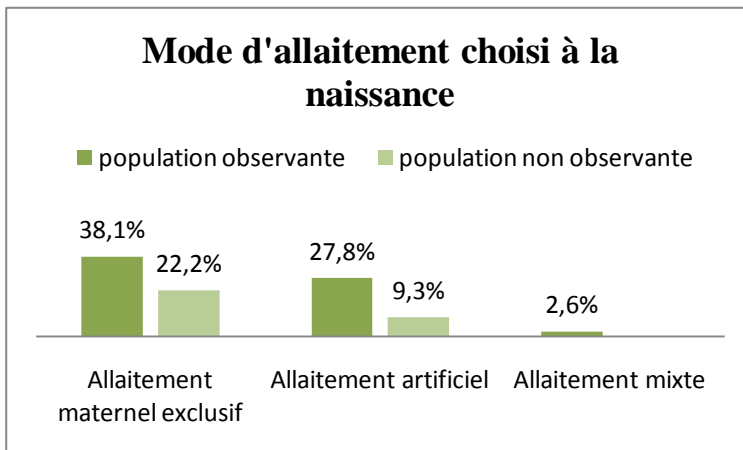
Pour la majorité des femmes, la présence de lésions périnéales est à noter. Les femmes « observantes » concernées représentent 41,8% [40,7-42,9] de la population étudiée (81 femmes concernées sur 194).

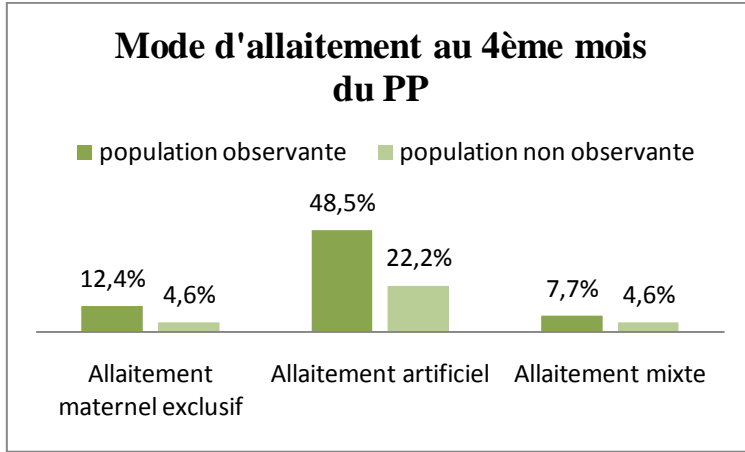
Population inobservante

Il est retrouvé la même prédominance. Les femmes « inobservantes » concernées par une (ou des) lésion(s) périnéale(s) constituent 21,6% [20,4-22,8] de la population (42 femmes concernées sur 194).

p=0,827 ; non significatif. Il n'apparaît pas de différence significative concernant l'observance en fonction de l'état périnéal à l'accouchement.

2.1.7. Mode d'allaitement





Population observante

A la naissance, les femmes jugées « observantes » ayant fait le choix d'un **allaitement maternel exclusif** représentaient 38,1% [37,1-39,1] de la population (*74 femmes concernées sur 194*). L'allaitement maternel correspondait au mode d'allaitement le plus choisi à la naissance.

Au quatrième mois du post-partum, c'est **l'allaitement artificiel** qui était majoritairement pratiqué. 48,5% [47,3-49,7] des femmes avaient fait ce choix (*94 femmes concernées sur 194*).

Population inobservante

A la naissance, les femmes jugées « inobservantes » ayant choisi **l'allaitement maternel exclusif** représentaient 22,2% [21,0-23,4] de la population (*43 femmes concernées sur 194*). Ce dernier était également, comme pour la population « observante », le mode d'allaitement le plus pratiqué à la naissance.

Au quatrième mois du post-partum, la prédominance du recours à **l'allaitement artificiel** est de nouveau retrouvée. 22,2% [21,0-23,4] des femmes avaient choisi l'allaitement artificiel (*43 femmes concernées sur 194*).

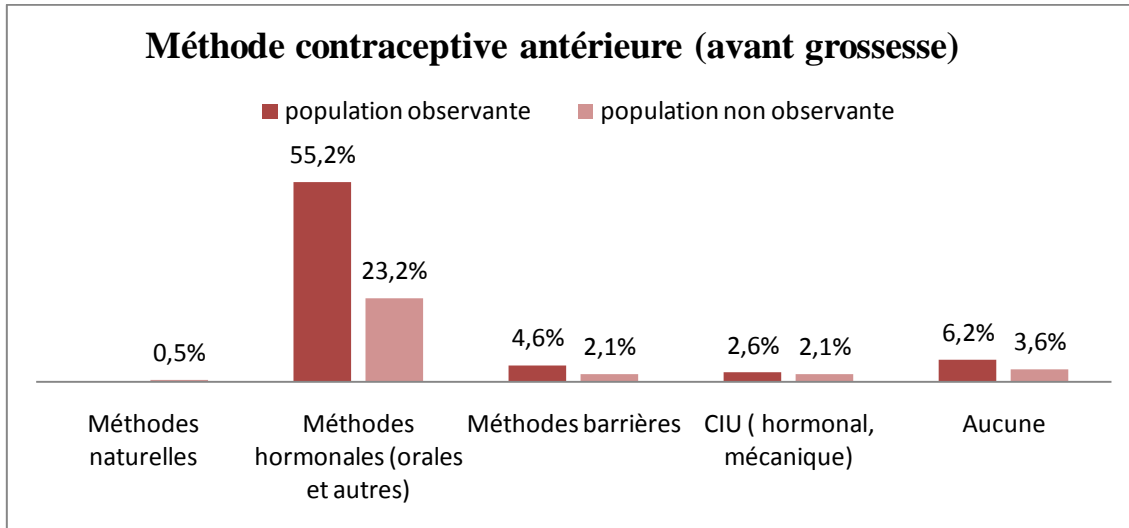
Choix du mode d'allaitement à la naissance : $p=0,115$; non significatif.

Choix du mode d'allaitement au quatrième mois : $p=0,719$; non significatif.

Aucune différence significative n'est à noter sur l'influence du choix du mode d'allaitement à la naissance et au quatrième mois du post-partum sur l'observance.

2.2. Pratiques contraceptives antérieures

2.2.1. Méthode contraceptive antérieure



Population observante

Avant la grossesse, les **méthodes contraceptives hormonales** (orales en majorité) représentaient les modes de contraception les plus utilisés. Les femmes déclarant avoir eu recours à ces modes de contraception correspondent à 55,2% [53,9-56,5] de la population observée (107 femmes concernées sur 194).

6,2% [5,8-6,6] des femmes n'utilisaient aucune méthode contraceptive (12 femmes concernées sur 194).

Population inobservante

Avant la grossesse, les **méthodes hormonales** étaient les plus employées. Les femmes les ayant utilisés représentent 23,2% [22,0-24,4] de la population (45 femmes concernées sur 194).

3,6% [3,1-4,1] des femmes déclaraient ne pas utiliser de moyen contraceptif (7 femmes concernées sur 194).

p=0,897 ; non significatif. Le mode de contraception antérieur n'engendre pas de différence significative sur l'observance.

2.2.2. Méthode contraceptive utilisée en post-partum (antérieurement)

Pour les multipares ayant été conseillées et/ou ayant reçu une prescription (103 femmes concernées)

Population observante (72 femmes concernées sur 103)

Les méthodes hormonales orales étaient en majorité utilisées lors du dernier post-partum. Les femmes ayant choisi ce mode de contraception constituent 41,7% [40,2-43,2] de la population (43 femmes concernées sur 103).

13,6% [12,7-14,5] des femmes avaient utilisé un contraceptif intra-utérin (action mécanique et hormonale confondues) (14 femmes concernées sur 103).

9,7% [9,0-10,4] des femmes n'avaient eu recours à aucune méthode contraceptive (10 femmes concernées sur 103).

Population inobservante (31 femmes concernées sur 103)

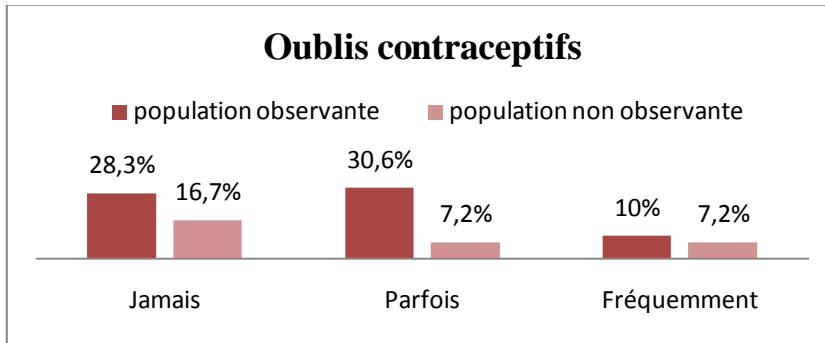
Les méthodes hormonales orales étaient également utilisées par la majorité des femmes jugées « inobservantes ». Les femmes y ayant eu recours représentent 18,4% [16,9-19,9] de la population (19 femmes concernées sur 103).

Les contraceptifs intra-utérins étaient employés par 4,9% [4,1-5,7] des multipares (5 femmes concernées sur 103).

2,9% [2,3-3,5] des femmes déclarent ne pas avoir utilisé de méthode contraceptive suite à leur précédent accouchement (3 femmes concernées sur 103).

p= 0,687 ; non significatif. Le mode de contraception choisi et utilisé lors du précédent post-partum n'induit pas de différence significative sur l'observance de la population.

2.2.3. Oublis contraceptifs



Population observante

Au quotidien, les femmes jugées « observantes » sur les quatre premiers mois du post-partum et déclarant avoir déjà été sujettes à des oublis représentent 30,6% [29,6-31,6] de la population (55 femmes concernées sur 194). 10,0% [9,4-10,6] des femmes disent y avoir été confrontées fréquemment (18 femmes concernées sur 194).

Population inobservante

Au quotidien, les femmes jugées « inobservantes » sur les quatre premiers mois du post-partum et affirmant avoir déjà oublié leur contraception correspondent à 7,2% [6,5-7,9] de la population étudiée (13 femmes concernées sur 194).

7,2% [6,5-7,9] dit avoir oublié fréquemment la méthode contraceptive utilisée (13 femmes concernées sur 194).

p= 0,022 ; significatif. Une différence significative existe. L'oubli contraceptif antérieur à la grossesse exerce une influence significative sur l'observance.

2.2.4. Echechs contraceptifs

Population observante

Les femmes déclarant avoir déjà été confrontées à un échec de contraception correspondent à 5,6% [5,2-6,0] de la population (10 femmes concernées sur 194).

Population inobservante

Les femmes jugées « inobservantes » au cours du post-partum et affirmant avoir déjà été confrontées à un échec contraceptif auparavant représentent 2,8% [2,4-3,2] de la population observée (*5 femmes concernées sur 194*).

p=0,999 ; non significatif. L'échec contraceptif n'entraîne pas de différence significative au niveau de l'observance.

2.3. Informations et conseils délivrés sur la période périnatale

2.3.1. Périodes d'intervention et circonstances d'intervention

- Pendant la grossesse

Population observante

Les femmes déclarant avoir reçu des informations et conseils au cours de la grossesse correspondent à 19,1% [18,4-19,8] de la population (*37 femmes concernées sur 194*).

Parmi ces femmes, 10,8% [10,2-11,4] ont pu en bénéficier lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité (*21 femmes concernées sur 194*). 10,3% [9,8-10,8] ont été également informées lors des consultations de suivi de grossesse (*20 femmes concernées sur 194*).

Population inobservante

Les femmes informées et conseillées pendant la grossesse représentent 11,3% [10,5-12,1] de la population (*22 femmes concernées sur 194*).

9,3% [8,5-10,1] ont été informées lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité (*18 femmes concernées sur 194*). 4,6% [4,1-5,1] révèlent avoir également reçu des informations et conseils lors des consultations de suivi de grossesse (*9 femmes concernées sur 194*).

Pour les deux populations, l'information au cours de la grossesse est, selon les chiffres, plus souvent apportée lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

***Préparation à la naissance et à la parentalité* : $p=0,042$; significatif. Il semble exister un effet significatif de l'information apportée lors de ces séances sur l'observance.**

***Suivi de grossesse* : $p=0,999$; non significatif. Il n'apparaît pas de différence significative en ce qui concerne l'apport d'informations et conseils lors des consultations de suivi de grossesse.**

- Au cours du post-partum

Population observante

Les femmes ayant été informées et conseillées au cours de la période post-natale constituent 54,1% [52,9-55,3] de la population étudiée (105 femmes concernées sur 194).

Parmi ces femmes, 62,9% [61,6-64,2] ont reçu des informations et conseils lors du séjour en suites de couches (122 femmes concernées sur 194). 51,5% [50,3-52,7] en ont également bénéficié au cours de la visite post-natale (100 femmes concernées sur 194).

Un nombre minime de femmes, 1,5% [1,3-1,7], déclare avoir été informé lors des séances de rééducation périnéale et au cours de circonstances autres (visites chez le médecin généraliste,..) (3 femmes concernées sur 194).

Population inobservante

Les femmes jugées « inobservantes » ayant été informées et conseillées au cours de la période post-natale représentent 24,7% [23,5-25,9] de la population (48 femmes concernées sur 194).

29,9% [28,5-31,3] des femmes ont bénéficié d'informations et conseils lors du séjour en suites de couches (58 femmes concernées). 24,7% [23,5-25,9] des femmes étaient également informées et conseillées lors de la visite post-natale (48 femmes concernées sur 194).

Pour cette population également, seulement 0,5% [0,3-0,7] de femmes déclarent avoir été informées lors des séances de rééducation périnéale et au cours de circonstances autres (1 femme concernée sur 194).

***Séjour en suites de couches* : $p=0,585$; non significatif. L'apport d'informations et conseils lors du séjour n'a pas d'influence significative sur l'observance.**

***Visite post-natale* : $p=0,725$; non significatif. Il n'existe pas de différence significative en ce qui concerne l'apport d'informations et conseils lors de la visite post-natale.**

Réducation périnéale : $p=0,999$; non significatif.

Autre circonstances : $p=0,801$; non significatif.

2.3.2. Fréquence sur la période périnatale

Cette partie de l'étude est en lien avec l'hypothèse de travail n°3

Population observante

Les femmes déclarant avoir été informées et conseillées au moins à deux reprises sur la période périnatale constituent 53,6% [52,4-54,8] de la population (104 femmes concernées sur 194).

Population inobservante

26,3% [25-27,6] des femmes disent avoir reçu des informations au moins à deux reprises sur la période périnatale (51 femmes concernées sur 194).

$p=0,5$; non significatif. La fréquence de l'apport d'informations sur la période périnatale n'a pas d'influence sur l'observance.

2.3.3. Professionnels de santé concernés

Population observante

La majorité des femmes jugées « observantes » a bénéficié d'informations provenant de sages-femmes, elles représentent 63,4% [62,1-64,7] de la population (123 femmes concernées sur 194). Le gynécologue est cité par 45,4% [44,3-46,5] (88 femmes concernées sur 194). Le médecin généraliste a informé et conseillé 11,3% [10,7-11,9] des femmes (22 femmes concernées sur 194).

Population inobservante

Pour la population de femmes considérées « inobservantes », la sage-femme est également le professionnel de santé le plus cité. Les femmes désignant la sage-femme représentent 29,9% [28,5-31,3] de la population étudiée (58 femmes concernées sur 194). Le gynécologue est cité par 21,6% [20,4-22,8] (42 femmes concernées sur 194). 3,6% [3,1-4,1] des femmes ont été informées par un médecin généraliste (7 femmes concernées sur 194).

Sage-femme : $p=0,708$; non significatif. L'observance n'est pas influencée par les informations et conseils apportés par la sage-femme.

Gynécologue : $p=0,832$; non significatif. Il n'apparaît pas de différence significative lorsque l'information et les conseils sont apportés par le gynécologue.

Médecin généraliste : $p=0,484$; non significatif. Là encore, l'apport d'informations par le médecin généraliste n'entraîne pas d'effet sur l'observance.

2.3.4. Satisfaction

Cette partie de l'étude est en lien avec les hypothèses de travail n°1 et n°2.

Population observante

Les femmes jugeant l'information donnée sur la période périnatale compréhensible constituent 67,5% [66,1-68,9] de la population observée (131 femmes concernées sur 194). 62,4% [61,1-63,7] la jugent utile (121 femmes concernées sur 194). 51,0% [49,8-52,2] trouvent les conseils et informations prodigués suffisants (99 femmes concernées sur 194). **Et pour 50,0% [48,8-52,2], l'information et les conseils donnés correspondaient aux attentes personnelles (97 femmes concernées sur 194).**

47,4% [46,2-48,6] des femmes se disent « globalement » satisfaites des informations et conseils prodigués sur la période périnatale (92 femmes concernées sur 194).

Population inobservante

Les femmes dites « inobservantes » estimant les informations apportées sur la période périnatale compréhensibles constituent 30,9% [29,5-32,3] de la population observée (60 femmes concernées sur 194). 27,8% [26,5-29,1] les jugent utiles (54 femmes concernées sur 194). Pour 22,2% [21,0-23,4], l'information et les conseils prodigués étaient suffisants (43 femmes concernées sur 194). **Et pour 21,6% [20,4-22,8] des femmes, les informations et conseils étaient en accord avec leurs attentes et leurs situations (42 femmes concernées sur 194).**

20,1% [19,0-21,2] de femmes déclarent être « globalement » satisfaites des informations et conseils donnés sur la période périnatale (39 femmes concernées sur 194).

Personnalisation : $p=0,683$; non significatif. La personnalisation de l'information et des conseils prodigués n'influence pas l'observance.

Satisfaction globale : $p=0,585$; non significatif. L'apport de conseils et informations jugés globalement satisfaisants par les femmes n'entraîne pas d'effet significatif en ce qui concerne l'observance.

2.3.5. Informations extra médicales

Population observante

La population « observante » ayant eu recours à des informations et conseils autres que ceux prodigués par les professionnels de santé constitue 37,6% [36,6-38,6] de la population étudiée (73 femmes concernées sur 194).

Ces femmes se sont adressées principalement à leur entourage pour avis, conseils et informations. 37,1% [36,1-38,1] de ces femmes ont sollicité leur entourage (36 femmes concernées sur 97). C'est ensuite internet qui est le plus utilisé pour s'informer. Ce moyen fut employé par 14,4% [13,8-15] (14 femmes concernées sur 97). Seulement 8,2% [7,7-8,7] des femmes se sont informées par l'intermédiaire de documents et livrets spécifiques (8 femmes concernées sur 97).

Population inobservante

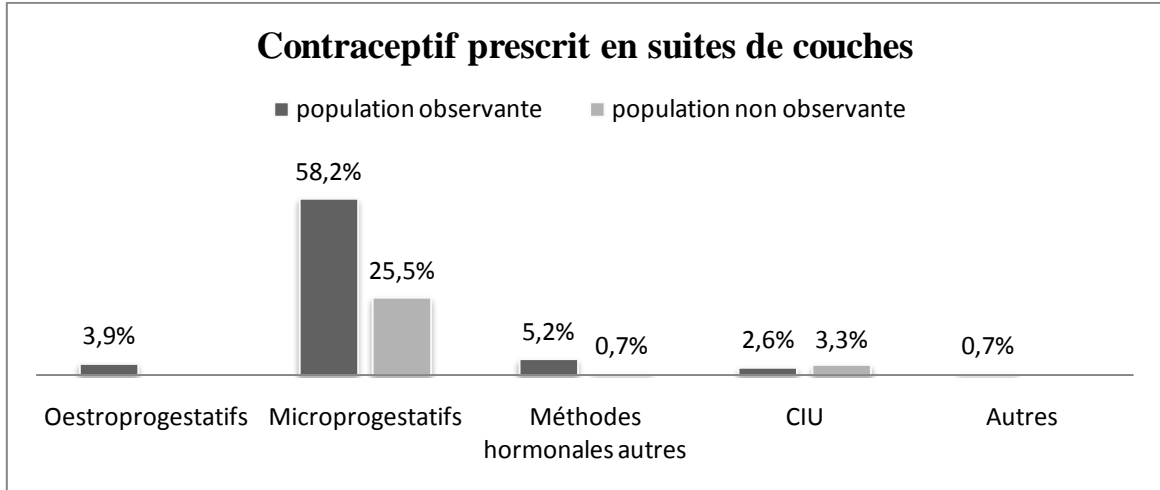
La population « inobservante » déclarant avoir eu recours à des sources d'informations et de conseils autres que celles dites médicales représente 12,4% [11,5-13,3] de la population étudiée (24 femmes concernées sur 194).

Pour ces femmes, de même que pour les femmes de la population « observante » ayant eu recours à une source d'informations extra médicales, la principale source est représentée par l'entourage. 10,3% [9,5-11,1] ont sollicité leur entourage (10 femmes concernées sur 97). Internet était utilisé par 7,2% [6,5-7,9] (7 femmes concernées sur 97). Seulement 2,1% [1,7-2,5] se sont informées par l'intermédiaire de documents et livrets spécifiques (2 femmes concernées sur 97).

$p=0,06$; assez significatif. Le recours aux informations extra médicales semble influencer de manière « assez » significative l'observance.

2.4. La contraception au cours des quatre premiers mois du post-partum

2.4.1. Lors du séjour en suites de couches



Population observante

Les femmes ayant été conseillées sur l'utilisation d'une méthode contraceptive en particulier constituent 59,3% [58,0-60,6] de la population observée (115 femmes concernées sur 194).

55,7% [54,4-57,0] des femmes ont reçu une prescription de contraceptif à la sortie de la maternité (108 femmes concernées sur 194).

Les microprogestatifs ont été prescrits à 58,2% [56,9-59,5] des femmes ayant reçu une prescription (89 femmes concernées sur 153).

Population inobservante

Les femmes ayant reçu des conseils sur l'utilisation d'une méthode contraceptive précise représentent 29,9% [28,5-31,3] de la population (58 femmes concernées sur 194).

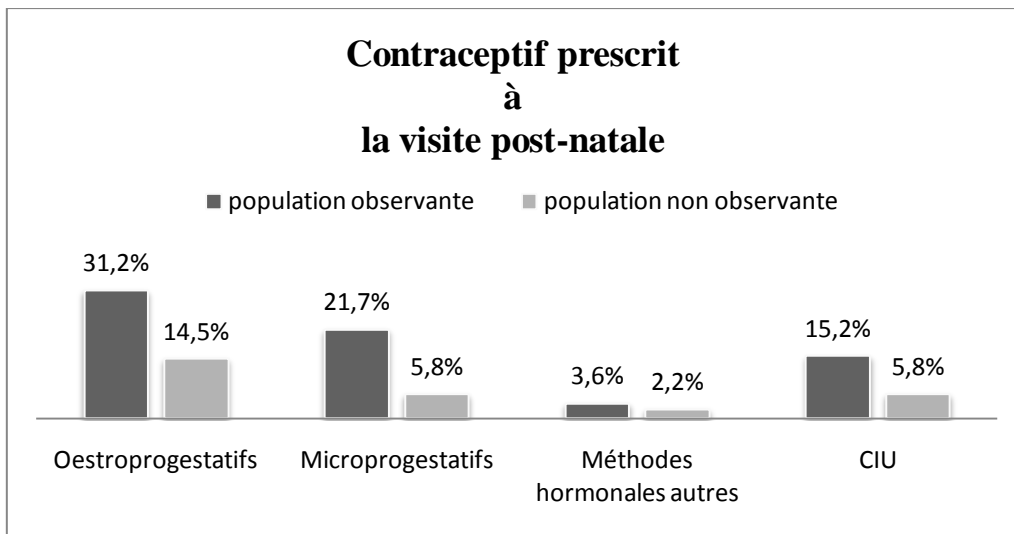
Une prescription de contraceptif a été remise à 23,2% [22,0-24,4] (45 femmes concernées sur 194).

Les microprogestatifs ont été prescrits en majorité. 25,5% [24,2-26,8] de la population ayant reçu une prescription s'est vu recommander des microprogestatifs (39 femmes concernées sur 153).

Contraception conseillée : $p=0,111$; peu significatif. Les conseils prodigués sur l'utilisation d'une méthode contraceptive en particulier ont peu d'influence sur l'observance.

Contraception prescrite : $p=0,328$; non significatif. La prescription d'un contraceptif en suites de couches n'a pas de retentissement significatif sur l'observance.

2.4.2. Lors de la visite post-natale



Population observante

Les femmes « observantes » ayant reçu des conseils sur l'usage d'une méthode contraceptive précise représentent 53,9% [52,7-55,1] de la population (97 femmes concernées sur 194).

55,0% [53,7-56,3] ont reçu une prescription de contraceptif (99 femmes concernées sur 194).

Les oestroprogestatifs représentent la méthode la plus prescrite lors de la visite post-natale. 31,2% [30,3-32,1] des femmes ayant reçu une prescription se sont vues recommander ce mode de contraception (43 femmes concernées sur 137).

Population inobservante

Les femmes « inobservantes » ayant été conseillées sur l'utilisation d'une méthode contraceptive en particulier constituent 25,0% [23,7-26,3] de la population (45 femmes concernées sur 194).

21,1% [19,9-22,3] ont reçu une prescription de contraceptif lors de la visite post-natale (38 femmes concernées sur 194).

14,5% [13,5-15,5] des femmes ayant reçu une prescription, la majorité, ont reçu une prescription d'oestroprogestatifs (*20 femmes concernées sur 137*).

***Contraception conseillée* : $p=0,661$; non significatif. Les conseils prodigués sur l'utilisation d'un contraceptif en particulier n'ont pas d'effet sur l'observance.**

***Contraception prescrite* : $p=0,202$; peu significatif. La prescription de contraceptifs lors de la visite post-natale entraîne peu de retentissement sur l'observance.**

DISCUSSION

1. REPONSES AUX OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE RECHERCHE

1.1. Objectif principal et hypothèse principale

Pour rappel, l'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'observance de la contraception prescrite et/ou conseillée au cours des quatre premiers mois du post-partum.

L'hypothèse principale stipulait que **15% des femmes ne se réfèrent pas aux conseils et prescriptions au cours de cette période.**

L'observance de la contraception sur les quatre premiers mois du post-partum a été estimée à partir des réponses données lors de la réalisation du questionnaire et en se reportant à l'observance constatée :

- de la sortie de la maternité jusqu'à la réalisation de la visite post-natale (première période) dans un premier temps,
- de la visite post-natale au quatrième mois du post-partum (deuxième période) dans un second temps.

Au cours de la première période, le pourcentage d' « inobservance » relevé était de 30,3% (*54 femmes concernées sur une population de 178 femmes*).

Au cours de la deuxième période, le pourcentage d' « inobservance » calculé était de 13,4% (*23 femmes concernées sur une population de 172 femmes*).

Sur les quatre premiers mois qui suivent l'accouchement, le taux d'inobservance était de 30,5% (61 femmes concernées sur une population de 200 femmes).

L'hypothèse principale est vérifiée.

Une proportion non négligeable de la population n'a pas suivi pas les conseils et/ou prescriptions faites en matière de contraception au cours des premiers mois qui suivent l'accouchement.

Et c'est durant la période allant de la sortie de la maternité jusqu'à la réalisation de la visite post-natale que les femmes semblent le moins se référer aux conseils et prescriptions.

Et pourtant, lors du séjour en suites de couches, **plus des trois quarts (178 femmes sur une population de 200 femmes) de la population avaient été conseillés sur l'utilisation d'une méthode contraceptive et/ou avaient bénéficié d'une prescription à la sortie de la maternité.**

Il est à noter que les **microprogestatifs oraux** occupent la première place des contraceptifs prescrits à la sortie de la maternité. 83,7% des femmes (128 femmes sur 153) avaient obtenu une prescription de microprogestatifs.

Une étude réalisée en 2004 à la maternité du Mans montrait que plus de la moitié des accouchées ayant reçu une prescription s'étaient vues recommander un microprogestatif (15). Ce mode de contraception était également le plus prescrit à la sortie de la maternité.

Les microprogestatifs restent le mode de contraception prescrit en première intention dans le post-partum immédiat.

Lors de la visite post-natale, là encore, la majorité des femmes (172 femmes sur une population de 200 femmes) déclare avoir été conseillée sur l'utilisation d'une méthode contraceptive et avoir reçu une prescription.

A cette distance temporelle de l'accouchement, les **oestroprogestatifs oraux** ont été en majorité prescrits. 45,7% des femmes ont bénéficié d'une prescription d'oestroprogestatifs (63 femmes sur 138).

Les résultats de l'étude effectuée à la maternité du Mans montrent la même prédominance. A cette distance temporelle de l'accouchement, la majorité des femmes utilisait des oestroprogestatifs.

En outre, à la naissance de leur enfant, plus de la moitié des femmes avaient choisi **l'allaitement maternel exclusif**. Cette constatation peut venir expliquer, en partie, la proportion importante de prescriptions de microprogestatifs à la sortie de la maternité. La réticence des professionnels à prescrire des oestroprogestatifs, même minidosés, à cette proximité de l'accouchement en raison des risques de complications thromboemboliques est aussi à évoquer.

Au quatrième mois du post-partum, **l'allaitement artificiel** représentait le mode d'allaitement le plus pratiqué. Ce mode d'allaitement était choisi par près des trois quarts de la population. Là également, la proportion plus importante de prescriptions d'oestroprogestatifs pourrait s'expliquer, en partie, par le recours à l'allaitement artificiel majoritaire à ce moment-là et par la diminution des risques de survenue de complications thromboemboliques.

Les prescriptions effectuées en suites de couches sont globalement en accord avec les recommandations nationales et le protocole de service établi à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant.

Auparavant, il est à noter que la majorité des femmes, 77%, avait recours à des méthodes contraceptives hormonales orales (*154 femmes sur 200*).

Dans l'étude réalisée au Mans, trois quarts des femmes utilisaient des pilules contraceptives avant leur grossesse.

Les méthodes hormonales orales restent le mode de contraception le plus prescrit et le plus utilisé quelque soit la période de la vie concernée. Et, elles semblent constituer des références en matière de contraception du post-partum. Les femmes mais aussi les professionnels de santé semblent avoir tendance à privilégier ce mode de contraception.

Un mode de contraception à priori mieux connu de tous, jugé plus simple d'utilisation et d'accès, et plus facilement prescrit par les professionnels !

A partir des résultats de l'étude, et par déduction, les contraceptifs oraux étant en majorité prescrits et conseillés, les taux de « non observance » constatés concernent en particulier ces modes de contraception.

Il apparaît important de signaler que :

- l'évocation, la recommandation et la prescription d'une méthode contraceptive que ceci est lieu lors du séjour en suites de couches ou lors de la visite post-natale n'influencent pas l'observance de la contraception au cours des premiers mois du post-partum ($p > 0,05$).
- le mode de contraception prescrit au cours du séjour et lors de la consultation post-natale n'a pas d'effet sur l'observance ($p > 0,05$).

Lorsque les femmes déclarent ne pas avoir reçu de prescription, un des principaux motifs retrouvés reste le **non désir de contraception**.

Et ceci plus particulièrement lors de la sortie de la maternité où 44,7% des femmes n'ayant pas reçu de prescription apportaient cette explication (*21 femmes sur 47*).

Ce choix de non utilisation de contraception constitue-t-il actuellement une sorte de « revendication » de la part des femmes de plus en plus constatée en maternité, une tendance actuelle à ne désirer aucune contraception et notamment hormonale ? Ce choix est-t-il le témoin d'un manque de propositions et d'orientations de la part des professionnels ? Ou simplement est-t-il du à la décision de repousser la reprise d'une sexualité à plus tard ?

Seulement 27,7% avaient recours à une **méthode ne nécessitant pas de prescription** (préservatifs dans la plupart des cas) (*13 femmes sur 47*). Pour certaines, ce mode de contraception avait pu être conseillé par les professionnels. Pour d'autres, l'utilisation de ce type de contraception était totalement indépendante des conseils promulgués par les professionnels.

Suite à la visite post-natale, la **poursuite de la méthode prescrite et/ou conseillée** lors du séjour en suites de couches est fréquemment citée comme motif d'absence de prescription.

47,9% de la population n'ayant pas reçu de prescription lors de cette visite évoquait cette raison (23 femmes sur 48). Alors que les microprogestatifs étaient en majorité prescrits en suites de couches, il semblerait que pour un certain nombre de femmes ce mode de contraception soit poursuivi sur un plus long terme.

25% des femmes n'ayant pas reçu de prescription lors de la consultation post-natale déclarent ne pas désirer de contraception (12 femmes sur 48). Un taux qui suscite un intérêt lorsque l'on sait que la plupart des femmes ne reverront un gynécologue (ou un autre professionnel de santé) que des mois après cette visite et qu'elles n'utiliseront à priori aucun mode de contraception sur un long terme.

Enfin, la plupart des femmes ont bénéficié en suites de couches et lors de la visite post-natale:

- **De conseils sur l'utilisation d'un contraceptif en particulier**
- **Et/ou de prescriptions, et notamment des prescriptions de méthodes hormonales orales qui restent le mode de contraception le plus connu, le plus prescrit et utilisé pendant et en dehors du post-partum.**

Et pourtant l'observance de la contraception est médiocre lors des premiers mois du post-partum.

Quels est alors le motif principal de « non observance » avancé par les femmes ? Quels sont les éléments pouvant influencer l'observance au cours des premiers mois du post-partum ? C'est ce que cette étude propose de découvrir par la suite.

1.2. Objectif secondaire et hypothèses secondaires

1.2.1. Hypothèse secondaire n°1 : Personnalisation

L'hypothèse secondaire n°1 laissait entendre que l'observance de la contraception était dépendante de la personnalisation des informations et conseils prodigués en la matière sur la période périnatale.

Pour 72,5% de la population « source », l'information et les conseils apportés étaient personnalisés et adaptés aux situations et attentes (145 femmes sur 200).

Les femmes jugées « observantes » considérant l'information et les conseils donnés adaptés aux attentes personnelles constituent 50,0% de la population (97 femmes sur 194).

La population de femmes jugées « inobservantes » estimant les informations et conseils en accord avec leurs attentes et leurs situations représentent 21,6% de la population (42 femmes sur 194).

La majorité des femmes estiment les conseils et informations apportés sur la période périnatale adaptés et en accord avec leurs attentes.

Cependant, l'étude montre que la personnalisation de l'information et des conseils n'a pas d'influence sur l'observance de la contraception lors des quatre premiers mois du post-partum ($p > 0,05$).

L'hypothèse secondaire n°1 n'est pas vérifiée.

1.2.2. Hypothèse secondaire n°2 : Satisfaction

L'hypothèse secondaire n°2 laissait supposer que l'observance était liée à la satisfaction des femmes vis-à-vis de l'information et des conseils apportés sur la période périnatale.

Les critères pris en compte pour l'évaluation de la satisfaction sont : la compréhension, l'utilité, la personnalisation et l'apport suffisant d'informations.

68,5% de la population « source » déclare être « globalement » satisfaite des conseils et informations qui ont été délivrés sur la période périnatale (137 femmes sur 200).

Les femmes jugées « observantes » au cours des quatre premiers mois du post-partum se disant « globalement » satisfaites des informations et conseils prodigués sur la période périnatale représentent 47,4% de la population (92 femmes sur 194).

Les femmes jugées « inobservantes » se disant « globalement » satisfaites des informations et conseils apportés sur la période périnatale constituent 20,1% de la population (39 femmes sur 194).

Pour les deux populations étudiées, les conseils et informations apportés sur la période périnatale ont été satisfaisants.

L'étude souligne que l'apport de conseils et informations jugés globalement satisfaisants par les femmes n'entraîne pas d'effet significatif en ce qui concerne l'observance de la contraception lors de cette période ($p>0,05$).

L'hypothèse secondaire n°2 n'est donc pas vérifiée.

1.2.3. Hypothèse secondaire n°3 : Fréquence de l'information

L'hypothèse secondaire n°3 se reportait à l'importance de la répétition de l'information sur la période périnatale. Elle laissait supposer que le pourcentage de femmes se référant à la méthode contraceptive conseillée et/ou prescrite était plus important lorsque les informations étaient prodiguées au moins à deux reprises lors de cette période.

80% de la population « source » a bénéficié d'informations et conseils au moins à deux reprises sur la période périnatale (160 femmes sur 200).

Les femmes jugées « observantes » déclarant avoir été informées et conseillées au moins à deux reprises sur la période périnatale constituent 53,6% de la population (104 femmes sur 194).

La population jugée « inobservante » ayant reçu des informations et conseils au moins à deux reprises sur la période périnatale représentent 26,3% de la population (51 femmes sur 194).

Pour les deux populations étudiées, l'information et les conseils ont été apportés à plusieurs reprises sur la période périnatale.

Les résultats de l'étude ne mettent pas en évidence une influence de la fréquence d'apport d'informations et de conseils sur l'observance alors que l'on pourrait penser qu'un apport renouvelé sur la période périnatale est un impact positif sur l'observance ($p>0,05$).

L'hypothèse secondaire n°3 n'est pas vérifiée.

1.2.4. Hypothèse secondaire n°4 : Principal motif de « non observance »

L'hypothèse secondaire n°4 s'intéressait au motif principal de « non observance » de la contraception. Le principal motif présenté était l'inadéquation entre la contraception prescrite et/ou conseillée et les attentes réelles des femmes en la matière.

Parmi les divers motifs cités par les femmes,

- Sur la première période :

la non concordance entre la méthode prescrite et/ou conseillée et les attentes réelles des femmes (et du couple) en matière de contraception prédomine.

En effet, sur cette période, la population « non observante » jugeant la méthode prescrite et/ou conseillée **en désaccord avec les attentes réelles** représentait 63% de la population (34 femmes sur 54).

- Sur la deuxième période :

De nouveau, la non concordance entre le contraceptif prescrit et/ou conseillé et les attentes se démarque.

Après la visite post-natale, la population « non observante » jugeant la méthode prescrite et/ou conseillée **en désaccord avec les attentes réelles** représentait 69,6% de la population (16 femmes sur 23).

Au cours des quatre premiers mois du post-partum, l'inadéquation entre la contraception conseillée et/ou prescrite et les attentes des femmes constitue le principal motif de non observance avancé par la population concernée.

Pour 62,3% de la population « non observante » sur ces premiers mois du post-partum, la méthode prescrite et/ou conseillée **ne correspondait pas aux attentes réelles** (38 femmes concernées sur 61).

L'hypothèse secondaire n°4 est donc vérifiée.

La proportion conséquente de femmes jugées « inobservantes », déclarant ne pas avoir bénéficié d'une contraception adaptée, laisse supposer que les méthodes contraceptives recommandées et/ou prescrites n'avaient pas été (ou peu) détaillées et présentées et qu'elles avaient été conseillées et/ou prescrites sans tenir compte des souhaits, de la situation et des nombreux facteurs (psychologique, socio-économiques,...) pouvant influencer l'observance et donc l'efficacité de la méthode.

La prescription serait trop souvent systématique et les recommandations en matière de contraception trop générales et peu personnalisées.

Or, une contraception adaptée et acceptée par la femme (et le couple) est garante d'une observance correcte.

Il semblerait que pour cette proportion de femmes « inobservantes », le temps nécessaire à l'accompagnement dans le choix d'une contraception répondant aux attentes personnelles n'ait pas été accordé.

Et ce constat semble concerner les deux temps majeurs (les suites de couches et la visite post-natale) où la contraception doit être abordée et discutée avec ces femmes.

Les hypothèses de recherche précédentes portant sur les critères de satisfaction relatifs aux informations et conseils prodigués sur la période périnatale révèlent que la majorité de la population était globalement satisfaite. Les informations et conseils étaient jugés utiles, compréhensibles, suffisants et personnalisés par une large proportion de la population.

Sur la période périnatale, les femmes semblent suffisamment informées et conseillées sur la contraception du post-partum et ses spécificités. Elles prétendent, pour la plupart, avoir profité de conseils et informations adaptés à leurs situations et attentes. Que les femmes soient estimées « observantes » ou « inobservantes » sur les premiers mois du post-partum, les constatations restent identiques.

L'ensemble de ces observations laisse apparaître une réelle discordance entre le jugement apporté sur les informations et conseils reçus sur la période périnatale et le jugement apporté sur la prescription et/ou les recommandations faites au moment du choix de la contraception.

2. LA POPULATION DE FEMMES « INOBSERVANTES »

2.1. Les principales caractéristiques de la population

2.1.1. Caractéristiques générales

La majorité des femmes jugées « inobservantes » au cours des quatre premiers mois du post-partum sont des femmes :

- **Jeunes** (moyenne d'âge : **28,66 ans**)
- **A proportion égale Primipares et Multipares** (parité moyenne : **1,77**)
- **Vivant en couple**
- **Sans activité professionnelle**
- **Ayant choisi majoritairement l'allaitement maternel pour leurs enfants à la naissance et l'allaitement artificiel au quatrième mois du post-partum.**

2.1.2. Antécédents contraceptifs

La plupart des femmes appartenant à la population jugée « inobservantes » utilisaient comme moyen de contraception antérieur **des méthodes hormonales et en particulier orales.**

La majorité déclare ne jamais avoir été confrontée à des oublis contraceptifs.

2.1.3. Informations reçues

Cette population déclare avoir été principalement informée par les professionnels de santé **lors de la période post-natale et plus particulièrement lors du séjour en suites de couches et lors de la visite post-natale.**

Pour la majorité, les informations et conseils ont été prodigués **au moins à deux reprises sur la période périnatale.**

La sage-femme représente la profession de santé la plus citée en ce qui concerne l'apport de conseils et informations sur la contraception du post-partum.

Pour la plupart de ces femmes, les informations et conseils reçus étaient **satisfaisants et personnalisés.**

2.1.4. Contraception dans le post-partum

Comme pour la population « source », la plupart des femmes ont été conseillées et/ou ont reçu une prescription de contraceptifs lors du séjour en suites de couches et lors de la visite post-natale.

Les **microprogestatifs oraux** ont été en majorité prescrits en suites de couches.

Les **oestroprogestatifs oraux** ont été en majorité prescrits lors de la visite post-natale.

2.2. Les facteurs influençant l'observance

2.2.1. Situation familiale

Selon les résultats de l'étude, il semblerait que la situation familiale est une influence relativement significative ($p=0,06$) sur l'observance de la contraception lors des quatre premiers mois du post-partum.

Les femmes vivant seules sont plus exposées à la « non observance » de la contraception lors des quatre premiers mois du post-partum que les femmes vivant en couple.

L'absence de partenaire à ce moment-là ajoutée aux diverses modifications et difficultés propres au post-partum pourraient-être les motifs les plus probables de « non observance » par ces femmes lors de cette période particulière que constitue le post-partum.

2.2.2. Mode d'accouchement

L'observance semble être influencée de façon relativement significative par le mode d'accouchement ($p=0,09$).

Les femmes ayant accouché par voie basse normale sont plus sujettes à la « non observance » contraceptive lors des premiers mois du post-partum.

Lorsque l'accouchement a été réalisé par césarienne ou lorsque la voie basse a nécessité une intervention instrumentale, la proportion de femmes jugées « observantes » sur les quatre premiers mois du post-partum prédomine.

Pour cette population et en particulier pour les femmes ayant subi une césarienne, les recommandations et les prescriptions ont peut être été plus adaptées et mieux entendues en raison des risques encourus en cas de grossesses rapprochées notamment.

2.2.3. Oublis contraceptifs

L'oubli contraceptif antérieur à la grossesse exerce une influence significative sur l'observance ($p=0,022$).

Les femmes considérées « inobservantes » lors des premiers mois du post-partum sont des femmes qui déclarent être fréquemment exposées à l'oubli contraceptif.

Etre sujette aux oublis contraceptifs antérieurement semble constituer une prédisposition à l'« inobservance » au cours du post-partum.

2.2.4. Informations et conseils délivrés lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité

Il semble exister un effet significatif de l'information apportée lors de ces séances sur l'observance ($p=0,042$).

Sur la même période, soit les premiers mois du post-partum, parmi la population de femmes ayant été informées et conseillées lors de ces séances, la majorité s'avère être « inobservante ».

Autrement dit, ce sont les femmes n'ayant pas suivi la contraception prescrite et/ou conseillée qui ont pu bénéficier paradoxalement de plus d'informations et de conseils sur la contraception du post-partum lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

Pour rappel, la grossesse représente la période où les femmes déclarent avoir été le moins informées et conseillées. Et il semblerait que lorsque, informations et conseils sont apportés, ils n'aient pas l'impact souhaité.

Comment expliquer ce phénomène ? Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont-elles finalement des moments réellement propices à l'introduction de la contraception du post-partum ?

2.2.5. Recours aux informations extra médicales

Le recours aux informations extra médicales semble influencer de manière « assez » significative l'observance ($p=0,06$).

Les femmes jugées « inobservantes » sur les quatre premiers mois du post-partum semblent moins se référer à des informations autres que celles prodiguées par les professionnels de santé en matière de contraception.

Alors que précédemment il était évoqué la « non concordance de la contraception prescrite et/ou conseillée avec les attentes des femmes » comme motif principal de « non observance », il pourrait paraître utile et cohérent pour ces femmes de recourir à d'autres sources d'informations, ce qui ne semble pas être le cas.

Les femmes jugées « observantes » ont plus tendance à chercher des informations supplémentaires sur les méthodes contraceptives utilisées et utilisables lors du post-partum. L'entourage est en priorité sollicité par ces femmes. Il semblerait que ces échanges, malgré les croyances et les nombreuses idées reçues encore souvent présentes à l'esprit des gens, n'aient pas un effet forcément délétère sur l'observance de ces femmes qui sollicitent leurs proches.

Paradoxalement, se sont souvent les femmes ayant déjà des connaissances qui ont tendance à plus s'informer.

2.3. Comparaisons et liens avec des études antérieures

2.3.1. Les femmes à risque d'IVG dans le post-partum

En se reportant à l'étude effectuée en 1999 à Limoges par N.ADAM, il paraissait intéressant de connaître les caractéristiques générales des femmes à risque d'IVG dans le post-partum afin de les comparer à celles de la population jugée « inobservante » lors des premiers mois de cette même période.

Les résultats de cette étude montrent que les femmes à risque d'IVG en période post-natale sont principalement celles dont **les conditions socio-économiques sont défavorables, âgées de 26 à 35 ans, primipares, ayant une vie de couple, porteuses d'un contraceptif intra-utérin avant leur grossesse, ayant choisi un allaitement maternel pour leur enfant (12).**

Ces caractéristiques générales se rapprochent de celles de la population « non observante » étudiée.

2.3.2. Les femmes à risque de grossesses rapprochées

Une étude effectuée en 2001 à l'Institut Mère-Enfant Alix-de-Champagne de Reims a permis de mettre en évidence les facteurs de risque conduisant aux grossesses rapprochées.

Il paraissait également intéressant de connaître les caractéristiques générales des femmes exposées à ce phénomène.

Les résultats indiquent que les femmes à risque de grossesses rapprochées sont souvent **jeunes, célibataires, sans profession, présentant une gestité et une parité élevées, ayant choisi l'allaitement artificiel pour leur enfant, n'utilisant aucun moyen de contraception avant leur première grossesse et ayant bénéficié d'une contraception orale en post-partum (16).**

Certaines de ces caractéristiques rejoignent celles de la population « non observante » étudiée et celles des femmes à risque d'IVG dans la période post-natale.

Globalement, ces femmes ont en commun **le jeune âge, l'absence de profession et des conditions socio économiques défavorables**, caractéristiques restant peu significatives.

3. VALIDITE DE L'ETUDE

3.1. Points forts

L'étude a pu être effectuée sur une population « source » composée de 200 femmes. Le nombre de sujets nécessaires était atteint.

Au moment de la réalisation de l'entretien téléphonique, les femmes ont en majorité répondu aux questions posées. Peu de femmes ont refusé de répondre au questionnaire. Celles ne pouvant répondre au moment de la prise de contact initiale ont, pour la plupart, accepté la reprise de contact ultérieurement.

Cette étude descriptive porte sur un effectif total conséquent (n=200). De plus, certaines variables (âge, parité,...) suivent une loi normale. Ces paramètres permettent l'utilisation de nombreux tests dits « paramétriques » et notamment le test du chi-deux.

3.2. Points faibles

- En ce qui concerne le questionnaire :

Certaines questions posées auraient dû être plus précises afin de faire face à la subjectivité des réponses données par les femmes.

Pour exemple, les femmes se disent satisfaites des informations et conseils en général, jugés utiles, suffisants, personnalisés, compréhensibles. Or l'interrogatoire plus approfondi révèle qu'il y a souvent beaucoup moins de satisfaction qu'elles ne le laissent entendre en première intention (Conseils non entendus ?, incompréhension ?, peu d'informations ?,...).

La question s'intéressant à la catégorie socioprofessionnelle aurait été plus pertinente si elle avait été complétée par une question sur le niveau de scolarité. En effet, cette information supplémentaire permettrait de mieux appréhender les connaissances et conseils à diffuser à la population en adaptant le discours apporté.

Il aurait été utile et pertinent de s'intéresser à la reprise de l'activité sexuelle afin de mieux appréhender les besoins contraceptifs de la femme (et du couple).

Il aurait été intéressant également de connaître les projets des femmes (et des couples) lorsqu'une nouvelle grossesse était envisagée. Le délai prévu et pensé pour cette dernière pourrait influencer le mode contraceptif choisi.

- En ce qui concerne l'étude :

A partir de la population « source » étudiée, de nombreuses sous-populations apparaissent rendant la compréhension des résultats parfois difficile. C'est pourquoi il a été joint aux pourcentages cités les effectifs correspondants.

4. REMARQUES ET IMPRESSIONS AU COURS DE LA REALISATION DU QUESTIONNAIRE

La réalisation du questionnaire par entretien téléphonique a permis de recueillir diverses remarques et impressions témoins, d'une part du jugement des femmes porté sur l'information dispensée et, d'autre part de la pratique réelle des femmes en matière de contraception du post-partum.

Ces dernières, détaillées par la suite, permettront notamment de proposer des actions en vue d'une amélioration de l'observance au cours de cette période particulière que constitue le post-partum en s'appuyant sur la parole des intéressées.

4.1. Concernant les informations et conseils prodigués

- Apport excessif d'informations en périnatal.
- Apport d'informations et conseils divers trop important à la maternité.
- Informations pas assez ciblées (ex : CIU et effets secondaires), effets secondaires souvent peu abordés et détaillés par les professionnels lors des moments d'échanges.
- Certaines femmes ne désirent pas être informées ! (connaissances antérieures, CI connues,...).
- Beaucoup de femmes ne demandent pas de conseils et informations, peu d'intérêt à ce moment-là de la vie pour la contraception.
- Les femmes posent peu de questions aux professionnels de santé lorsque cela est possible, à part si il existe un problème réel, une question ciblée,...
- Pourquoi aussi peu d'informations, conseils et prescriptions lors des séances de rééducation périnéale effectuées par les sages-femmes ?
- Le livret d'information délivré à la maternité se révèle, pour une majorité de femmes, souvent utile de retour au domicile.
- Lorsqu'il existe des effets secondaires ou inattendus, les femmes disent avoir plus souvent recours à d'autres sources d'information (entourage, internet,...).
- La contraception d'urgence est rarement abordée sur la période périnatale.

4.2. Concernant la contraception

- Contraceptif intra-utérin posé tardivement, lors de la visite post-natale ou à distance. La prescription de ce dispositif a souvent lieu à la maternité pour que celui-ci soit posé lors de la consultation post-natale. Mais dans l'attente de cette pose, quel moyen utilisé ?, un moyen temporaire n'est pas toujours conseillé et/ou prescrit. Les femmes concernées semblent plutôt démunies lors du retour à domicile et dans l'attente de la mise en place du dispositif.

- Impression de contraception « imposée » aux femmes.

Exemples de discours entendus : « La sage-femme m'a dit qui fallait prendre cette pilule après l'accouchement.... », « Parce que j'allaite, la sage-femme m'a prescrit cette pilule.... »

- Pour certaines femmes, une contraception est conseillée et prescrite en référence à la contraception antérieure ou en fonction du mode d'allaitement sans explication et information supplémentaire (effets secondaires, autres possibilités,...).

- Les sages-femmes prescrivent une méthode contraceptive à la sortie de la maternité qui sera employée ou non car beaucoup de femmes ont souvent conscience que ce moyen est temporaire, amené à être changé et elles le rappellent...

- Visites post-natales souvent tardives ou non faites aux troisième –quatrième mois du Post-partum ! L'impossibilité d'obtenir un rendez-vous est souvent évoquée.

- Demande des femmes pour le changement de contraception (Microprogestatifs→ Oestroprogestatifs) lors de la visite post-natale. La proposition n'est pas automatique de la part des professionnels de santé.

- Les femmes déclarent être généralement plus intéressées par la contraception au moment de la consultation post-natale.

- Le premier mois est pour de nombreuses femmes un mois d'abstinence ou la sexualité est mise entre parenthèses !

5. PROPOSITIONS

Les diverses remarques et impressions des femmes et les résultats de la recherche amènent à chercher et à proposer des actions, des démarches en vue d'améliorer l'observance de la contraception en période post-natale.

Les résultats de l'étude révèlent que pour la majorité des femmes, les informations et conseils prodigués sur la contraception du post-partum en périnatal sont, dans l'ensemble, satisfaisants et adaptés.

Et pourtant, les diverses remarques recueillies et le taux d' »inobservance « constaté laissent penser que l'effet souhaité sur l'observance reste à améliorer.

L'étude indique également que les informations et conseils sont, en grande partie, apportés après l'accouchement et principalement au cours du séjour en suites de couches et lors de la consultation post-natale.

Au cours de la période prénatale, pour la faible proportion de femmes déclarant avoir bénéficié d'informations et de conseils, ceci a lieu lors des consultations de suivi de grossesse et à l'occasion des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

Les recommandations nationales insistent sur la nécessité de débiter une démarche informative en anténatale.

Lors de cette période, outre ces moments où la contraception du post-partum peut être abordée par les professionnels, les occasions autres sont rares. Le recours à une information écrite spécifique, associée par exemple aux divers conseils et préventions, pourrait être bénéfique en étant mise à disposition dans des lieux souvent fréquentés pendant les neuf mois de grossesse et autres que le lieu de suivi. Ainsi, l'information pourrait être disponible dans les cabinets des médecins généralistes, sages-femmes et dentistes, les laboratoires d'analyses médicales, les différents organismes sociaux et d'assurance.

Au cours du séjour en suites de couches, l'entretien contraception est essentiel même si, là encore, l'intervention reste parfois difficile à entreprendre en raison de nombreux facteurs laissant peu de place pour envisager le choix d'une méthode contraceptive à ce moment-là. De nouveau, l'information écrite, venant compléter l'information et les conseils des professionnels, est essentielle. Les femmes affirment souvent se référer, dès le retour au domicile, au livret remis à la maternité même si la sollicitation de l'entourage est souvent rapportée. Une mise à disposition dans les cabinets des pédiatres, des kinésithérapeutes, ostéopathes pourrait également s'envisager.

Pour beaucoup de femmes, la période post-natale constitue un temps de réévaluation de la contraception nécessitant de la part des professionnels : disponibilité, accompagnement, conseils et rédaction de prescription lorsque la femme le désire.

En raison, d'une part, du nombre de femmes n'ayant recours à aucun moyen de contraception au retour au domicile et, d'autre part, du taux d' « inobservance » remarqué lors de cette période, il paraît essentiel d'insister sur l'information à apporter concernant les particularités du post-partum (retour de couches et ovulations, sexualité, risques médicaux consécutifs aux grossesses rapprochées pour certaines,...), les méthodes locales disponibles et les possibilités de « rattrapage », et ceci en adaptant son discours.

Aussi, il peut paraître utile de rappeler aux femmes que sur la période séparant la sortie de la maternité de la consultation post-natale, période où la plupart des femmes ne seront pas amenées à voir de nouveau un professionnel, des séances de suivi post-natal effectuées par les sages-femmes existent.

Ces séances permettant des actions de prévention, de suivi éducatif, peuvent répondre aux demandes des femmes et notamment celles plus à risque d' « inobservance ».

La consultation post-natale qui reste obligatoire et qui peut être effectuée par un gynécologue, un médecin ou une sage-femme lorsque la grossesse était normale et l'accouchement eutocique est, de surcroît, un des moments essentiels où la réévaluation de la stratégie contraceptive est nécessaire.

En vu du nombre de femmes déclarant n'avoir pas effectué ce contrôle, il semble utile de rappeler que cette consultation peut-être réalisée par une sage-femme qui pourra par la suite poursuivre le suivi gynécologique sous réserve d'adresser la patiente à un médecin en cas de situation pathologique, mais faut-il encore que l'on nous en laisse les moyens.

La sage-femme, de part ses compétences, pourrait devenir l'interlocutrice privilégiée auprès des femmes et des couples et assurer un suivi « globale » de la femme, pouvant sans doute permettre un meilleur accompagnement et un suivi gynécologique régulier laissant la possibilité d'une approche plus personnalisée primordiale en matière de contraception.

Enfin, il faut rappeler que la mise en place d'une contraception nécessite auparavant de cibler les besoins de chaque femme et de chaque couple en s'efforçant de les respecter.

Lorsque l'on se rapporte aux résultats de l'étude citant comme motif principal de « non observance » l'inadéquation entre la contraception prescrite et/ou conseillé et les attentes des femmes, il semble approprié de ne pas avoir recours à une prescription systématique mais de l'adapter le plus possible à la personne concernée.

Une prescription de contraceptif n'est pas définitive et il paraît nécessaire de la rappeler aux femmes en insistant sur les possibilités qui leur sont offertes après leur accouchement afin d'être accompagnées dans leurs choix (séances de suivi post-natal, rééducation périnéale, consultation chez le médecin généraliste,..)

Tous les acteurs de la médecine périnatale interviennent et se doivent de travailler en complémentarité.

CONCLUSION

L'apport d'informations et de conseils sur la contraception du post-partum, estimé par la majorité des femmes comme satisfaisants et en accord avec leurs attentes, associé à une proportion importante de méthodes contraceptives conseillées et/ou prescrites suite à l'accouchement, ne sont pas garant d'une meilleure observance dans le post-partum.

De nombreux éléments qui ne sont pas toujours évidents à déceler peuvent avoir un effet sur l'observance.

L'étude réalisée a permis d'une part, de mettre en relief certains de ces éléments et d'autre part, de mieux connaître les caractéristiques générales des femmes susceptibles d'engendrer des difficultés d'observance en post-natal.

L'inadéquation entre la méthode contraceptive prescrite et/ou conseillée et les attentes réelles des femmes constitue le principal motif de « non observance » retrouvé.

C'est pourquoi, il semble primordial d'envisager un suivi sur le long terme afin de pouvoir régulièrement reconsidérer la contraception et la réévaluer si besoin. Prendre le temps d'analyser avec la femme (et/ou du couple) sa situation, pour envisager avec elle une méthode appropriée, nécessite une certaine implication des professionnels. L'aide au choix est nécessaire.

Il ne semble pas exister de période idéale pour aborder la contraception du post-partum, cependant la redondance de l'information aussi bien orale qu'écrite s'avère malgré tout indispensable et nécessite l'intervention de tous les acteurs de la médecine périnatale.

La sage-femme, qui intervient à de nombreuses et diverses occasions auprès des femmes sur la période périnatale, est l'un des professionnel de santé les plus à même d'agir. De part ses compétences actuelles, elle se doit d'être en mesure de dispenser une information actualisée, pertinente et adaptée, et de conseiller et/ou prescrire une contraception dans l'idéal en accord avec les souhaits des femmes et les recommandations existantes en la matière.

REFERENCES

- (1) INPES, MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit. Dossier de presse, 11 septembre 2007.
- (2) DRESS, VILAIN.A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2004. Etudes et résultats, septembre 2006, n°522.
- (3) DRESS, VILAIN.A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2005. Etudes et résultats, février 2008, n°624.
- (4) DRESS, VILAIN.A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2006. Etudes et résultats, septembre 2008, n°659.
- (5) BAJOS.N, FERRAND.M, LERIDON.H, MOREAU.C. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Population et sociétés, décembre 2004, n°407, p.1-3.
- (6) GRAIZEAU.F, GUERIN DU MASGENET.B, MASSART.P, ROBIN.G. La contraception du post-partum : état des connaissances. Gynécologie obstétrique et fertilité Elsevier Masson, 2008, n°36, p.603-615.
- (7) DRESS, COLLET.M. Satisfaction des usagers de maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. Etudes et résultats, septembre 2008, n°660, p.1-6.
- (8) HAS, AFFSSAPS, INPES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique. 2004. Disponible sur : <http://www.has-santé.fr>.
- (9) HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Recommandations pour les professionnels de santé, novembre 2005, p.10-11. Disponible sur : <http://www.has-santé.fr>.

- (10) HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes. Recommandations pour les professionnels de santé, avril 2005, p.63. Disponible sur : <http://www.has-santé.fr>.
- (11) DESCAMPS.Ph, MULET.F, LANSAC.J. Après une grossesse interrompue ou non, prévoir une méthode provisoire avant d'élargir le choix. Concours médical, 5 septembre 2006, n°25-26.
- (12) LAJARTHE.N. Echec de la contraception du post-partum et IVG, quelles sont les femmes à risque ? Limoges : Ecole de sages-femmes Université de médecine de Limoges. 2000-p.31.
- (13) RIZZETTO.N. Contraception du post-partum : « une information écrite améliore-t-elle les connaissances des femmes ? Limoges : Ecole de sages-femmes Université de médecine de Limoges. 2003-p.52.
- (14) DGS, Ministère de la jeunesse et des sports. Stratégie d'actions en matière de contraception. Janvier 2007.
- (15) BARON.C, COLLET.J, DAGORNE.C, FANNELLO.S, FOURNIE.A, HITOTO.H, PARAT-PATEU.V, ROUTIOT.V. La contraception du post-partum : les recommandations médicales, le point de vue des femmes. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, Elsevier Masson, 2007, n°36, 369-374.
- (16) BAUDELLOT.E, CECCALDI.P-F, DEDECKER.F, E. DERNIAUX.E, GABRIEL.R, GRAESSLIN.O, MONTILLA.F. Grossesses rapprochées : facteurs de risque et conséquences périnatales. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, Elsevier Masson, 2006, n°1, p.28-34.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

CABROL.D, GOFFINET.F, PONS.J.C. Traité d'obstétrique. Paris: Médecine-sciences, Flammarion, 2003,1144-p.1057-1061.

SERFATY.D. contraception, abrégé 3^{ème} édition. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2007,543-p.368-373.

Articles de périodiques

AMBROISE.P, HOUSSIN.D, MATET.N, de PENANSTER.D. Contraception: les nouveaux enjeux. Revue du praticien, 2008, n°58, p.1-6.

BAJOS.N, FERRAND.M, LERIDON.H, MOREAU.C. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Population et sociétés, 2004, n°407, p.1-4.

BAJOS.N, LERIDON.H, OUSTRY.P. La médicalisation croissante de la contraception en France. Population et sociétés, 2002, n°381, p.1-4.

BARTHELEMY.S. Risques de grossesse en post-partum. Vocation sage-femme Elsevier Masson, 2004, n°25.

BARON.C, COLLET.J, DAGORNE.C, FANELLO.S, FOURNIE.A, HITOTO.H, PARAT-PATEU.V, ROUTIOT.V. La contraception du post-partum : les recommandations médicales, le point de vue des femmes. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, Elsevier Masson, 2007, n°36, p.369-374.

BAUDELLOT.E, CECCALDI.P-F, DEDECKER.F, E. DERNIAUX.E, GABRIEL.R, GRAESSLIN.O, MONTILLA.F. Grossesses rapprochées : facteurs de risque et conséquences périnatales. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, Elsevier Masson, 2006, n°1, p.28-34.

DESCAMPS.PH, LANSAC.J, MULET.F. Après une grossesse interrompue ou non, prévoir une méthode provisoire avant d'élargir le choix. Concours médical, 5 septembre 2006, n°25-26.

GRAIZEAU.F, GUERIN DU MASGENET.B, MASSART.P, ROBIN.G. La contraception du post-partum : état des connaissances. Gynécologie obstétrique et fertilité Elsevier Masson, 2008, n°36, p.603-615.

LERIDON.H, REGNIER-LOILIER.A. Après la loi Neuwirth, pourquoi tant de grossesse imprévues ? Population et sociétés, 2007, n°439.p.1-8.

PAULARD.I. Quels contraceptifs prescrire en post-partum ? Vocation Sage-femme, 2008, n°59, p.21-24.

Rapports et dossiers de presses

DREES, COLLET.M. Satisfaction des usagers de maternité à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. Etudes et résultats, septembre 2008, n°660.

DREES, VILAIN.A. Les interruptions volontaires de grossesses en 2004. Etudes et résultats, septembre 2006, n°522.

DREES, VILAIN.A. Les interruptions volontaires de grossesses en 2005. Etudes et résultats, février 2008, n°624.

DREES, VILAIN.A. Les interruptions volontaires de grossesses en 2006. Etudes et résultats, septembre 2008, n°659.

INSTITUT NATIONALE DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE(INPES). Contraception : que savent les français ?, Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux. Dossier de presse, 5 juin 2007.

INPES. Repères pour votre pratique. Comment aider une femme à choisir sa contraception ? Dossier de presse, 2004.

INPES, MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit. Dossier de presse, 11 septembre 2007.

INPES. Baromètre santé 2005. Disponibles sur : <http://www.inpes.santé.fr> (consulté le 20.08.09)

INPES, AFSSAPS, HAS. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme, recommandations pour la pratique clinique. Décembre 2004. Disponible sur : <http://www.has-santé.fr> (consulté le 20.08.09).

INSERM, INED. Enquête COCON, cohorte sur la contraception. 2000-2004. Disponible sur : <http://www.santé.gouv.fr> (consulté le 01/09/09).

Mémoires

LAJARTHE. N. Echec de la contraception du post-partum et IVG, quelles sont les femmes à risque ? Limoges: Ecole régionale de sages-femmes, Université de médecine de Limoges. 2000.

RIZZETTO. F. Contraception du post-partum : « une information écrite améliore-t-elle les connaissances des femmes ? ». Limoges : Ecole régionale de sages-femmes, Université de médecine de Limoges. 2003.

Référentiels, recommandations et textes législatifs

COLLECTIF ASSOCIATIF ET SYNDICAL DES SAGES-FEMMES, CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES. Référentiel métier et compétences de la sage-femme, situations types n°6 et n°7. 2007.


HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS). Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé. Service de recommandations professionnelles, avril 2005. Disponible sur : <http://www.has-santé.fr> (consulté le 01/09/09).



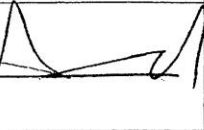
HAUTE AUTORITE DE SANTE. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Recommandations pour les professionnels de santé, novembre 2005. Disponible sur : <http://www.has-santé.fr> (consulté le 15/03/2010).

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, DIRECTION GENERALE DE LA SANTE. Stratégie d'actions en matière de contraception. Janvier 2007.

ANNEXES

ANNEXE 1

 PÔLE mère-enfant	PROTOCOLE CONTRACEPTION DU POST PARTUM	GYOB PM01 SP 001 A Date d'application : 3 juin 2010 Page 1/2
--	---	--

	Rédacteur	Vérificateurs	Approbateur
Nom	JM. BARTHES	Dr SERVAUD J. GANDOIS	Y. AUBARD
Fonction	Sage Femme	Médecin Sage Femme Cadre	Chef de Service
Signature			

I OBJECTIF

Prescrire, dans le post-partum, une contraception adaptée à chaque patiente.

II DOMAINE D'APPLICATION

Concerne les sages-femmes et les médecins du service de gynécologie obstétrique.

III DOCUMENTS DE REFERENCE ET ASSOCIES

Recommandations HAS

IV EVOLUTION

Date	Version	Nature de la modification
3 juin 2010	A	Création

V DIFFUSION

Original : Sage- Femme Cadre Supérieur

Copies papier couleur rose : Aux Sages Femmes Cadres et Sages Femmes

VI DEFINITIONS ET ABREVIATIONS

MTVE : Maladie Thrombo Embolique Veineuse

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

VII GESTION DES DOCUMENTS ET DES ENREGISTREMENTS

Quoi ? Identification	Qui gère ? Protection	Classé où ? Accessibilité	Combien de temps ? Stockage	Archivage/ Destruction Durée de conservation
PROTOCOLE CONTRACEPTION DU POST PARTUM GYOB PM01 SP 001 A	Sage- Femme Cadre Supérieur	Classeur rouge Soins du Patient Onglet Protocoles Médicaux	Toute la durée de vie du document	4 ans puis destruction



 <p>PÔLE mère-enfant</p>	<p align="center">PROTOCOLE CONTRACEPTION DU POST PARTUM</p>	<p align="right">GYOB PM01 SP 001 A Date d'application : 3 juin 2010 Page 2/2</p>
--	---	---

VIII DESCRIPTION

A) Contraception orale

a) La patiente allaite :

- L'allaitement exclusif semble fiable jusqu'à six mois avec la méthode MAMA
- On peut prescrire des **microprogestatifs** dès la sortie de la maternité (**Cérazette** ou Microval, selon les conditions socio économiques).

b) La patiente n'allait pas

- On peut prescrire des **microprogestatifs** dès la sortie de la maternité
- Les oestroprogestatifs (OP) minidosés (Cycléane, Jasmine, Minidril, Méliane, Harmonet...):
 - o sont déconseillés dans les six semaines suivant l'accouchement :
risque MTEV
 - o sont contre indiqués dans le post partum des patientes ayant fait :
 - ♦ un diabète gestationnel
 - ♦ une pré éclampsie ou une hypertension artérielle gravidique
 - ♦ un ictère cholestatique

(Attention également aux antécédents médicaux en dehors de la grossesse)

NB : La contraception définitive sera envisagée au cours de la visite post- natale

B) Implants progestatifs

Ils doivent être posés lors de la consultation post-natale, hors cas exceptionnels où ils seront posés à la sortie de la maternité (Implanon).
Faire l'ordonnance à la sortie de la maternité.

C) Dispositif Intra Utérin

Il pourra être posé à la visite post- natale qui a lieu 6 à 8 semaines après l'accouchement (si rétraction utérine suffisante).
Faire l'ordonnance à la sortie de la maternité.

D) Moyens locaux possibles en post partum

Préservatifs masculins et féminins.

Spermicides à base de chlorure de benzalkonium ne traversant pas la barrière vaginale et compatibles avec l'allaitement maternel (uniquement **Pharmatex**).

IX ANNEXES

Méthode MAMA.



	PROTOCOLE CONTRACEPTION DU POST PARTUM	GYOB PM01 SP 001 A Date d'application : 3 juin 2010 Page 3/3
---	---	--

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

La méthode MAMA pourrait fournir à la mère une contraception efficace jusqu'à 6 mois après l'accouchement si elle pratique **l'allaitement complet** et que les conditions suivantes sont respectées :

- allaitement tôt après l'accouchement
- allaitement à la demande : jour et nuit avec un minimum de 6 tétées/ 24 H et jamais plus de 6 heures entre les tétées
- allaitement exclusif : sans donner de supplément de biberon, ni de sucette
- absence de menstruation
- moins de 6 mois se sont écoulés depuis l'accouchement

Réf. : SICSQ : Service d'information en Contraception et Sexualité du Québec



ANNEXE 2

Information aux patientes

Marine EMEREAU

Ecole de Sages-femmes

Hôpital du CLUZEAU

23, avenue Dominique LARREY

87042 LIMOGES CEDEX

Madame, Mademoiselle,

Actuellement étudiante sage-femme à l'école de LIMOGES, j'effectue une étude portant sur l'observance (ou le suivi) de la contraception au cours des quatre mois qui suivent votre accouchement.

Cette analyse est effectuée dans le cadre du mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme.

Pour la réalisation de cette étude, j'ai choisi d'avoir recours à un questionnaire par appel téléphonique qui restera confidentiel.

Les femmes ayant accouché au cours de la période 2010 seront contactées par téléphone quatre mois après leur accouchement.

Si vous recevez cette information aujourd'hui, c'est que vous faites partie de cette population qui sera éventuellement contactée pour réaliser mon étude.

Cette information sur le sujet de mon étude et sur les modalités de sa réalisation qui vous est remise ce jour, est destinée à obtenir votre consentement et votre participation à son élaboration en répondant à mon questionnaire lorsque je vous contacterai.

Je vous remercie par avance, en espérant votre participation,

Marine EMEREAU

ANNEXE 3

Questionnaire

Evaluation de l'observance de la contraception au cours des quatre premiers mois du Post-partum

Renseignements généraux

1- Quel âge avez-vous ?

2- Quelle est votre profession (ou activité) ?

- Agricultrice, exploitante
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- Cadre, profession intellectuelle supérieure
- Profession intermédiaire
- Employée
- Ouvrière
- Sans activité professionnelle

3- Quelle est votre situation familiale ?

- En couple
- Seule

4- Est-ce votre premier enfant ? oui non

4-bis Si **non**, combien d'enfant avez-vous ?

5- Quel mode d'allaitement avez-vous choisi pour votre enfant à la naissance ?

- Allaitement maternel Allaitement artificiel Allaitement mixte

5-bis Et actuellement ? (au 4ème mois après la naissance)

- Allaitement maternel Allaitement artificiel Allaitement mixte

Antécédents et expériences en matière de contraception

6- Quelle(s) méthode(s) de contraception utilisiez-vous auparavant ? (avant cette grossesse)

- Méthodes naturelles
- Méthodes hormonales (pilule, patch, implant, anneau vaginal,...)
- Méthodes barrières, locales (préservatif, spermicide, cape,...)
- CIU (hormonal, au cuivre)
- Aucune

Pour les multipares (pour celles ayant déjà eu des enfants),

6-bis Et suite à votre ou vos précédente(s) grossesse(s) ?

- Méthodes naturelles
- Méthodes hormonales orales (oestroprogestatifs, microprogestatifs)
- Méthodes hormonales autres (implant, ...)
- CIU (hormonal, au cuivre)
- Méthodes barrières, locales (préservatif,...)
- Aucune

7- Avez-vous déjà été confrontée à des oublis contraceptifs ?

- Jamais
- Parfois
- Fréquemment

8- Avez-vous déjà été confrontée à des échecs contraceptifs (contraceptifs inefficaces) ?

- oui
- non

Informations et conseils délivrés sur la période périnatale (pendant la grossesse, au cours du séjour en suites de couches et au moment de la visite post-natale)

9- Avez-vous reçu de la part des professionnels de santé des informations et conseils sur la contraception du post-partum :

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Pendant la grossesse ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Au cours du séjour à la maternité ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Au cours de la période post-natale ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

10- A quelle(s) occasion(s) avez-vous reçu des informations sur ce sujet?

- PPO
- Consultations suivi de grossesse
- Suites de couches en maternité
- Visite post-natale
- Séances de rééducation périnéale
- Autre

10-bis Et par quel(s) professionnel(s) de santé

- Sage-femme
- Gynécologue- obstétricien
- Médecin généraliste
- Autre

11- Considérez-vous que l'information et les conseils délivrés par les professionnels sur la contraception du post-partum au cours de ces différentes périodes étaient :

- Compréhensibles ? oui non
- Utiles ? oui non
- Suffisants ? oui non
- Personnalisés oui non
-

12- Avez-vous eu recours à d'autres sources d'information sur ce sujet ?

- oui non

12-bis Si **oui**, laquelle (principale source)?

- Entourage
- Internet
- Livret(s) d'information spécifique(s)
- Autre

La contraception au cours des quatre premiers mois du post-partum

13- A la sortie de la maternité,

- Avez-vous été orientée vers et/ou conseillée sur une méthode contraceptive ? oui non
- Avez-vous reçu une prescription de contraceptif(s) ? oui non

14- Pour celles ayant reçu une prescription, quel(s) contraceptif(s) fut (furent) prescrits ?

- Oestroprogestatifs
- Microprogestatifs
- Méthodes hormonales autres (implant,..)
- CIU (hormonal, au cuivre)
- Autre

15- Pour celles n'ayant pas reçu de prescription, quelle(s) en est (sont) la(les) raison(s)?

- Contraception non désirée
- Recours à une contraception sans prescription (préservatif)
- Contre-indication(s) médicale(s)
- Autre

16- Quelle(s) méthode(s) de contraception avez-vous utilisé jusqu'à la visite post-natale ?

- Contraception prescrite (ou conseillée)
- Contraception non soumise à prescription (préservatif)
- Aucune

17- Pour celles ayant reçu une prescription (et/ou ayant été conseillées) sur une méthode et n'ayant pas utilisé le moyen prescrit (ou conseillé) jusqu'à la visite post-natale, quelle(s) en est (sont) la (les) raison(s) ?

- Changement de méthode
- Oublis
- Mauvaise tolérance
- Ne répondait pas à vos attentes
- Autre

18- Au moment de la visite postnatale,

- Avez-vous été orientée vers et/ou conseillée sur une méthode contraceptive ? oui non
- Avez-vous reçu une prescription de contraceptif(s) ? oui non

19 - Pour celles ayant reçu une prescription, quel(s) contraceptif(s) fut (furent) prescrits ?

- Oestroprogestatifs
- Microprogestatifs
- Méthodes hormonales autres (implant, anneau vaginal,...)
- CIU (hormonal, au cuivre)
- Méthodes barrières (cape, spermicide, diaphragme,...)
- Autre

20- Pour celles n'ayant pas reçu de prescription, quelle(s) en est (sont) la(les) raison(s)?

- Contraception non désirée
- Recours à une contraception sans prescription (préservatif)
- Contre-indication(s) médicale(s)
- Poursuite de l'utilisation du contraceptif prescrit en suites de couches (Maternité)
- Autre

21- Pour celles ayant reçu une prescription (ou ayant été conseillée sur une méthode) à la maternité ou à la visite postnatale, utilisez-vous encore actuellement le moyen prescrit (ou conseillé)? oui non

21-bis Si **non**, pour quelle(s) raison(s) ?

- Changement de méthode
- Oublis
- Mauvaise tolérance
- Ne répondait pas à vos attentes
- Autre

22- Et actuellement, avez-vous débuté une nouvelle grossesse ?

- oui non

EMEREAU MARINE

L'OBSERVANCE DE LA CONTRACEPTION PRESCRITE ET/OU CONSEILLÉE AU COURS DES PREMIERS MOIS DU POST-PARTUM

84 pages

Mémoire de fin d'études – Ecole de Sages-femmes de LIMOGES – Année universitaire 2010-2011

RESUME :

- **Objectif** : Etudier l'observance de la contraception au cours des premiers mois du post-partum.
- **Méthode** : Etude d'observation rétrospective effectuée en 2010.
200 femmes ayant accouché à l'HME de Limoges sur la période allant de mars à avril 2010 ont été contactées par appel téléphonique quatre mois après leur accouchement. Elles ont répondu à un questionnaire concernant leurs pratiques contraceptives. Différentes données ont été collectées dans leurs dossiers obstétricaux.
- **Résultats** : Plus des deux tiers des femmes (68,5%) sont satisfaites des informations et conseils relatifs à la contraception du post-partum apportés sur la période périnatale et près des trois quarts ((72,5%) les jugent personnalisés. La majorité des femmes ont été conseillées et/ou ont reçu une prescription de contraceptif à la sortie de la maternité et/ou lors de la consultation post-natale. Cependant, le taux d'« inobservance » constaté est de 30,5%. Les femmes jugées « inobservantes » sont en majorité des femmes jeunes, sans emploi, primipares, vivant en couple, ayant auparavant utilisé des méthodes contraceptives hormonales et ayant reçu une prescription de contraceptif hormonal oral en post-partum. Le motif principal de non suivi de la contraception évoqué par les femmes est « l'inadéquation de la méthode prescrite et/ou conseillée avec leurs attentes ».
- **Conclusion** : les taux d'« inobservance » constatés doivent inciter les professionnels intervenant auprès des femmes à une réflexion sur la prise en charge à adopter et aux actions à mener en vue d'une amélioration de l'observance dans le post-partum.

MOTS CLES :

- Contraception
- Post-partum
- Observance