

Pourquoi une interruption volontaire de grossesse dans l'année qui suit un accouchement ?

Amandine Aranda

► **To cite this version:**

Amandine Aranda. Pourquoi une interruption volontaire de grossesse dans l'année qui suit un accouchement ?. Médecine humaine et pathologie. 2009. hal-01890225

HAL Id: hal-01890225

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01890225>

Submitted on 8 Oct 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-theses-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 Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

*Pourquoi une interruption volontaire de
grossesse dans l'année qui suit un
accouchement ?*

Etude prospective réalisée dans trois centres d'orthogénie
de la ville de Nancy.

Mémoire présenté et soutenu par
Aranda Amandine

Promotion 2009

Madame Valérie DENIS, directrice de mémoire.

Madame Françoise DERMAN, experte.

SOMMAIRE

Sommaire	3
Préface.....	6
Introduction.....	7
La description de l'étude	8
1. L'objectif et les hypothèses.....	9
1.1. L'objectif.....	9
1.2. Les hypothèses	9
2. La méthodologie	10
2.1. Le type d'étude.....	10
2.2. La population étudiée.....	10
2.3. La description de l'étude.....	10
2.4. Les points forts de l'étude.....	11
2.5. Les points faibles de l'étude.....	11
3. La méthode	12
3.1. Description du questionnaire.....	12
3.1.1. Les généralités.....	12
3.1.2. Les antécédents obstétricaux.....	12
3.1.3. L'information sur la contraception du post partum.....	12
3.1.4. Le lieu d'accouchement	13
3.1.5. Les connaissances sur la fécondité du post partum.....	13
3.1.6. La contraception du post partum.....	13
3.1.7. La consultation post natale.....	13
3.1.8. La grossesse actuelle	13
3.1.9. La contraception post-IVG.....	13
Les résultats	14
1. les généralités	15
2. Les antécédents obstétricaux.....	18
3. L'information sur la contraception du post partum.....	20
4. Le lieu d'accouchement	22
5. Les connaissances sur la fécondité du post partum	23
6. La contraception du post partum	24
7. La consultation post natale.....	27
8. La grossesse actuelle	28
9. La contraception post-IVG	29
La discussion.....	30
1. La sexualité du post partum.....	32

2.	Dans quel état psychologique se trouve la jeune mère ? [8].....	33
3.	La fécondité du post partum [7]	35
3.1	Les modifications physiologiques au niveau anatomique.....	35
3.2	Les modifications physiologiques au niveau hormonale	36
3.2.1	Les oestrogènes	36
3.2.2	La progestérone	36
3.2.3	Les gonadotrophines	36
3.2.4	La prolactine.....	36
3.2.4.1	En l'absence d'allaitement et pas d'inhibition de la prolactine.....	36
3.2.4.2	En l'absence d'allaitement et inhibition de la prolactine.....	37
3.2.4.3	En cas d'allaitement.....	37
3.3	Les modifications physiologiques au niveau biochimique	38
4.	Quelles sont les méthodes de contraception dans le post partum ?.....	39
4.1	Les méthodes naturelles	39
4.1.1.	La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) ...	39
4.1.2.	Les autres méthodes naturelles	39
4.2	Les méthodes locales ou vaginales	40
4.3	Le dispositif intra utérin (DIU)	41
4.4	La stérilisation [14]	42
4.5	Les méthodes contraceptives hormonales.....	43
4.5.1	Les progestatifs	43
4.5.1.1	Les progestatifs oraux	43
4.5.1.2	L'implant sous cutané.	44
4.5.1.3	Les progestatifs injectables (acétate de médroxyprogestérone).....	44
4.5.1.4	La contraception d'urgence.....	44
4.5.2	Les oestroprogestatifs.....	45
4.6	Quelle contraception du post partum en cas de pathologies gravidiques ?	46
4.6.1	Après une césarienne.....	46
4.6.2	En cas d'antécédents d'hypertension artérielle	46
4.6.3	En cas de survenue d'un diabète gestationnel	46
4.6.4	En cas de cholestase gravidique	46
4.6.5	En cas de manifestations thromboemboliques pendant la grossesse	47
4.7	Quelle contraception en milieu défavorisé ?	47
4.7.1	Les pilules oestroprogestatives (POP)	48
4.7.2	Les pilules micro progestatives.....	48
4.7.3	La contraception hormonale transdermique.....	48
4.7.4	L'implant contraceptif.....	48
4.7.5	Le dispositif intra utérin.....	49
4.7.6	Les méthodes locales.....	49
4.7.7	La stérilisation.....	49
5.	L'information sur la contraception du post partum.....	50
5.1	Qui informer ?.....	50
5.2	Quand informer la patiente ?.....	50
5.3	Comment informer la patiente ?	51
5.4	Qui informe la patiente ?.....	54
5.5	Quelles informations sont à donner à la patiente ?	54
6.	La formation des professionnels de santé	56

Conclusion.....	57
Bibliographie	58
TABLE DES MATIERES	61
Annexe 1.....	I

PREFACE

Lors de mon stage au centre de planification de la Maternité Régionale Adolphe Pinard de Nancy (MRAP), en 3^{ème} année de formation, le Dr Derman m'a proposé de se joindre à elle pour ses consultations pré-interruption volontaire de grossesse. Au cours d'une d'entre-elles, j'ai fait la connaissance d'une jeune maman de tout juste quatre mois, accompagnée de sa fille, demandant à avoir recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG). Elle était en pleurs et ne comprenait pas comment elle avait pu être enceinte, alors qu'elle prenait sa contraception orale (Microval®) tous les jours à la même heure. Son erreur a été d'arrêter Microval® entre deux plaquettes. Elle avait compris à la sortie de la maternité de prendre cette pilule à heure fixe mais à ses dires, elle ignorait l'absence d'arrêt de sept jours entre deux plaquettes.

L'histoire de cette mère m'a interpellé et après en avoir discuté avec le Dr Derman, elle m'a avoué qu'elle rencontrait cette situation assez régulièrement. Elle m'a montré le relevé réalisé sur quatre mois correspondant à ce genre de demande dans la première année qui suit un accouchement. Onze patientes se sont trouvées être dans cette situation.

Vu l'ampleur de ce nombre, je me suis dit qu'il y avait quelque chose à faire pour ces mères ayant connu le bonheur de mettre au monde un enfant, et de se retrouver quelques mois après à demander une IVG.

Introduction

D'après une étude réalisée en 2006, 5% des interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont lieu dans les six mois qui suivent un accouchement, et concernent 11 000 femmes en France par an [1]. Cette période appelée le post partum est un moment délicat pour la jeune mère, troublée par l'arrivée de son nouveau-né.

A la Maternité Régionale Adolphe Pinard (MRAP) de Nancy au courant de l'année 2006, le nombre de femmes s'étant retrouvées confrontées à cette situation est de trente quatre : ce qui représentait 8% des IVG [2].

C'est pourquoi, j'ai décidé de consacrer mon mémoire sur ce sujet afin d'en déterminer les causes par le biais d'une étude prospective réalisée dans trois centres d'orthogénie sur douze femmes dans le but d'une politique de prévention.

Cette étude se propose de répondre aux questions suivantes : pourquoi une IVG dans la première année qui suit un accouchement ? Y'a-t-il un manque d'informations sur la contraception du post partum ? Sont-elles bien assimilées par les patientes ? Les professionnels de santé ont-ils une bonne approche des contraintes de cette période ?

J'évoquerai tout d'abord, la reprise des rapports sexuels après une naissance, puis la fécondité du post partum permettant de mettre en évidence le besoin réel d'une contraception durant cette période.

Ensuite j'aborderai tous les moyens contraceptifs mis à disposition du couple pendant cette phase.

Et enfin la manière de mieux informer et d'accompagner les femmes tout au long de cet intervalle de temps.

La description de l'étude

1. L'OBJECTIF ET LES HYPOTHESES

1.1. L'objectif

L'objectif principal est de mettre en évidence les causes d'une IVG dans la première année qui suit un accouchement, dans le but d'une politique de prévention.

1.2. Les hypothèses

Les hypothèses sont :

- la survenue d'une grossesse dans la première année qui suit un accouchement est accidentelle.
- l'information des femmes sur la contraception du post partum n'est peut-être pas suffisante, ou mal assimilée par les patientes.
- la sage-femme est l'un des principaux acteurs dans la contraception du post partum.

2. LA METHODOLOGIE

2.1. Le type d'étude

Mon étude est une étude descriptive, prospective et multicentrique contenant douze cas.

Elle a été réalisée au centre d'orthogénie de la MRAP, de l'hôpital Maringer de Nancy et de la MGEN de Nancy.

Cette étude s'est déroulée du 9 septembre 2008 au 15 mars 2009.

2.2. La population étudiée

La population étudiée concerne les femmes volontaires ayant recours à une IVG et ayant accouché dans l'année précédente.

2.3. La description de l'étude

Pour réaliser cette étude, le recueil d'informations pouvait soit se faire par un entretien individuel, soit par le biais d'un questionnaire.

Pour des problèmes de disponibilité, j'ai opté pour le questionnaire. De plus, ce mode de recueil m'a permis de préserver l'anonymat des femmes.

L'étude a donc été réalisée à l'aide d'un questionnaire entièrement anonyme, distribué à la femme lors de sa consultation pré-IVG par le médecin réalisant l'entretien.

Le retour des questionnaires s'est fait à l'aide d'une enveloppe pré timbrée jointe.

2.4. Les points forts de l'étude

Mon étude est la première sur ce sujet à être réalisée à Nancy.

Elle a bénéficié de l'avis et du soutien de l'ensemble du personnel des centres d'orthogénie.

Malgré l'effectif réduit de ma population, le taux de participation est de 92% ; une seule femme a refusé d'y participer pour des raisons personnelles.

2.5. Les points faibles de l'étude

Je n'ai pas explicitement abordé le sujet de la contraception au moment de la consultation post natale dans le questionnaire mais la question 23 m'a permis de savoir où en étaient les femmes à ce sujet.

L'effectif est réduit, mais a permis de mettre évidence que ce sujet mériterait une étude de plus grande ampleur.

3. LA METHODE

3.1. Description du questionnaire

Le questionnaire rassemble 24 questions dont la plupart sont à choix multiples qui sont divisées en plusieurs parties :

3.1.1. Les généralités

Cette partie composée de six questions permet de connaître la femme par :

- son âge
- sa nationalité
- son origine culturelle
- sa situation matrimoniale
- son niveau d'études
- sa profession.

3.1.2. Les antécédents obstétricaux

Une question a été entièrement dédiée à ce sujet. Elle s'est présentée sous forme de tableau dans lequel la femme devait remplir la date successive de ses grossesses ainsi que leurs issues (accouchement voie basse, césarienne, IVG, interruption médicale de grossesse, fausse couche).

De cette question j'ai pu déduire la gestité, la parité, ainsi que le délai entre la dernière grossesse et l'IVG.

3.1.3. L'information sur la contraception du post partum

Cette partie est représentée par trois questions. Je cherchais à savoir si la femme a reçu une information sur la contraception, à quel moment et son degré de satisfaction.

Je souhaitais également connaître le moment qui paraissait le plus favorable à ces femmes pour traiter de la contraception ainsi que les raisons de son choix.

3.1.4. Le lieu d'accouchement

Une question est consacrée à cet item.

3.1.5. Les connaissances sur la fécondité du post partum

Trois questions sont consacrées à cet item, dans le but de tester les connaissances des femmes sur :

- la fécondité du post partum et son délai,
- l'éventualité d'une protection contre une grossesse précoce liée à l'allaitement maternel.

3.1.6. La contraception du post partum

Cette partie est représentée par trois questions. J'ai pu évaluer si la femme souhaitait une contraception, laquelle et qui était le prescripteur. J'ai également voulu savoir quelles informations la patiente avait retenu sur le moment où elle devait débiter cette contraception.

3.1.7. La consultation post natale

Une question a été posée sur ce sujet, afin de savoir si la femme a eu une consultation post natale et combien de temps après son accouchement.

3.1.8. La grossesse actuelle

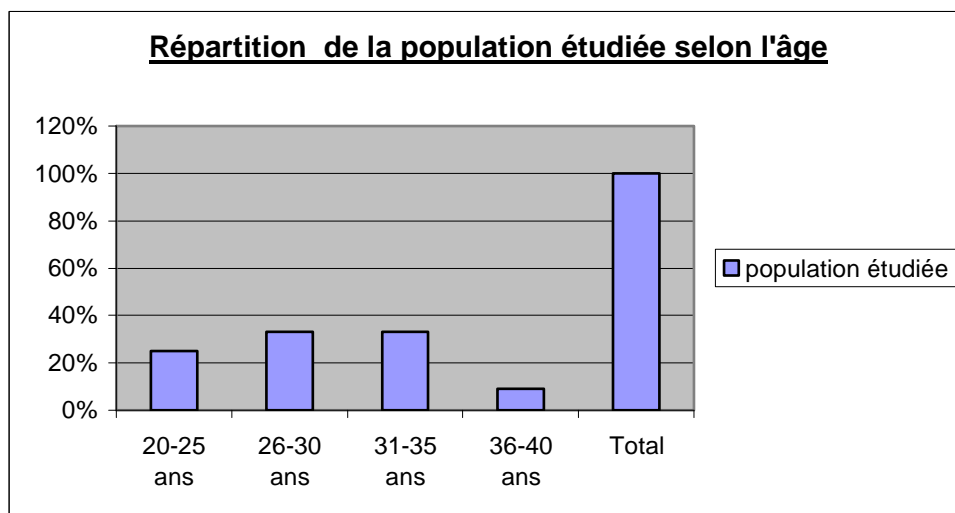
Cet item est représenté par quatre questions. Il permet d'évaluer le moment de découverte de cette grossesse, son terme, ces circonstances de survenue (accidentelle ou désirée, sous contraception ou pas et dans ce cas pourquoi).

3.1.9. La contraception post-IVG

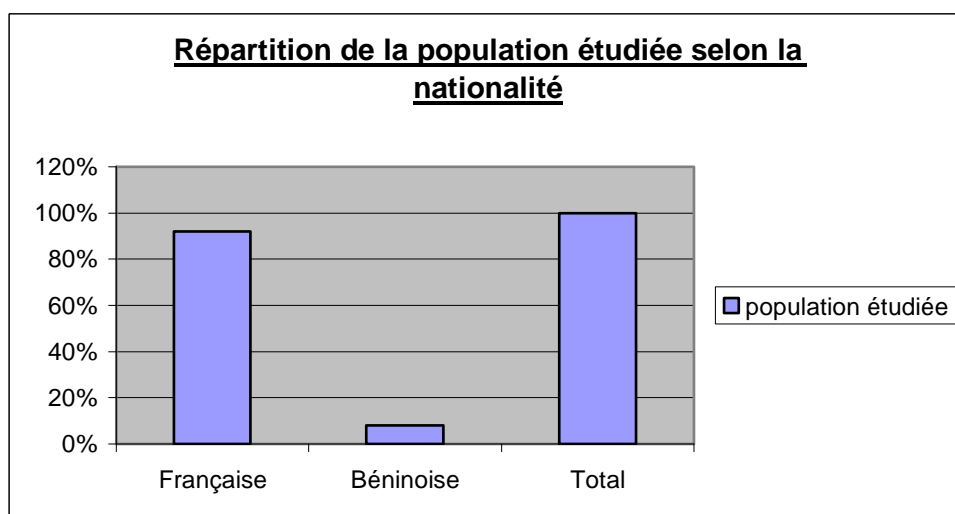
Une question est contenue dans cet item et permet de me renseigner sur la contraception que souhaite la femme après son IVG.

Les résultats

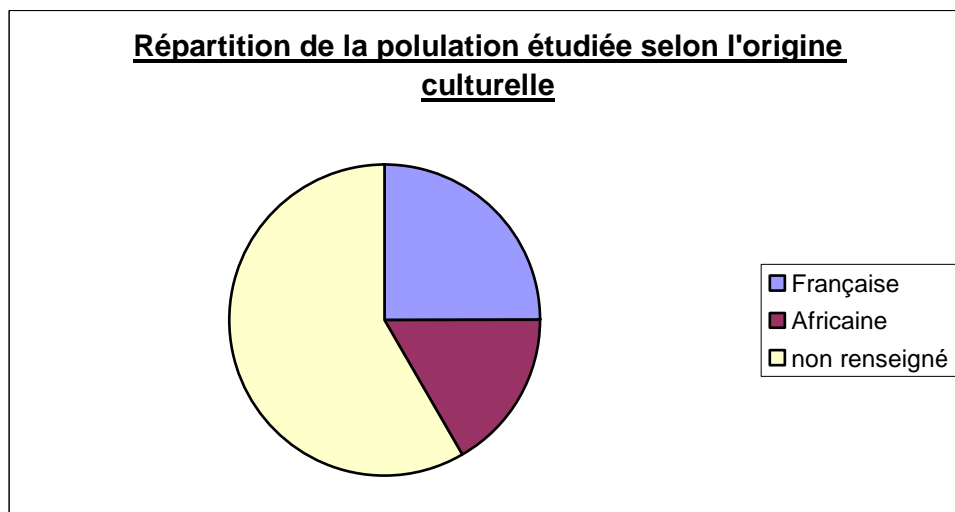
1. LES GENERALITES



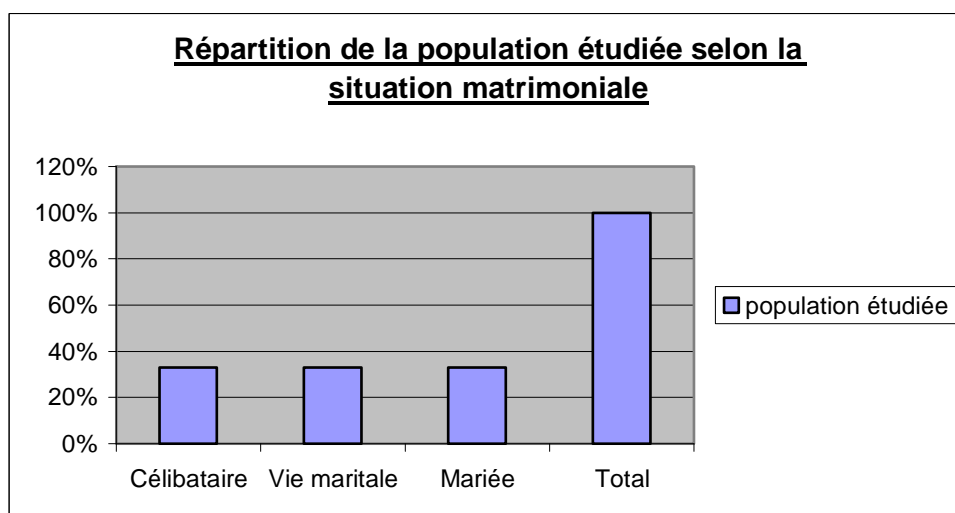
Comme le montre ce graphique, la majorité de la population se situe entre 26 ans et 35 ans.



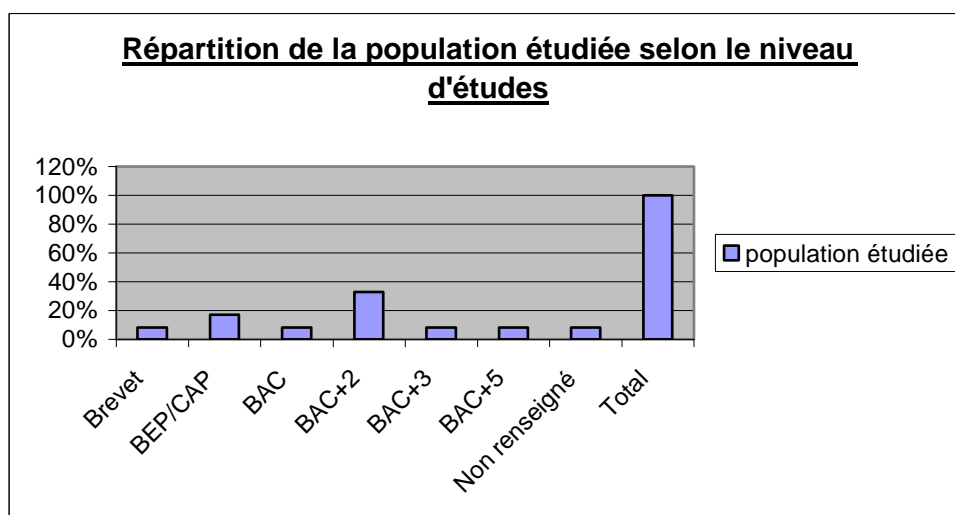
La majorité de la population est de nationalité française.



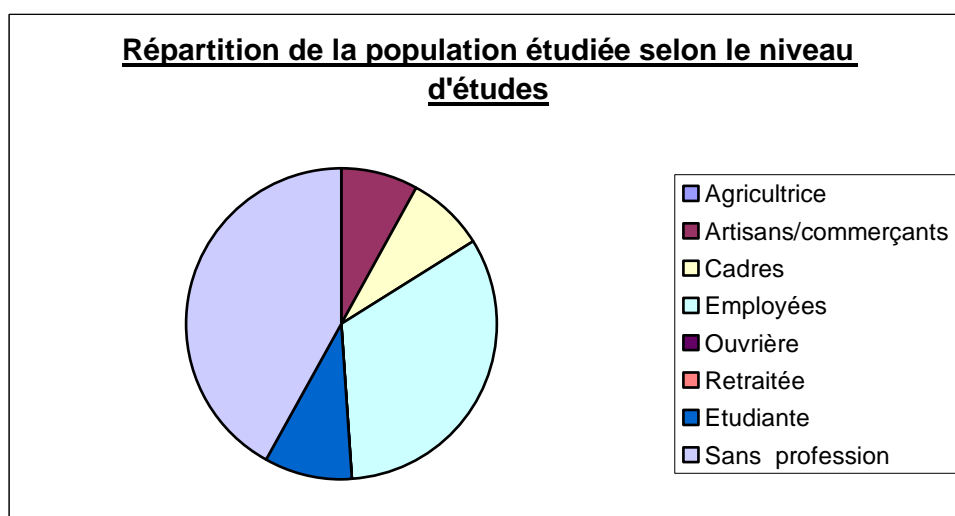
Sept femmes n'ont pas répondu à cette question, elle n'est donc pas exploitable.



La population est constituée à part égale de femmes célibataires, vivant en couple, ou mariées.

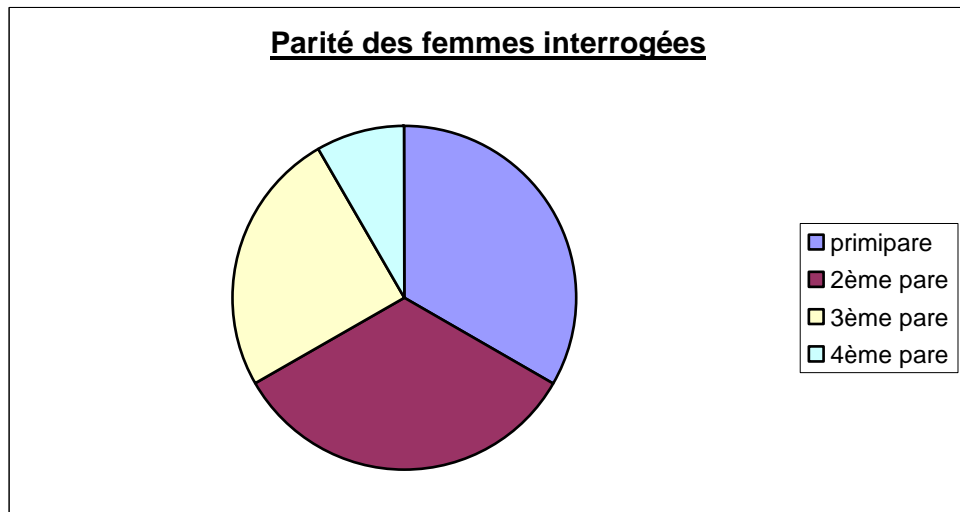


Ce graphique permet de constater que la majorité de la population a un niveau d'études se situant à Bac+2. Cependant on peut également dire que l'on retrouve tous les niveaux d'études.

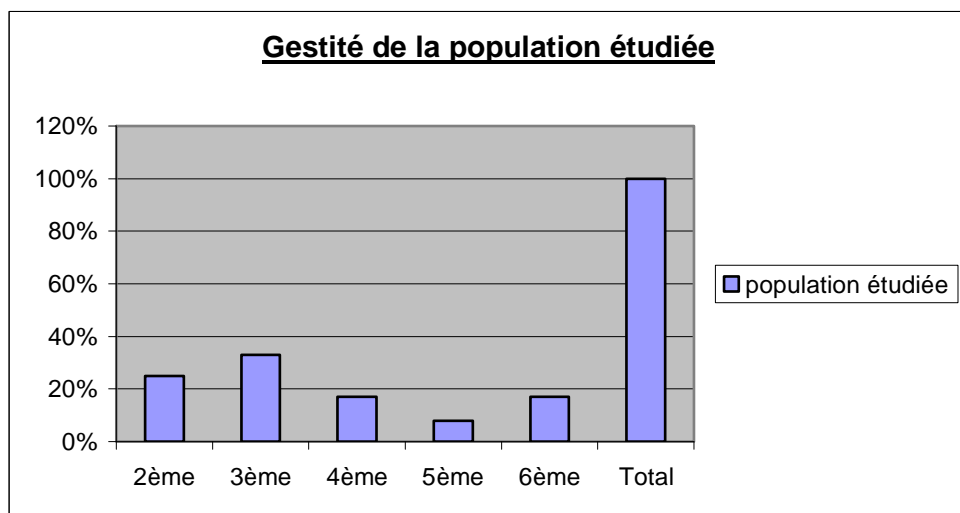


La majorité de la population est sans profession. Toutefois on peut tout de même constater que la population est constituée d'employées, de cadres, ...

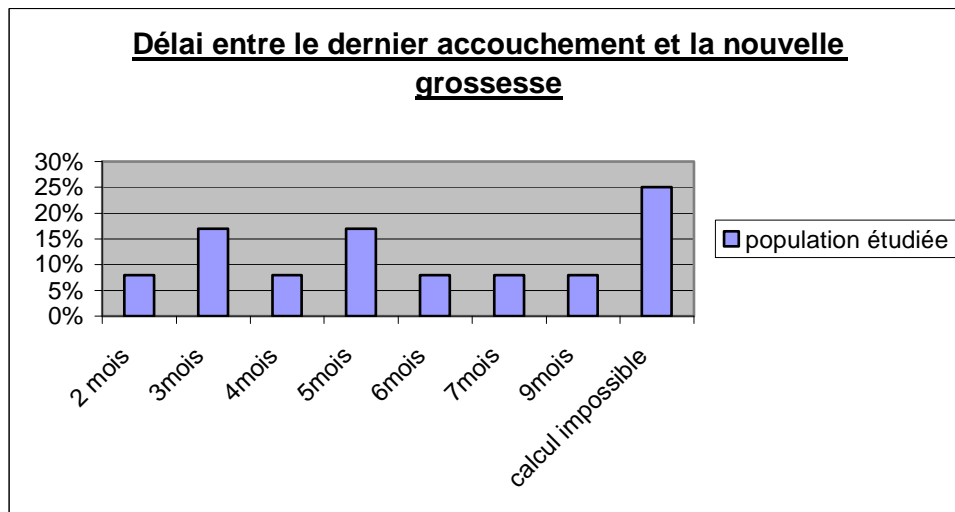
2. LES ANTECEDENTS OBSTETRICAUX



La population est représentée à part égale par des primipares et des 2^{ème} pares.

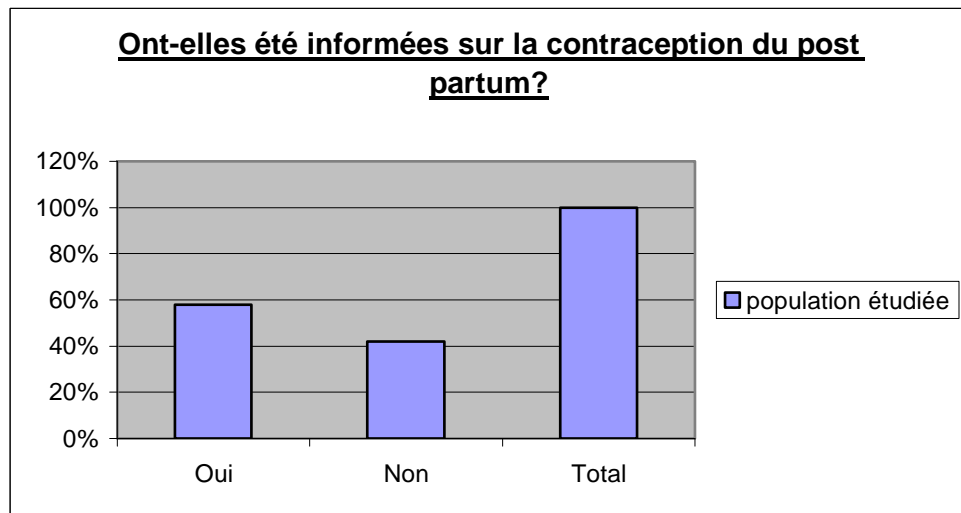


Pour la population cette nouvelle grossesse correspond à leur 2^{ème} et 3^{ème} grossesse pour la majorité d'entre elles.

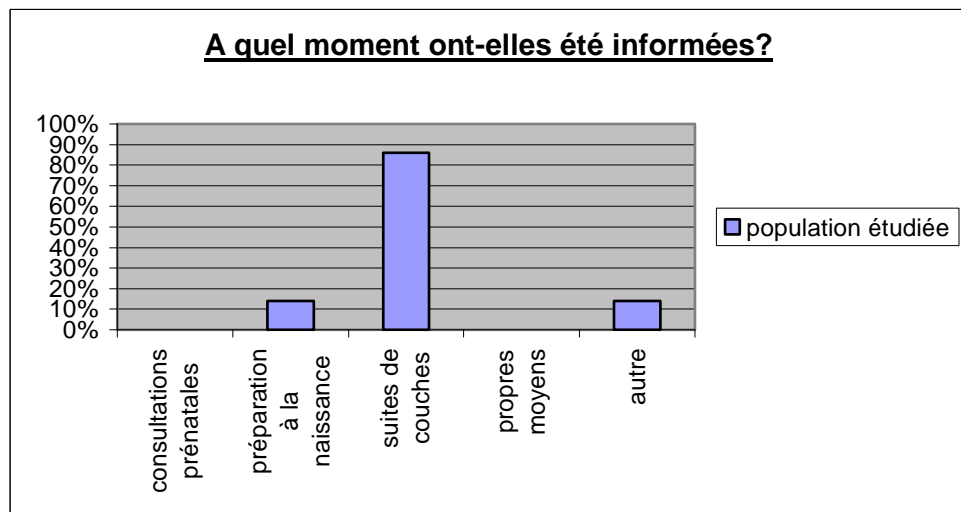


Certaines femmes n'ayant pas assez précisé les dates, le calcul a été impossible à réaliser. Cependant on peut constater que cette nouvelle grossesse survient rapidement après le dernier accouchement. Pour la majorité d'entre elles à trois et cinq mois.

3. L'INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION DU POST PARTUM



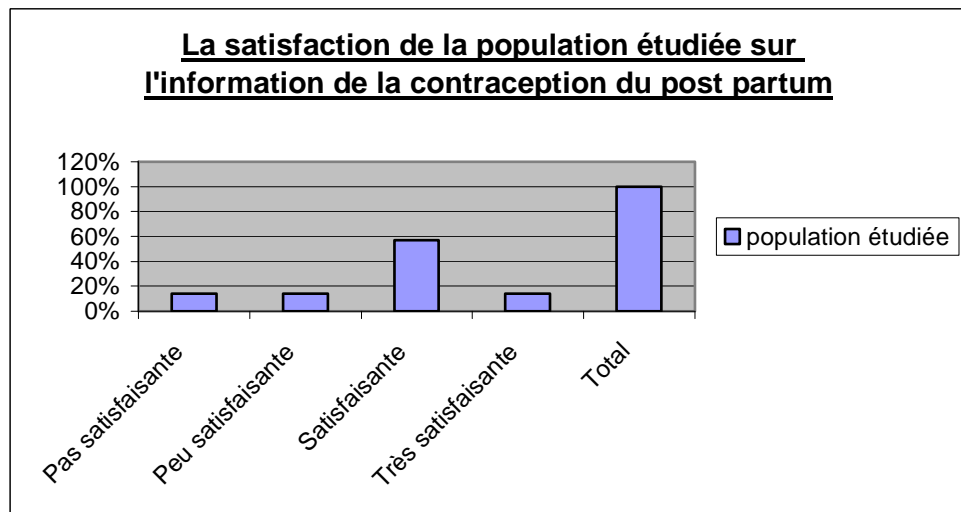
Au vu de ce graphique, on peut constater que seulement 64% de ces femmes ont été informées sur la contraception du post partum et que **36% ne l'ont pas été.**



Pour ces 64%, la majorité ont été informées lors de leur séjour en suites de couches.

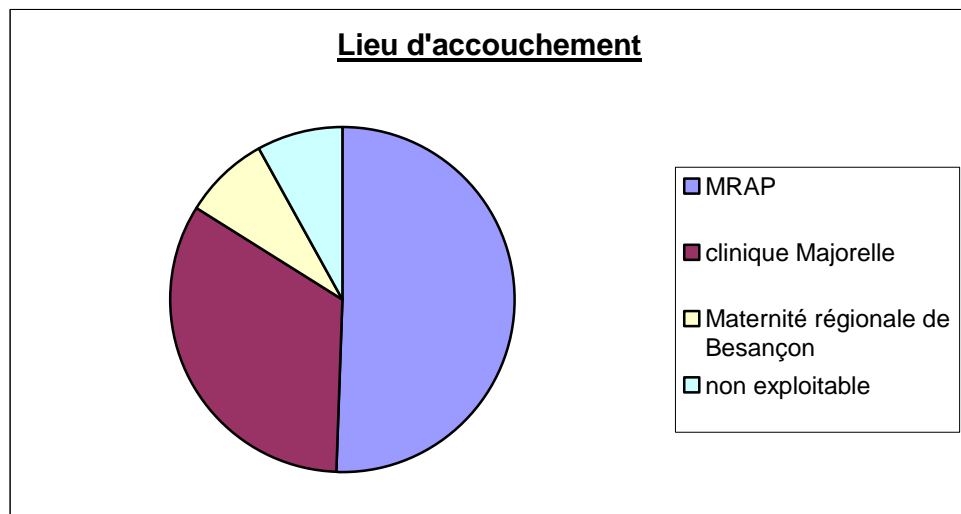
Pour compléter cette question, j'ai voulu savoir : quel moment leur paraissait le plus favorable pour avoir cette information et pourquoi ?

Trois m'ont répondu « le plus tôt possible », « à chaque rendez-vous pour être sûr d'avoir bien compris ». Trois autres en « suites de couches car avant on est focalisé sur le bébé à venir ». Et enfin quatre ne savent pas quel moment leur conviendrait.



Au vu de ce graphique, les femmes de mon étude ont été en majorité satisfaites de l'information qu'elles ont reçue. Cependant **deux femmes ont jugé cette information peu voire pas satisfaisante.**

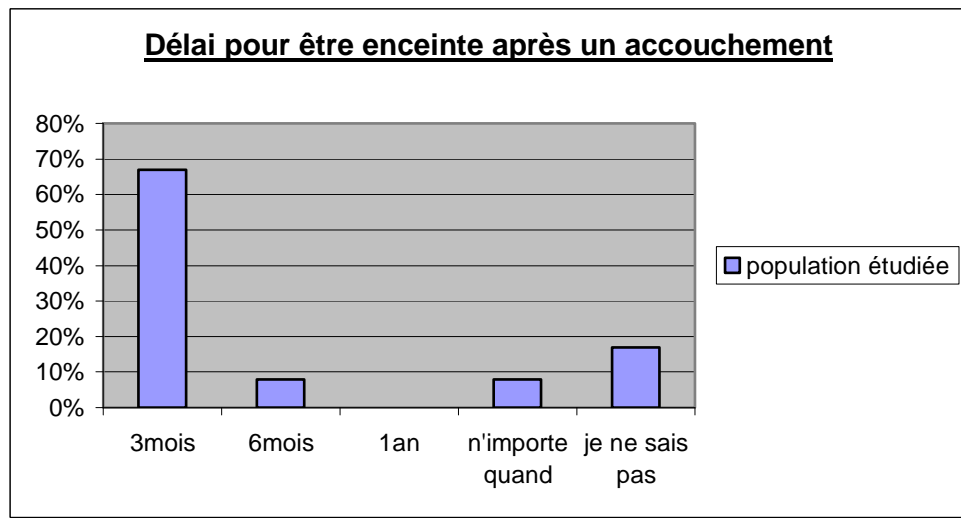
4. LE LIEU D'ACCOUCHEMENT



La majorité des femmes de mon étude ont accouché à la maternité régionale de Nancy. Ce résultat n'est pas étonnant compte tenu du secteur géographique de celle-ci.

5. LES CONNAISSANCES SUR LA FECONDITE DU POST PARTUM

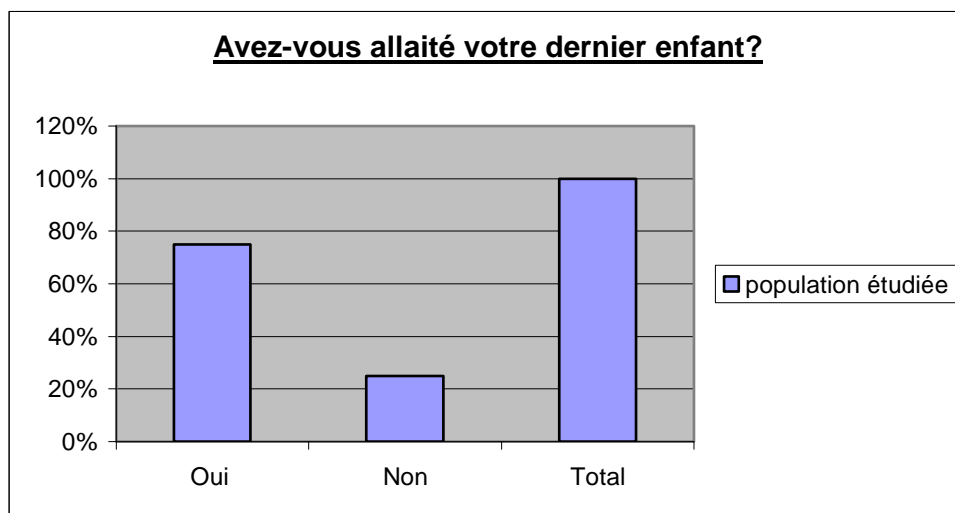
A la question « Pensez-vous qu'on puisse être enceinte après un accouchement ? », toutes les femmes ont répondu oui.



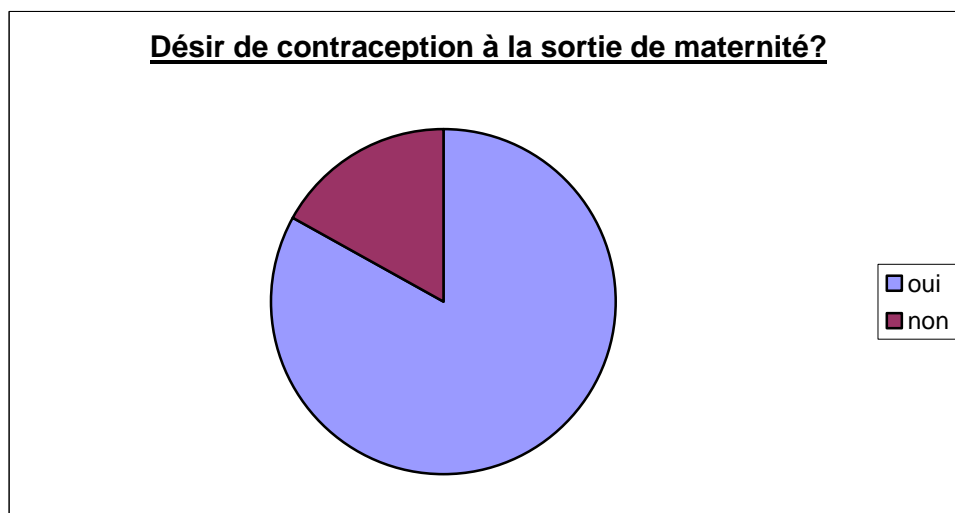
Grâce à ce graphique on voit que la majorité répond dans les trois mois, cependant **17% ne savent pas dans quel délai elles peuvent être enceinte après un accouchement.**

Seulement une femme pense que l'allaitement maternel protège d'une grossesse, cependant elle n'en connaît pas les conditions d'application. Elle a allaité exclusivement pendant trois mois, puis a eu son retour de couches et s'est découverte enceinte un mois après.

6. LA CONTRACEPTION DU POST PARTUM



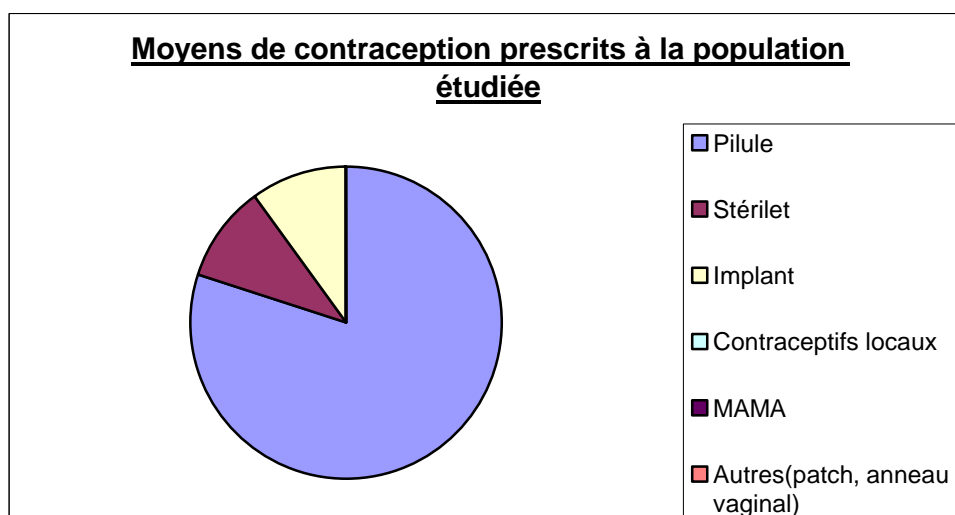
75% des femmes interrogées ont allaité leur dernier enfant.



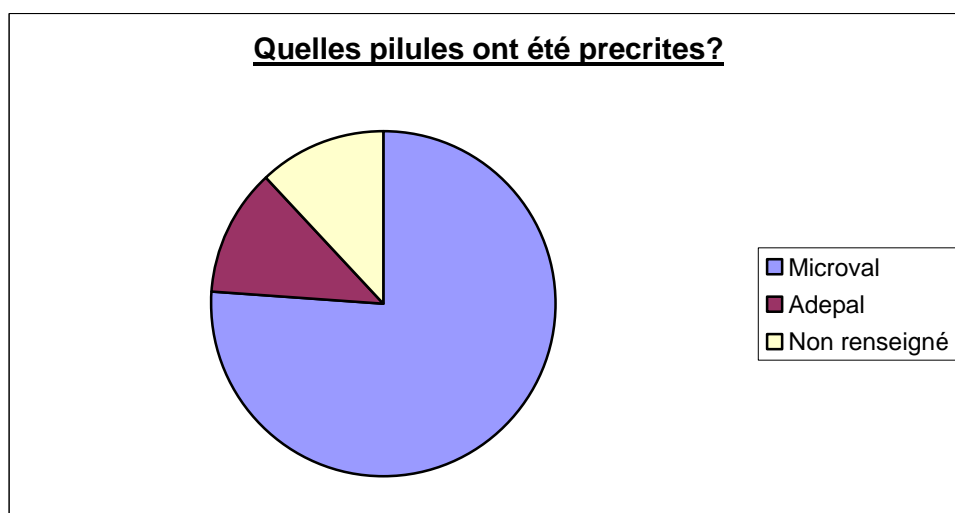
83% des femmes de mon étude souhaitaient une contraception à leur sortie de la maternité.

Pour l'une des deux qui n'en souhaitaient pas, elle a pratiqué la méthode de l'aménorrhée et de l'allaitement maternel.

Les 83% qui souhaitaient une contraception du post partum, ont bénéficié d'une prescription.



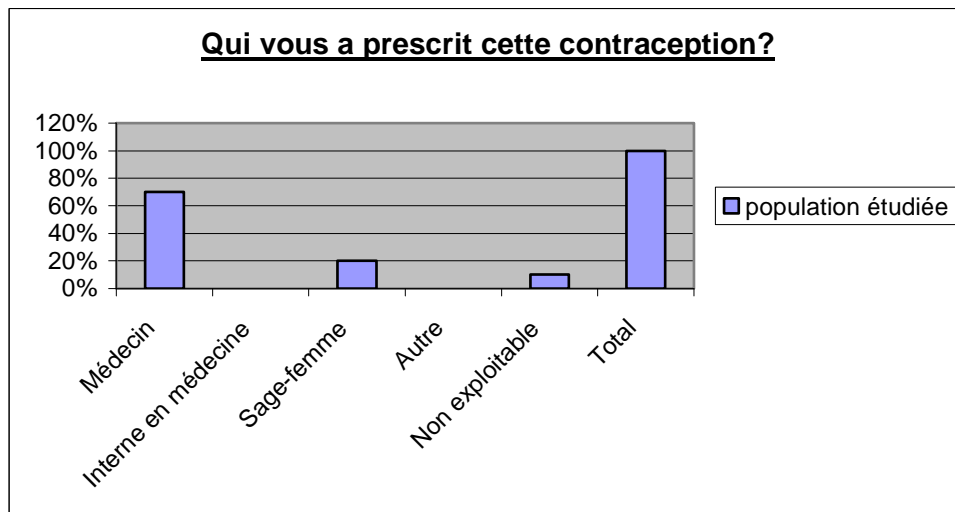
La majorité de la population s'est vu prescrire une pilule contraceptive.



Parmi les pilules prescrites, la majorité a bénéficié d'une prescription de Microval®.

Pour compléter cette question, j'ai voulu savoir « à quel moment leur a-t-on dit de commencer cette contraception ? ».

Quatre parmi les dix qui souhaitaient une contraception m'ont répondu « le jour de la sortie de la maternité », une « lors de la consultation post natale », une « 20 jours après la sortie de la maternité », une « à la fin de l'allaitement maternel ». **Pour deux d'entre elles, aucun renseignement ne leur a été donné.**

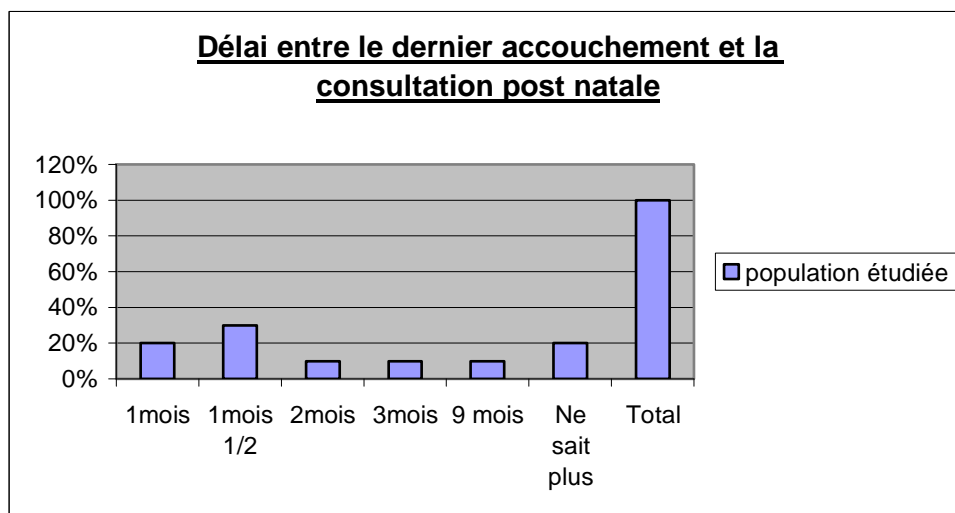


Les prescriptions émanaient en majorité d'un médecin (gynécologue), puis pour le reste d'une sage-femme.

7. LA CONSULTATION POST NATALE



83% des femmes interrogées ont bénéficié d'une consultation post natale.



La majorité a eu sa consultation post natale à un mois et demi. Pour certaines des femmes de mon étude cette consultation a mis en évidence cette nouvelle grossesse.

8. LA GROSSESSE ACTUELLE

Toutes les femmes ont répondu que cette nouvelle grossesse était une grossesse accidentelle.



Lors de la survenue de cette grossesse seulement 33% des femmes interrogées utilisaient une contraception.

Parmi les 33% qui utilisaient un moyen contraceptif, une déclarait utiliser Microval®, deux « une pilule » sans préciser laquelle et une autre « préservatif et pilule » également sans préciser laquelle.

Parmi les 67% qui n'utilisaient pas de moyen de contraception :

- trois n'en utilisaient pas en ne pensant pas pouvoir être enceinte si tôt,
- deux, le moyen contraceptif utilisé précédemment ne convenait pas (nausées...),
- une, pour les deux raisons précédemment citées,
- une autre, car entre sa prescription d'implant et sa pose il n'y a pas eu de contraception relais,
- et enfin la dernière, la pilule prescrite était non remboursée et trop chère pour ses moyens.

9. LA CONTRACEPTION POST-IVG

Les moyens de contraception choisis par ces femmes après leur IVG sont pour six d'entre elles le stérilet, deux l'implant, deux la pilule puis le stérilet, une la pilule puis l'implant et pour la dernière la pilule.

La discussion

Au vu des résultats de mon étude, qui m'a permis d'exploiter le cas de douze femmes, je fus étonnée par certaines de leurs réponses.

En effet, on s'aperçoit que leurs connaissances sur la fécondité du post partum sont infimes et qu'il existe une légèreté sur l'information de prévention.

Ceci m'a permis de mettre en évidence les besoins réels de ces femmes.

Tout d'abord, pour aborder cette période particulière, il faut comprendre ce qui se joue au niveau sexuel et psychologique pour ces jeunes mères.

Puis je mettrai en évidence le mécanisme de la reprise de la fécondité et les méthodes de contraception mises à leur disposition au courant du post partum.

Enfin, j'évoquerai le rôle que joue les professionnels de santé dans cette période.

1. LA SEXUALITE DU POST PARTUM

Le post partum est le retour à la réalité quotidienne, inversement à la grossesse. C'est une période sensible et périlleuse sur le plan sexuel [3].

La sexualité après l'accouchement a été étudiée dans deux enquêtes britanniques. Les premières semaines du post partum ne permettent pas une sexualité épanouie, non seulement par la présence de l'enfant, mais par les modifications vaginales et périnéales responsables de sécheresse vaginale et de dyspareunie.

Deux mois après l'accouchement, 51 % des femmes se plaignaient de douleurs périnéales et 81 % des femmes qui allaitaient étaient peu intéressées par la sexualité.

Trois mois après l'accouchement, les difficultés sexuelles étaient les suivantes : absence de désir sexuel (53 %), douleurs à la pénétration (55 %), rapports douloureux (45 %), étroitesse vaginale (33 %), atonie périnéale (20%).

Après l'accouchement, l'activité sexuelle est reprise par 32 % des femmes à un mois, 62 % à deux mois, 81 % à trois mois et 89 % à six mois. Huit semaines après l'accouchement, 71 % des patientes ont eu des rapports sexuels. La reprise des rapports sexuels survenait, en moyenne, cinq semaines (1 à 12) après la naissance en Écosse, et six à huit semaines après dans l'étude multicentrique de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [4].

Lorsque l'on regarde de façon plus approfondie les caractéristiques générales de la population, on constate qu'il existe une grande disparité entre elles. En effet toutes les tranches d'âge sont représentées, ainsi que tous les niveaux d'études et les catégories socioprofessionnelles. On ne peut en déduire un profil type des mères concernées par cette problématique. D'autres hypothèses sont donc à envisager. Parmi elles, l'état psychologique des femmes dans le post partum est sans doute une composante à étudier.

2. DANS QUEL ETAT PSYCHOLOGIQUE SE TROUVE LA JEUNE MERE ? [3]

Le post partum occasionne de grands bouleversements d'ordre psychologique chez la jeune mère.

L'accouchement est synonyme de fin de grossesse, de terme et de séparation. Il est source de douleur et de plaisir.

De plus il engendre :

- une modification du schéma corporel : la grossesse permet le passage de sensation de vide à la plénitude. Ce changement est profond mais il s'effectue progressivement tout au long de la grossesse. A l'inverse l'accouchement est un bouleversement brutal. **La femme ressent une sensation de vide sans aucune transition.**
- un changement de rôle : du point de vue social, devenir mère équivaut à être capable d'assumer un autre rôle que celui de femme, de partenaire sexuelle. De plus, elle perd son statut de femme enceinte. Elle était alors le centre d'attention, de sollicitude de son entourage. Après l'accouchement, elle redevient une femme ordinaire. **Ceci peut la désorienter et lui donner envie de retrouver son statut d'avant.**

Précocement, on observe un changement de comportement de la jeune mère qui peut être très variable selon les femmes : fatigabilité, désintérêt, dépression..., ou encore un état « mixte » qui allie agitation et mélancolie. Cet état est en partie dû au deuil de l'enfant imaginaire.

Ultérieurement, c'est une longue période de doutes, d'incertitudes. La femme commence à réaliser tous les changements qui s'effectuent en elle et se pose énormément de questions physiques. Ces modifications changent le vécu sensoriel et perceptif du corps sexué, peuvent entraîner un sentiment de dévalorisation et touchent :

- les fonctions de son corps : la fonction sexuelle laisse place à la fonction maternelle. Ainsi ses seins sont devenus sources de nourriture et son vagin lieu de passage de l'enfant qui est né. Par conséquent il y a une perte des repères corporels.

- L'identité : le nouveau-né donne une nouvelle identité de mère à la femme. Elle devra désormais assumer deux identités et deux rôles : celui de mère et de celui de conjointe. Elle devra se partager entre deux personnes qui toutes les deux attendent beaucoup d'elle : son enfant et son compagnon.

Toutefois elle consacrera dans un premier temps tout son temps à son enfant qui est dépendant d'elle.

Quelques maux du post partum ont aussi des conséquences sur l'état psychologique de la mère : le baby blues, l'asthénie, les préjudices esthétiques, l'incontinence (urinaire et/ou anale), la constipation, les hémorroïdes.

Il existe une ambivalence souvent marquée entre un puissant désir de maternage et un refus de tout nouvel enfant [5].

La majorité des femmes de mon étude pensent qu'un délai de trois mois est nécessaire pour être à nouveau enceinte et que l'allaitement maternel ne protège pas d'une grossesse. Or la fécondité après un accouchement est restaurée plus rapidement.

3. LA FECONDITE DU POST PARTUM

3.1 Les modifications physiologiques au niveau anatomique [6]

L'endomètre évolue en quatre phases :

- la régression : de l'accouchement au 5^{ème} jour.
- la cicatrisation : de 5^{ème} au 25^{ème} jour sans stimulation hormonale.
- la prolifération : du 25^{ème} au 45^{ème} sous l'effet de la stimulation oestrogénique : c'est donc à partir de ce moment qu'il faut démarrer une contraception.
- la reprise du cycle menstruel se manifeste par une ovulation après le 45^{ème} jour en l'absence d'allaitement.

L'endomètre prend alors un aspect sécrétoire de seconde moitié de cycle.

En fait très souvent l'ovulation ne se produit pas et le retour de couches est une simple hémorragie de privation. Il se produit théoriquement au 60^{ème} jour. En fait sa date est très variable suivant qu'il y a ou non allaitement, ou que des traitements ont été donnés (inhibiteur de la prolactine, contraceptifs).

De ces notions on doit déduire que :

- **L'endomètre est impropre à la nidation jusqu'au 25^{ème} jour.**
- **C'est à partir de ce jour qu'il faut prescrire une contraception hormonale.**

3.2 Les modifications physiologiques au niveau hormonale [6]

3.2.1 Les oestrogènes

Leur taux s'effondre le 1^{er} jour après l'accouchement. A partir du 25^{ème} jour, sous l'influence de la FSH (hormone folliculostimulante), la sécrétion oestrogénique reprend comme en début de cycle.

3.2.2 La progestérone

Son taux baisse pendant les dix jours qui suivent l'accouchement. Elle disparaît pour ne réapparaître qu'après la première ovulation.

3.2.3 Les gonadotrophines

Elles sont basses, le test au LHRH (gonadolibérine) est négatif, jusqu'au 25^{ème} jour après l'accouchement. La sécrétion de FSH apparaît alors, puis le pic de LH (hormone lutéale) dont la date est variable et situé théoriquement au plus tôt le 40^{ème} jour.

3.2.4 La prolactine

Après son pic dans les jours suivants la délivrance, on assiste à une baisse régulière de la production moyenne par l'hypophyse.

3.2.4.1 En l'absence d'allaitement et pas d'inhibition de la prolactine

Son taux, qui est très élevé en fin de grossesse, diminue rapidement. A la fin de la première semaine, il est divisé par quatre. Le taux de base est retrouvé à J15 après l'accouchement. La plupart des femmes ont un retour de couches dans un intervalle de 55 à 60 jours après l'accouchement. L'estimation de la date de la première ovulation se situe entre 40 et 50 jours du post partum, l'ovulation la plus précoce ayant été constatée au 25^{ème} jour [7].

3.2.4.2 En l'absence d'allaitement et avec une inhibition de la prolactine

Le traitement par bromocriptine s'accompagne d'une reprise rapide de la sécrétion de FSH : dès la 2^{ème} semaine de post partum, de ce fait le retour de couches est plus précoce et constaté entre 21^{ème} et 32^{ème} jour du post partum dans 75% des cas, parfois précédé d'une ovulation dans 6% des cas [8]. Pour ces raisons, les femmes qui n'allaitent pas doivent utiliser une contraception, au plus tard un mois après l'accouchement.

3.2.4.3 En cas d'allaitement

On observe une suppression de l'activité ovarienne, donc une absence d'ovulation et une aménorrhée. Elle est principalement due à la sécrétion de prolactine que l'on observe à chaque tétée, en réponse au réflexe de succion mamelonnaire.

L'hyperprolactinémie désynchronise la sécrétion pulsatile hypothalamique de GnRH (gonadolibérine). Il en résulte des anomalies de la sécrétion de FSH, donc une altération de la croissance folliculaire. La sécrétion de LH est également affectée. En particulier, le rétrocontrôle positif de l'oestradiol sur le pic de LH ne se produit pas. Aucune ovulation ne peut être, alors, déclenchée [4].

Cependant, les taux de prolactine baisse de 50% (environ 100µg/l) pendant la première semaine de post partum. Jusqu'à deux ou trois mois, le taux basal est de 40-50µg/l, avec des pics liés aux tétées. A partir de trois mois, le taux basal de prolactine est revenu au niveau antérieur à la grossesse ou légèrement supérieur, avec des pics liés aux tétées qui sont constatées jusqu'à six mois. Cette réponse à la succion diminue avec le temps : à un mois post partum ce pic lié à la tétée multiplie par environ deux fois et demi le taux basal, ce dernier est peu augmenté à six mois [9].

Il existe une corrélation étroite entre la fréquence et la durée des tétées, d'une part, et le taux plasmatique de la prolactine, d'autre part. On estime qu'un allaitement avec au moins six tétées par 24 heures (jour et nuit) d'une durée totale de 65 minutes, supprime l'activité ovarienne.

Chez les femmes qui allaitent, les premières ovulations surviennent, au plus tôt, au cours du 5^{ème} mois suivant l'accouchement. Les premiers cycles menstruels, s'ils surviennent avant six mois, sont anovulatoires dans 45 % des cas, et les cycles

ovulatoires suivis d'une insuffisance lutéale dans 41% des cas. Enfin, aucune grossesse n'a été observée pendant les trois premiers mois du post partum des femmes qui allaitent et sont en aménorrhée. Pour les femmes qui allaitent exclusivement et qui sont en aménorrhée, 2 % seront enceintes dans les 6 premiers mois du post partum.

3.3 Les modifications physiologiques au niveau biochimique [6]

La tolérance aux glucides se normalise progressivement.

Les taux de lipides (triglycérides, cholestérol, HDL, LDL) se normalisent qu'après six semaines.

Les facteurs de coagulation, dont les taux sont très élevés en fin de grossesse, se normalisent en trois semaines, en dehors du taux de fibrinogène, qui redevient normal en un à deux mois.

L'activité fibrinolytique, augmentée, se normalise en quinze jours.

L'équilibre entre les deux systèmes reste précaire, et il existe une tendance à l'hypercoagulabilité pendant les trois premières semaines du post partum.

Lors de la survenue de cette grossesse « accidentelle », seulement 33% des femmes interrogées utilisaient un contraceptif.

De ce fait on voit le besoin d'avoir un moyen de contraception efficace, facile d'utilisation et sans trop de contraintes. Cependant la contraception du post partum est une contraception particulière qui doit respecter certaines règles vu les modifications engendrées.

J'ai pu constater lors de mon étude que 83% des femmes interrogées souhaitaient une contraception à la sortie de la maternité. Que peut-on leur proposer ?

4. QUELLES SONT LES METHODES DE CONTRACEPTION DANS LE POST PARTUM ?

4.1 Les méthodes naturelles

4.1.1. La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)

[4]

L'allaitement est la méthode contraceptive qui est, de fait, la plus utilisée dans le monde. La MAMA repose sur trois principes :

- allaitement maternel exclusif (pas de diversification alimentaire),
- à la demande jour et nuit (au moins six tétées par 24 h au sein -une tétée ou usage du tire lait au moins toutes les 4 heures),
- une aménorrhée persistante, lors des six premiers mois de post partum.

Dans ces conditions, la protection contraceptive est assurée à 98%. Si une femme souhaite une protection contraceptive plus efficace, ou, si les conditions recommandées ne sont pas réunies, d'autres méthodes contraceptives doivent être envisagées concurremment. Après le retour de couches, une contraception est indispensable.

4.1.2. Les autres méthodes naturelles

La méthode Ogino-Knauss, ainsi que les méthodes d'auto observation (température, Billings), sont difficilement interprétables dans la période du post partum. En effet la période de lochies, l'involution utérine et les modifications cervicales n'apparaissent pas aidantes pour une bonne interprétation des paramètres physiologiques. Le caractère aléatoire de leur relative efficacité n'en serait que renforcé [10].

4.2 Les méthodes locales ou vaginales

Ce sont des moyens contraceptifs fréquemment utilisés dans le post partum, car les rapports sexuels sont peu fréquents. Ils sont volontiers associés à l'allaitement maternel, en attendant la reprise d'une autre contraception [4].

- Les spermicides : ne sont utilisables dans le post partum que le chlorure de benzalkonium (Pharmaex® crème, éponge, ovule, comprimé gynécologique, tampon vaginal) et le chlorure de miristalkonium (Alpagelle® crème, unidose) en cas d'allaitement maternel, car ils ne traversent pas la muqueuse vaginale ; les autres (nonoxynol-9, bromure de benzododecinium) passent dans le lait maternel. Correctement utilisés, par des patientes motivées et informées, les spermicides sont efficaces (indice de Pearl < 3 %) [4].
- Les diaphragmes, les capes cervicales : l'utilisation du diaphragme ou d'une cape cervicale n'est pas recommandée dans le post partum immédiat. Il faut six à huit semaines, après l'accouchement, pour que le vagin retrouve ses dimensions normales, et pour que le périnée récupère sa tonicité, permettant alors l'usage correct des diaphragmes et des capes [4].
- Les préservatifs masculins ou féminins : ils restent toujours un moyen contraceptif fréquent dans le post partum: 30 % des femmes à deux mois et 43 % à six mois. Le taux d'échec, en dehors du post partum, varie selon les publications de 0,8 à 22 %. Ces résultats dépendent du bon usage des préservatifs, d'où l'importance de l'apprentissage, de l'âge des utilisateurs, de la fréquence et de l'habitude d'utilisation. L'efficacité dépend de la qualité des préservatifs, dont la fabrication doit obéir à la norme NFS90032 (arrêté ministériel du 23 novembre 1987). Associer un spermicide compatible aux préservatifs permet d'augmenter l'efficacité contraceptive [4].

Au total, l'efficacité des contraceptifs vaginaux est directement liée à leur utilisation correcte, d'où la nécessité pour les médecins de s'intéresser à ce mode de

contraception et de motiver les utilisateurs à en respecter scrupuleusement le mode d'emploi. Les préservatifs et les spermicides nous paraissent indiqués chez les femmes dont l'activité sexuelle est modérée. Dans le post partum, ils sont bien acceptés comme contraception d'attente avant le choix d'une contraception définitive à long terme [4].

4.3 Le dispositif intra utérin (DIU)

La pose d'un stérilet se fait habituellement à l'occasion de la consultation post natale. Les DIU au cuivre n'ont aucun effet sur la lactation ou la santé du nouveau-né. Les DIU hormonaux (Miréna®) ne sont préconisés qu'au-delà de quatre semaines. La pose d'un DIU dans le post partum immédiat est peu pratiquée, sauf dans certains pays où la réduction de la natalité est une question de santé publique. Cette pose est effectuée dès la délivrance. Les DIU peuvent être posés dans les 48 heures du post partum ; l'insertion immédiate après la délivrance n'augmente pas le risque d'infection, de perforation ou de saignement, mais le risque d'expulsion est plus élevé que pour les DIU posés à distance de l'accouchement. En France, les DIU sont donc essentiellement posés au-delà de la 4^{ème} semaine du post partum (deux mois lors d'un accouchement voie basse, trois mois lors d'une césarienne).

L'allaitement n'augmente pas le risque d'expulsion, de perforation utérine ou d'échec ; chez les femmes qui allaitent, les métrorragies et les douleurs, causes usuelles de retrait, ou les endométrites ne sont pas plus fréquentes. L'efficacité et la tolérance, après un an, des DIU posés dans le post partum est excellente : aucune grossesse, taux d'expulsion inférieur à 5 % et taux de continuation entre 85 et 99 %. Chez les femmes qui allaitent, on recommande de poser le stérilet un mois après l'accouchement. La pose est facile, l'efficacité excellente, le taux d'expulsion faible et la continuité importante [4].

4.4 La stérilisation [11]

La stérilisation volontaire est possible en France depuis la loi du 4 juillet 2001. Si une stérilisation est prévue dans le post partum, la patiente doit être informée le plus tôt possible pendant la grossesse et de façon répétée. En dehors de toute urgence vitale, un délai de réflexion de quatre mois est obligatoire et sa demande doit être écrite dans le dossier pendant cette période.

La stérilisation dans le post partum peut être effectuée dans les sept jours qui suivent l'accouchement, et de façon idéale, par mini laparotomie sous ombilicale au 2^{ème} jour, moment où l'utérus affleure la zone ombilicale et permet ainsi une ligature sous contrôle de la vue, avec potentiellement moins de risque de complications.

La stérilisation post césarienne peut se réaliser pendant l'intervention ou pendant les sept jours qui suivent, comme suit à un accouchement voie basse, et elle impose une nouvelle anesthésie. Ces interventions peuvent être réalisées sous anesthésie générale, loco régionale ou locale.

Le post partum ne paraît pas être la meilleure période pour réaliser cette stérilisation. En effet, c'est une phase de la vie de la femme où siège une fragilité émotionnelle et psychique pouvant conduire à des regrets. Plus traditionnellement, elle est effectuée par coelioscopie quelques semaines après l'accouchement.

4.5 Les méthodes contraceptives hormonales

4.5.1 Les progestatifs

4.5.1.1 Les progestatifs oraux

La transmission au nouveau-né est faible (< 0,13% de la dose maternelle) [5], ils n'ont pas d'effet sur l'enfant, sont à l'origine de spotting plus fréquents et ont une place de choix dans la contraception du post partum, notamment si la jeune mère allaite. L'OMS, restrictive, ne les recommande pas avant la 6^{ème} semaine du post partum. La NHS (National Health Service) estime la prescription possible trois semaines après l'accouchement [8]. En pratique, elle est prescrite entre J+3 et J+21.

- Les microprogestatifs : comme Microval®, sont très utilisés dans le post partum. Cette pilule a l'avantage d'être remboursée par la Sécurité Sociale. Mais elle reste tout de même très contraignante car elle nécessite d'être prise en continu et à heure relativement fixe (3h de décalage maximum).

Ces microprogestatifs sont peu efficaces en terme de couverture contraceptive, l'indice de Pearl étant, au mieux, de 1 en période d'allaitement. Il est à noter que 3% des interruptions volontaires de grossesse ont lieu sous Microval®. Ils doivent définitivement tomber en désuétude [1]. Or d'après mon étude, le moyen contraceptif le plus prescrit pendant la période du post partum est la pilule Microval®.

- **La pilule progestative pure** : Cérazette® a une place de choix, tant par son efficacité que par son innocuité métabolique. En plus de l'effet anti glaire retrouvé dans toutes les pilules micro progestatives, Cérazette® provoque l'inhibition de l'ovulation et tolère un délai d'oubli de 12 h. Malheureusement, elle n'est pas remboursée par la Sécurité Sociale. Elle doit être commencée entre J+3 et J+21 [1].
- **Les progestatifs macrodosés** : ils n'ont pas l'autorisation de mise sur le marché (AMM) en contraception [4].

4.5.1.2 L'implant sous cutané

A base de lévonorgestrel, métabolite actif du désogestrel. Il a donc les mêmes avantages que Cérazette®, il n'est pas contre-indiqué pendant l'allaitement. Sa durée d'action est de trois ans (deux ans et demi en cas d'obésité). Le laboratoire recommande sa pose entre le 21^{ème} jour et le 28^{ème} jour après l'accouchement. Il peut être proposé à la sortie de la maternité, si la patiente avait déjà fait ce choix de contraception avant l'accouchement. Il peut être prescrit à la sortie de la maternité et être posé à la consultation post natale. Dans ce dernier cas une contraception provisoire devra être discutée [4].

4.5.1.3 Les progestatifs injectables(acétate de médroxyprogestérone)

Ils entraînent des métrorragies et des prises de poids, mais leur prescription, utile dans des indications psychologiques, est acceptable au cas par cas, à partir de la 6^{ème} semaine du post partum en cas d'allaitement, dès le 7^{ème} jour dans le cas contraire. En France, leur utilisation est rare, surtout depuis l'arrivée de l'implant sous cutané [12].

4.5.1.4 La contraception d'urgence

(Norlevo®) elle est utilisable dès le 21^{ème} jour du post partum s'il y a eu un rapport non protégé, en l'absence d'allaitement maternel [4].

4.5.2 Les oestroprogestatifs

Ils ont mauvaise réputation dans le post partum. D'une part parce qu'il demeure les trois premières semaines cette période un risque thrombo embolique veineux élevé du fait de l'hypercoagulité. Ce risque est augmenté de façon significative sous oestroprogestatifs (risque relatif multiplié par trois à quatre pour un progestatif de 3^{ème} génération contre un à deux pour un de 2^{ème} génération). D'autre part si la femme allaite, en raison du passage des hormones dans le lait [1].

L'OMS recommande de ne les utiliser pendant les six premières semaines et mieux lors des six premiers mois à cause de risques non démontrés trouvant leur raison dans le principe de précaution à l'égard du passage des hormones dans le lait.

Cependant la littérature n'est pas convaincante. En réalité, dans l'espèce humaine, 0,02% des oestrogènes et 0,1% des progestatifs passent chez le nourrisson. Ces doses sont négligeables et sont sans conséquence notable sur la santé du nouveau-né. Cependant ce qui est avéré c'est la baisse de la quantité de lait quand l'oestroprogestatif est commencé avant trois semaines ; ce qui est rarement le cas compte tenu du risque thrombo embolique élevé les trois premières semaines du post partum. En conclusion, la délivrance d'oestroprogestatifs, sur demande de la patiente, ne se fait qu'à partir du 21^{ème} jour du post partum. On essaiera d'utiliser une molécule déjà connue par la patiente, en privilégiant les formules minidosées. Cependant ces formules restent non remboursées. La règle est de prendre le comprimé après la dernière tétée du soir en cas d'allaitement maternel [8].

Sont donc possibles : les pilules minidosées, le patch contraceptif (Evra®) qui permet une meilleure observance, et l'anneau vaginal (Nuvaring®) qui pour des raisons anatomiques ou cicatricielles ne sera prescrit que six à huit semaines après l'accouchement [10].

4.6 Quelle contraception du post partum en cas de pathologies gravidiques ?

4.6.1 Après une césarienne [10]

Il s'agit d'une période où le risque thrombo embolique est très élevé. Les moyens pouvant être utilisés par la patiente sont :

- la contraception locale
- la pilule progestative
- puis à six semaines, selon le choix de la patiente et en fonction de l'allaitement, les oestroprogestatifs ou le dispositif intra utérin.

4.6.2 En cas d'antécédents d'hypertension artérielle [10]

Il n'y a pas de contre indication définitive aux oestroprogestatifs. La reprise d'un oestroprogestatif ne se fera qu'après trois mois et après vérification de la normalité de la tension artérielle et du bilan néphrologique. Le dispositif intra utérin n'est pas contre indiqué. Jusque là les progestatifs peuvent être utilisés.

4.6.3 En cas de survenue d'un diabète gestationnel [10]

La reprise d'un oestroprogestatif ne pourra se faire qu'après trois mois et normalisation du bilan glucidique. Le dispositif intra utérin n'est pas contre indiqué, toutefois durant cette période les progestatifs ont toute leur place.

4.6.4 En cas de cholestase gravidique [10]

L'usage d'un oestroprogestatif et d'un progestatif pur est contre indiqué jusqu'à normalisation complète du bilan hépatique. En cas de récurrence ils seront définitivement contre indiqués.

4.6.5 En cas de manifestations thromboemboliques pendant la grossesse

[13]

Elles représentent une contre indication définitive aux oestroprogestatifs. Le dispositif intra utérin n'est pas contre indiqué tout comme les progestatifs.

Toutefois malgré une grande possibilité de choix de contraceptifs, son accessibilité n'est pas toujours évidente. J'ai pu constater dans mon étude qu'une femme n'a pas eu accès à sa contraception prescrite à cause du coût élevé de celle-ci.

Cependant, on ne peut pas préjuger de la situation économique et sociale de chaque femme. Celles-ci qu'elles soient favorisées ou défavorisées n'ont pas forcément pour priorité l'achat d'un contraceptif. D'où l'importance de poser la question « Voulez-vous et pouvez-vous investir dans le contraceptif que vous avez choisi ? »

4.7 Quelle contraception en milieu défavorisé ? [14]

Le terme de précarité englobe des situations intriquées de handicaps : absence d'autonomie décisionnelle (adolescentes en rupture parentale), ressources économiques insuffisantes (faible revenu, chômage), barrière culturelle (étrangères). Ces handicaps conduisent à des difficultés dans l'accès aux droits sociaux, à la prévention et aux soins et donc à la contraception.

D'après une étude du syndicat des gynécologues obstétriciens français, l'observance risque d'être modeste si le praticien ne prend pas en compte l'environnement socio-économique, psychologique, sexuel et culturel de sa prescription contraceptive.

4.7.1 Les pilules oestroprogestatives (POP)

Elles posent des problèmes de compréhension liés à la langue, de financement lié au coût de certaines d'entre elles, de difficultés de réaction en cas d'erreur de prise ou d'effets secondaires puisque le recours aux professionnels de santé est moins fréquent lorsqu'ils surviennent. Il conviendra donc d'être attentif au prix de certaines pilules de 3^{ème} génération et de choisir dans la mesure du possible des produits remboursés par la Sécurité Sociale. Il faudra également tenir compte des risques vasculaires potentiels en raison de la grande fréquence des surcharges pondérales et l'incidence élevée de l'intoxication tabagique chez ce type de patientes.

4.7.2 Les pilules micro progestatives

Elles présentent un profil de risque vasculaire moins élevé que celui des POP, mais leur efficacité contraceptive est moins bonne et leurs effets secondaires plus courants, ce qui peut déboucher sur des problèmes d'observance. De plus, certaines ne sont pas prises en charge par l'Assurance Maladie (ex : Cérazette®).

Pour ces femmes issues de milieux défavorisés, les conditions de mise à disposition de la contraception d'urgence prennent toute leur importance. Bien qu'il s'agisse d'une méthode d'exception, cette contraception devrait être expliquée et prescrite en même temps que l'autre moyen de contraception choisie.

4.7.3 La contraception hormonale transdermique

(Timbre Evra®) peut apporter une solution théorique à des femmes ayant des problèmes d'observance. Mais elle n'est pas remboursée par la Sécurité Sociale et coûte une quinzaine d'euros par mois.

4.7.4 L'implant contraceptif

Il se présente comme une solution bien adaptée aux problèmes rencontrés par les femmes issues de milieux défavorisés : discrétion, facilité d'emploi, faible coût ramené à sa durée d'action, observance par définition parfaite, excellent efficacité. Il est remboursé à 65%.

4.7.5 Le dispositif intra utérin

Il a le même profil d'utilisation que l'implant, le risque infectieux en plus. Il est remboursé à 65% mais affiche une durée de vie de trois à cinq ans selon les modèles, ce qui lui procure un excellent rapport coût/efficacité.

4.7.6 Les méthodes locales

Préservatifs, spermicides... doivent être présentés comme des méthodes alternatives qui apportent pour les méthodes barrières, l'avantage de diminuer le risque infectieux. Le prix, surtout pour le préservatif féminin, reste un obstacle.

4.7.7 La stérilisation

Elle n'obéit à aucune spécificité liée à la situation de précarité et elle doit donc être proposée dans les mêmes conditions que chez les autres patientes.

Quel intérêt d'avoir un choix important de contraceptif si les femmes ne savent pas comment les utiliser dans cette période délicate ?

Mon étude montre que 36% du panel n'était pas informé sur la contraception du post partum et que deux femmes n'ont pas été averties du tout quant à la prise de celle-ci.

De plus parmi les 64% ayant bénéficié d'une information ; deux femmes l'ont jugées peu voire pas satisfaisante.

5. L'INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION DU POST PARTUM

5.1 Qui informer ?

Toutes les patientes devraient être informées. Informer, ne signifie pas prescrire ou contraindre une patiente à prendre une contraception. Informer signifie avertir, instruire, donner des informations. Et seulement par la suite, après s'être assuré que la patiente a bien compris notre information, on peut lui demander si elle souhaite une contraception ou pas et surtout laquelle.

5.2 Quand informer la patiente ?

D'après mon étude, la majorité des femmes ayant été informées le sont pendant leur séjour en suites de couches.

Le meilleur moment, est bien sûr, le moment de la demande par la patiente, car lors d'une demande volontaire, elle est attentive et réceptive.

Cependant, il paraît rationnel de commencer à en parler lors du suivi de grossesse, en consultation, pendant l'entretien individuel du 4^{ème} mois, réalisé par la sage-femme ou en préparation à la naissance [8].

En effet, les suites de couches sont encombrées d'informations diverses nécessaires à la jeune mère et à son enfant, le séjour est de plus en plus court et la pensée de la patiente et du couple est sûrement ailleurs, mais on peut essayer de trouver un instant [8].

Cependant c'est bien lors des suites de couches que le choix définitif de la patiente en matière de contraception se fera. Elle aura eu toute sa grossesse pour y réfléchir et en discuter avec son gynécologue ou sa sage-femme.

Comment faire pour améliorer cette information ?

5.3 Comment informer la patiente ? [15]

Un entretien, en prenant son temps permettra de conseiller la patiente en fonction de plusieurs éléments :

- son souhait, qui reste le paramètre le plus important pour une contraception bien acceptée,
- la contraception utilisée antérieurement et sa tolérance,
- les circonstances de survenue de cette grossesse (désirée ou non),
- la ou les pathologie(s) survenue(s) pendant cette grossesse,
- le mode d'alimentation de l'enfant.
- la situation socio-économique de la patiente.

Cet entretien est à la fois informatif et personnalisé.

Le counseling et la démarche éducative ont fait leur preuve en matière de contraception.

Le counseling renvoie à une démarche de conseil et d'accompagnement d'une femme favorisant l'expression de son choix. D'une part, il repose sur des bases d'empathie envers la consultante, de respect pour sa sexualité, ses sentiments, son attitude et ses besoins et d'autre part il engage le soignant à conserver le maximum de neutralité vis-à-vis des démarches abordées et des informations fournies. L'approche par entretien motivationnel se situe dans ce courant. Sa particularité est d'être directive ; elle permet à la patiente d'exprimer ses ambivalences afin de lui permettre d'aboutir à un choix [15].

La démarche éducative renvoie, quant à elle, à une démarche de partenariat pédagogique, centrée sur la personne, et visant à promouvoir sa santé tout en la rendant autonome dans sa propre prise en charge. Cette démarche est individualisée et se fonde sur ce que la personne est, ce qu'elle sait, ce qu'elle croit, ce qu'elle redoute et ce qu'elle espère et à partir de ce que le soignant est, sait, croit, redoute et espère.

Il prend en compte six éléments, l'acronyme BERCER permet de les retenir :

- **Bienvenue** : En pratique, en dehors de l'accueil en lui-même de la consultante et de la présentation du soignant, la première phase vise essentiellement à favoriser une relation d'équivalence et à rassurer la

consultante. Le soignant l'assure de la confidentialité des entretiens et présente le rôle, les objectifs et le déroulement possible de la ou des consultations.

- **Entretien** : La phase d'entretien se veut interactive. Elle a pour objectif prioritaire le recueil d'informations sur la femme, son état de santé, ses besoins propres et ses éventuels problèmes. Elle donne lieu à un « entretien » et à un examen clinique. Au cours de cet entretien, le soignant explore en complément de la clinique le contexte de vie de la consultante, son expérience en matière de contraception et sa vision des choses. Cette phase est propice au développement d'un diagnostic éducatif.
- **Renseignement** : La phase de renseignements est également individualisée, elle vise à la délivrance par le soignant d'une information hiérarchisée et sur mesure, compréhensible et adaptée au rythme et aux connaissances de la consultante. Il est essentiel que le soignant s'assure de la compréhension de l'information qu'il aura fournie. Celle-ci concerne en particulier les méthodes qui intéressent la consultante ou qu'elle préfère (leurs bénéfices, leurs contre indications, les risques graves, même exceptionnels, leurs intérêts, leurs inconvénients, leurs coûts). Le soignant l'informe des options et alternatives qu'il juge adaptées à sa situation personnelle. Il est possible de fournir un document écrit en complément de l'information orale.
- **Choix** : Le soignant souligne que la décision finale appartient à la consultante seule. Pour l'aider à la décision, son attention et sa réflexion peuvent être attirées sur des projets personnels, sa situation de famille, ses préférences et les préférences éventuelles de son partenaire, les bénéfices et les risques des différentes méthodes, les conséquences de son choix. Le soignant s'attache également à faire réfléchir la femme sur la possibilité qu'elle a, compte tenu de sa trajectoire personnelle, de respecter la méthode. Il s'assure au final de son plein accord et de l'absence de réticences vis-à-vis de la méthode choisie.

- **Explication** : La phase d'explication est orientée sur l'explication de la méthode et de son emploi et vise, s'il y a lieu, à l'établissement d'une prise en routine (par ex. des conseils sur la prise à heure régulière d'une pilule, le soir après un repas). En pratique, elle comprend si possible une démonstration de son usage et peut avantageusement même donner lieu à un apprentissage avec manipulation par la consultante elle-même. Le soignant renseigne la consultante sur les possibilités de rattrapage en cas de problème et lui indique où et dans quelles conditions elle peut se procurer ces différentes méthodes. Sont enfin abordées les raisons médicales qui peuvent justifier son retour ainsi que la programmation et la planification de la consultation suivante.
- **Retour** : Les consultations de suivi sont l'occasion de réévaluer la méthode et de vérifier qu'elle est adaptée à la personne (au besoin de corriger son emploi) et que celle-ci en est satisfaite. Ces consultations sont également l'opportunité de compléter la contraception ou éventuellement de changer de méthode si la méthode choisie se révèle inadaptée (en raison par exemple : d'effets indésirables) ou insuffisante (en raison par exemple : d'une exposition aux infections sexuellement transmissibles). Le cas échéant sont notamment abordés les points qui n'auront pu être évoqués lors de la ou des précédentes consultations. Le soignant s'intéresse également aux questions que se pose la consultante et s'attache à résoudre les problèmes, cliniques ou d'emploi, qu'elle a pu rencontrer dans l'intervalle des deux consultations. Il prend en compte les modifications de sa trajectoire individuelle et sociale. L'entretien se termine par la programmation et la planification de la consultation suivante [15].

5.4 Qui informe la patiente ?

J'ai pu constater lors de mon étude, que pour la majorité des femmes interrogées, le prescripteur était un médecin (gynécologue), voire une sage-femme.

En effet, ce sont ces professionnels de santé, avec les internes en médecine qui maîtrisent le plus le sujet de la contraception du post partum et qui se trouvent au contact des jeunes mères. Ils sont les interlocuteurs que la femme va avoir tout au long de la grossesse, de l'accouchement et dans les suites de couches.

Cette contraception peut-être prescrite par le médecin généraliste, le gynécologue, mais aussi la sage-femme depuis la loi du 9 août 2004. L'article L5134-1 du code de la santé publique dit : « les sages-femmes sont autorisées à prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches et lors de l'examen post natal. »

L'arrêté du 12 octobre 2006 modifie celui du 23 février 2004 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes. En ce qui concerne le liste des contraceptifs : spermicides, contraception d'urgence (lévonorgestrel seul ou associé à un oestroprogestatif), contraceptifs hormonaux (contraceptifs par voie orale, transdermique et vaginale), contraceptifs oraux injectables et implants [12].

5.5 Quelles informations sont à donner à la patiente ?

[16]

Il faut informer les patientes sur la physiologie du post partum, en insistant sur la fécondité. En effet 17% des femmes interrogées ne savent pas dans quel délai elles peuvent être enceinte après un accouchement. La seule femme ayant utilisée la MAMA ne connaît pas les conditions nécessaires à son efficacité en terme de contraception. Il est également nécessaire de les informer sur la sexualité au long de cette période.

Toute la gamme des contraceptifs utilisables en post partum doit leur être présenté, afin qu'elles puissent faire leur choix. En effet, *la meilleure contraception n'est pas celle qui est la plus efficace théoriquement, mais celle que la femme a vraiment choisie* (E. Aubeny).

Les jeunes mères ont besoin de repères dans cette période de bouleversements qu'est cette phase. En effet, il faut clairement leur expliquer à quelle date prendre leur

contraception (s'il s'agit d'une contraception hormonale), que faire en cas d'oubli ou de décalage supérieur à 3 ou 12 heures...

Et j'insiste sur le fait qu'il ne faut pas oublier la contraception d'urgence.

La contraception du post partum n'est qu'une contraception transitoire, qui sera réévaluée lors de la visite post natale.

D'après mes résultats, 83% des femmes interrogées ont bénéficié d'une consultation post natale. Celle-ci étant pour la majorité réalisée au cours du 2^{ème} mois.

On a pu voir qu'une bonne information pour la patiente est fondamentale, donc il est important que les professionnels de santé soit à l'écoute totale du désirs et des besoins de la patiente : d'où une bonne formation initiale et une mise à niveau des connaissances.

6. LA FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Il faut distinguer la formation initiale, de la formation continue. En effet, les médecins et les sages-femmes ont reçu par le biais de leur formation initiale, les informations concernant les méthodes contraceptives.

Cependant étant donné l'évolution actuelle dans ce domaine, il est important de réactualiser ses connaissances de façon permanente en utilisant la formation médicale continue surtout quand on est confronté en permanence à la prescription de contraceptifs.

En tant que professionnels de santé, nous sommes souvent interpellés par les problèmes de santé publique quand les autorités compétentes comme notamment la Haute Autorité en Santé (HAS) nous y sensibilisent.

Néanmoins à l'heure actuelle, peu de données sur les IVG dans le post partum sont disponibles. Or mon sujet est un vrai problème de santé publique.

En effet, lors de la réalisation de ce mémoire, j'ai eu l'occasion de rencontrer Madame Eliane Piquet (médecin inspecteur régional de la Santé Publique) qui travaille à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Meurthe et Moselle. Elle souhaite étendre cette étude à l'ensemble de la région Lorraine. A la suite, une table ronde sera formée pour sensibiliser les professionnels de santé et apporter des solutions à ce problème.

Mon travail, malgré son effectif réduit, représente déjà un support en terme de sensibilisation et d'informations.

Conclusion

Mon étude m'a permis de mieux comprendre dans quel état de détresse les femmes qui subissent une IVG dans la première année qui suit leur accouchement se trouvent.

J'ai pu constater que la majorité des femmes sont informées et satisfaites de l'information qu'elles ont reçu concernant la contraception du post partum. Toutefois, il existe une réelle différence entre leurs connaissances et la mise en pratique de cette contraception. Ces méthodes contraceptives ne sont pas toujours soit disponibles, soit susceptibles de leurs convenir.

Ce qui me fait penser que toutes ces grossesses non prévues ne peuvent être évitées, car les méthodes contraceptives ne sont ni parfaites ni parfaitement utilisées et qu'il y a une réelle différence entre le désir de grossesse et le désir d'enfant.

En tant que professionnels de santé, il est de notre devoir d'informer les femmes sur ce risque potentiel de grossesse « accidentelle » lors de cette période, ainsi que nous tenir au courant des avancées pour l'éviter.

La contraception permet de donner aux femmes et aux couples les moyens de maîtriser leur fécondité. C'est un droit fondamental des femmes et des hommes. Ce droit ne peut que générer de nombreux autres droits, notamment le libre choix en matière de sexualité, de mode de procréation, et plus largement de mode de vie.

Mais une information plus complète ne devrait-elle pas être systématiquement délivré tout au long du suivi d'une patiente ?

BIBLIOGRAPHIE

[1] MULET F., DESCAMPS P.

Après une grossesse, interrompue ou non : prévoir une méthode provisoire avant d'élargir le choix.

Le concours médical, septembre 2006, tome 128, pp 25-26.

[2] Département d'information médicale de la Maternité régionale Adolphe Pinard de Nancy.

[3] FLOQUET A.

La sexualité du post partum. Etre mère et rester femme...

Mémoire ESF, Nancy, 2003, pp 32-34.

[4] ANAES

Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant.

Mai 2002, [consulté en ligne en août 2008].

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf

[5] Quelle contraception pour le post partum ?

Gyn.Obs., mai 2005, numéro 490, pp 14-18.

[6] LANSAC J. BERGER C. MAGNIN G.

Les suites de couches et leur pathologie

Obstétrique pour le praticien, 4^{ème} édition, 2003, pp 390-391.

[7] VANDERSTICHELE S, ROUMILHAC M, LE TALLEC A, CODACCIONI X.

La contraception du post-partum.

La lettre du gynécologue, juin 2000, numéro 253, pp 49-52.

[8] QUEREUX C, GAVILLON N, GROLLIER F, GRAESSLIN O.

Contraception dans le post-partum.

Genesis, gynécologie-ostétrique-endocrinologie, octobre 2006, numéro 119, pp 19-20.

[9] Le point sur la prolactine

Les dossiers de l'allaitement, janvier-février-mars 2005, numéro 62, p 16.

[10] DERMAN F.

La contraception du post partum

Mémoire, septembre 2007.

[11] PROUST A.

La stérilisation contraceptive dans le post partum

La stérilisation à visée contraceptive, Masson, 2004, pp 99-103.

[12] MULET F., DESCAMPS P.

La contraception dans le post partum

Abrégé contraception, 3^{ème} édition, 2007, pp 368-374.

[13] HATCHUEL M.

La contraception du post partum

Abstract gynécologie, octobre 2004, numéro 288, p 28.

[14] Dr F. LEROY

Quelle contraception en milieu défavorisé ?

Gyn.Obs., février 2005, numéro 487, pp 19-22.

[15] ANAES

Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme.

Décembre 2004, [consulté en ligne en août 2008].

<http://www.has->

[sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_contraception_vvd-2006.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_contraception_vvd-2006.pdf)

[16] HEITZMANN H.

La contraception du post partum. Informer les femmes pour mieux réguler les naissances.

Mémoire ESF, Metz, 2007.

TABLE DES MATIERES

Sommaire	3
Préface.....	6
Introduction.....	7
La description de l'étude	8
1. L'objectif et les hypothèses.....	9
1.1. L'objectif.....	9
1.2. Les hypothèses	9
2. La méthodologie	10
2.1. Le type d'étude.....	10
2.2. La population étudiée.....	10
2.3. La description de l'étude.....	10
2.4. Les points forts de l'étude.....	11
2.5. Les points faibles de l'étude.....	11
3. La méthode	12
3.1. Description du questionnaire.....	12
3.1.1. Les généralités.....	12
3.1.2. Les antécédents obstétricaux.....	12
3.1.3. L'information sur la contraception du post partum.....	12
3.1.4. Le lieu d'accouchement	13
3.1.5. Les connaissances sur la fécondité du post partum.....	13
3.1.6. La contraception du post partum.....	13
3.1.7. La consultation post natale.....	13
3.1.8. La grossesse actuelle	13
3.1.9. La contraception post-IVG.....	13
Les résultats	14
1. les généralités	15
2. Les antécédents obstétricaux.....	18
3. L'information sur la contraception du post partum.....	20
4. Le lieu d'accouchement	22
5. Les connaissances sur la fécondité du post partum	23
6. La contraception du post partum	24
7. La consultation post natale.....	27
8. La grossesse actuelle	28
9. La contraception post-IVG	29
La discussion.....	30
1. la sexualité du post partum	32

2. Dans quel état psychologique se trouve la jeune mère ?	33
3. La fécondité du post partum	35
3.1 Les modifications physiologiques au niveau anatomique.....	35
3.2 Les modifications physiologiques au niveau hormonale	36
3.2.1 Les oestrogènes	36
3.2.2 La progestérone	36
3.2.3 Les gonadotrophines	36
3.2.4 La prolactine.....	36
3.2.4.1 En l'absence d'allaitement et pas d'inhibition de la prolactine.....	36
3.2.4.2 En l'absence d'allaitement et avec une inhibition de la prolactine...	37
3.2.4.3 En cas d'allaitement.....	37
3.3 Les modifications physiologiques au niveau biochimique	38
4. Quelles sont les méthodes de contraception dans le post partum ?.....	39
4.1 Les méthodes naturelles	39
4.1.1. La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)	39
4.1.2. Les autres méthodes naturelles	39
4.2 Les méthodes locales ou vaginales	40
4.3 Le dispositif intra utérin (DIU)	41
4.4 La stérilisation	42
4.5 Les méthodes contraceptives hormonales.....	43
4.5.1 Les progestatifs	43
4.5.1.1 Les progestatifs oraux.....	43
4.5.1.2 L'implant sous cutané	44
4.5.1.3 Les progestatifs injectables (acétate de médroxyprogestérone)...	44
4.5.1.4 La contraception d'urgence.....	44
4.5.2 Les oestroprogestatifs.....	45
4.6 Quelle contraception du post partum en cas de pathologies gravidiques ?	46
4.6.1 Après une césarienne.....	46
4.6.2 En cas d'antécédents d'hypertension artérielle	46
4.6.3 En cas de survenue d'un diabète gestationnel	46
4.6.4 En cas de cholestase gravidique	46
4.6.5 En cas de manifestations thromboemboliques pendant la grossesse	47
4.7 Quelle contraception en milieu défavorisé ?	47
4.7.1 Les pilules progestatives (POP).....	48
4.7.2 Les pilules micro progestatives.....	48
4.7.3 La contraception hormonale transdermique.....	48
4.7.4 L'implant contraceptif.....	48
4.7.5 Le dispositif intra utérin.....	49
4.7.6 Les méthodes locales.....	49
4.7.7 La stérilisation.....	49
5. L'information sur la contraception du post partum.....	50
5.1 Qui informer ?.....	50
5.2 Quand informer la patiente ?.....	50
5.3 Comment informer la patiente ?	51
5.4 Qui informe la patiente ?.....	54
5.5 Quelles informations sont à donner à la patiente ?	54
6. La formation des professionnels de santé	56

Conclusion.....	57
Bibliographie	58
TABLE DES MATIERES	61
Annexe 1.....	I

ANNEXE 1

Le questionnaire :

Nancy, le 8 septembre 2008.

Madame,

Dans le cadre de mes études de sage-femme, je réalise un mémoire sur les raisons amenant les femmes à avoir une interruption volontaire de grossesse (IVG) dans l'année suivant leur dernier accouchement.

Pour cela, un questionnaire entièrement anonyme vous est remis par le médecin réalisant votre entretien pré-IVG. Merci de me le retourner ensuite dûment complété grâce à l'enveloppe pré timbrée ci jointe à mon adresse personnelle.

Cette étude me permettra de mettre en évidence les raisons qui vous ont conduite à cette situation et pouvoir définir une stratégie de prévention. Elle permettra également de déterminer les attentes des femmes sur la contraception du post-partum et améliorer la prise en charge de cette période délicate.

Les services d'orthogénie de la maternité régionale de Nancy, de la MGEN et de l'hôpital Maringer participent à cette étude.

Il n'y a bien sûr pas de bonnes, ni de mauvaises réponses et aucun jugement de valeur. Toutes les réponses sont valables, pourvu qu'elles reflètent au mieux ce que vous pensez, ce que vous ressentez ou avez vécu.

En vous remerciant très sincèrement pour votre contribution, recevez madame, mes salutations distinguées.

Amandine Aranda, étudiante sage-femme 4^{ème} année.

Recommandations pour répondre aux questions :

Cochez la réponse de votre choix ; rédigez brièvement quand la question le demande. Pour certaines questions, plusieurs réponses sont possibles et ceci vous sera indiqué.

Questionnaire

Date :

- 1) Quel âge avez-vous ?
- 2) De quelle nationalité êtes-vous ?
- 3) De quelle origine culturelle êtes-vous ?
- 4) Quelle est votre situation matrimoniale ?
 - célibataire.
 - vie maritale.
 - mariée.
- 5) Quel est votre niveau d'études ?
- 6) Quelle profession exercez-vous ?
- 7) Notez dans le tableau ci-dessous la date successive de vos grossesses, ainsi que l'issue de ces grossesses (accouchement voie basse, césarienne, interruption volontaire de grossesse, interruption médicale de grossesse, fausse couche).

Date							
Issue de la grossesse							

- 8) Avez-vous été informée sur la contraception du post-partum ?
 - oui
 - non

Si oui à quel moment ?

 - lors de vos consultations prénatales.
 - lors de la préparation à la naissance.
 - lors de votre séjour à la maternité en suites de couches.
 - par vos propres moyens (lecture, Internet....).
 - autre : précisez.....
- 9) Cette information vous a t elle paru ?
 - pas satisfaisante.
 - peu satisfaisante.
 - satisfaisante.
 - très satisfaisante.

10) Quelle moment vous parait le plus favorable pour recevoir cette information ?

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

Pourquoi ?

.....
.....

11) Où avez-vous accouché ?

- maternité régionale de Nancy.

- clinique Majorelle.
 - autre : précisez.....
- 12) Pensez-vous qu'on puisse être enceinte après un accouchement ?
- oui
 - non
- 13) Dans quel délai ?
- 3 mois.
 - 6 mois.
 - 1 an.
 - je ne sais pas.
- 14) Pensez-vous que l'allaitement protège d'une grossesse ?
- oui
 - non
- Si oui dans quelles conditions ?
-
-
-
-
- 15) Avez-vous allaité votre dernier enfant ?
- oui
 - non
- 16) Désiriez-vous une contraception après votre accouchement ?
- oui
 - non
- Si oui, a-t-on répondu à votre attente ?
- oui
 - non
- Si oui, par quel moyen ?
- pilule :
 - Microval
 - Cerazette
 - autre : précisez.....
 - stérilet
 - implant (Implanon)
 - autres (patch, anneau vaginal....)
 - contraceptifs locaux (préservatifs, spermicides....)
 - MAMA (méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée)
- 17) Qui vous a prescrit cette contraception ?
- un médecin
 - un interne en médecine
 - une sage-femme
 - autre : précisez.....
- 18) À partir de quand vous a-t-on demandé de prendre cette contraception ?
- non précisé.
 - le jour de la sortie de la maternité.
 - 20j après la sortie de la maternité.
 - à la fin de l'allaitement maternel.
 - à l'arrêt du médicament qui empêche la montée de lait.
- 19) Avez-vous eu une consultation post-natale depuis votre accouchement ?

- oui
- non

Si oui combien de temps après ?.....

20) A quel moment vous êtes vous rendu compte de cette nouvelle grossesse ?

.....
....

21) Selon l'échographie de datation, à quel terme en semaines d'aménorrhée (SA) êtes vous ?.....

22) Cette nouvelle grossesse qui vous conduit au centre d'orthogénie est-elle ?

- désirée
- accidentelle

23) Utilisez-vous une contraception lors de la survenue de cette grossesse qui vous conduit au centre d'orthogénie ?

- oui
- non

Si oui laquelle ?.....

Si non pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)

- non remboursée (coût trop élevé).
- ne convenait pas (nausées,.....).
- difficile à prendre avec le bébé (horaires irréguliers.....).
- pas encore recommencé depuis l'accouchement.
- sexualité reprise plus tôt que prévue.
- je ne pensais pas pouvoir être enceinte si tôt.
- délai trop long pour obtenir un rendez vous pour une prescription de contraception.
- autre : précisez.....

24) Quelle contraception envisagez-vous après votre interruption volontaire de grossesse ?

.....

ARANDA Amandine

Promotion 2009

Mémoire de fin d'étude : Pourquoi une interruption volontaire de grossesse dans la première année qui suit un accouchement ?

Ecole de sages-femmes A. Fruhinsholz de Nancy.

Mots clés : interruption volontaire de grossesse, post partum, contraception, information

5% des IVG ont lieu dans les six premiers mois qui suivent un accouchement, ce qui concerne 11000 femmes en France par an. Le post partum est un moment délicat pour la jeune mère, troublée par l'arrivée de son enfant. Pourquoi une IVG dans la première année qui suit un accouchement ?

Mon enquête démontre que 36% des femmes ne sont pas informées sur la contraception du post partum et que 67% n'ont pas de moyen contraceptif.

La prévention paraît importante et nécessaire pour éviter ces grossesses non désirées. C'est pourquoi un accompagnement des professionnels de santé clair et compréhensible tout au long de cette période est fondamental.

5 % of abortions occur in the first six months which follow delivery, which represents 11000 women in France each year. The post partum is a delicate moment for the young mother, disturbed by the arrival of her child. Why is an abortion necessary in the first year which follows the birth of a child ?

My investigation shows that 36% of women are not informed of the post partum contraception and that 67% have no contraceptive means.

Prevention seems important and necessary to avoid these unwanted pregnancies. That is why a clear and comprehensive accompaniment made by the professionals of health throughout this period is fundamental.