



HAL
open science

L'entretien de contraception lors du séj our de suites de couches

Mégane Laurent

► **To cite this version:**

Mégane Laurent. L'entretien de contraception lors du séj our de suites de couches : enquête de satisfaction auprès de 183 patientes et évaluation des pratiques professionnelles auprès de 13 sages-femmes à la maternité régionale universitaire de Nancy. Médecine humaine et pathologie. 2014. hal-01843220

HAL Id: hal-01843220

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01843220>

Submitted on 18 Jul 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes Albert Fruhinsholz

*L'entretien de contraception lors du séjour de suites
de couches.*

*Enquête de satisfaction auprès de 183 patientes et
évaluation des pratiques professionnelles auprès de 13
sages-femmes à la maternité régionale universitaire de
Nancy.*

Mémoire présenté et soutenu par
Mégane Laurent

Directeur de mémoire : Laurence Galliot

Sage-Femme enseignante cadre supérieure

Expert : Murielle Bertrand

Sage-Femme cadre enseignante

Promotion 2014

Je remercie,

*Laurence Galliot et Murielle Bertrand pour m'avoir permise de mener à bien ce mémoire, pour leur disponibilité, leur patience, leur soutien, et leurs précieux conseils,
toute l'équipe enseignante de l'école de sages-femmes de Nancy pour l'enseignement dispensé durant ces 4 années d'études.*

Je remercie également tous les professionnels de santé travaillant au sein de la maternité régionale universitaire de Nancy ayant participé de près ou de loin à l'élaboration de mon travail, ainsi que toutes les patientes et les sages-femmes du secteur mère-enfant qui ont pris quelques minutes de leur temps pour remplir mes questionnaires.

Je remercie toutes les étudiantes qui m'ont aidée à distribuer mes questionnaires, et surtout Chloé sans qui ce travail ne serait pas le même.

Enfin, je remercie tout particulièrement mes parents et mon frère qui m'ont soutenue et supportée durant ces 5 longues années d'études, sans qui la vie n'aurait pas été aussi belle.

Encore merci.

Glossaire

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIVD : Coagulation Intravasculaire Disséminée

DIU : Dispositif Intra Utérin

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EPI : Entretien Prénatal Individuel

FSH : Hormone Folliculo-Stimulante (*Follicle Stimulating Hormone*)

GnRH : Hormone de libération des gonadotrophines hypophysaires (*Gonadotrophine Releasing Hormone*)

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire

HTA : Hypertension Artérielle

IMC : Indice de Masse Corporelle

INPES : Institut Nationale de Prévention et d'Éducation pour la Santé

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

LH : Hormone Lutéinisante (*Luteinizing Hormone*)

LNG : Lévonorgestrel

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

MRUN : Maternité Régionale Universitaire de Nancy

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OP : Œstroprogestatif

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

SME : Secteur Mère-Enfant

SOMMAIRE

Sommaire	4
Introduction	5
Partie 1	7
1. Que doit contenir un entretien de contraception ?	8
1.1. La démarche qualité	8
1.2. Une information sur la contraception.....	11
1.3. Une information sur la sexualité du post-partum.....	16
1.4. Une information claire et précise	17
Partie 2	23
2. Etats des lieux à la MRUN.....	24
2.1. Objectifs	24
2.2. Les hypothèses	24
2.3. Schéma général de l'étude	25
2.4. Méthode statistique	27
2.5. L'entretien de contraception à la MRUN.....	28
Partie 3	41
3. Comment améliorer l'entretien de contraception ?	42
3.1. Forces et limites de l'étude	42
3.2. Analyse des résultats	43
3.3. Nos propositions.....	51
Conclusion.....	52
Bibliographie	53
Annexe 1	I
Annexe 2.....	II

Introduction

La France occupe une des premières places mondiales en matière de contraception, grâce notamment à son processus de médicalisation qui commence dès décembre 1967 par la loi Neuwirth. C'est la libéralisation de la contraception. Elle continue ensuite par son remboursement par la sécurité sociale et l'autorisation des publicités sur les contraceptifs. Elle se prolonge enfin par la loi du 9 août 2004 qui permet aux sages-femmes de prescrire une contraception hormonale dans des circonstances bien précises. Cette loi n'arrêtera pas de croître puisque les sages-femmes ont aujourd'hui la possibilité de prescrire toutes les méthodes contraceptives (sauf la stérilisation définitive) (1,2).

Un des moments clés pour évoquer la contraception est bien sûr la période des suites de couches, notamment lors de l'entretien de contraception avant la sortie de la maternité. L'arrivée d'un nouveau-né bouleverse cette dimension de la vie féminine et celle-ci est souvent négligée par la mère elle-même, par manque de temps ou bien par l'abandon de sa fonction d'épouse et de femme. C'est sa qualité de mère qui prend le dessus, mettant de côté tout le reste. En effet, les études montrent que 5% des interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont lieu dans les 6 mois suivant un accouchement, ce qui équivaut à plus de 10 000 femmes par an (sur 800 000 naissances chaque année) (3). L'information délivrée par le professionnel de santé qui aura en charge cette nouvelle mère est donc importante dans la réussite ou l'échec de la méthode contraceptive choisie. Quand doit-elle être donnée ? Comment doit-elle être évoquée ? La femme est-elle toujours réceptive ? Comment l'information pourrait être délivrée afin de maximiser l'efficacité des contraceptifs prescrits ?

C'est pourquoi dans ce mémoire, nous étudierons le déroulement d'un entretien de contraception lors du séjour à la maternité afin de proposer un modèle à suivre, puisqu'il n'existe aujourd'hui aucun consensus le concernant. La HAS a proposé un guide des recommandations concernant *les stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme* (4) mais qui ne relève pas précisément de la période du post-partum.

Nous présenterons dans un premier temps ce que doit contenir un entretien de contraception pendant le séjour à la maternité, en expliquant brièvement les différentes méthodes contraceptives, en précisant le cadre législatif auquel doit se confronter la

sage-femme, et en relevant dans la littérature toute les démarches entreprises afin d'apporter aux patientes une satisfaction optimale. Dans un deuxième temps, nous mènerons un état des lieux à la MRUN, afin d'obtenir un point de vue global de la part des patientes en ce qui concerne leur satisfaction par rapport à l'entretien de contraception reçu lors de leur séjour en suites de couches. De plus, nous interrogerons les sages-femmes délivrant cet entretien en vue d'évaluer leurs pratiques professionnelles. Enfin, nous discuterons de ces résultats et répondront aux hypothèses posées précédemment dans la limite des biais inhérents à l'étude.

Partie 1

1. QUE DOIT CONTENIR UN ENTRETIEN DE CONTRACEPTION ?

Le séjour à la maternité est en effet un moment important pour aider la patiente à préparer sa nouvelle vie en tant que mère, mais aussi à continuer sa vie en tant que femme.

Il y a bien sûr tout l'aspect pratique du côté de bébé (le changement des couches, le bain, la relation mère/enfant...) mais aussi le côté féminin, c'est à dire l'image de son nouveau corps qui a un impact sur la sexualité et qui va modifier certainement le point de vue de la contraception... Mais toutes ces informations ne peuvent être délivrées de la même façon à toutes les patientes. Il y a de nombreux critères à prendre en compte et ceux-ci joueront un rôle déterminant sur la qualité de l'entretien de contraception à la maternité.

1.1. La démarche qualité

1.1.1. L'entretien de contraception

Un entretien est « une situation d'échange conversationnel où un interlocuteur, enquêteur ou clinicien extrait une information d'une enquête ou d'un patient » (5).

C'est un entretien informatif, c'est-à-dire qu'il doit alerter la patiente sur les différents risques qu'elle encourt lors de son retour à la maison. En effet, elle doit être renseignée sur la possibilité d'une ovulation avant le retour de couches et sur la nécessité d'avoir une contraception en post-partum. De plus, le professionnel de santé doit lui faire prendre conscience que l'envie de reprendre son activité sexuelle est normale, qu'elle soit à distance ou non de l'accouchement.

Il va recueillir des données afin de proposer à la patiente une contraception adaptée à sa personnalité, son mode de vie... Les informations qui vont être prises en compte sont :

- la contraception antérieure (effets secondaires, oublis de pilule, IVG...)
- les circonstances de survenue de la grossesse (inopinée ou programmée)

- les pathologies de la grossesse et le mode d'accouchement
- le mode d'allaitement
- le projet d'une future grossesse ou non (6)

C'est un entretien d'écoute, d'échange et de dialogue, qui doit respecter intimité et confidentialité.

Afin de respecter au mieux les recommandations de la HAS, l'entretien de contraception nécessite du temps.

1.1.2. Satisfaction des patientes

Selon une étude menée par la DREES en 2006 sur la santé et la périnatalité des femmes (2), 88% des femmes seraient satisfaites de l'information reçue à propos de la contraception. Ce taux est confirmé par une étude menée en 2012 au CHU de Brest : 76% des femmes sont satisfaites de la quantité d'information reçue. (8)

À la MRUN, il est demandé dans l'appréciation de séjour si les patientes sont satisfaites ou non des informations reçues à l'issue de leur hospitalisation, et non pas à l'issue de l'entretien de contraception. En 2012, sur 189 patientes, 106 étaient très satisfaites, 78 satisfaites, 3 peu satisfaites et 2 pas satisfaites.

Une revue de littérature de l'OMS et l'université Johns Hopkins rapportent que les femmes pour qui « le choix d'une méthode contraceptive est libre et éclairé » sont plus susceptibles d'utiliser cette méthode, avec une plus longue durée d'utilisation et une meilleure efficacité, que les femmes qui n'utilisent pas une méthode de leur choix.

La littérature démontre que laisser les patientes choisir leur méthode contraceptive apporterait une plus grande satisfaction pour elle-même ainsi qu'une meilleure utilisation des méthodes. De plus, il est important de considérer le couple dans le choix de la contraception et pas seulement la femme, et prendre en compte l'avis du partenaire (4).

Le slogan lancé par la campagne contraceptive de l'INPES le rappelle : « La meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit » (9).

1.1.3. Comment améliorer le bénéfice de cet entretien de contraception

1.1.3.1. Une information orale ou écrite ?

Une étude, qui a été menée par Johnson, Edelman et Jensen en 2003 (10), a voulu comparer le taux de satisfaction entre une information reçue dans le post-partum par oral ou par écrit. Sur les deux groupes témoins, toutes les patientes étaient plutôt satisfaites de l'information, mais le groupe ayant reçu l'information écrite déclare se sentir mieux éclairée pour prendre une décision en ce qui concerne le contrôle des naissances (la contraception).

L'information contraception à la MRUN est essentiellement orale.

1.1.3.2. Une information en période anténatale ?

Selon l'étude Smith (12), les patientes trouvent qu'il est utile de recevoir une information de la contraception avant l'accouchement. Cependant, le choix de la méthode contraceptive en post-partum resterait identique en ayant eu une information en période anténatale et une après l'accouchement ou seulement en post-partum. Il y a une seule exception qui est celle de la stérilisation. En effet, les patientes peuvent y réfléchir avant l'accouchement et le délai de 4 mois de réflexion peut être déjà dépassé en post-partum si elles y ont pensé en cours de grossesse.

Notons que la HAS recommande que la contraception soit évoquée en période anténatale.

Malheureusement, il y a peu d'études sur les informations relatives à l'entretien de contraception en post-partum, et il n'existe aucun consensus visant à mener à bien celui-ci. Plusieurs points doivent être systématiquement abordés, afin d'informer les femmes sur les risques encourus pendant cette période, et pour les guider au mieux dans leurs choix.

1.2. Une information sur la contraception

1.2.1. Rappels physiologiques

1.2.1.1. Sur le plan hormonal (12)

Chez une femme qui n'allait pas : la prolactine va se normaliser 8 jours après l'accouchement. Au moment de la délivrance, on observe une chute de la progestérone qui va de ce fait libérer vers le 10^{ème} – 14^{ème} jour la FSH, et donc produire une reprise de la folliculogénèse. Cependant, il y a rarement un pic de LH avant le 25^{ème} jour, et donc le premier cycle est le plus souvent anovulatoire. Les premières règles ou *retour de couches* surviennent au plus tôt vers le 30^{ème} jour. 15% des femmes ont ovulé et 40% sont réglées un mois et demi après l'accouchement.

Chez une femme qui allaite : la prolactine augmente puis baisse vers 10 à 15 jours avec une sécrétion pulsatile jusque 3 mois. Lors de chaque tétée, un pic de prolactine est sécrété. Sa répétition, perturbant les pulses de GnRH, va inhiber la sécrétion de FSH et la croissance folliculaire. En cas d'allaitement exclusif, il n'y a pas d'ovulation le premier mois mais à partir de 6 semaines, 5% des femmes ont ovulé.

C'est pourquoi la sensibilisation à la nécessité de disposer d'une contraception dès la sortie de la maternité est importante pour éviter une nouvelle grossesse rapprochée et non désirée.

Il faut tenir compte du type d'allaitement dans un premier temps.

1.2.1.2. Sur le plan biologique

Il y a une normalisation de la glycémie, de la tolérance aux hydrates de carbones, et des constantes lipidiques (triglycérides, cholestérol et lipoprotéines) dans les 3 mois suivant l'accouchement (35).

La femme est en état d'hypercoagulabilité jusqu'à 2 à 3 semaines après l'accouchement. Il y a donc un risque accru dans la période du post-partum de CIVD et

de phénomènes de thrombose (13,14). La normalisation du risque thromboembolique s'effectue au 42^{ème} jour du post-partum.

C'est pourquoi il faut prendre en compte, dans un second temps, les antécédents personnels de chaque patiente (antécédents d'HTA, de diabète, AVC...) afin de prescrire une contraception adaptée et sans risque.

1.2.2. Législation

Le code de déontologie stipule que les sages-femmes sont habilitées à prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen postnatal et après une IVG (article L. 5134-1 du Code de la santé publique, loi du 9 août 2004). Depuis le 17 juillet 2012, elles sont autorisées à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques concernant les femmes à l'occasion du suivi gynécologique de prévention et à la réalisation de consultations de contraception. Elles peuvent prescrire les pilules œstroprogestatives (déconseillées en post-partum du fait du risque thromboembolique) et progestatives pures (Cérazette® ou Microval®), ainsi que les dispositifs locaux (diaphragme et cape cervicale) depuis l'arrêté du 27 juin 2006, l'implant (Nexplanon®) ainsi que son insertion, les DIU (Stérilet au cuivre ou Mirena®) ainsi que leur insertion depuis la parution de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 (15), les œstroprogestatifs locaux (anneau vaginal ou patch transdermique), les injections de progestérone et enfin la contraception d'urgence (lévonorgestrel, seul ou associé à l'éthinylestradiol) (1,13,16,17).

1.2.3. Recommandations en post-partum

Il est important d'informer sur les différentes méthodes contraceptives afin que la patiente puisse faire le choix qui lui conviendra le mieux possible, et qui conviendra tout aussi bien à son couple.

Lors de l'échange entre le professionnel de santé et la patiente, il faut éclairer cette dernière sur le mode d'emploi de la méthode contraceptive qu'elle aura choisie, sur son efficacité en pratique courante, sur sa durée d'utilisation, ses contre-indications,

ses risques et effets indésirables, son coût, son remboursement et la procédure pour son instauration et son arrêt.

❖ Méthodes progestatives : *en 1^{ère} intention*

Selon les recommandations de la HAS (18), elles sont à utiliser à partir du **21^{ème} jour** suivant l'accouchement, en présence ou en l'absence d'allaitement maternel.

On retrouve des pilules (Microval®, Cérazette®, Antigone®), l'implant (Nexplanon®) et l'injection de progestérone.

❖ Méthodes œstroprogestatives :

Elles peuvent être utilisées dans le post-partum :

- Chez la femme allaitante : à partir de **6 mois après l'accouchement**
- Chez la femme non allaitante : à partir de **42 jours après l'accouchement** en l'absence de contre-indications et de facteurs de risques de thrombose.
- Selon l'OMS, les méthodes OP pourraient être utilisées à partir du **21^{ème} jour après l'accouchement** chez la femme non allaitante en l'absence de facteurs de risques thromboemboliques veineux (antécédents thromboemboliques veineux, thrombophilie, immobilisation, transfusion pendant l'accouchement, IMC>30kg/m², hémorragie du post-partum, césarienne, pré-éclampsie ou tabagisme) et en l'absence d'autres contre-indications.

On retrouve les pilules (Leeloo Gé®, Trinordiol®), l'anneau vaginal (Nuvaring®) et le patch transdermique (Evra®).

❖ Les DIU au LNG et au cuivre :

Ils sont utilisables chez la femme en post-partum à partir de **4 semaines après l'accouchement**, allaitement maternel ou non selon l'OMS.

- Le DIU au cuivre peut cependant être posé dans les **48h suivant l'accouchement**, mais c'est une pratique peu retrouvée en France du fait du

risque d'expulsion lié aux contractions utérines dans le post-partum (13) (10 à 35%) (16), ainsi qu'au risque infectieux.

- Le DIU au LNG (ou Mirena®) a son AMM s'il est posé **6 semaines après l'accouchement**, alors que l'OMS autoriserait sa pose 4 semaines après l'accouchement.

❖ Méthodes mécaniques ou barrières :

- **Les préservatifs** (masculins ou féminins) sont utilisables dans le post-partum immédiat.
- **Les spermicides** peuvent être employés à partir de 42 jours (6 semaines) après l'accouchement selon les recommandations de la HAS, en post-partum immédiat. Les formes crèmes, ovules et capsules sont à préférer en post-partum, et les tampons et éponges (retirées du marché en mars 2013 (19)) sont à bannir. (16)
- **Les capes cervicales et le diaphragme** sont inutilisables avant 42 jours après l'accouchement (J25 si césarienne), lorsque la « récupération périnéale » est complète. (13)

❖ Méthodes naturelles :

➤ **Méthode du retrait ou coït interrompu**

➤ **Méthode de l'abstinence périodique :**

- Méthode Billings
- Méthode Ogino
- Courbe des températures

Les méthodes naturelles sont plus intéressantes pour optimiser la conception d'un enfant... Ce n'est donc pas le but recherché en post-partum.

❖ Stérilisation (36)

La loi du 4 juillet 2001 légalise la stérilisation à visée contraceptive sauf pour les mineures (20).

Il faut par ailleurs un délai de 4 mois de réflexion. Si la patiente est demandeuse en post-partum et qu'elle n'a pas fait les démarches pendant sa grossesse, il faut l'orienter vers un autre mode de contraception jusqu'à l'intervention (21). De plus, il faut attendre 3 mois afin de considérer que la femme est protégée (31). Un moyen de contraception dans le post-partum est donc indispensable.

Il est possible de proposer une vasectomie bilatérale pour le partenaire, le geste étant efficace seulement 90 jours après l'intervention.

❖ La Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA)

Elle peut être utilisée dès l'accouchement et jusqu'à 6 mois après chez la femme allaitante exclusivement.

La MAMA est basée sur trois conditions qui doivent être remplies simultanément :

- allaitement exclusif (jour et nuit) à la demande
- aménorrhée
- < 6 mois de l'enfant

C'est une méthode recommandée par l'OMS mais qui est encore trop peu abordée dans le post-partum. Pourtant, elle a une efficacité de 98%, ce qui la rend très compétitive vis-à-vis des autres modes de contraception (22,30).

❖ Contraception d'urgence (33,34)

De plus, l'entretien doit contenir selon la HAS un énoncé des différentes méthodes de rattrapage qu'il existe en cas de rapport non ou mal protégé. Il est important d'informer les patientes sur l'efficacité des modes de la contraception d'urgence et ses conditions d'accès.

- **Pilules** (Norlevo®, Ella One®)
- **DIU au cuivre**

La contraception n'est pas un sujet abordé en priorité par les patientes, car leur sexualité n'est pas non plus le sujet prioritaire au sein de leur couple. Cependant, 10 000 femmes par an ont recours à une IVG dans les 6 mois suivant leur accouchement (3). La contraception est donc à associer à la sexualité lors de l'entretien de contraception dans le post-partum.

1.3. Une information sur la sexualité du post-partum

Rarement évoquée car elle reste encore un sujet tabou, la sexualité est importante dans la compréhension de l'utilisation de la contraception, surtout dans le post-partum. En effet, beaucoup de patientes ne pensent pas reprendre rapidement une activité sexuelle, cependant 75% d'entre elles l'ont reprise dans les 2 mois après l'accouchement, la médiane étant à 41,75 jours (23).

Normalement, la question de la reprise des rapports est abordée lors de la consultation post-natale, 6 à 8 semaines après l'accouchement. Mais on remarque que les rapports ont déjà recommencé un peu avant cette consultation. C'est pourquoi tous les auteurs s'entendent sur le fait qu'il est important pour la sage-femme d'aborder le sujet de la sexualité dès la sortie de la maternité ainsi qu'à plusieurs moments de la grossesse, afin d'informer la femme des éventuelles difficultés que son couple pourra rencontrer et de lui rappeler que la contraception reste importante (24,25).

Cette problématique devrait être évoquée plus souvent et plus systématiquement lors :

- des consultations prénatales
- des séances de PNP
- de l'EPI du 4^{ème} mois
- d'une hospitalisation
- de la sortie de suites de couches
- des visites à domicile
- de la consultation post-natale
- des séances de rééducation périnéale (24)

Le fait d'amener la patiente à parler de sa sexualité tout au long de sa grossesse permet de ne pas la prendre au dépourvu après l'accouchement, afin que celle-ci n'éprouve pas de malaise face à une discussion avec la sage-femme autour de ce sujet. 86% des femmes estiment qu'il est nécessaire d'aborder ce sujet pendant leur suivi (24).

Le rôle de la sage-femme n'est pas seulement de préserver la santé (IST par exemple) mais de veiller à l'épanouissement de la sexualité en lien notamment avec les changements vécus par l'accouchement, et l'arrivée de l'enfant (4). Pourtant, une femme sur deux déclare n'avoir reçu, tout au long de son suivi, aucune information sur la sexualité en général en provenance de la sage-femme (24).

Mais pour parler de sexualité, il faut avoir quelques connaissances (formation ou expérience), et ne pas être dépourvu de réponses face à la demande d'une patiente. 94% des nouvelles sages-femmes ont été formées lors de leur formation initiale contre 12% des sages-femmes exerçant depuis plus de 20 ans. Cependant, les sages-femmes les plus anciennes évoquent plus spontanément ce propos.

Au total, seulement 37% d'entre elles se pensent suffisamment formées en matière de sexologie (24).

Il est important de transmettre une information sur la sexualité, ainsi que sur la contraception, mais celle-ci doit être faite de manière à ce que la patiente la comprenne en totalité, afin que cet entretien ait un réel impact.

1.4. Une information claire et précise

1.4.1. Législation (20)

Article L1111-2 du code de la Santé Publique (CSP) :

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement

à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. {...} Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. »

Article R4127-35 du code de Santé Publique (CSP) :

« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. »

Article L1111-4 du code de la Santé Publique depuis la loi du 4 mars 2002 :

« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »

1.4.2. Différentes méthodes de communication

Donner une information à une patiente n'est pas toujours chose facile. D'autant plus que dans le domaine de la contraception, il faut prendre en compte ses choix. L'information sera moins bien reçue si on lui parle d'un mode de contraception alors qu'elle est intéressée par un autre. Il faut savoir s'adapter. Et pour cela, la HAS, l'AFSSAPS (rebaptisée ANSM) et l'INPES ont rédigé des recommandations pour la pratique clinique dans le choix des méthodes contraceptives (4).

Un des points clés lors du choix de la contraception est la dimension psychosociale. En effet, il est recommandé lors d'une consultation de contraception, même lors de celle de sortie de maternité, de prendre en compte la situation du patient. L'échec d'une contraception ainsi que son choix sont reliés à des facteurs psychologiques (importance de la relation soignant-patient), démographiques (âge ou lieu d'habitation), sociologiques (religion, faible connaissance sur la sexualité...) ou encore économiques (coût d'une contraception) (4).

C'est pourquoi plusieurs stratégies d'aide au choix d'un contraceptif, basées sur des modèles de relation soignant-patient (Szasz et Hollender, Emmanuel et Emmanuel) ou des modèles de décision médicale (patient décideur, médecin décideur, décision partagée) sont préconisées. On retrouve deux types d'approches : le « *counseling*¹ » et la « démarche éducative ». Elles ont été considérées comme « majeures et complémentaires » par la HAS, l'INPES et l'AFSSAPS (4).

Le « *counseling* » repose sur une démarche de conseil et d'accompagnement afin que la patiente puisse librement exprimer ses choix. Il est basé sur l'empathie et le respect (sexualité, sentiments, attitude et besoins) et le soignant doit garantir un maximum de neutralité. La patiente exprime ses doutes et ses ambivalences pour permettre d'aboutir à un choix.

La « démarche éducative » est un partenariat pédagogique, c'est-à-dire qu'elle autonomise la personne dans sa propre prise en charge. Elle prend en compte ce que la personne **est**, ce qu'elle **sait**, ce qu'elle **croit**, ce qu'elle **redoute** et **espère** (26,4).

De plus, l'OMS précise de diviser l'entretien selon le modèle BERGER : ce sont les 6 étapes d'une consultation.

- **B**ienvenue: Présentation du but de la consultation et de son déroulement, confidentialité et mise en confiance de la patiente.
- **E**ntretien : Recueil des informations de la femme (état de santé, besoins, problèmes). Le soignant pourra ainsi trier les contraceptifs à proposer.
- **R**enseignement: Le soignant expose les différents moyens de contraception (bénéfices, contre-indications, risques, intérêts, inconvénients, coûts).
- **C**hoix : Il est rappelé à la patiente que le choix lui appartient mais que le soignant est à son écoute et présent pour la guider.
- **E**xplication : Le soignant explique avec plus de précisions la méthode contraceptive choisie, avec si possible une démonstration, et expose les possibilités de rattrapage en cas d'échec de cette contraception.

¹ Co-conseil (absence de traduction consensuelle)

- **Retour** : Consultation(s) de suivi pour évaluer la méthode (consultation post-natale dans le cadre de la consultation de contraception de sortie de maternité).

1.4.3. Critères psycho-sociaux à prendre en compte

Afin de maximiser les chances de réussite en matière de contraception, plusieurs critères sont à prendre en compte, et pas seulement les critères médicaux (les antécédents) afin d'orienter les trajectoires individuelles. En effet, il est nécessaire pour le professionnel de santé :

- d'adapter sa prescription à chaque consultante
- d'étendre le champ de son entretien au delà des seuls critères médicaux
- d'explorer les motivations de la patiente par rapport à la contraception
- d'accompagner la patiente ou le couple dans ses choix et dans ses réflexions les plus adaptés à sa situation personnelle. (4)

Voici quelques exemples de critères psycho-sociaux qui orienteraient un entretien de contraception :

1.4.3.1. L'âge

On ne délivrera pas une information contraception de la même façon à une jeune fille de 17 ans qu'à une femme de 35 ans.

Par exemple une adolescente sera peut-être plus à même de choisir un implant contraceptif si elle rencontre des problèmes d'observance lors d'une prise de contraceptif oral, qui l'aurait conduite à avoir une grossesse non désirée. Selon les recommandations pour la pratique clinique de la HAS, il est préférable de laisser l'adolescente exprimer ses préférences/réticences face aux diverses options et en tenir compte.

Chez la femme de plus de 40 ans, la contraception OP serait à éviter car elle est plus à risque de cancers et de maladies cardio-vasculaires (4).

1.4.3.2. La religion

Selon les religions, la contraception et les modalités de reprise des rapports sexuels sont très variables. 13,1% des femmes respectant les dogmes dictés par leur religion n'utilisent pas de contraception régulière, alors que la non utilisation d'une contraception régulière est retrouvée chez seulement 6,2% des femmes qui n'ont aucun culte religieux (27).

Dans la religion chrétienne : on prône les méthodes naturelles, comme l'abstinence pendant les périodes fécondes, à condition d'avoir déjà eu des enfants. La contraception artificielle et l'IVG sont condamnées. La femme est impure pendant 40 jours après l'accouchement.

Dans la religion islamique : les femmes sont considérées comme impures pendant toute la période des pertes sanguines du post-partum et sont isolées pendant 40 jours (37). La contraception est à visée prophylactique et n'est pas complètement interdite.

Dans le judaïsme : les méthodes naturelles sont autorisées, ainsi que la contraception féminine uniquement, si une fille et un garçon sont déjà nés. Les femmes pratiquantes respectent la période d'impureté qui est de 66 jours après l'accouchement.

Dans la religion hindouiste : la durée d'impureté est de 21 jours, la contraception naturelle est autorisée, mais pas la contraception artificielle.

En Afrique : les rapports sexuels sont interdits tout le long de l'allaitement maternel. Le mari est donc autorisé à prendre une seconde femme (3,28).

Il est intéressant dans l'entretien de contraception de sortie de maternité de prendre en compte cette dimension religieuse puisqu'elle jouera un grand rôle dans la réussite ou l'échec de la méthode. De plus, si la patiente est très pieuse, elle ne reprendra pas ses rapports rapidement et la contraception sera alors inutile jusqu'au moins la consultation post-natale.

1.4.3.3. La vie de couple

L'approche par le professionnel de santé ne sera pas la même s'il connaît un peu la vie relationnelle de la patiente.

En effet, les patientes dont le père de l'enfant n'est plus présent auront quelques difficultés à interroger la sage-femme ou le médecin à propos de la contraception. Il faut l'évoquer pour l'arrivée future d'un nouveau conjoint mais elles seront moins réceptives qu'une patiente qui vivrait une relation de couple stable.

De plus, si le père ne porte que peu d'attention à sa femme, il y a plus de risques d'échecs de la méthode contraceptive du fait de la non communication du couple et donc de la non convenance du contraceptif choisi.

Enfin, avec la législation de recours aux techniques de reproduction assistée chez les couples de même sexe en Belgique (29), de plus en plus de femmes homosexuelles françaises ont des enfants grâce à ce moyen, du fait de la proximité de ce pays. Les sages-femmes sont donc plus souvent confrontées à cette situation et l'entretien de contraception doit être adapté.

1.4.3.4. Le niveau socio-économique

L'utilisation de méthodes contraceptives ou le recours à la contraception d'urgence sont marqués par d'importantes inégalités au niveau socio-économique. D'une part les femmes confrontées à une situation financière compliquée ont moins recours à une contraception régulière (16% contre 8% en cas de situation financière facile). Et d'autre part, les femmes les moins diplômées ont des difficultés à s'engager dans une démarche contraceptive (12,7% contre 6,3% en cas de niveau de diplôme plus élevé) (27).

L'entretien de contraception lors du séjour à la maternité est une vraie consultation qui demande du temps, de la pédagogie et de l'empathie. Il est important de prendre en compte tout ce qui a été cité précédemment afin d'obtenir de meilleurs résultats, notamment pour diminuer le nombre de grossesse non désirée dans l'année qui suit un accouchement. Mais cet entretien est-il toujours fait dans les règles de l'art ? A-t-il un réel impact sur les patientes ? Car les professionnels de santé ont des recommandations, certes, mais les patientes sont-elles satisfaites ? C'est ce que nous essayerons de savoir dans la deuxième partie de ce mémoire.

Partie 2

2. ETATS DES LIEUX A LA MRUN

2.1. Objectifs

La maternité régionale universitaire de Nancy est une structure de type 3 qui dénombre, en 2013, 3243 accouchements. C'est une maternité publique qui accueille tout type de pathologie obstétricale et pédiatrique.

Le premier objectif de mon étude se situe au niveau du point de vue des patientes effectuant un séjour à la MRUN, après leur accouchement. L'objectif est d'évaluer le degré de satisfaction qu'elles ont ressenti lors de l'entretien de contraception en post-partum, tant sur le choix du lieu, que sur le moment, ou encore sur le temps passé à l'explication des différentes méthodes contraceptives possibles, ainsi que sur le contenu de cet entretien.

Le deuxième objectif se place du point de vue des professionnels de santé, en particulier les sages-femmes du secteur mère-enfant de la MRUN, afin d'évaluer leurs pratiques professionnelles vis-à-vis de la délivrance de la contraception en suites de couches, en se basant sur les recommandations HAS de 2004.

L'entretien de contraception est-il adapté aux patientes ? Est-il donné au moment adéquat et dans un contexte qui leur convient ? Comment peut-on l'améliorer ? Les sages-femmes prennent-elles en compte les critères psycho-sociaux, culturels, culturels et les niveaux de vie de tout à chacun afin de se référer au mieux aux recommandations de la HAS ?

2.2. Les hypothèses

Les hypothèses suivantes ont été posées :

- **L'entretien de contraception a besoin d'être amélioré afin de répondre au mieux aux attentes des patientes.**
- **Les pratiques professionnelles concernant l'entretien de contraception doivent être améliorées afin d'être en accord avec les recommandations**

HAS, et dans le but d'obtenir un meilleur taux de réussite dans la contraception du post-partum.

2.3. Schéma général de l'étude

Il s'agit d'une étude mono centrique observationnelle et prospective réalisée à la MRUN.

Il y a dans un premier temps une analyse descriptive de la satisfaction des patientes sur l'information de la contraception qui leur a été donnée, grâce à une enquête de satisfaction. Dans un deuxième temps, il y a une analyse descriptive de la pratique des professionnels de santé, en particulier la sage-femme, grâce à une évaluation des pratiques professionnelles.

2.3.1. Recueil des données

- *Enquête de satisfaction*

Des questionnaires (Annexe 1 et 2) ont été remis aux patientes, lors de leur séjour à la maternité, après qu'elles aient reçu l'information de la contraception. Celle-ci est généralement donnée la veille ou le jour de la sortie.

Ainsi, 183 questionnaires ont été récupérés, ils ont été donnés à deux périodes différentes. Les 100 premiers questionnaires destinés aux patientes ont donc été récupérés entre juillet et août 2012. Une autre série de questionnaires a été remise aux patientes entre le 4 et le 24 février 2013 et 83 questionnaires ont été récupérés.

- *Évaluation des pratiques professionnelles*

Des questionnaires ont été donnés aux sages-femmes de suites de couches de la MRUN. C'est le « questionnaire sage-femme » (annexe 2).

13 questionnaires ont été récupérés entre la période du 13 mai et 15 août 2013, sur 20 sages-femmes travaillant dans le service.

2.3.2. Modalités de distribution

Les deux questionnaires n'ont pas été remis en même temps. Nous avons tout d'abord distribué celui des patientes, puis celui des sages-femmes. En effet, si les 2 questionnaires avaient été donnés en même temps, il aurait pu y avoir un biais au niveau des résultats de l'enquête de satisfaction, les sages-femmes connaissant les objectifs de l'étude grâce à leurs questionnaires dédiés.

2.3.3. Critères d'inclusions

- *Enquête de satisfaction*

Nous incluons dans notre étude toutes les patientes hospitalisées dans les secteurs de suites de couches de la maternité de la MRUN qui sont prêtes à sortir dans les jours suivants, et dont l'information de la contraception a été faite par une sage-femme. Il y a au total 54 lits répartis dans 3 secteurs. En 2012, le taux d'occupation du premier secteur dans lequel n'était hospitalisé que des patientes qui avait eu un accouchement physiologique était de 73% (pour 14 lits). Le deuxième secteur présentait un taux d'occupation de 59% (pour 24 lits), là était réparti les patientes ayant vécu un accouchement physiologique ou pathologique (extraction instrumentale, hémorragie de la délivrance...) Enfin le troisième secteur n'est pas inclus dans notre étude car seules les patientes césarisées y séjournaient et leur sortie n'étaient donc pas faite par une sage-femme. Pour information, il présente un taux d'occupation de 69% pour 16 lits.

- *Évaluation des pratiques professionnelles*

Nous incluons dans notre étude toutes les sages-femmes travaillant dans le secteur mère-enfant de la MRUN. Il y a 20 sages-femmes travaillant en suites de couches et répondant aux critères requis (*cf ci-dessous « 2.2.4. Critères d'exclusions »*).

2.3.4. Critères d'exclusions

- *Enquête de satisfaction*

Sont exclues les patientes ne maîtrisant pas la langue française, puisqu'elles n'ont pu répondre de façon intelligible au questionnaire, ainsi que toutes celles ayant bénéficiées d'une information de la contraception faite par un professionnel de santé autre qu'une sage-femme (médecin, interne, étudiant en médecine...)

- *Études des pratiques professionnelles*

Sont exclues seulement les sages-femmes qui ne font pas d'entretien de contraception (celles qui travaillent essentiellement de nuit).

2.4. Méthode statistique

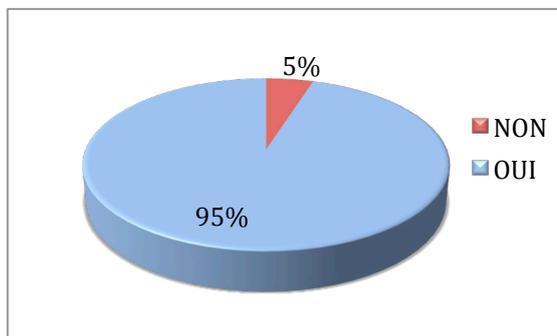
Une fois l'ensemble des questionnaires récupérés (patientes et sages-femmes séparément), les modalités d'informatisation des réponses reçues en vue de l'analyse descriptive seront les suivantes : reconstitution sur les logiciels EpiData 3.1 et EpiData Analysis 2.2 et exploitation des données à l'aide de graphiques sur le logiciel Microsoft Excel.

Les données qualitatives sont présentées avec un pourcentage, et les données quantitatives sont présentées par une moyenne, un mode et un écart type (maximum – minimum).

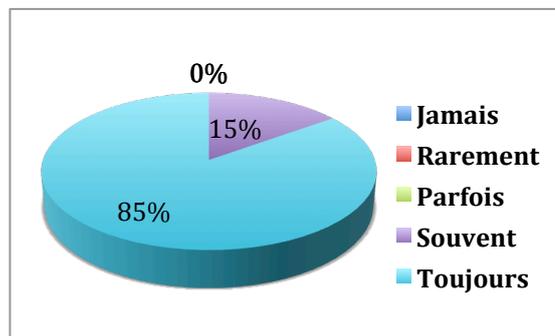
2.5. L'entretien de contraception à la MRUN

2.5.1. Les conditions de l'entretien

2.5.1.1. La fréquence



Graphique 1 : L'information contraception reçue par les patientes (n=183)



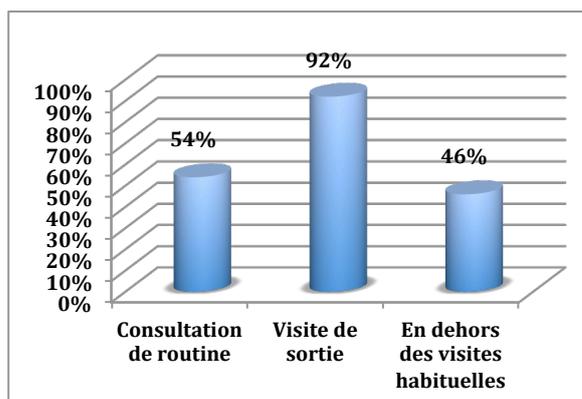
Graphique 2 : Fréquence de l'entretien de contraception selon les sages-femmes (n=13)

Seules 5% (9/183) des patientes ont déclaré n'avoir reçu aucune information à propos de la contraception durant leur séjour à la maternité.

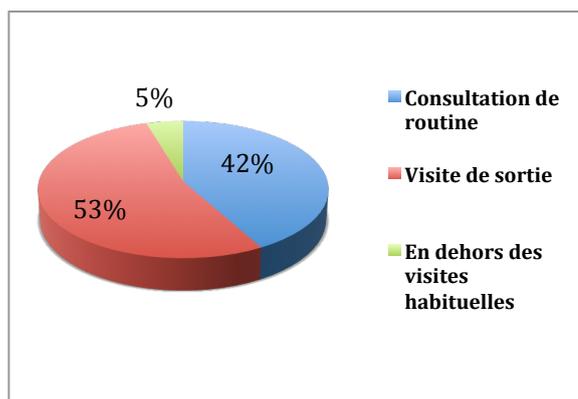
Du côté des sages-femmes, 15% (n=2) d'entre elles ont affirmé aborder « souvent » la contraception, et 85% (n=11) ont déclaré « toujours » l'évoquer.

Pour la suite de l'étude, nous avons gardé les questionnaires des patientes ayant reçu l'information de la contraception. L'effectif a donc été pour la suite de 174 patientes.

2.5.1.2. Quand la donne-t-on ?

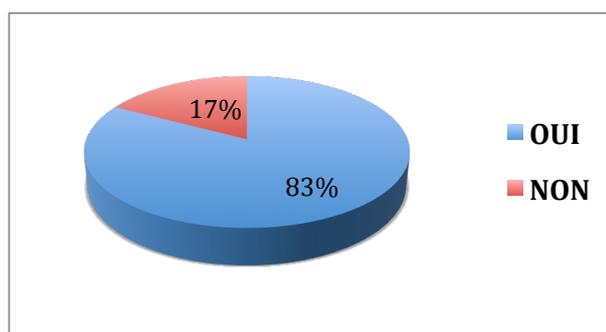


Graphique 3 : Moment de l'entretien selon les sages-femmes (n=13)



Graphique 4 : Moment de l'entretien selon les patientes (n=174)

Les sages-femmes ont le plus souvent répondu en cochant deux items. La majorité des réponses restant cependant à la « visite de sortie », 92% pour les sages-femmes (n=12) et 53% pour les patientes (n=93).



Graphique 5 : Moment adapté pour la patiente (n=174)

Ce moment est adapté pour 83% (n=144) des patientes.

Satisfaction du moment de l'entretien (n=174)			
	Lors d'une consultation de routine	Lors de la visite de sortie	En dehors des visites habituelles
Satisfaites (n=144)	72	66	6
Pas satisfaites (n=30)	1	27	2
Total (n=174)	73	93	8

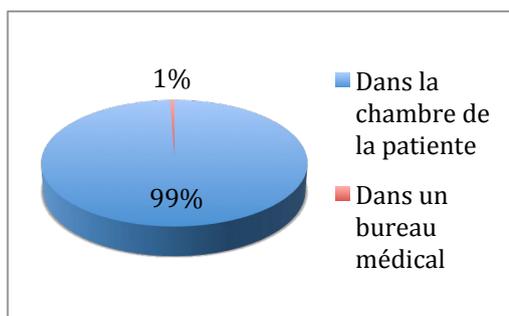
Tableau 1 : Satisfaction des patientes selon le moment de l'entretien (n=174)

99% (n=72) des patientes ont été satisfaites lorsque l'entretien a eu lieu lors d'une consultation de routine.

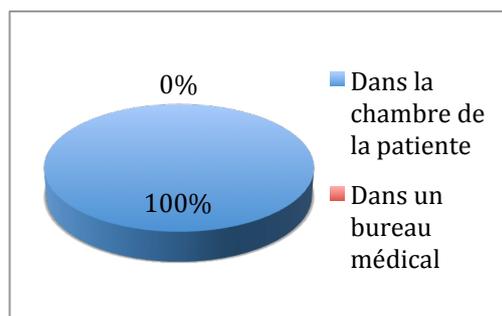
71% (n=66) des patientes ont été satisfaites lorsqu'il a eu lieu lors de la visite de sortie.

Et enfin 75% (n=6) des patientes ont été satisfaites s'il a eu lieu en dehors des visites habituelles.

2.5.1.3. Où la donne-t-on ?

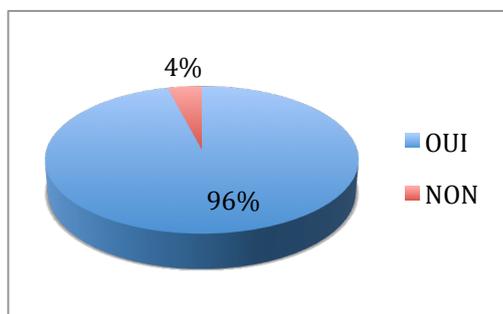


Graphique 6 : Lieu où la patiente a reçu l'information (n=174)



Graphique 7 : Lieu où la sage-femme a donné l'information (n=13)

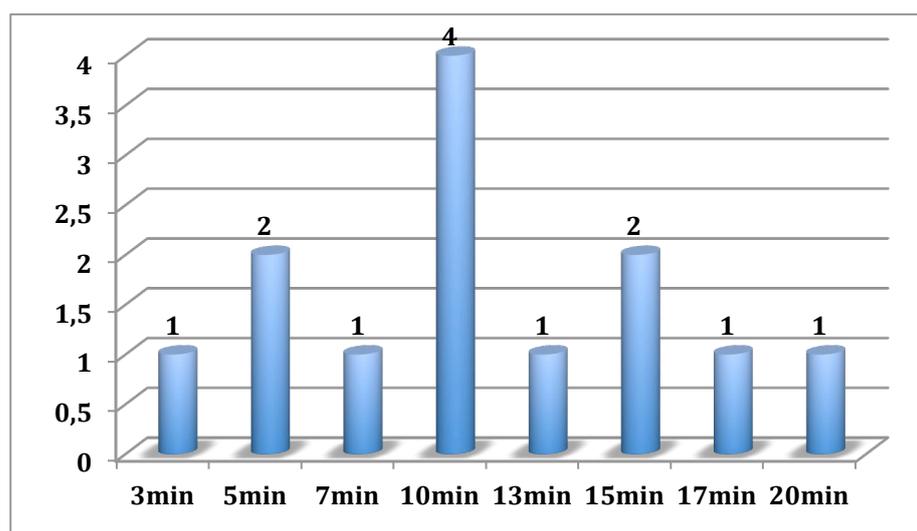
99% des patientes (n=173) ont répondu dans leur chambre, et 100% des sage-femmes (n=13) ont opté pour la même réponse.



Graphique 8 : Satisfaction des patientes pour le lieu de l'entretien (n=174)

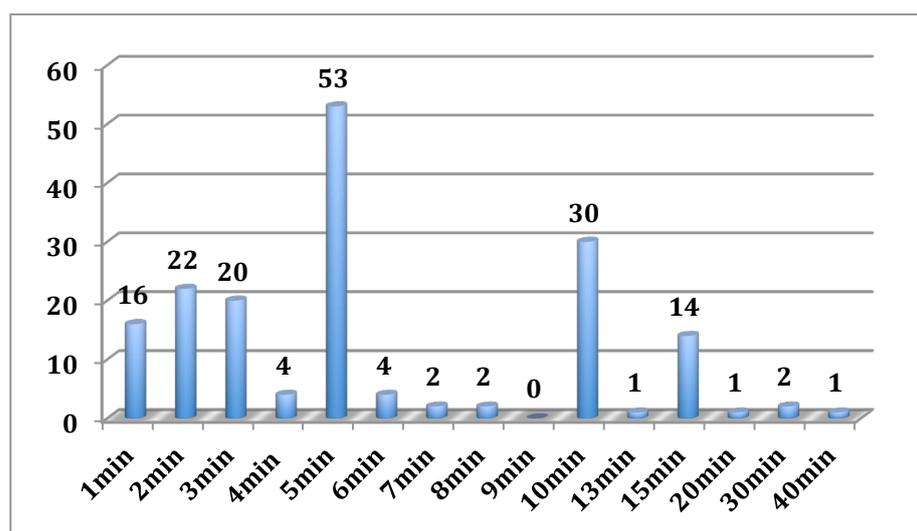
Le lieu de consultation était adapté pour 96% (n=167) d'entre elles. Les 7 patientes qui ont répondu « NON » n'ont donné aucune justification, et elles ont toutes les 7 répondu « dans la chambre ».

2.5.1.4. Durée de l'entretien de contraception



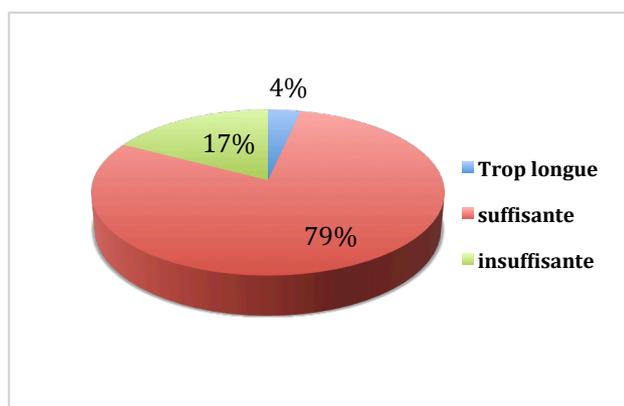
Graphique 9 : Durée de l'entretien selon les sages-femmes (n=13)

Les sages-femmes (n=13) ont estimé à 10,77 minutes le temps passé à l'information de la contraception pour chaque patiente. Le mode étant à 10 min. Les réponses allant de 3 minutes à 20 minutes.



Graphique 10 : Durée de l'entretien selon les patientes (n=172)

Par ailleurs, les patientes (n=172) ont estimé le temps passé à cette information à 6,40 minutes, le mode étant à 5 minutes. Les réponses allant de 1 minute à 40 minutes. 2 patientes n'ont pas répondu à cette question.



Graphique 11 : Satisfaction de la durée de l'entretien (n=174)

79% (n=138) des patientes ont trouvé la durée de cet entretien suffisante, et 100% des sages-femmes (n=13) l'ont trouvée aussi suffisante.

Satisfaction de la durée de l'entretien			
	< 5min	Entre 5 et 10 min	> 10min
Trop longue (n=6)	1	5	0
Suffisante (n=136)	36	79	21
Insuffisante (n=30)	25	5	0
Total (n=172)	62	89	21

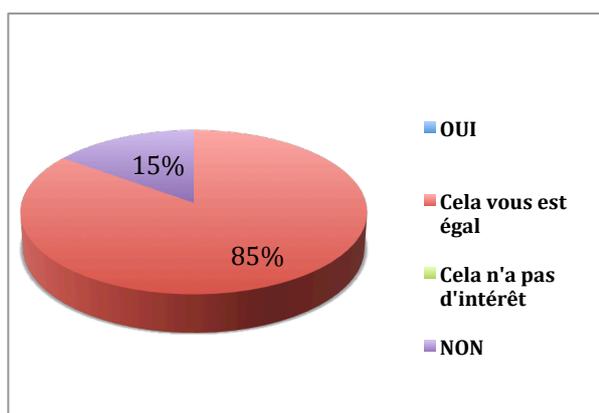
Tableau 2 : Satisfaction des patientes selon la durée de l'entretien (n=172)

100% (n=21) des patientes ont pensé que cette durée était suffisante lorsque l'entretien a duré plus de 10 minutes.

Lorsqu'il a duré entre 5 et 10 minutes, 89% (n=79) des patientes ont trouvé cette durée suffisante, 5,5% (n=5) ont trouvé l'entretien trop long et 5,5% (n=5) l'ont jugé d'une durée insuffisante.

Enfin, lorsque celui-ci a duré moins de 5 minutes, 58% (n=36) des femmes ont trouvé cet entretien d'une durée suffisante, 40% (n=25) l'ont trouvé d'une durée insuffisante et 2% (n=1) l'ont jugé trop long.

2.5.1.5. Présence du compagnon



Graphique 12 : Souhait de la présence du compagnon selon les sages-femmes (n=13)

85% des sages-femmes (n=11) n'ont accordé aucune importance à la présence ou non du compagnon, et 15% (n=2) d'entre elles n'ont pas souhaité la présence de celui-ci. Aux choix « OUI » et « Cela n'a pas d'intérêt », il n'y a eu aucune réponse positive.

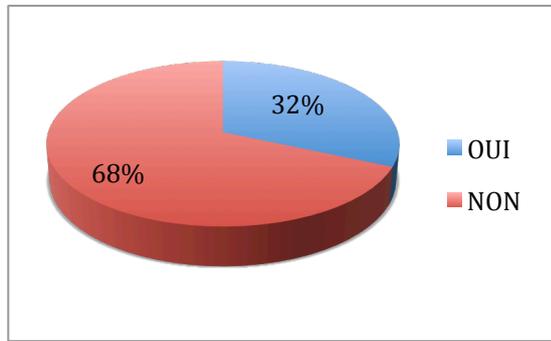
2.5.2. Le contenu de l'entretien

Les patientes se basaient sur l'entretien de contraception dont elles avaient bénéficié lors du séjour à la maternité, et les sages-femmes sur le dernier entretien qu'elles avaient fait.

2.5.2.1. Méthodes communicatives

69% des sages-femmes (n=9) ont tout d'abord demandé à la patiente ce qu'elle souhaitait comme contraception, puis lui ont exposé les différentes méthodes contraceptives disponibles.

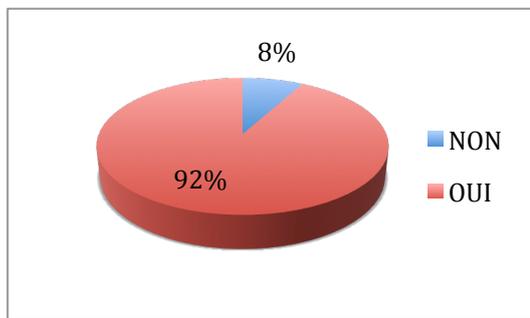
31% des sages-femmes (n=4) ont procédé dans l'ordre inverse. Elles ont présenté tout d'abord les moyens de contraception puis la patiente a fait son choix.



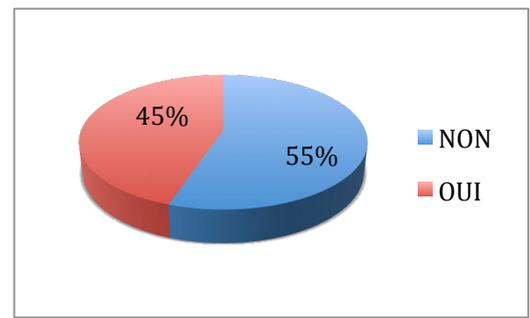
Graphique 13 : Contraception souhaitée demandée selon la patiente (n=174)

32% des patientes (n=55) ont estimé que la sage-femme leur a demandé quelle méthode contraceptive elle aimerait prendre.

2.5.2.2. Contraception utilisée avant la grossesse



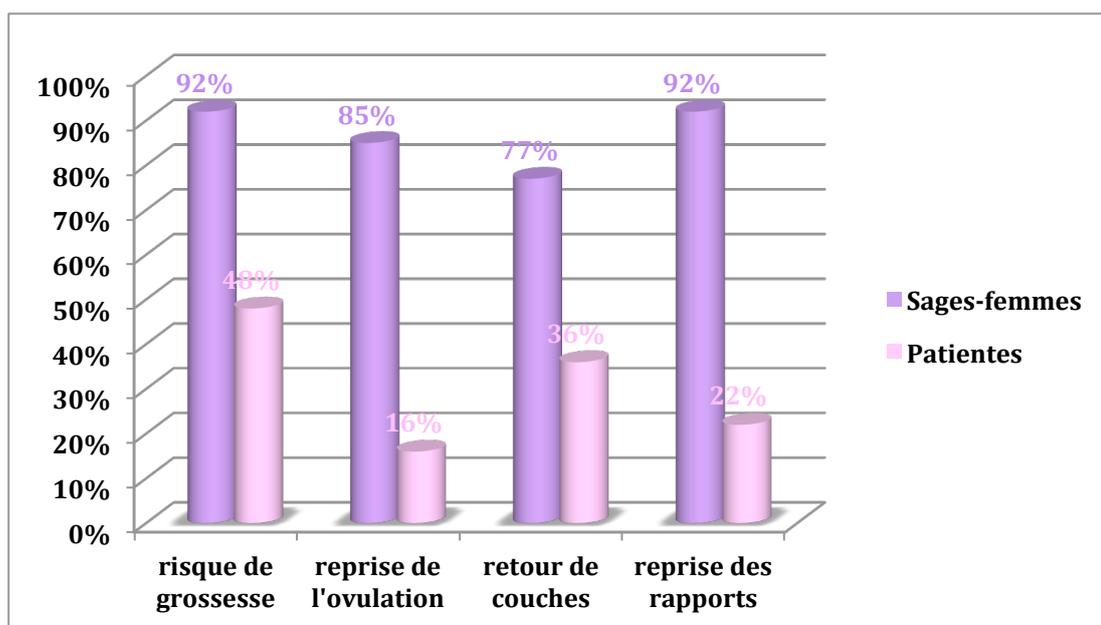
Graphique 14 : Contraception antérieure demandée selon la sage-femme (n=13)



Graphique 15 : Contraception antérieure demandée selon la patiente (n=174)

92% des sage-femmes (n=12) ont déclaré demander le moyen de contraception utilisé avant la grossesse, alors que seules 45% (n=78) des patientes ont affirmé avoir répondu à cette question.

2.5.2.3. Les sujets abordés



Graphique 16 : Sujets abordés lors de l'entretien de contraception par les sages-femmes (n=13) auprès des patientes (n=174)

Concernant le risque de grossesse, 92% (n=12) des sages-femmes ont affirmé en parler contre 48% (n=84) des patientes qui ont affirmé avoir été informées.

Concernant la reprise de l'ovulation, 85% (n=11) des sages-femmes l'ont évoquée contre 16% (n=28) des patientes qui ont estimés en avoir entendu parler par la sage-femme.

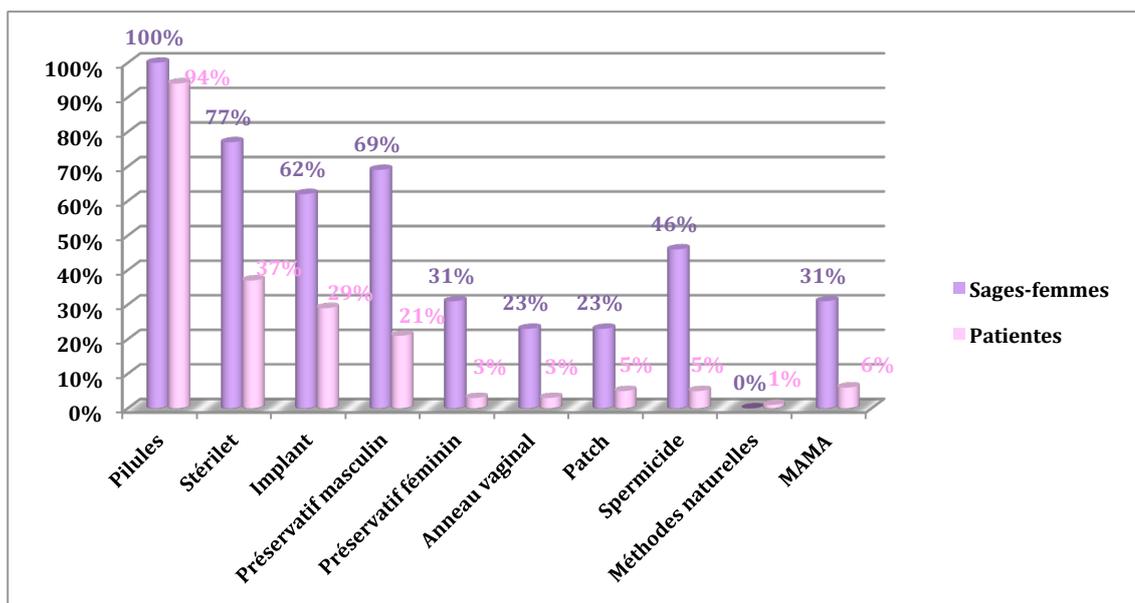
À propos du retour de couches, 77% (n=10) des sages-femmes en ont parlé alors que 36% (n=63) des patientes ont été mises au courant.

Enfin, pour le sujet de la reprise des rapports, 92% (n=12) des sages-femmes ont estimé en parler contre 22% (n=38) des patientes qui ont affirmé avoir évoqué ce sujet avec la sage-femme.

Les autres sujets évoqués étaient :

- l'allaitement
- la reprise du sport
- la rééducation périnéale
- le risque d'infection

2.5.2.4. Les méthodes présentées



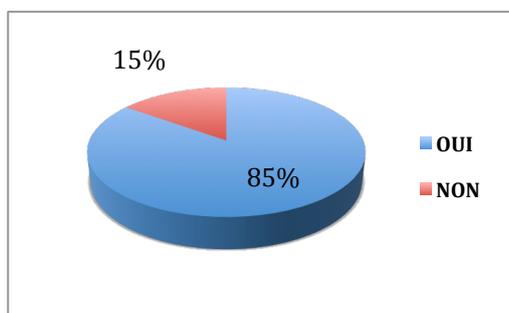
Graphique 17 : Les différentes méthodes présentées selon les sages-femmes (n=13) et les patientes (n=174)

La question posée était :

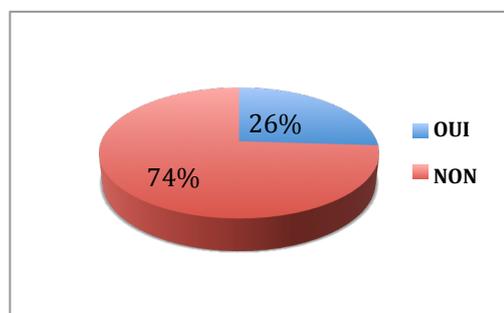
- pour les patientes : vous a-t-on proposé les méthodes suivantes ?
- pour les sages-femmes : avez-vous présenté les méthodes suivantes ?

Du côté des sages-femmes, la contraception orale, le stérilet, l'implant et le préservatif masculin ont été présentés de manière fréquente, respectivement 100%, 77%, 62% et 69%. Le reste des méthodes contraceptives (préservatif féminin, anneau vaginal, patch, spermicide, méthodes naturelles, MAMA) a été évoqué par moins de 50% des sages-femmes.

Du côté des patientes, la pilule a été évoquée pour 94% d'entre elles, mais les autres moyens de contraceptions cités précédemment ont été présentés chez moins de 40% des patientes (stérilet, préservatif et implant) et chez moins de 6% des patientes pour les autres méthodes contraceptives.



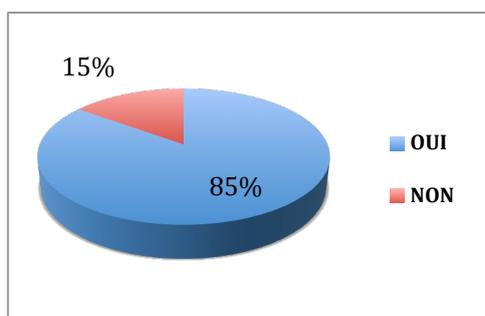
Graphique 18 : Recherche de contre-indications à la méthode choisie par la sage-femme (n=13)



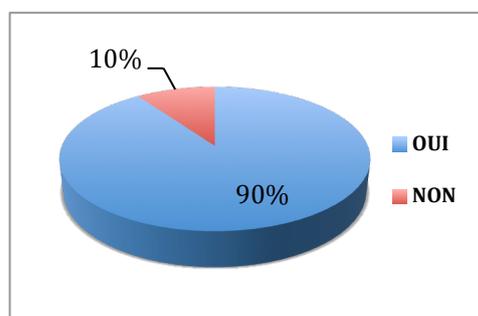
Graphique 19 : Explication des contre-indications de certaines méthodes aux patientes (n=174)

85% des sages-femmes (n=11) ont déclaré rechercher l'existence de contre-indications à la méthode choisie par la patiente. Pourtant, seulement 26% des patientes (n=45) ont estimé avoir reçu une explication quant à la contre-indication après un accouchement de certains modes de contraception.

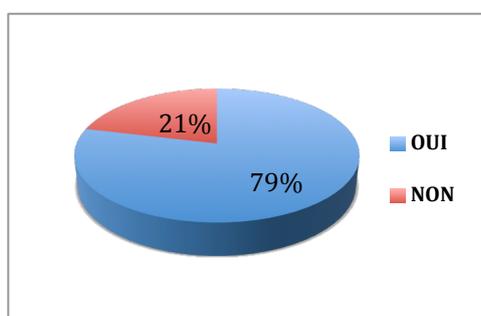
2.5.3. La satisfaction des patientes



Graphique 20 : Attentes des patientes par rapports aux méthodes proposées (n=174)



Graphique 21 : Possibilité de poser des questions sur la contraception (n=174)



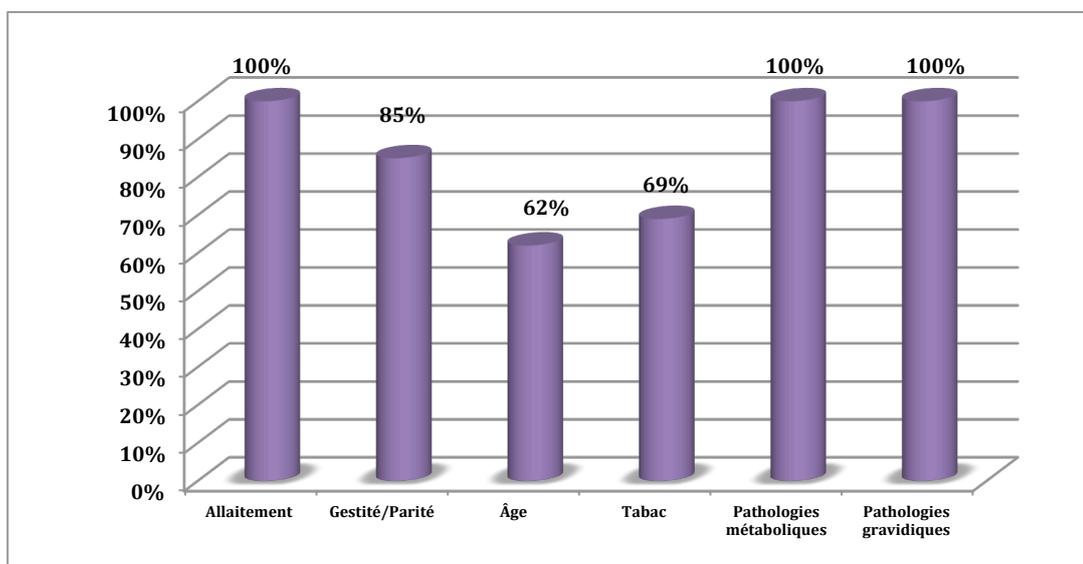
Graphique 22 : Satisfaction des patientes à propos de l'entretien de contraception (n=174)

Sur les 174 patientes ayant reçu une information sur la contraception, une grande majorité (85%, n=148) a répondu que les méthodes proposées par le professionnel de santé avaient répondu à leurs attentes (Graphique 21). 90% d'entre elles (n=157) ont pu également poser d'éventuelles questions sur la contraception (Graphique 22).

Enfin, 79% des patientes (n=137) ayant reçu une information sur la contraception durant leur séjour à la maternité ont déclaré être satisfaites par rapport à l'entretien (Graphique 24). La question qui leur avait été posée était : « D'une manière générale, cet entretien vous a-t-il paru complet et adapté ? »

2.5.4. Préalable à l'entretien de contraception en suites de couches

2.5.4.1. Critères médicaux recherchés



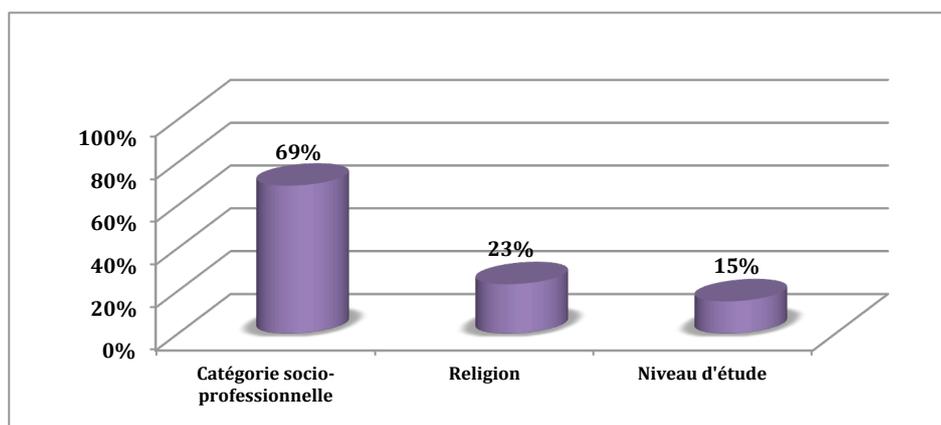
Graphique 23 : Critères médicaux recherchés systématiquement avant l'entretien de contraception (n=13)

Le mode d'allaitement, la présence ou non de pathologies métaboliques (telles que le diabète, les maladies cardio-vasculaires...) et gravidiques (comme l'HTA, la pré-éclampsie, le diabète gestationnel, la cholestase gravidique...) ont été recherchés systématiquement par l'ensemble des sages-femmes interrogées.

La gestité et la parité ont été recherchés de façon systématique par 85% d'entre elles (n=11).

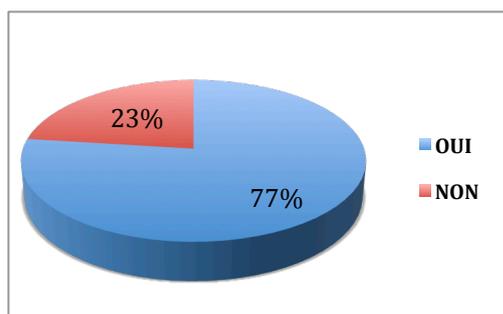
Enfin, le tabac et l'âge de la patiente se placent en dernière position avec respectivement 69% (n=9) et 62% (n=8) de recherche systématique.

2.5.4.2. Critères non médicaux recherchés



Graphique 24 : Critères non médicaux recherchés systématiquement avant l'entretien de contraception (n=13)

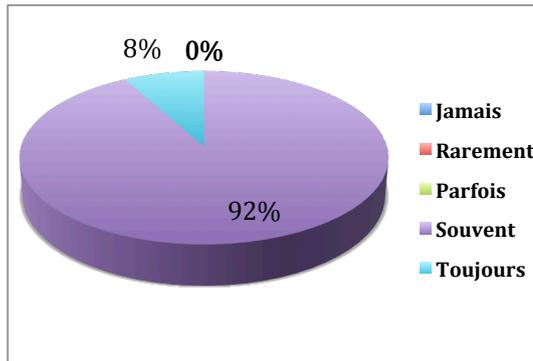
Concernant les critères non médicaux, seule la catégorie socio-professionnelle est recherchée par une grande majorité des sages-femmes (69%, n=9). Moins de 25% d'entre elles ont recherché systématiquement le culte religieux (23%, n=3) et le niveau d'étude (15%, n=2).



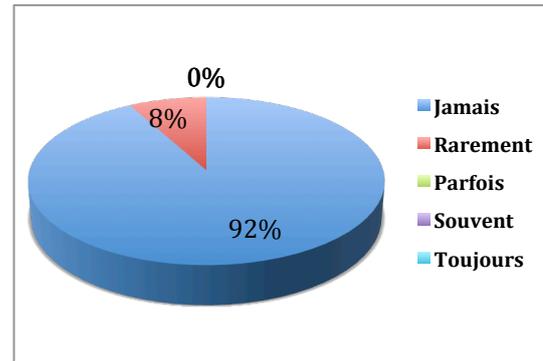
Graphique 25: Influence des critères médicaux et non médicaux sur le choix des méthodes contraceptives proposées à la patiente (n=13)

La recherche des critères mentionnés dans les graphiques 24 et 25 ont influencé pour 77% (n=10) des sages-femmes leur choix quant à la (aux) méthode(s) contraceptive(s) proposée(s) à la patiente.

2.5.5. La contraception du post-partum en général



Graphique 26 : Fréquence de prescription d'une contraception orale (n=13)



Graphique 27 : Fréquence de prescription d'une contraception d'urgence (Ella One®, Norlevo®) (n=13)

Dans 92% des cas (n=12), la sage-femme a prescrit une méthode contraceptive orale. Cependant, la contraception d'urgence a été rarement prescrite (8%, n=1), voire jamais (92%, n=12).

Partie 3

3. COMMENT AMELIORER L'ENTRETIEN DE CONTRACEPTION ?

3.1. Forces et limites de l'étude

3.1.1. Points forts

Nous avons interrogé 183 patientes, ainsi l'étude comporte un nombre important de données pour nous permettre d'avoir des résultats significatifs.

Notre étude est prospective, nous permettant ainsi d'analyser les pratiques actuelles.

3.1.2. Points faibles

Notre étude s'est déroulée exclusivement à la MRUN, elle est donc unicentrique et constitue un biais de recrutement. Les protocoles pouvant changer selon les maternités, elle n'est donc pas représentative de la population générale.

Nous avons réussi à obtenir seulement 13 questionnaires en ce qui concerne l'enquête des pratiques professionnelles sur les 20 sages-femmes travaillant en SME. Ce faible taux n'est donc pas représentatif de la population générale des sages-femmes exerçant en France.

Nous aurions dû demander aux patientes quelle contraception leur avait été prescrite après l'entretien de contraception et si elles étaient satisfaites de ce choix, pour ainsi comparer aux différentes études déjà publiées.

N'ayant pu recontacter les patientes après leur consultation post-natale, nous n'avons pu mettre en lien la bonne observance des patientes quant aux informations reçues en suites de couches, ainsi qu'analyser la qualité de cet entretien une fois les patientes face à leur contraception. C'est pourquoi un bref questionnaire sera remis aux

patientes lors de la consultation post-natale, à distance de l'entretien. Les résultats seront analysés lors de la soutenance.

3.2. Analyse des résultats

3.2.1. L'information de la contraception

Selon les recommandations de la HAS, il est important d'aborder la contraception et d'informer les femmes sur les méthodes contraceptives possibles au cours de la grossesse et de la proposer en post-partum immédiat (c'est-à-dire quelques jours après l'accouchement).

Dans notre étude, 183 patientes de la MRUN ont été interrogées à propos de l'entretien de contraception qui a dû être effectué avant leur sortie. Nous avons été étonnés de voir que 5% des patientes n'avaient pour leur part reçu aucune information concernant la contraception. Il y en a certes peu (9/183), mais toutes les patientes devraient être informées des risques concernant la fertilité en post-partum. Les sages-femmes qui travaillent en SME ont également été interrogées sur la fréquence de leurs entretiens. Et l'on remarque encore que ce n'est pas fait systématiquement, car elles sont 11 (85%) à le pratiquer « toujours », mais 2 (15%) à le pratiquer « souvent ». Ce qui est cohérent avec les résultats trouvés chez les patientes.

Cet entretien de contraception est majoritairement abordé avec toutes les femmes, mais certaines encore ne sont pas informées. Il y a bien sûr pour certaines d'entre elles des raisons à ce problème : elles ne sont pas réceptives et certains cas particuliers amènent la sage-femme à décider qu'un entretien de contraception serait inutile (exemple : couple homosexuel, patiente qui aurait déjà auparavant choisi un moyen de contraception comme l'implant, patiente qui a entamé des démarches pour une stérilisation définitive...).

Il restait donc 174 patientes ayant été aptes à remplir le questionnaire puisqu'elles avaient reçu une information concernant la contraception.

3.2.1.1. Les modalités d'un entretien

Cet entretien se passe généralement à la visite de sortie selon 53% des patientes et 92% des sages-femmes. À la MRUN, les sorties se font généralement 3 jours (J3) après l'accouchement lorsque celui-ci s'est effectué par les voies naturelles. Une sage-femme libérale peut se rendre à leur domicile le lendemain de leur sortie (notamment pour les primipares).

On note que les sages-femmes ont souvent coché plusieurs items à cette question, elles vont donc aborder ce thème plusieurs fois au cours du séjour des patientes. Cependant, J0 est essentiellement consacré au repos de la patiente venant de mettre au monde son enfant. J1 est le jour où la femme apprend à s'occuper de son nouveau-né, à mettre son allaitement en route. Il ne reste alors que J2 et J3 pour évoquer la contraception (J4 parfois pour les primipares). Mais le jour de la sortie (J3), il y a de multiples choses à faire, comme la visite chez le pédiatre, la préparation de la valise, avec toutes les visites des proches qui viennent s'ajouter chaque jour du séjour à la maternité. Quel est alors le jour adéquat afin d'obtenir l'attention de la patiente, de ne pas bouleverser ses priorités et tout en discutant dans l'intimité ? D'après notre étude, le jour qui serait le plus confortable pour cet entretien est lors d'une consultation de routine et non lors de la visite de sortie, donc à J2. Les sages-femmes, elles, affirment que le moment de l'entretien dépend essentiellement de la disponibilité de la patiente.

De plus, un item « autre » à la question du moment où l'information a été donnée, était aussi proposé. Bien qu'il ait été mentionné que les questions concernaient seulement le post-partum, les réponses retrouvées le plus souvent pour les questionnaires des patientes étaient :

- lors de la visite prénatale du 9^{ème} mois
- lors de l'EPI au 4^{ème} mois

Ce qui est cohérent puisque plusieurs patientes ont mentionné le fait que le moment serait plus approprié si l'entretien de contraception était fait avant le séjour à la maternité. L'étude Smith a obtenu des résultats similaires. Elle montrait une plus grande satisfaction des patientes si l'information de la contraception était faite avant l'accouchement.

Le lieu où cette information est donnée est essentiellement dans la chambre de la patiente à la MRUN (99%), et les patientes sont dans l'ensemble satisfaites. Cependant, l'entretien de contraception est un entretien d'écoute, d'échange et de dialogue, qui doit

respecter intimité et confidentialité. Or, lorsque les patientes sont accompagnées d'une autre occupante (chambre double), il faudrait peut-être envisager de faire cet entretien dans un bureau médical ou dans une autre pièce où le secret médical pourrait être respecté. Notons que les informations sont essentiellement données de façon orale à la MRUN pour 100% des femmes.

La durée idéale d'un entretien de contraception, qu'il soit effectué dans le post-partum ou lors d'une consultation dédiée à la contraception hors grossesse, n'est décrite nulle part en matière de temps. C'est plutôt une durée subjective. D'après les sages-femmes interrogées, il n'y a pas de consensus en ce qui concerne le temps passé auprès de la patiente pour cet entretien, il est « patiente dépendant ». Tout en ayant un discours concis et adapté à son niveau de compréhension (barrière linguistique, connaissance sur le sujet) et à sa réceptivité, elles passent le temps qui leur semble nécessaire afin de pouvoir présenter les différentes méthodes, d'évoquer les effets indésirables et de répondre aux éventuelles questions. Elles ont le temps de mener à bien leur entretien en 10,77 minutes environ.

Du point de vue des patientes, elles estiment la durée de cet entretien à environ 6,40 minutes, avec des écarts allant de 1 minute à 40 minutes. 89% des patientes ayant eu un entretien durant entre 5 et 10 minutes ont trouvé cette durée suffisante, contre seulement 58% ayant eu un entretien durant moins de 5 minutes. De plus, 100% des patientes ayant eu un entretien durant plus de 10 minutes sont satisfaites, mais l'effectif étant le plus faible (21 patientes seulement sur 172), il peut y avoir un biais. Notons tout de même que 40% des femmes qui ont eu un entretien de moins de 5 minutes ont trouvé cette durée insuffisante contre seulement 5,5% pour celles avec un entretien ayant duré entre 5 et 10 minutes.

Pour satisfaire une grande partie de la population, l'entretien de contraception doit durer plus de 5 minutes et il n'y a aucun temps imparti. Il est intéressant de mettre en évidence que 62 patientes sur les 172 ayant répondu à cette question ont bénéficié d'un entretien ayant duré moins de 5 minutes, dont la majorité avait répondu 1, 2 et 3 minutes. Cependant, d'après les recommandations de la HAS, l'information de la contraception dans le post-partum consiste à éclairer la patiente sur le **mode d'emploi** de la méthode contraceptive qu'elle aura choisi, sur son **efficacité** en pratique courante, sur sa **durée d'utilisation**, ses **contre-indications**, ses **risques** et **effets indésirables**, son **coût**, son **remboursement** et sa **procédure** pour son instauration et son arrêt. Il faut

un minimum de temps pour exposer tous ces faits. Concernant les contre-indications, notons tout de même que 85% des sages-femmes estiment les rechercher, mais seules 26% des patientes affirment avoir reçues ces explications.

3.2.1.2. Satisfaction des patientes

Cette étude se révèle être très positive quant à la satisfaction des patientes puisque pour 85% d'entre elles, cet entretien a répondu à leurs attentes par rapport aux méthodes proposées. De plus, la majorité des femmes a eu l'opportunité de poser des questions. Nous obtenons un taux de 79% de satisfaction, ce qui correspond à un résultat trouvé lors d'une étude sur le point de vue des femmes sur la contraception du post-partum (8) qui obtient un taux de 76% de satisfaction. La DREES, elle, publie en 2006 une enquête sur la périnatalité des femmes (2) qui indique que, concernant l'information de la contraception en suites de couches, 61% des patientes sont tout à fait satisfaites, 27% sont plutôt satisfaites, 8% ne le sont plutôt pas et 4% pas du tout.

D'une manière générale, les femmes sont satisfaites car elles ont eu la possibilité de poser des questions, d'en apprendre plus sur le sujet, ont pu obtenir des explications claires. Elles soulèvent le fait que l'entretien a été fait dans le respect de l'intimité avec l'aboutissement d'une méthode adaptée.

En revanche, elles dénoncent le fait que celui-ci était assez court, les questions ne sont pas venues dans l'immédiat et certaines réflexions sont restées sans réponse. Seule la contraception orale fut parfois évoquée et il est noté un manque d'information sur les autres types de contraceptions (avantages et inconvénients).

Notre première hypothèse est partiellement confirmée, l'entretien de contraception qui a lieu lors du séjour de suites de couches a besoin d'être amélioré afin que les patientes reçoivent une information qui répondrait au mieux à leurs attentes. En effet, toutes les patientes devraient recevoir cette information, avec des variations quant aux sujets abordés. De plus, le meilleur moment serait selon les femmes la veille de la sortie lors de la consultation journalière habituelle. Il serait encore plus apprécié s'il avait lieu en anténatal. Sa durée doit être supérieure à 5 minutes.

3.2.2. Les sages-femmes face aux recommandations HAS

3.2.2.1. Le contenu de l'entretien

L'OMS recommande de diviser l'entretien de contraception en 6 étapes (comme expliqué en Partie 1) : c'est la méthode BERGER. Après avoir présenté le but de la consultation et avoir recueilli les informations de la femme, le professionnel de santé expose les différents moyens de contraception. La patiente fait donc son choix après cette étape. Or, dans notre enquête, seulement 31% des sages-femmes procèdent dans cet ordre.

De plus, on retrouve pour les items suivants une grande discordance entre les résultats de l'enquête des patientes et celle des sages-femmes.

Il est recommandé d'évoquer la contraception utilisée avant la grossesse, et 92% des sages-femmes affirment la demander. Mais une chose troublante est que seulement 45% des patientes affirment avoir répondu à cette question.

Ensuite, concernant les sujets abordés lors de l'entretien, les sages-femmes affirment aborder dans plus de 77% des cas le risque de grossesse, la reprise de l'ovulation, le retour de couches et la reprise des rapports mais moins de 45% des patientes affirment avoir abordées ces sujets.

Pour ce qui est des différentes méthodes contraceptives, là encore on remarque une importante divergence de résultats. En effet, les méthodes progestatives telles que la pilule ou l'implant devraient être proposées à toutes les femmes puisque c'est la méthode de première intention. Or, d'après notre étude, l'implant n'est proposé qu'à 62% par les sages-femmes, et qu'à 29% selon les patientes ! Un des points positifs est celui de la pilule : celle-ci est proposée presque systématiquement. Notons de plus que les méthodes mécaniques ou barrières (préservatifs, spermicides...) sont de bonnes alternatives en post-partum puisque les patientes ne sont pas toujours désireuses de prendre une contraception orale et ne programment pas la reprise de leurs rapports sexuels. Ces méthodes sont surtout utilisables dans le post-partum immédiat et n'ont aucune contre-indication. Certes leur efficacité n'est pas optimale, mais elles devraient être présentées lors de l'entretien de contraception afin que les patientes puissent bénéficier d'un moyen provisoire, c'est-à-dire qu'elles ne soient pas prises au dépourvu si elles ont un rapport et que la pilule n'a pas été commencée. Pour les dispositifs intra-utérins, là aussi il y a une grande discordance entre les deux populations, mais ceux-ci

n'étant pas utilisables en post-partum immédiat, se pose la question de l'utilité d'en proposer lors du séjour de suites de couches. Ils peuvent être évoqués mais ils seront alors prescrits lors de la consultation post-natale prévue 6 à 8 semaines après l'accouchement. Il en est de même pour les méthodes œstroprogestatives comme les pilules OP, l'anneau vaginal et le patch.

En ce qui concerne les méthodes naturelles, elles ne sont jamais évoquées pour les sages-femmes et 1% des patientes en a parlées, ce qui rejoint la littérature car ces méthodes sont intéressantes pour optimiser la conception d'un enfant.

Il nous semble important d'insister sur la méthode suivante : la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée, dite la MAMA. La HAS (4) indique qu'il s'agit d'une méthode fiable et efficace (aussi efficace qu'un contraceptif oral en pratique courante), si les conditions sont respectées. Mais celle-ci reste encore très stigmatisée. En effet, seules 31% des sages-femmes l'évoquent au cours des entretiens de contraception, et seulement 6% des patientes déclarent avoir eu cette information. Cette méthode est vue par le grand public comme une méthode aléatoire qui ne serait pas aussi fiable que la pilule. Mais c'est les professionnels de santé qui lui donnent cette image, et véhiculent ainsi un mal-être en présentant (s'il y a lieu) ce moyen de contraception naturel. Pourtant, le type d'allaitement est pris en compte par la totalité des sages-femmes interrogées.

Ces écarts trouvés entre sages-femmes et patientes peuvent s'expliquer peut-être par le fait que les patientes ne sont pas réceptives à tout ce que la sage-femme leur propose, mais peut-être seulement à ce que les femmes considèrent comme la méthode idéale. En l'occurrence ici, la pilule reste la méthode la plus souvent présentée et la plus souvent prescrite. En effet, 92% des sages-femmes prescrivent « souvent » une contraception orale et 8% la prescrivent « toujours ». Ce qui est en accord avec la population générale, puisqu'en 2010, 78,9% des femmes de 15 à 29 ans utilisaient ce moyen contraceptif (27).

Il est recommandé que lors de la prescription et de la délivrance de la contraception, la femme soit préventivement informée de ses possibilités de rattrapage (4). Or ici, nous aurions dû poser la question aux sages-femmes si elles présentaient les méthodes contraceptives d'urgence lors de l'entretien. Nous leur avons demandé si elles la prescrivaient. Selon nos résultats, 92% ne la prescrivent jamais et 8% souvent, mais

cela ne nous permet pas de conclure pour mettre en parallèle nos résultats avec les recommandations nationales.

Sachant qu'un tiers des grossesses n'est pas prévu (2), et que la France compte parmi plus de 220 000 IVG, dont 5% qui ont lieu dans les 6 mois suivant un accouchement (3), la contraception d'urgence devrait être évoquée pour chaque patiente lors du séjour à la maternité et sa prescription devrait être faite au cas par cas. En effet, les jeunes filles de moins de 20 ans sont les plus nombreuses à utiliser cette méthode (20%) mais ce taux diminue en fonction de l'âge. Elles ne sont plus que 2% entre 30 et 49 ans (27). De plus, selon le Baromètre santé de 2005, 99,4% des 15-54 ans connaissent l'existence des contraceptifs d'urgence, mais seulement 39,3% d'entre eux connaissent leur efficacité. Il semble donc évident que cet entretien doit contenir un rappel des conduites à tenir face à l'échec d'une contraception (oubli de pilule, rupture de préservatif...).

3.2.2.2. Préalables à un entretien de contraception

Avant de prescrire une contraception, plusieurs critères sont à prendre en compte, qu'ils soient médicaux ou non. En effet, selon les recommandations de la HAS (4), la méthode contraceptive est à adapter dans les diverses situations particulières. À la MRUN, les pathologies métaboliques et gravidiques sont recherchées dans 100% des cas par les sages-femmes, ainsi que l'allaitement.

La gestité/parité n'est, pour la HAS, pas un critère décisionnel et différentiel pour aucune des méthodes contraceptives. Pourtant, celui-ci semble être important pour les sages-femmes puisqu'elles le recherchent dans 85% des cas.

L'âge est pris en compte par seulement 62% des sages-femmes. Cependant, la HAS distingue deux groupes de femmes en matière de contraception : les adolescentes et les femmes de plus de 35 ans. Par exemple, les spermicides ne sont pas indiqués chez les jeunes femmes. Bien que celles-ci viennent d'accoucher, cette méthode peut gêner la spontanéité de la relation. Chez les patientes de plus de 35 ans, on leur proposera plus facilement un DIU, qu'elles pourront faire poser 4 semaines après l'accouchement, vis-à-vis de leurs risques cardio-vasculaires augmentés. D'après les réponses données par les sages-femmes, l'âge serait recherché si la patiente est une femme jeune.

Le type d'allaitement est recherché systématiquement à la MRUN, alors que la méthode MAMA n'est évoquée que par 31% des sages-femmes.

Enfin, concernant les critères médicaux, le tabac reste un facteur de risque important, surtout dans la prise d'un contraceptif OP. 69% des sages-femmes le prennent en compte.

Du côté des critères non médicaux, seule la catégorie socio-professionnelle est recherchée par 69% des sages-femmes, la religion et le niveau d'étude sont pris en compte par moins de 25% des sages-femmes. Pourtant, comme il a été démontré dans la première partie de ce mémoire, le point de vue des femmes face à la fertilité et à la contraception diffère selon les religions. D'après le Baromètre santé de 2010 concernant la santé des jeunes (27), différents facteurs comme le niveau d'éducation, l'aisance financière, le lieu de résidence ou le fait de déclarer avoir une religion sont associés au fait de ne pas utiliser systématiquement une contraception régulière.

Outre les critères présentés précédemment, les sages-femmes recherchent les modalités suivantes :

- l'observance de la pilule
- la contraception antérieure
- le projet d'une nouvelle grossesse
- le type d'assurance maladie (CPAM, CMU...)
- la barrière linguistique
- le degré de compréhension

Cette recherche de critères influe 77% des sages-femmes, ce qui est plutôt un point positif.

Dans son argumentaire concernant les *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme*, l'INPES souligne le fait qu'il est important de considérer le couple, et non la femme seule, dans le choix de la méthode contraceptive, et de ce fait prendre en compte l'avis du partenaire. Cependant, notre étude montre que la présence de celui-ci n'est pas souhaitée pour 15% des sages-femmes et que cela leur est égal pour 85% d'entre elles.

Notre deuxième hypothèse qui est que les pratiques professionnelles doivent être améliorées afin de répondre au mieux aux recommandations HAS est confirmée. En effet, les critères médicaux et non médicaux qui permettent d'orienter le type de contraception ne sont pas toujours pris en compte, c'est pourquoi on retrouve une grande discordance entre les résultats des patientes et des sages-femmes.

3.3. Nos propositions

Dans le but de diminuer l'échec de la contraception dans le post-partum, il nous semble important :

- ⇒ **De donner de l'importance au couple dans son intégralité lorsque l'on aborde la question de la contraception.** C'est pourquoi le compagnon devrait être présent à cette occasion, si la femme le souhaite.
- ⇒ **D'utiliser la méthode BERCER décrite par l'OMS** afin de faciliter le dialogue entre patientes et professionnels de santé.
- ⇒ La HAS recommande d'aborder la contraception du post-partum dès la période anténatale. Il faut alors **rappeler l'importance d'introduire cette question lors de l'EPI ou de la consultation du 9^{ème} mois par exemple** afin de satisfaire les patientes et que celles-ci puissent prendre le temps de réfléchir à la question de la contraception.
- ⇒ **De donner un livret informatif à la sortie de la maternité, essentiellement sur les moyens de contraception possibles en post-partum.** Il aborderait, en plus des méthodes existantes, l'efficacité des contraceptifs en pratique courante, leur durée d'utilisation, leurs contre-indications, leurs risques et effets indésirables, leur coût, leur remboursement et leur procédure pour leur instauration et leur arrêt.
- ⇒ **D'évoquer chez toutes les femmes allaitantes la « MAMA ».**
- ⇒ **D'informer toutes les patientes en post-partum sur la contraception d'urgence** afin de réduire les échecs de contraception et de diminuer le taux d'IVG dans l'année qui suit un accouchement.

Conclusion

La sage-femme occupe une place importante dans la santé sexuelle des femmes puisqu'elle peut prescrire et effectuer l'insertion de toutes les méthodes contraceptives (sauf la stérilisation définitive) depuis la loi HPST. C'est pourquoi le post-partum est un moment clé pour parler de contraception. En effet, c'est vraiment l'occasion où toutes les femmes peuvent être informées à ce propos car elles sont hospitalisées. De plus, le nombre d'IVG en post-partum ne diminue pas. Plus de 10 000 femmes chaque année ont recours à une interruption de grossesse dans les 6 mois suivant un accouchement. C'est pourquoi la contraception d'urgence est un atout dans la vie sexuelle d'une femme, et doit être utilisée à bon escient. Enfin, dans l'optique d'une démarche qualité satisfaisante, il y a une obligation d'information. Afin d'augmenter l'impact de cet entretien de contraception sur les femmes, le type d'information donnée doit être adapté à chaque patiente pour répondre à leurs besoins personnels.

Notre étude a permis de montrer qu'il y a encore certaines patientes qui échappent à cette information. Globalement pour les autres, elles sont satisfaites de cet entretien tout en émettant des critiques à son égard et montrent un intérêt à le pratiquer en période anténatale. Une grande partie des méthodes contraceptives sont évoquées mais certaines sont encore oubliées (comme la MAMA), bien qu'elles soient selon la HAS d'une grande efficacité dans le post-partum. De plus, cette étude montre qu'il y a encore une grande uniformité dans les informations données, et que les critères à prendre en compte afin de cibler les besoins de la patiente ne sont pas toujours respectés. Enfin, il serait judicieux d'évoquer la contraception d'urgence.

L'enjeu, ici, est de permettre aux professionnels de santé qui dispensent une information de la contraception dans le post-partum immédiat, de se référer à un aspect protocolisé de cet entretien, afin d'obtenir un meilleur taux de réussite dans la contraception du post-partum et de raréfier les IVG qui surviennent dans l'année suivant l'accouchement.

BIBLIOGRAPHIE

1. ORDRE DES SAGES-FEMMES. *Conseil National, le code de déontologie* [En ligne]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/> [consulté le 7 Janvier 2013]
2. DANET, S. et al. *La santé des femmes en France*. Paris : la documentation française, 2006, 285 p.
3. BAUER, Alexandra. *L'interruption volontaire de grossesse dans l'année suivant un accouchement*. Mémoire de sage-femme. Metz, 2009.
4. INPES, AFSSAPS, ANAES. *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : Argumentaire*. Décembre 2004.
5. DICTIONNAIRE PSYCHOLOGIQUE :
http://www.dicopsy.fr/dictionnaire.php/_/psychologie-travail/entretien [Consulté le 7 septembre 2013]
6. LAURENCE Anne. *Contraception du Post-Partum*. [En ligne] Mars 2005. [Consulté le 5 août 2013]
7. MAURY, Myrtille. *Nouvelles compétences en gynécologie et contraception*. Mémoire de sage-femme. Paris, 2011.
8. GAZAN, Lénaïc. *Point de vue des femmes sur la contraception du post-partum*. Mémoire de sage-femme. Brest, 2012.
9. INPES. *Choisir sa contraception : la meilleure contraception, c'est celle que l'on choisit*. [Brochure]. 2007. [Consulté le 2 Décembre 2012]
10. JOHNSON, EDELMAN et al. Patient satisfaction and the impact of written material about postpartum contraceptive decisions. *Am J Obstet Gynecol*. Mai 2003, n°188, p1202-1204
11. SMITH, K.B et al. Is postpartum contraceptive advice given antenatally of value ? *Contraception*. 2002, n°65, p.237-243
12. SERFATY, D. *Contraception*. 4^{ème} édition. Elsevier Masson, 2010, 562 p.

13. PAULARD, Isabelle. Contraception du post-partum. *Vocation Sage-Femme*. Mai-Juin 2011, n°90, p. 20-24.
14. PAULARD, Isabelle. Quels contraceptifs prescrire en postpartum ? *Vocation Sage-Femme*. Février 2008, n°59, p. 21-24.
15. MINISTÈRES DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. *Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/> [consulté le 7 Janvier 2013]
16. SEMONT, Lucille. *Les valeurs véhiculées par les trois grandes religions monothéistes sur le post-partum*. Mémoire de sage-femme. Nancy, 2009.
17. BLANGIS, Flora. *La contraception du post-partum : État des lieux des pratiques dans le service de suites de couches et à la visite post-natale au CHU de Nantes*. Mémoire de sages-femmes. Nantes, 2011.
18. HAS. *Fiche mémo : contraception chez la femme en post-partum*. Avril 2013.
19. HAS. *Fiche Mémo : efficacités des méthodes contraceptives*. Avril 2013.
20. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. *Legifrance*. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/> [consulté le 7 Janvier 2013]
21. INPES. *Choisir sa contraception*. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.choisirsacontraception.fr/> [consulté le 9 août 2013]
22. VEKEMANS, M. *Postpartum contraception: The lactational amenorrhea method*. Vol. 2. N° 2. Bruxelles, 1997, p. 105-111.
23. BORGIN., et al. *La sexualité de la femme en post-partum : une étude descriptive chez 60 femmes*. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*. Avril 2003, volume 130, n°4, p. 53.

24. DIDIER, Héloïse. *La sexualité du post-partum, quel rôle pour les sages-femmes?* Vocation Sage-Femme. Mars-Avril 2012, n°95, p. 41-43.
25. FABRE-CLERGUE C. et al. *Sexualité du postpartum*. La Revue Sage-Femme. Novembre 2008, volume 7, n°6, p. 301-304.
26. ALARDO, Flore. *Contraception en suite de couches*. Mémoire de sages-femmes. Paris, 2012.
27. INPES. *Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètre santé, 2013, 344 p.
28. RONDEPIERRE, Louise. *Quand le pré-partum rencontre le post-partum*. Mémoire de sage-femme. Paris, 2010.
29. SÉNAT. *L'accès à l'assistance médicale à la procréation*. [En ligne] Disponible sur : <http://www.senat.fr/lc/lc193/lc1931.html>. [Consulté le 25 septembre 2013]
30. LA LECHE LEAGUE. *Allaitement et fertilité*. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.lllfrance.org/> [Consulté le 25 septembre 2013]
31. MAITROT-MANTELET, L. et al. *Contraception*. EMC – *Traité de médecine Akos*. 2102, n°7, p. 1-9.
32. HAS. *Fiche mémo : contraception : prescriptions et conseils aux femmes*. Mars 2013.
33. HAS. *Fiche mémo : contraception d'urgence*. Avril 2013.

34. MATET, Nicole. La contraception d'urgence, une méthode de rattrapage. *Vocation sage-femme*. Juillet-Août 2008, n° 64, p. 12-15.

35. HOROVITZ, J. et al. Suites de couches normales et pathologiques (hors syndromes neuroendocriniens). *EMC, Obstétrique*. 2011, 5-110-A-10, p 1-15.

36. HAS. *Fiche mémo : stérilisation à visée contraceptive chez l'homme et la femme*. Avril 2013.

Table des matières

Sommaire	4
Introduction	5
Partie 1	7
1. Que doit contenir un entretien de contraception ?	8
1.1. La démarche qualité	8
1.1.1. L'entretien de contraception	8
1.1.2. Satisfaction des patientes	9
1.1.3. Comment améliorer le bénéfice de cet entretien de contraception	10
1.2. Une information sur la contraception	11
1.2.1. Rappels physiologiques	11
1.2.2. Législation	12
1.2.3. Recommandations en post-partum	12
1.3. Une information sur la sexualité du post-partum	16
1.4. Une information claire et précise	17
1.4.1. Législation	17
1.4.2. Différentes méthodes de communication	18
1.4.3. Critères psycho-sociaux à prendre en compte	20
Partie 2	23
2. Etats des lieux à la MRUN	24
2.1. Objectifs	24
2.2. Les hypothèses	24
2.3. Schéma général de l'étude	25
2.3.1. Recueil des données	25
2.3.2. Modalités de distribution	26
2.3.3. Critères d'inclusions	26
2.3.4. Critères d'exclusions	27
2.4. Méthode statistique	27
2.5. L'entretien de contraception à la MRUN	28
2.5.1. Les conditions de l'entretien	28
2.5.2. Le contenu de l'entretien	33
2.5.3. La satisfaction des patientes	37
2.5.4. Préalable à l'entretien de contraception en suites de couches	38
2.5.5. La contraception du post-partum en général	40
Partie 3	41
3. Comment améliorer l'entretien de contraception ?	42
3.1. Forces et limites de l'étude	42
3.1.1. Points forts	42
3.1.2. Points faibles	42
3.2. Analyse des résultats	43
3.2.1. L'information de la contraception	43
3.2.2. Les sages-femmes face aux recommandations HAS	47
3.3. Nos propositions	51
Conclusion	52

Bibliographie	53
Annexe 1	I
Annexe 2	II

ANNEXE 1

Questionnaires destinés aux patientes en Secteur Mère-Enfant

Madame,

Je suis étudiante sage-femme et je réalise mon mémoire de fin d'étude sur l'information concernant la contraception donnée par la sage-femme aux patientes dans le post-partum. Afin de me permettre de réaliser mon étude, je vous serais très reconnaissante de bien vouloir prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire de 5 pages en toute honnêteté. Je vous assure le respect de l'anonymat, vos réponses n'étant utilisées que dans le cadre de mon mémoire.

CONDITIONS DE L'ENTRETIEN :

1. Lors de votre séjour à la maternité, vous a-t-on donné des informations sur la contraception du post-partum ?

Oui

Non

2. Si oui, qui vous a donné cette information ?

La sage-femme

L'étudiant(e) sage-femme

Le médecin

L'interne ou l'étudiant en médecine (externe)

Je ne sais pas

3. Quand a eu lieu cet entretien dédié à la contraception ?

Lors d'une consultation de routine pendant le séjour.

Lors de la visite de sortie.

En dehors des visites habituelles (dans l'après-midi par exemple)

Autre :

.....

.....

4. Pour vous, ce moment était-il adapté pour recevoir une information sur la contraception ?

Oui

Non. Pourquoi ?

5. Où l'entretien a-t-il eu lieu ?

Dans votre chambre

Dans un bureau médical

Autre :

.....

.....

6. Pour vous, cet endroit était-il adapté ?

Oui

Non. Pourquoi ?

7. D'après vous, combien de temps a duré l'information sur la contraception ?

..... minutes environ

8. Vous avez trouvé la durée de cet entretien :

- Trop longue
- Suffisante
- Insuffisante

CONTENU DE L'INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION DONNEE PAR LA SAGE-FEMME :

9. Avant de vous présenter les différentes méthodes de contraception possibles, la sage-femme vous a-t-elle demandé quelle(s) contraception(s) vous **souhaiteriez** utiliser **après** l'accouchement ?

- Oui
- Non

10. Avant de vous présenter les différentes méthodes de contraception possibles, la sage-femme vous a-t-elle demandé quelle(s) contraception(s) vous **utilisiez** **avant** la grossesse ?

- Oui
- Non

11. Quel(s) sujet(s) ont été abordés par la sage-femme lors de l'entretien dédié à la contraception ?

- Risque de grossesse existant après un accouchement
- Reprise de l'ovulation
- Retour de couches
- Reprise des rapports sexuels
- Autre :

.....
.....

12. Quelle(s) méthode(s) vous a (ont) été présentée(s) par la sage-femme pour vous permettre de choisir la contraception à utiliser après l'accouchement ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pilules | <input type="checkbox"/> Préservatif féminin |
| <input type="checkbox"/> Stérilet | <input type="checkbox"/> Anneau vaginal |
| <input type="checkbox"/> Implant | <input type="checkbox"/> Patch contraceptif |
| <input type="checkbox"/> Préservatif masculin | <input type="checkbox"/> Spermicide |
- Méthodes naturelles : courbe de température ; méthode « Bilings » ; méthode Ogino ; méthode du retrait ...
- Méthode « MAMA », en cas d'allaitement maternel exclusif.
- Autre :

13. La sage-femme vous a-t-elle expliqué pourquoi certaines méthodes sont contre-indiquées après un accouchement ?

- Oui
- Non

14. Les méthodes proposées par la sage-femme ont-elles répondu à vos attentes ?

- Oui
- Non

15. Avez-vous pu poser vos éventuelles questions sur la contraception à la sage-femme ?

- Oui
- Non

16. D'une manière générale, cet entretien vous a-t-il paru complet et adapté ?

Oui

Non

Pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

Je vous remercie pour votre participation,

*Mégane LAURENT
ESF3*

ANNEXE 2

Questionnaires destinés aux sages-femmes

en Secteur Mère-Enfant

Je suis étudiante sage-femme et je réalise mon mémoire de fin d'étude sur l'information concernant la contraception donnée par la sage-femme aux patientes dans le post-partum. Afin de me permettre de réaliser mon étude, je vous serais très reconnaissante de bien vouloir prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire de 6 pages en toute honnêteté. Je vous assure le respect de l'anonymat, les réponses n'étant utilisées que dans le cadre de mon mémoire.

PRELABLE A L'ENTRETIEN DEDIE A LA CONTRACEPTION EN SUITES DE

COUCHES :

1. Quel(s) élément(s) médical(aux) recherchez-vous systématiquement avant l'entretien ?

CRITERES	OUI	NON
Mode d'allaitement		
Gestité / Parité		
Age		
Tabac		
Présence d'une pathologie métabolique (diabète, pathologie cardio-vasculaire...)		
Présence d'une pathologie pendant la grossesse (HTA, prééclampsie, diabète gestationnel, chloestase gravidique...)		
Autre (préciser)		

2. Quel(s) élément(s) non médical(aux) recherchez-vous systématiquement avant l'entretien ?

CRITERES	OUI	NON
Catégorie socio-professionnelle		
Religion		
Niveau d'étude atteint		
Autre (préciser)		

3. Ces différents critères médicaux et non médicaux modifient-ils le choix des méthodes contraceptives que vous allez proposer à la patiente pour la période du post-partum ?

Oui

Non

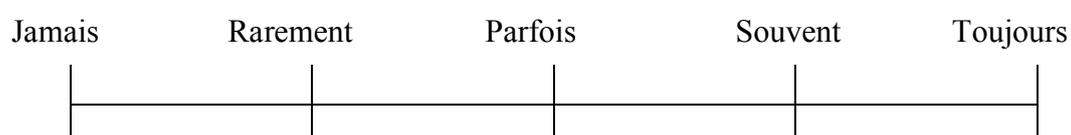
CONDITIONS SPATIO-TEMPORELLES DE L'ENTRETIEN :

4. Abordez-vous la contraception du post-partum avec les patientes en SME ?

Oui

Non

5. A quelle fréquence ?



6. À quel moment abordez-vous la contraception du post-partum avec la patiente :

- Lors d'une consultation de routine pendant le séjour.
- Lors de la visite de sortie.
- En dehors des visites habituelles (dans l'après-midi par exemple)
- Autre :

.....
.....

7. La consultation a lieu :

- Dans la chambre de la patiente
- Dans un bureau médical
- Autre :

.....
.....

8. Dans votre pratique, quel est d'après vous le temps que vous consacrez à l'information et à la prescription de la contraception ?

..... Minutes environ

9. Pour vous, cette durée est :

- Trop importante
- Suffisante
- Insuffisante

Dans tous les cas, justifier :

10. Souhaitez-vous que le compagnon de la patiente soit présent pour cette consultation ?

- Oui
- Cela vous est égal
- Cela n'a pas d'intérêt
- Non

CONTENU DE L'ENTRETIEN LORS DE VOTRE DERNIERE PRESCRIPTION DE CONTRACEPTION A UNE PATIENTE EN SME:

11. Lors de cette dernière consultation, dans quel ordre avez-vous procédé ?

- Vous avez demandé à la patiente ce qu'elle souhaitait, puis vous lui avez présenté les méthodes disponibles.
- Vous avez présenté à la patiente les différentes méthodes disponibles, puis elle a fait son choix.
- Autre :

.....
.....

12. Avez-vous pris connaissance de la méthode contraceptive utilisée par la patiente avant sa grossesse ?

- Oui
- Non

13. A propos de la période du post-partum, quels sujets avez-vous abordé avec cette patiente ?

- Risque de grossesse en post-partum
- Reprise de l'ovulation
- Retour de couches
- Reprise des rapports sexuels
- Autre :

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

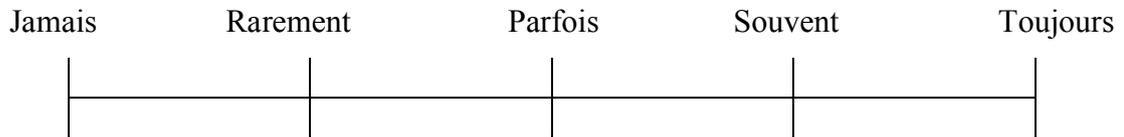
14. Lors de cet entretien visant à prescrire une contraception à la patiente, quelles méthodes contraceptives lui avez-vous présentées ?

15. Lorsque la patiente a fait son choix, avez-vous recherché l'existence de contre-indications à la méthode choisie ?

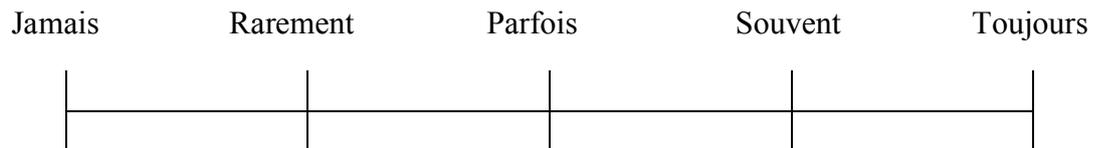
- Oui
- Non

LA CONTRACEPTION DU POST-PARTUM EN GENERAL :

16. Lors de l'entretien dédié au choix d'une méthode contraceptive pour la période du post-partum, vous prescrivez une contraception orale :



17. Lors de l'entretien dédié au choix d'une méthode contraceptive pour la période du post-partum, vous prescrivez la contraception d'urgence (Ella-One®, Norlevo®) :



Je vous remercie pour votre participation,

*Mégane LAURENT
ESF 3*

Titre : *L'entretien de contraception lors du séjour en suites de couches. Enquête de satisfaction auprès de 183 patientes et évaluation des pratiques professionnelles auprès de 13 sages-femmes à la maternité régionale universitaire de Nancy.*

Mémoire de fin d'études de sage-femme de **Mégane LAURENT**

Promotion 2014

Ecole de sages-femmes A.Fruhinsholz, Université de Lorraine

Directeur de mémoire : Laurence Galliot, sage-femme cadre supérieure enseignante

Expert de mémoire : Murielle Bertrand, sage-femme cadre enseignante

Mots clés : Contraception, post-partum, entretien de contraception, recommandation, sexualité.

Résumé : L'entretien de contraception en post-partum est un moment clé dans la future vie sexuelle des femmes. C'est pourquoi la sage-femme doit l'adapter au mieux à ses patientes afin qu'il soit bénéfique dans l'avenir.

Ce mémoire s'appuie donc sur une étude prospective menée dans les services de suites de couches à la maternité de Nancy, pour étudier plus précisément les modalités de cet entretien afin de satisfaire un maximum de patiente. Il évalue également la pratique professionnelle des sages-femmes de suites de couches face aux recommandations.

79% des patientes sont satisfaites de l'entretien en général, mais il reste encore des patientes qui ne reçoivent pas cette information de contraception. Les sages-femmes ne suivent pas toujours les recommandations mais sont à l'écoute des femmes et répondent volontiers à toutes leurs questions.

Des modifications restent à apporter quant à l'entretien de contraception et les sages-femmes sont les actrices principales pour délivrer cette information en post-partum.

Keywords : Contraception, puerperium, contraception consultation, recommandation, sexuality.

Abstract : The contraception consultation in puerperium is a key moment in the futur sexual life of women. That is why the midwife must better suited to his patients so that it is beneficial in the future.

This dissertation is based on a prospective study in the areas of puerperium in Nancy, in order to study more precisely the term of this consultation, to satisfy a maximum of patients. It also assesses the midwives puerperium's professional pratice while facing recommendations.

In general, 79% of patients are satisfied with their consultation, but there are still patients who don't receive any contraception information. Midwives don't always follow all the recommendations but they are listening the patients and are happy to answer any questions.

Changes needs to be made for the contraception consultation and midwives are the main actors to deliver this information.