



HAL
open science

Usage et mésusage de la contraception du post-partum : à propos d'une enquête quantitative auprès de 102 femmes

Manon Adrian

► To cite this version:

Manon Adrian. Usage et mésusage de la contraception du post-partum : à propos d'une enquête quantitative auprès de 102 femmes. Médecine humaine et pathologie. 2017. hal-03867091

HAL Id: hal-03867091

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03867091v1>

Submitted on 23 Nov 2022

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

Ecole de Sages-Femmes

de

METZ

Usage et mésusage de la contraception du post-partum.

A propos d'une enquête quantitative
auprès de 102 femmes.

Mémoire présenté et soutenu par

ADRIAN Manon

Directeur de mémoire : SCHNITZLER Karine

Sage-femme enseignante

Promotion 2013-2017

Université de Lorraine

Ecole de Sages-Femmes

de

METZ

Usage et mésusage de la contraception du post-partum.

A propos d'une enquête quantitative
auprès de 102 femmes.

Mémoire présenté et soutenu par
ADRIAN Manon

Directeur de mémoire : SCHNITZLER Karine
Sage-femme enseignante

Promotion 2013-2017

REMERCIEMENTS

Merci à Madame Karine SCHNITZLER, sage-femme enseignante et directrice de ce mémoire, pour sa patience, sa disponibilité et ses précieux conseils tout au long de ce travail.

Merci à Madame Maryse MORHAIN, sage-femme et experte de ce mémoire.

Merci à ma famille et mes amis pour m'avoir toujours soutenue et cru en moi.

Merci à Olivier DOUILLOT, pour son soutien, sa patience et sa compréhension.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	3
GLOSSAIRE.....	4
INTRODUCTION	5
PARTIE 1: THEORIE	6
1. EPIDEMIOLOGIE	6
2. LES RISQUES D'UNE GROSSESSE RAPPROCHEE	6
3. LES MODIFICATIONS BIOLOGIQUES DANS LE POST-PARTUM	7
4. LA FECONDITE DANS LE POST-PARTUM.....	8
5. LA SEXUALITE DANS LE POST-PARTUM	9
6. QUELLE CONTRACEPTION DANS LE POST-PARTUM ?	10
7. LA CONTRACEPTION D'URGENCE.....	14
PARTIE 2 : MATERIEL ET METHODE - RESULTATS	17
1. MATERIEL ET METHODE.....	17
2. RESULTATS	19
PARTIE 3 : ANALYSE ET DISCUSSION	29
1. DISCUSSION	29
2. PROJETS D'ACTION.....	35
CONCLUSION.....	37
BIBLIOGRAPHIE	38
TABLE DES MATIERES.....	40
ANNEXES	43

GLOSSAIRE

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MAP : Menace d'Accouchement Prématuré

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

GnRH : Gonadotrophine Releasing Hormone

FSH : Hormone Folliculo-Stimulante

LH : Hormone Lutéinisante

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

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

IST : Infection Sexuellement Transmissible

DIU : Dispositif Intra-Utérin

IMC : Indice de Masse Corporelle

CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes

SPRM : Modulateurs Sélectifs des Récepteurs de la Progestérone

HFME : Hôpital Femme-Mère-Enfant

CHR : Centre Hospitalier Régional

HAS : Haute Autorité de Santé

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

INTRODUCTION

Depuis la loi Hôpital Santé Territoire du 21 juillet 2009 [1], la sage-femme est autorisée à réaliser la prescription et la surveillance de la contraception chez la femme en l'absence de pathologie, ainsi "l'exercice de la profession [...] peut comporter [...] la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique." Article R.4127-318 du code de la santé publique [2].

Ces nouvelles compétences sont notamment mises à contribution au cours de la période du post-partum. En effet, durant le séjour à la maternité, la sage-femme a un rôle privilégié auprès des patientes concernant l'information sur la contraception du post-partum. Cette information a pour but de prévenir les grossesses rapprochées et/ou non désirées. Effectivement, une étude a démontré qu'en France, 5% des interruptions volontaires de grossesses (IVG) sont réalisées dans les 6 mois suivant un accouchement [3].

Ce constat nous fait nous interroger sur la pratique des sages-femmes, concernant la diffusion de l'information vis-à-vis de la contraception du post-partum. Comment optimiser la transmission de l'information afin que le couple soit le plus réceptif ?

C'est pourquoi il est important de mieux connaître les connaissances des femmes en matière de contraception du post-partum afin de pouvoir délivrer une information pertinente.

Dans un premier temps, nous avons réalisé un exposé théorique à propos de la contraception du post-partum.

Puis, nous avons effectué un travail d'enquête concernant les connaissances théoriques et pratiques des femmes en matière de contraception du post-partum. Nous avons proposé aux patientes un questionnaire afin de réaliser un état des lieux de leurs représentations.

Ensuite, nous avons étudié les résultats et les différents facteurs pouvant influencer les connaissances des femmes. Enfin, nous avons proposé des moyens d'action afin d'optimiser ce moment d'échange sur la contraception.

Partie 1: Théorie

1. EPIDEMIOLOGIE

En 2015, 218 100 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été réalisées en France. Ce nombre est relativement stable depuis 2006, avec un taux de recours de 14.4 IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Les femmes les plus concernées sont celles âgées de 20 à 24 ans, avec un taux de 27 IVG pour 1000 femmes, tandis que chez les femmes âgées de moins de 20 ans, ce taux atteint 7.6 IVG pour 1000 femmes pour les 15-17 ans et 19.5 pour les 18-19 ans [4].

Cependant, on note une recrudescence du recours à l'interruption volontaire de grossesse durant les 6 mois suivant un accouchement. En effet, 5% des IVG ont lieu durant cette période, soit près de 10 000 par an [3]. De plus, il faut prendre en considération le fait que certaines femmes choisissent de mener à terme une grossesse non désirée survenue rapidement à l'issue d'un premier accouchement, ce qui génère un risque plus élevé de morbi-mortalité. Cela renforce l'impression que l'information concernant la contraception du post-partum n'est peut-être pas suffisante.

2. LES RISQUES D'UNE GROSSESSE RAPPROCHEE

2.1. Définition

Le terme de grossesse rapprochée définit une nouvelle grossesse qui survient moins de 6 mois après un précédent accouchement. Ce sont des situations régulièrement rencontrées.

Ces grossesses rapprochées ne sont pas anodines et représentent un risque plus important de complications maternelles, fœtales et néonatales. Ce point peut faire l'objet d'une information particulière auprès des femmes pour les sensibiliser à l'importance d'une contraception au cours du post-partum.

2.2. Complications maternelles

Selon l'étude de Dedecker et al. [5], il existe un risque majoré de menace d'accouchement prématuré (MAP) lors de la seconde grossesse survenant moins de 6 mois après un premier accouchement. En effet, dans cette étude en cas de grossesses rapprochées 19% des naissances ont lieu avant 37 semaines d'aménorrhée contre 8% dans le groupe témoin. Le risque de MAP est donc 2.8 fois plus important en cas de grossesses rapprochées.

De plus, d'après l'étude de Vandenbroucke et al. [6], on note une anémie en cours de grossesse pour 16% des patientes présentant une grossesse rapprochée, contre seulement 4% dans le groupe témoin. La différence entre les taux d'anémie en post-partum subsiste également dans les deux catégories.

En outre, en cas de césarienne lors du premier accouchement, la femme est exposée à des risques supplémentaires, notamment celui de la rupture utérine lors de la seconde grossesse si celle-ci est rapprochée [7]. En effet, un intervalle raccourci entre deux grossesses semble être un facteur de risque de rupture utérine en raison d'une cicatrisation incomplète. Stamilio et al., mettent en évidence qu'un intervalle court (inférieur à 6 mois) entre la césarienne et le début de la grossesse suivante augmente le risque de rupture utérine et de morbidité maternelle d'un facteur de 2 à 3 [7]. De plus, une étude de Bujold et al., parue en 2009, réaffirme qu'une durée de moins de 18 mois entre une césarienne et un accouchement représente un risque supplémentaire de rupture utérine [7].

2.3. Complications fœtales et néonatales

D'après l'article de Dedecker et al. [5], il y a un risque plus important de retard de croissance intra utérin (RCIU) et de petit poids de naissance. Le RCIU est corrélé en partie par l'état nutritionnel carenciel de la mère qui est plus important en cas de grossesse rapprochée.

En outre, la prématurité, qui est plus importante en cas de grossesse rapprochée, induit une morbidité et une mortalité plus importante. Ces auteurs rapportent une mortalité périnatale de près de 4%, qui est causée pour l'essentiel par les complications de la prématurité et de l'hypotrophie, telles que l'hypoglycémie ou la détresse respiratoire.

3. LES MODIFICATIONS BIOLOGIQUES DANS LE POST-PARTUM

On assiste à un retour à l'état antérieur des principaux paramètres biologiques qui ont été modifiés par la grossesse : glycémie, tolérance aux hydrates de carbones, constantes lipidiques (triglycérides, cholestérol, lipoprotéines). Cela se fait lentement et progressivement pendant environ 3 mois [8].

La grossesse est une période d'hypercoagulabilité avec des modifications des facteurs de la coagulation [9]. En effet, durant la grossesse, on observe une augmentation des facteurs de la coagulation et du fibrinogène associée à une diminution de certains facteurs anticoagulants comme la protéine S et une augmentation de la résistance à la protéine C activée.

La majorité de ces altérations, comme celles du facteur VIII, du facteur X et du fibrinogène, retrouve des taux normaux entre 1 à 4 semaines après l'accouchement, tandis que d'autres ne se normalisent que 6 à 8 semaines après la fin de la grossesse (facteur VII, D-dimères en 6 semaines et fragments 1 et 2 de la prothrombine, protéine S et résistance à la protéine C activée en 8 semaines environs).

Ces anomalies associées à la stase veineuse font du post-partum une période à très fort risque thrombo-embolique. En effet, l'incidence des événements thrombo-emboliques pendant la grossesse est de 8 à 13 femmes pour 10 000 par an, contre 48 femmes pour 10 000 durant la période du post-partum. Ce déséquilibre des facteurs de l'hémostase persiste donc durant environ 6 semaines [9].

C'est pourquoi, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) contre-indique d'initier une contraception oestroprogestative avant les 6 premières semaines suivant l'accouchement. Par contre, la contraception progestative, notamment par voie orale, sans retentissement sur les facteurs de la coagulabilité est permise. De même, la contraception progestative sous-cutanée par implant et les dispositifs intra-utérins au cuivre ou au lévonorgestrel sont sans répercussion sur le risque thrombo-embolique [9].

4. LA FECONDITE DANS LE POST-PARTUM

La reprise de la fonction ovarienne dépend du type d'allaitement. Cette reprise sera plus précoce en cas d'allaitement artificiel, d'autant plus si la lactation a été inhibée par des agonistes dopaminergiques à type de cabergoline. A l'inverse, si la femme allaite, la reprise ovarienne sera plus tardive.

4.1. En cas d'allaitement maternel

Chaque tétée provoque des pics de sécrétion de prolactine. Cette hyperprolactinémie intervient dans le blocage de la sécrétion pulsatile de GnRH. Ainsi la fonction gonadotrope hypophysaire est au repos, car l'hypophyse est alors réfractaire à la sécrétion de FSH et de LH [10]. Cependant, l'inhibition complète de la fonction gonadotrope requiert un allaitement exclusif avec au moins 6 tétées quotidiennes réparties équitablement dans la journée d'une durée minimale de 10 minutes entraînant une aménorrhée de 6 mois [11]. Cette méthode est appelée la Méthode de l'Allaitement Maternel avec Aménorrhée ou méthode MAMA, elle sera davantage détaillée ultérieurement.

Toutefois, en cas d'allaitement exclusif, le retour des menstruations peut intervenir avant la fin de l'allaitement, mais ces cycles sont pour la plupart anovulatoires [10]. Cette méthode reste à l'origine de 2% d'échecs avec survenue d'une nouvelle grossesse dans les 6 mois du post-partum.

Dès que l'allaitement maternel n'est plus exclusif ou que les mises au sein sont plus espacées, la reprise de la fonction ovarienne peut survenir, avec une ovulation au plus tôt au 43ème jour après l'accouchement [10], il est alors conseillé d'avoir recours à une contraception fiable.

4.2. En cas d'allaitement artificiel

Si la montée laiteuse est inhibée médicalement, il existe une chute rapide des taux de prolactine dans les 2 heures suivant la prise du médicament. De plus, on observe une reprise rapide de la sécrétion de FSH, dès la deuxième semaine du post-partum. Ainsi une ovulation plus précoce est constatée, il intervient dans 75% des cas entre le 21ème et le 32ème jour du post-partum [10], il est souvent anovulatoire mais impose tout de même la reprise d'une contraception dès le 21ème jour [11]. Dans 25% des cas, le retour de couches survient vers le 45ème jour, et il est le plus souvent ovulatoire.

Si aucun traitement n'a été pris pour inhiber la lactation, le taux de prolactine (élevé en fin de grossesse) diminue rapidement. En effet, à la fin de la première semaine ce taux est divisé par 4, et le taux de base est retrouvé 15 jours après l'accouchement. La majorité des femmes ont alors un retour de couches dans un intervalle de 55 à 60 jours après l'accouchement. La date de la première ovulation se situant alors entre 40 et 50 jours du post-partum, l'ovulation la plus précoce ayant été constatée au 25ème jour [10].

Dans tous les cas, il est essentiel que les femmes comprennent qu'une ovulation peut survenir avant même le retour des premières règles, ce qui impose une contraception efficace avant le retour de ces dernières.

5. LA SEXUALITE DANS LE POST-PARTUM

La période du post-partum est régie par un ensemble de modifications :

- hormonales : avec une chute oestrogénique ;
- physiques : involution utérine, lochies, lactation ;
- psychologiques : changement de l'image du corps mais également de l'image de la femme qui se voit davantage comme une mère que comme une amante. Le nouveau-né devient alors sa première préoccupation ;
- sociaux : nouveau statut (la femme devient mère), réorganisation du couple. [12]

Ces modifications peuvent avoir un impact au sein du couple et notamment au niveau de la sexualité.

En effet, la venue d'un enfant constitue un changement majeur au sein du couple, qui nécessite un ajustement entre la vie conjugale et la fonction parentale. La reprise d'une activité sexuelle demande un temps d'adaptation qui est fonction du déroulement de l'accouchement, des sutures et des complications éventuelles, de la fatigue, de la sexualité antérieure. C'est pourquoi en moyenne, la reprise des premiers rapports sexuels survient 6 à 8 semaines après l'accouchement [13].

Effectivement, selon l'INPES, après la naissance, la reprise des rapports sexuels est progressive :

- 9 à 17% des couples ont des relations intimes avant 6 semaines ;
- 66 à 94% à 2 mois ;
- 88 à 95% à 3 mois ;
- 95 à 100% à 7 mois. [13]

Ces statistiques peuvent également évoluer différemment selon le choix de la femme d'allaiter son enfant. En effet, les femmes allaitantes ont moins de désir que les femmes qui n'allaitent pas et ont, de ce fait, une reprise plus tardive d'une activité sexuelle [13].

Selon l'article M-H Colson sur *la Sexualité féminine et étapes de la parentalité*, la présence de difficultés sexuelles dans le post-partum peut concerner jusqu'à 83% des femmes dans les trois premiers mois, ces difficultés continuent parmi 18 à 30% d'entre-elles dans les six mois [14].

Il existe également des troubles du désir sexuel féminin, ce trouble est plus fréquent en cas d'absence de relations sexuelles durant le premier trimestre de la grossesse ou en cas de crainte d'une nouvelle grossesse. En effet, la sexualité n'est pas forcément la priorité chez une femme qui éprouve des difficultés à se réapproprier un corps qui peut encore être douloureux ou déformé. Selon une étude britannique 57% des femmes interrogées témoignent de leur manque de désir 3 mois après leur accouchement, 33% des femmes déclarent avoir un désir sexuel inchangé par rapport à avant la grossesse et seulement 10% des femmes ont un désir plus important [14].

Des dyspareunies peuvent aussi venir altérer la vie sexuelle des jeunes parents. D'après une étude britannique ayant suivi près de 800 primipares durant les 6 premiers mois du post-partum, 62% d'entre-elles présentent une dyspareunie dans les 3 premiers mois, elles ne sont plus que 31% à s'en plaindre à 6 mois. En outre, les dyspareunies durant les 3 premiers mois sont plus fréquentes chez les femmes ayant accouchées par voie basse, tandis que celles qui perdurent au-delà du 6ème mois concernent davantage les femmes allaitantes, avec une régression à l'arrêt de l'allaitement [14].

Enfin, la fonction orgasmique des femmes dans le post-partum peut également être touchée. Effectivement, selon l'étude britannique précédemment citée, 33% des femmes décrivent des problèmes d'orgasme à 3 mois de leur accouchement, contre 23% à six mois. Cependant 14% des femmes qui se plaignent de dysorgasmie après l'accouchement, signalaient déjà ce problème avant la grossesse [14].

Des études récentes ont démontré que les mères qui allaitent leur enfant ont plus de difficultés à la reprise des relations sexuelles durant la période de leur allaitement. L'étude américaine de Rowland met en lumière les raisons de ces difficultés avec notamment une baisse de la libido, des saignements trop abondants, une fatigue exacerbée, elles se sentent moins attirantes. De plus, elles sont gênées par le réflexe d'écoulement de lait concomitant aux contractions utérines contemporaines de l'orgasme [14].

Toutes ces remarques nous incitent à penser qu'il faudrait éviter d'attendre la visite post-natale pour aborder avec le couple la question de la sexualité et de la contraception. Il est important de parler de ces sujets avant l'accouchement afin de prévenir l'apparition de troubles sexuels lors du post-partum qui pourraient se cristalliser voire se pérenniser si le couple n'y prend pas garde.

6. QUELLE CONTRACEPTION DANS LE POST-PARTUM ?

Le post-partum se définit comme la période qui débute dans les deux heures suivant la délivrance et qui se termine au retour de couches [15]. Le retour de couches est la reprise des menstruations après un accouchement, il survient en moyenne six semaines après, mais peut être différé en cas d'allaitement prolongé.

En raison des modifications biologiques de la femme durant cette période et de son allaitement, les moyens contraceptifs possibles avant la grossesse diffèrent de ceux permis après l'accouchement.

Tableau 1 : Comparaison du délai de prise de la contraception après un accouchement en fonction du type d'allaitement, d'après les recommandations de l'HAS [11]

Méthode	Allaitement maternel	Allaitement artificiel
Estro-progestatifs	6 mois	42 jours (6 semaines)
Progestatifs (pilule)	21 jours	21 jours
Implant	Dans les 1ers jours	Dans les 1ers jours
Injection intra-musculaire	Déconseillé	Déconseillé
DIU au lévonorgestrel	4 semaines	4 semaines
DIU au cuivre	4 semaines	4 semaines
Préservatifs masculins	Dans les 1ers jours	Dans les 1ers jours
Préservatifs féminins	Dans les 1ers jours	Dans les 1ers jours
Méthodes barrières	42 jours (6 semaines)	42 jours (6 semaines)

Afin de prescrire une contraception la plus efficace possible, nous nous intéressons à son indice de Pearl ainsi qu'à son efficacité pratique. Aucune méthode contraceptive n'est fiable à 100%. L'efficacité d'une méthode contraceptive est évaluée à partir de la probabilité d'une grossesse non désirée en dépit de son utilisation. L'efficacité théorique ou indice de Pearl mesure le pourcentage de grossesses apparues sur un an pour chaque moyen contraceptif utilisé de manière idéale et l'efficacité pratique évalue le pourcentage de grossesses apparues en situation courante.

Tableau 2 : Comparaison des indices de Pearl et de l'efficacité pratique des contraceptifs, selon l'OMS [16]

Méthode	Indice de Pearl	Efficacité pratique
Implant	0.05	0.05
DIU au lévonorgestrel	0.2	0.2
Injection intra-musculaire	0.3	3
Estro-progestatif (pilule)	0.3	8
Progestatifs (pilule)	0.3	8
DIU au cuivre	0.6	0.8
Préservatif masculin	2	15
Préservatif féminin	5	21
Diaphragme et spermicide	6	16
Méthodes naturelles	1 à 9	20
Capot cervical	9 à 26	16 à 32
Spermicide	18	29

6. 1. Le préservatif (masculin et féminin)

Le préservatif masculin ou féminin est le seul moyen contraceptif efficace contre les infections sexuellement transmissibles (IST). Il est donc indiqué si une protection contre les IST est recherchée.

Le préservatif masculin représente une solution de contraception possible dans la période du post-partum. Il peut être utilisé immédiatement après l'accouchement, même en cas de suture périnéale [11].

Le préservatif féminin apparaît d'utilisation plus délicate en cas d'accouchement par voie basse en raison des manipulations vaginales qu'il impose [11].

6. 2. Les méthodes hormonales progestatives

Les méthodes hormonales progestatives sont représentées par la pilule progestative, l'implant sous-cutané et l'injection intramusculaire.

Les contraceptions progestatives représentent la principale option à la sortie de la maternité. Effectivement, elles sont utilisables chez la femme en post-partum ne présentant pas de contre-indications. Quelque soit le type d'allaitement, les progestatifs seuls peuvent être utilisés à partir du 21^{ème} jour après l'accouchement [11].

- Il s'agira le plus souvent d'une pilule microprogestative, il en existe 2 types :
 - pilule au lévonorgestrel (Microval ®) ;
 - pilule au désogestrel (Cérazette ® ou Optimizette ®).

Ce sont des plaquettes de 28 comprimés identiques, ils sont tous actifs.

Le comprimé devra être pris quotidiennement à heure fixe sans interruption entre les différentes plaquettes, le retard de prise de la pilule ne doit pas dépasser 3 heures pour Microval ® et 12 heures pour Cérazette ® ou Optimizette ®.

En effet la démarche à suivre en cas d'oubli de pilule dépend du type de pilule et de la durée de l'oubli.

Si l'oubli est de moins de 12 heures pour Cérazette ® ou Optimizette ® ou de moins de 3 heures pour Microval ®, son efficacité est conservée. Il faut alors prendre immédiatement le comprimé oublié et poursuivre la plaquette à l'heure habituelle, sachant que 2 comprimés peuvent être pris le même jour.

Si l'oubli est de plus de 12 heures pour Cérazette ® ou Optimizette ®, ou de plus de 3 heures pour Microval ® la protection n'est plus complète. Il faut alors prendre immédiatement les derniers comprimés oubliés et poursuivre la plaquette en cours. Puis, pendant les 7 jours suivant l'oubli, il faut utiliser en même temps une contraception non hormonale (le préservatif est une alternative de choix).

Enfin, en cas de rapport sexuel dans les 5 jours précédant l'oubli, il faut prendre une contraception d'urgence. Et en cas d'inquiétude, il faut faire un test de grossesse 3 semaines après la date de l'oubli [17].

- L'implant à l'étonogestrel (Nexplanon ®), est une méthode à longue durée d'action. En effet, il est laissé en place pendant 3 ans. C'est une méthode intéressante en cas de problème d'observance. C'est pourquoi en pratique, il peut être posé durant le séjour à la maternité [11].

Il faudra informer la patiente des possibles effets indésirables de ces méthodes tels que des troubles menstruels à type de métrorragies, spotting ou aménorrhée qui sont souvent à l'origine d'une interruption de leur utilisation.

- Enfin, l'injection intramusculaire d'acétate de médroxyprogestérone (Dépo-provéra ®) est déconseillée en post-partum en raison des risques thrombogènes potentiels, de la diminution de la densité minérale osseuse et de la prise de poids [11].

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

L'allaitement maternel peut être une méthode contraceptive à condition de suivre des critères stricts.

La méthode MAMA inclut 3 critères :

- La lactation : un allaitement exclusif jour et nuit comprenant 6 à 10 tétées sur 24 heures et pas plus de 6 heures entre 2 tétées la nuit et pas plus de 4 heures le jour. Les tétées doivent avoir une durée minimale de 10 minutes ;
- L'aménorrhée : elle doit être persistante, c'est-à-dire une absence totale de règles ;
- Nombre de mois : la limite des 6 mois de naissance a été fixée car il correspond à l'introduction des aliments.

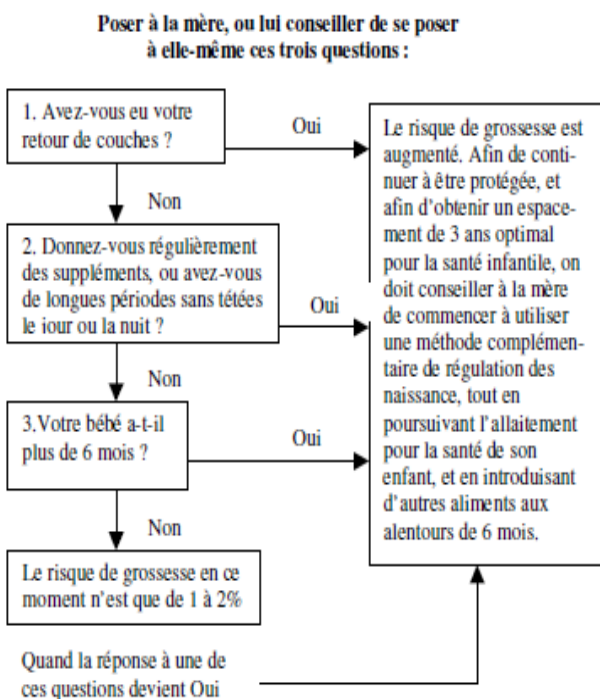


Fig 1. La MAMA

Si un de ces 3 critères n'est pas respecté, les utilisatrices de la méthode MAMA doivent avoir un autre moyen de contraception de relais.

Si la patiente remplit ces trois critères, et qu'elle souhaite utiliser cette méthode, on lui conseillera de se poser régulièrement ces trois questions afin de s'assurer que cette pratique est encore adaptée.

Pour aider le praticien et la femme, nous pouvons nous appuyer sur un arbre décisionnel simple.

Quant à l'efficacité de la méthode, les études sur le sujet ont globalement fait état d'un taux de grossesse à 6 mois d'environ 2% [18].

6. 4. Les dispositifs intra-utérins (DIU)

Les dispositifs intra-utérins sont représentés par le DIU au cuivre et le DIU au lévonorgestrel.

Quelque soit le type de DIU, ils sont utilisables chez la femme dans le post-partum que la femme allaite ou non. Bien que la pose d'un DIU au cuivre dans les 48 heures après un accouchement est possible mais n'est pas une pratique courante en France en raison du risque important d'expulsion, on préférera une pose à partir de 4 semaines après l'accouchement et notamment lors de la visite post-natale. Ce délai de 4 semaines est également retenu pour le DIU au lévonorgestrel [11].

- L'efficacité contraceptive du DIU au cuivre repose sur la toxicité du cuivre au niveau des gamètes et sur la réaction inflammatoire endométriale. Il n'a aucun impact sur le fonctionnement ovarien, ce qui conserve le cycle menstruel naturel, c'est pourquoi les règles seront habituellement plus longues et/ou plus abondantes. Le DIU au cuivre a une longue durée d'action, il est efficace entre 5 et 10 ans selon la surface du cuivre [11].

- L'efficacité contraceptive du DIU au lévonorgestrel est liée à sa libération hormonale locale de 20 µg par jour. Son mécanisme principal est une inhibition de la croissance endométriale, responsable du fort pourcentage d'aménorrhée. Cependant, le profil des saignements reste imprévisible avec parfois une oligoménorrhée ou des spottings. Le DIU au lévonorgestrel peut être laissé en place pendant 5 années [11].

7. LA CONTRACEPTION D'URGENCE

La contraception d'urgence empêche la survenue de grossesses imprévues, et permet de réduire le recours à l'IVG à la suite d'un rapport sexuel non ou mal protégé. Cependant, aucune méthode ne protège à 100% du risque de grossesse.

7.1. Méthode utilisant du lévonorgestrel (Norlevo ®)

Norlevo ® est un progestatif (lévonorgestrel) qui agit principalement en inhibant ou en retardant l'ovulation.

En pratique, il faut prendre un seul comprimé de 1.5 mg de lévonorgestrel dans les 72 heures (soit 3 jours) qui suivent le rapport à risque. Mais son action est d'autant plus efficace que le comprimé est pris tôt. En effet, s'il est pris dans les 24 heures après le rapport, son efficacité est de 95%, il passe à 85% entre 24 et 48 heures, pour chuter jusque 58% entre 48 et 72 heures. De plus, son efficacité est diminuée par les inducteurs enzymatiques et en cas d'indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 25 kg/m² [9].

Norlevo ® est en vente libre et ne nécessite aucune prescription médicale, de plus, son accès est anonyme et gratuit pour les mineures.

Cette méthode est possible dans le post-partum et selon le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT) la contraception d'urgence par Norlevo ® est utilisable en cours d'allaitement [19].

7.2. Méthode utilisant de l'ulipristal (EllaOne ®)

EllaOne ® contient de l'acétate d'ulipristal qui est un modulateur synthétique sélectif des récepteurs de la progestérone (SPRM). Il agit en inhibant ou en retardant l'ovulation via la suppression du pic de LH.

En pratique, il faut prendre un seul comprimé de 30 mg d'acétate d'ulipristal dans les 120 heures (soit 5 jours) après un rapport à risque. Mais comme pour la méthode précédente, son efficacité décroît avec le temps et EllaOne ® doit donc être pris le plus tôt possible. Toutefois, son efficacité est préservée si l'IMC est entre 25 et 34 kg/m², mais est modifié au-delà.

Cependant il est à noter que l'utilisation d'EllaOne ® peut amoindrir l'efficacité d'une contraception hormonale régulière. Par conséquent, si une femme souhaite commencer ou continuer l'utilisation d'une contraception hormonale, il faut lui conseiller d'utiliser une méthode barrière fiable jusqu'à ses règles suivantes [9].

EllaOne ® est également disponible sans ordonnance médicale, anonyme et gratuite pour les mineures.

Cette méthode est possible dans le post-partum, et d'après le CRAT, il n'est pas nécessaire de suspendre l'allaitement en cas de prise d'EllaOne ® [20].

7.3. Méthode utilisant le DIU au cuivre

Le DIU au cuivre a un effet cytotoxique sur les gamètes inhibant ainsi la fécondation. De plus, il provoque une inflammation locale de l'endomètre empêchant l'implantation de l'ovocyte fécondé dans l'utérus.

Le DIU peut être posé jusqu'à 5 jours après le rapport à risque, son efficacité est proche de 100%. Il peut permettre alors une contraception à long terme.

Cette méthode est délivrée sur une prescription médicale et doit être posée par un médecin ou une sage-femme.

Son inconvénient majeur est le risque infectieux. Si le contexte du rapport protégé est à haut risque d'infection sexuellement transmissible, son insertion est contre-indiquée [9].

Partie 2 : Matériel et Méthode - Résultats

1. MATERIEL ET METHODE

1.1. Objectifs et hypothèses

L'objectif principal de cette étude a été de mesurer l'écart entre les connaissances et les pratiques des femmes concernant la contraception du post-partum.

Secondairement, nous souhaitons proposer aux femmes une meilleure information en étant plus pertinents. Nous avons également pour but de mettre en place un nouvel outil pour améliorer l'accès des femmes à l'information.

A l'origine de ce travail, voici les différentes hypothèses que nous avons formulées :

- L'état des connaissances et des pratiques des femmes en matière de contraception varie selon le parcours individuel ;
- Les connaissances et les pratiques des femmes en matière de contraception du post-partum sont améliorées par l'abord du sujet durant la grossesse ;
- La contraception antérieure des femmes détermine le choix actuel de la contraception du post-partum ;
- Il persiste des représentations erronées sur la contraception dans le post-partum chez les femmes.

1.2. Type d'étude

Afin d'établir un état des lieux des connaissances théoriques et pratiques des femmes concernant la contraception du post-partum, nous avons réalisé une étude épidémiologique, observationnelle, analytique, transversale et monocentrique.

Il s'agissait donc d'une enquête auprès des femmes venant d'accoucher. Pour ce faire, nous avons élaboré un questionnaire afin de recueillir leurs représentations et leurs pratiques.

1.3. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire était composé de six parties distinctes [Annexe I] :

- Une première partie intitulée "Renseignements généraux"
- Une seconde partie intitulée "Votre suivi gynécologique"
- Une troisième partie intitulée "Votre grossesse actuelle"
- Une quatrième partie intitulée "La contraception après l'accouchement"
- Une cinquième partie intitulée "La contraception d'urgence"
- Une dernière partie intitulée "Evaluation et satisfaction"

Afin de faciliter l'exploitation des données et d'obtenir une meilleure participation des femmes, nous avons choisi une majorité de questions à choix multiples. Au total, le questionnaire était composé de 54 questions, dont 8 questions à réponse libre.

Le questionnaire a été testé par 2 femmes venant d'accoucher à la maternité, ainsi que de plusieurs personnes externes à la profession afin de juger de sa clarté et du temps nécessaire à y consacrer. En moyenne, ce temps a été estimé entre 10 et 12 minutes.

1.4. Modalités de réalisation de l'étude

Après avoir reçu les différentes autorisations nécessaires à la diffusion du questionnaire, la distribution de mon outil a débuté le 23 janvier 2017 et a pris fin le dimanche 5 février 2017 au sein des services de maternité 1 et 2 à l'Hôpital-Femme-Mère-Enfant (HFME) du Centre Hospitalier Régional (CHR) Metz-Thionville.

Dans un premier temps, nous nous rendions quotidiennement dans les différents services de maternité pour savoir quelles patientes étaient à J0 ou J1 de leur accouchement. Ce délai a été choisi car à ce stade de leur séjour, elles n'ont pas encore reçu par les sages-femmes hospitalières les conseils de sortie et notamment ceux concernant la contraception du post-partum. Ensuite, nous allions nous présenter à chacune des femmes afin d'expliquer notre démarche et demander leur autorisation pour leur participation à notre enquête. Dans un second temps, nous récupérions quotidiennement les questionnaires distribués la veille.

1.5. Aspects médico-légaux et réglementaires

Comme dans toute enquête, il est primordial de respecter l'anonymat des participants. Nous nous sommes donc attachés au cours de cette étude à respecter la confidentialité des données récoltées. C'est pourquoi, les questionnaires n'étaient pas nominatifs. Au préalable du questionnaire, nous rappelions aux femmes son caractère anonyme et confidentiel, ainsi que l'explication de l'étude.

1.6. Population étudiée - échantillonnage

Les critères d'inclusion à l'étude étaient :

- femmes ayant accouché à l'HFME du CHR Metz-Thionville ;
- hospitalisées en suites de couches ;
- majeures ;
- acceptant de participer à l'enquête.

Nous excluons les femmes présentant une barrière linguistique.

1.7. Méthodes d'analyse et statistique

La saisie des données et leur exploitation ont été effectuées via le logiciel Microsoft Office Excel 2007®. Le test de Fisher a été utilisé pour la comparaison de plusieurs variables via l'outil statistique en ligne BiostaTGV de l'université de Jussieu. Le seuil de signification statistique a été fixé à 0.05 (5%).

2. RESULTATS

2.1. Caractéristiques de la population

Sur la période d'enquête, 117 femmes ayant accouché à l'Hôpital Femme-Mère-Enfant du CHR Metz-Thionville ont été contactées. Neuf d'entre-elles ont été exclues car elles ne parlaient pas français. De plus, trois femmes ont refusé de participer à l'enquête et trois femmes n'ont pas rendu le questionnaire. Au total, 102 femmes ont été interrogées.

Tableau 3 (partie 1) : Caractéristiques des femmes interrogées - HFME CHR Metz-Thionville (23 janvier 2017 - 5 février 2017)

	Effectif (N=102)	Pourcentage (%)
Âge :		
▪ Moins de 20 ans	1	0.9
▪ De 20 à 24 ans	15	14.7
▪ De 25 à 29 ans	34	33.3
▪ De 30 à 34 ans	34	33.3
▪ De 35 à 39 ans	16	15.6
▪ De 40 à 44 ans	2	1.9
Origine géographique :		
▪ France Métropolitaine	73	71.5
▪ Afrique du nord	11	10.7
▪ Non renseigné	6	5.9
▪ Europe de l'est	4	3.9
▪ Afrique	4	3.9
▪ Europe du nord	3	2.9
▪ Europe du sud	1	0.9
Niveau d'études :		
▪ Enseignement supérieur	55	53.9
▪ CAP - BEP	21	20.5
▪ Baccalauréat	21	20.5
▪ Sans diplôme	5	4.9
Profession :		
▪ Employé	48	47.0
▪ Sans activité	20	19.6
▪ Cadre, profession intellectuelle supérieure	14	13.7
▪ Profession intermédiaire	9	8.8
▪ Artisan, commerçant, chef d'entreprise	5	4.9
▪ Ouvriers	3	2.9
▪ Autres	3	2.9
Lieu d'habitation :		
▪ Ville	62	60.7
▪ Village	35	34.3
▪ Non renseigné	5	4.9

Tableau 3 (partie 2) : : Caractéristiques des femmes interrogées - HFME CHR Metz-Thionville (23 janvier 2017 - 5 février 2017)

	Effectif (N=102)	Pourcentage (%)
Vit seule :		
▪ Oui	7	6.8
▪ Non	95	93.1
Orientation sexuelle :		
▪ Hétérosexuelle	101	99.0
▪ Homosexuelle	1	0.9
Etat civil :		
▪ Mariée	47	46.0
▪ Concubinage	26	25.4
▪ Pacsée	25	24.5
▪ Célibataire	4	3.9
Nombre d'enfants :		
▪ 1	43	42.1
▪ 2	41	40.2
▪ 3	15	14.7
▪ 4	3	2.9

Majoritairement, les 102 femmes interrogées étaient âgées de 25 à 34 ans. Elles étaient pour l'essentiel issues de France métropolitaine à 71.5%. Plus de la moitié des femmes provenaient de l'enseignement supérieur et 47% d'entre-elles étaient employées. Elles vivaient en ville (60.8%) et en couple (93.1%) pour la plupart. 46% étaient mariées. Enfin elles étaient en majorité primipares.

2.2. Suivi gynécologique des femmes

Tableau 4 (partie 1) : Suivi gynécologique des femmes interrogées - HFME CHR Metz-Thionville (23 janvier 2017 - 5 février 2017)

	Effectif (N = 102)	Pourcentage(%)
Régularité du suivi gynécologique :		
▪ Annuel	55	53.9
▪ Tous les 2 à 3 ans	16	15.7
▪ Rare	27	26.5
▪ Jamais	3	2.9
▪ Non renseigné	1	1.0
Moyen de contraception antérieur à la grossesse :		
▪ Pilule :	57	55.8
- Oestroprogestative	8	7.8
- Progestative	4	3.9
- Inconnue	45	44.1
▪ Stérilet :	16	15.7
- Cuivre	6	5.9
- Hormonal	7	6.9
- Inconnu	3	2.9
▪ Aucune	15	14.7
▪ Préservatif	12	11.8
▪ Implant	2	2.0
Information sur la contraception reçue via :		
▪ Le milieu médical	87	85.3
▪ Le milieu scolaire	45	44.1
▪ L'entourage	38	37.3
▪ Les médias	22	21.6
▪ Jamais reçu d'information	3	2.9

Tableau 4 (partie 2) : Suivi gynécologique des femmes interrogées - HFME CHR Metz-Thionville (23 janvier 2017 - 5 février 2017)

	Effectif (N=102)	Pourcentage (%)
Source d'information la plus claire :		
▪ Gynécologue-obstétricien	41	40.2
▪ Aucune parmi celles citées	15	14.7
▪ Médecins	14	13.7
▪ Sages-femmes	14	13.7
▪ Entourage	6	5.9
▪ Milieu scolaire	4	3.9
▪ Médias	4	3.9
▪ Jamais aucune information	3	2.9
▪ Pharmacien	1	1.0

Les femmes interrogées avaient un suivi gynécologique régulier pour la majorité d'entre elles, cependant on constate que celui-ci était rare ou absent pour 29.2% des femmes. Plus de la moitié des femmes prenaient une pilule avant la grossesse. Quant à l'information reçue sur la contraception, celle-ci provenait principalement du milieu médical (85.3%). L'information était la plus compréhensible lorsqu'elle était donnée par le gynécologue-obstétricien, cependant près de 15% d'entre elles estimaient qu'aucune source d'information citée n'était très claire.

2.3. Le suivi de la grossesse

Tableau 5 : Suivi de grossesse des femmes interrogées - HFME CHR Metz-Thionville (23 janvier 2017 - 5 février 2017)

	Effectif (N=102)	Pourcentage (%)
Professionnels ayant suivi la grossesse :		
▪ Gynécologue-obstétricien	69	67.7
▪ Sage-femme	65	63.7
▪ Médecin généraliste	6	5.9
Régularité du suivi :		
▪ Oui	98	96.1
▪ Non	3	2.9
▪ Ne sait pas	1	1.0
Préoccupée par la contraception du post-partum durant la grossesse :		
▪ Non	58	56.9
▪ Oui	32	31.4
▪ Ne sait pas	12	11.8

Durant leur grossesse, les femmes ont déclaré que le sujet de la contraception du post-partum n'était pas une préoccupation, en effet seulement un tiers d'entre elles s'en souciait.



Figure 1 : Taux d'évocation de la contraception du post-partum lors du suivi de grossesse (N=102)



Figure 2 : Moments d'évocation de la contraception du post-partum lors du suivi de grossesse (N=51)

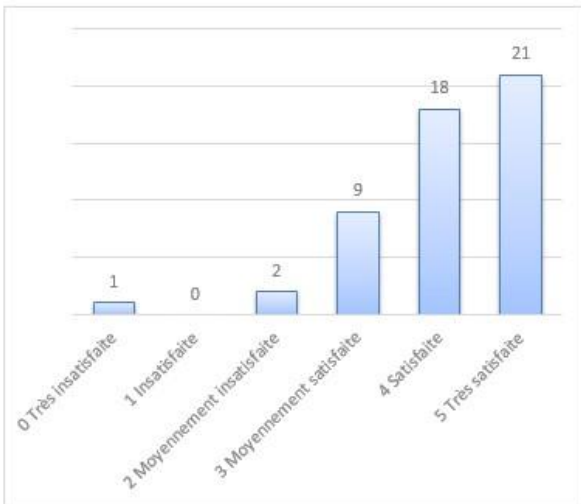


Figure 3 : Satisfaction des femmes sur l'information reçue (N=51)

Nous notons cependant que 50% d'entre elles ont reçu une information sur la contraception du post-partum durant leur grossesse, majoritairement (57%) lors d'une séance de préparation à la naissance et à la parentalité.

2.4. La contraception du post-partum

2.4.1. Généralité

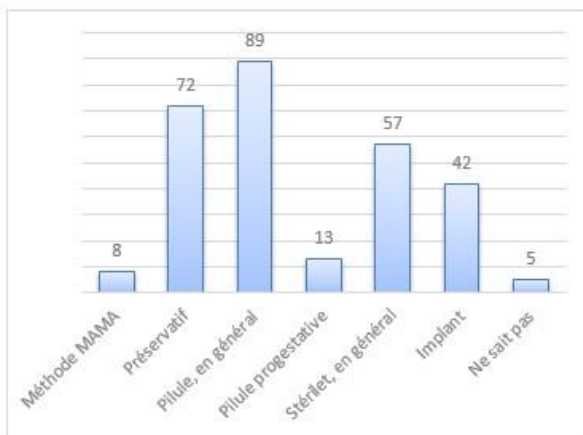


Figure 4 : Les modes de contraception du post-partum cités (N=102)



Figure 5 : L'activité sexuelle peut-elle être reprise dès le premier jour après un accouchement ? (N=102)



Figure 6 : Existe-t-il un risque de grossesse dès le 21^{ème} jour après un accouchement ? (N=102)

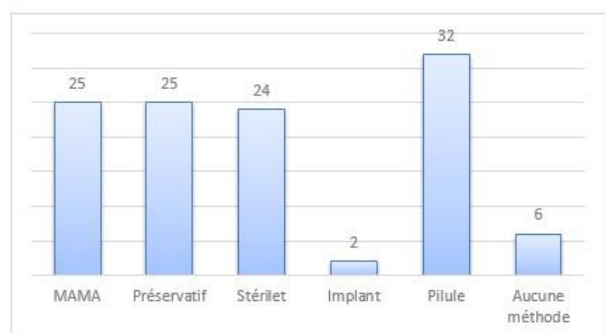


Figure 7 : Les méthodes contraceptives choisies pour le post-partum (N=102)

Aucune femme n'a cité de manière exhaustive tous les moyens de contraception possibles dans le post-partum. Cependant, on remarque qu'elles ont principalement cité la pilule de manière générale.

Uniquement 5% des femmes ont su que la reprise des rapports sexuels était possible dès les premiers jours après un accouchement. De plus, seulement 18% d'entre-elles avaient conscience qu'un risque de grossesse pouvait exister dès le 21ème jour après un accouchement.

Concernant le choix de la contraception pour le post-partum, les femmes ont principalement préféré utiliser une pilule.

2.4.2. La méthode MAMA

Tableau 6 : Femmes utilisant la méthode MAMA - CHR Metz-Thionville (23 janvier 2017 - 5 février 2017)

	Effectif (N=25)
Pense que l'allaitement maternel exclusif protège du risque de grossesse :	
▪ Non	17
▪ Oui	6
▪ Ne sait pas	2
Pense que l'allaitement mixte protège du risque de grossesse :	
▪ Non	20
▪ Ne sait pas	4
▪ Oui	1

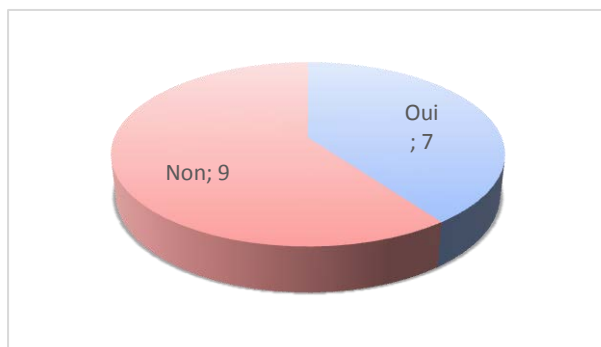


Figure 8 : Population étudiée : les femmes n'utilisant que la méthode MAMA (N=16). Pensez-vous que l'allaitement maternel exclusif protège du risque de grossesse ?

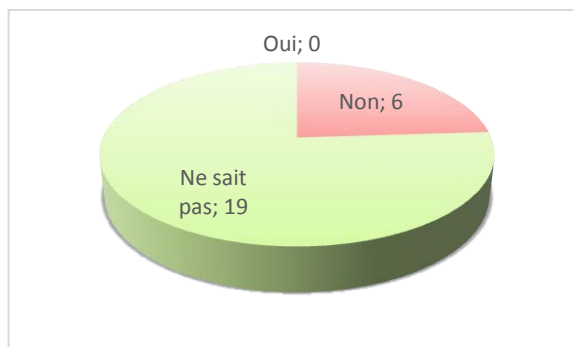


Figure 9 : Les femmes connaissent-elles tous les critères nécessaires pour que la méthode MAMA soit efficace ? (N=25)

17 femmes sur 25 utilisant la méthode MAMA pensaient que l'allaitement maternel exclusif ne protégeait pas du risque de grossesse.

De plus, parmi les 16 femmes qui n'ont souhaité utiliser que la méthode MAMA, 9 d'entre elles pensaient que l'allaitement exclusif n'était pas efficace comme contraception.

Aucune femme ne connaissait tous les critères pour que cette méthode soit efficace.

2.4.3. Le préservatif

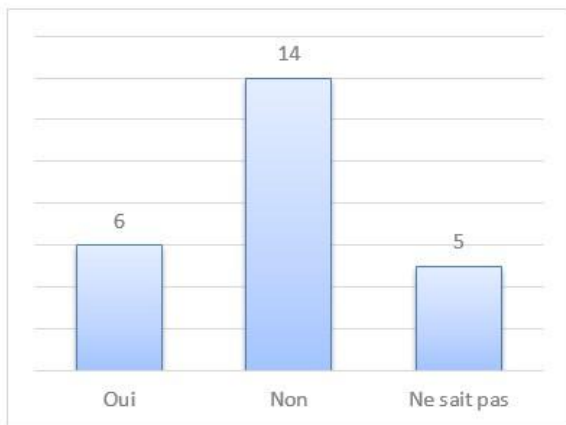


Figure 10 : Existe-t-il un délai d'utilisation du préservatif après l'accouchement ? (N =25)

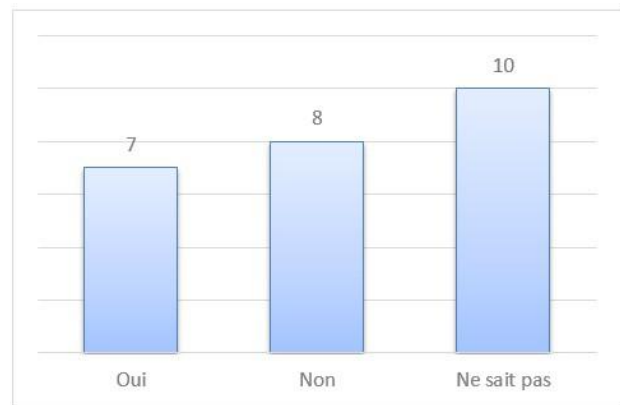


Figure 11 : Peut-on utiliser le préservatif malgré une suture périnéale ? (N =25)

Seulement 6 femmes sur 25 savaient que le préservatif pouvait être utilisé sans délai particulier. Et 18 femmes ignoraient qu'il pouvait s'utiliser malgré une suture périnéale.

2.4.5. Le stérilet

Tableau 7 : Femmes utilisant le stérilet - HFME CHR Metz-Thionville (23 janvier 2017 - 5 février 2017)

	Effectif (N=24)
Pense que le stérilet et l'allaitement sont compatibles :	
▪ Oui	17
▪ Ne sait pas	7
▪ Non	0
Sait qu'un stérilet peut être posé 4 semaines après un accouchement :	
▪ Non	11
▪ Oui	9
▪ Ne sait pas	4
Sait qu'un stérilet peut être laissé en place 5 ans :	
▪ Oui	12
▪ Non	8
▪ Ne sait pas	4
Souhaite utiliser un stérilet :	
▪ Au cuivre	12
▪ Ne sait pas	8
▪ Hormonal	4

Seulement 11 femmes sur 24 savaient qu'un stérilet pouvait être posé 4 semaines suivant un accouchement.

2.4.6. L'implant

Tableau 8 : Femmes utilisant l'implant - HFME CHR Metz-Thionville (23 janvier 2017 - 5 février 2017)

	Effectif (N=2)
Pense que l'allaitement et l'implant sont compatibles :	
▪ Oui	1
▪ Ne sait pas	1
▪ Non	0
Connait tous les effets secondaires possibles de l'implant :	
▪ Oui	1
▪ Non	1
▪ Ne sait pas	0
Pense que l'implant peut être posé dans les jours suivant un accouchement :	
▪ Oui	1
▪ Ne sait pas	1
▪ Non	0
Pense que l'implant peut être laissé en place 3 ans :	
▪ Oui	2
▪ Non	0
▪ Ne sait pas	0

Seulement deux femmes ont choisi l'implant. Sur ces deux femmes, l'une l'avait déjà avant sa grossesse, cette dernière a répondu correctement à toutes les questions concernant cette méthode.

2.4.7. La pilule

Tableau 9 : Femmes utilisant la pilule - HFME CHR Metz-Thionville (23 janvier 2017 - 5 février 2017)

	Effectif (N=32)	Pourcentage (%)
Sait que l'allaitement et la pilule sont compatibles :		
▪ Oui	19	59.4
▪ Ne sait pas	10	31.2
▪ Non	3	9.4
Connait toutes les modalités d'utilisation de la pilule lors du post-partum :		
• Ne sait pas	17	53.1
• Non	14	43.8
• Oui	1	3.1
Sait que la pilule doit être prise tous les jours à la même heure :		
▪ Oui	27	84.4
▪ Ne sait pas	5	15.6
▪ Non	0	0.0

Sur les 32 femmes qui ont décidé d'utiliser la pilule dans le post-partum, seulement une seule femme connaissait toutes les modalités d'utilisation de la pilule.



Figure 12 : La pilule doit-elle être débutée le 21^{ème} jour après un accouchement ? (N = 32)



Figure 13 : Le délai maximal d'oubli est-il de 12 heures ? (N = 32)



Figure 14 : Pensez-vous que l'on doit enchaîner les plaquettes ? (N = 32)



Figure 15 : Connaissez-vous la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule ? (N = 32)

Uniquement 31% des femmes souhaitant la pilule savaient que la pilule devait être débutée dès le 21ème jour après l'accouchement, et 62% ignoraient que le délai d'oubli maximal est de 12 heures. Enfin 69% ignoraient qu'il n'existait aucune pause entre les plaquettes.

Tableau 10 : Conduite à tenir des femmes en cas d'oubli de pilule - HFME CHR Metz-Thionville (23 janvier 2017 - 5 février 2017)

	Effectif (N=32)	Pourcentage (%)
En cas d'oubli de pilule, elle se réfère a minima au document d'information dont elle dispose :		
• Non	15	46.9
• Oui	14	43.7
• Ne sait pas	3	9.4
Sait qu'en cas d'oubli de pilule et de rapport non protégé il faut prendre le comprimé oublié et une contraception d'urgence :		
▪ Non	15	46.88
▪ Oui	11	34.38
▪ Ne sait pas	6	18.75

Aucune femme ne connaissait entièrement la conduite à tenir en cas d'oubli d'un comprimé et seulement 43.7% des femmes ont déclaré se référer au document d'information dont elle disposait en cas d'oubli de pilule

2.4.8. Aucune méthode

Tableau 11 : Femmes ne souhaitant aucune méthode - HFME CHR Metz-Thionville (23 janvier 2017 - 5 février 2017)

	Effectif (N=6)
Ne souhaite choisir aucune méthode en raison de :	
▪ Désir d'un autre enfant	3
▪ Méthode définitive souhaitée	1
▪ Ne sait pas encore quelle méthode choisir	1
▪ Couple homosexuel	1

2.5. La contraception d'urgence

Tableau 12 : Connaissances des femmes sur la contraception d'urgence - HFME CHR Metz-Thionville (23 janvier 2017 - 5 février 2017)

	Effectif (N=102)	Pourcentage (%)
Connaît la contraception d'urgence :		
▪ Oui	83	81.37
▪ Non	19	18.63
Méthodes citées :		
▪ Pilule	79	77.5
▪ Aucune	23	22.5
▪ Stérilet	0	0
A déjà eu recours à la contraception d'urgence :		
▪ Non	80	78.4
▪ Oui	22	21.6
Pense que la contraception d'urgence protège à 100% du risque de grossesse :		
▪ Non	68	66.7
▪ Ne sait pas	28	27.4
▪ Oui	6	5.9

Plus de 80% des femmes connaissaient la contraception d'urgence, mais aucune femme n'a cité le stérilet comme étant un moyen de contraception d'urgence. Enfin, un tiers des femmes ignorait que la contraception d'urgence ne protège pas à 100% du risque de grossesse.



Figure 16 : Peut-on utiliser la contraception d'urgence dans le post-partum ? (N = 102)



Figure 17 : La contraception d'urgence est-elle compatible avec un allaitement maternel ? (N = 102)

Seulement, 23% des 102 femmes ont su que la contraception d'urgence était possible dans le post-partum et 11% uniquement pensaient qu'elle était compatible avec l'allaitement.

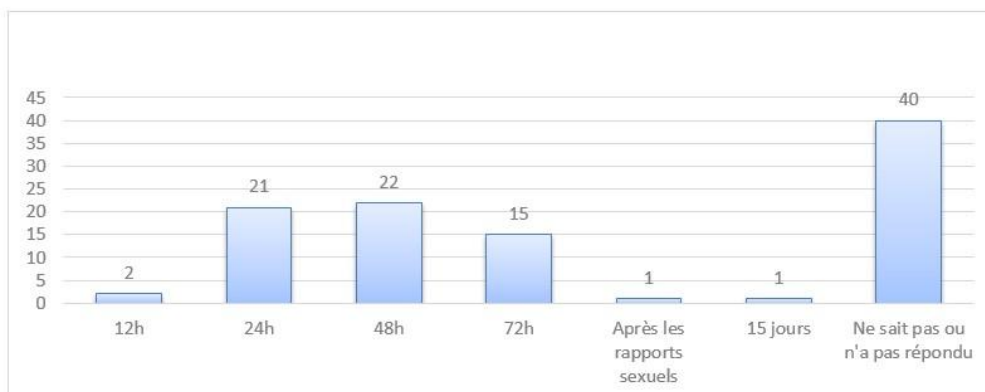


Figure 18 : Estimation du délai maximal d'utilisation de la contraception d'urgence (N = 102)

2.6. Evaluation et satisfaction

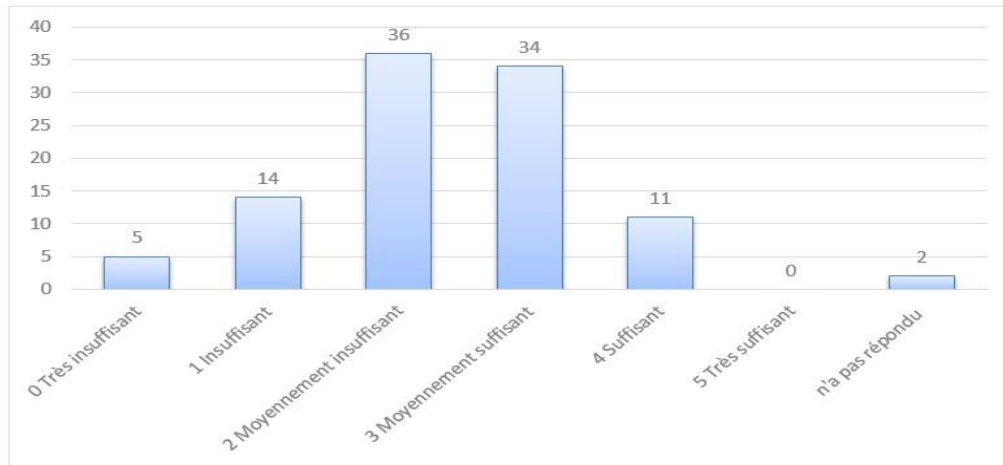
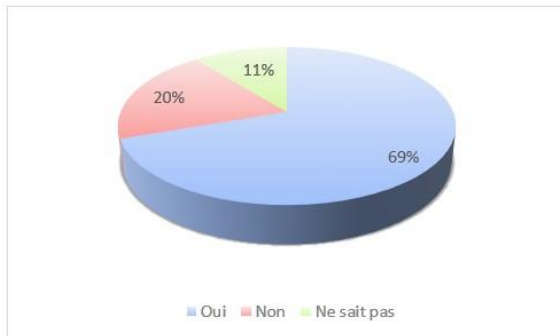


Figure 19 : Estimation par les femmes de son niveau de connaissance en matière de contraception du post-partum ? (N = 102)



La majorité des femmes aurait aimé que le sujet soit davantage abordé durant la grossesse. Ce chiffre est paradoxal car elles avaient déclaré que le sujet de la contraception du post-partum les avait préoccupées durant leur grossesse pour seulement un tiers d'entre elles.

Figure 20 : Pensez-vous que la contraception du post-partum devrait être plus abordée durant la grossesse ? (N=102)

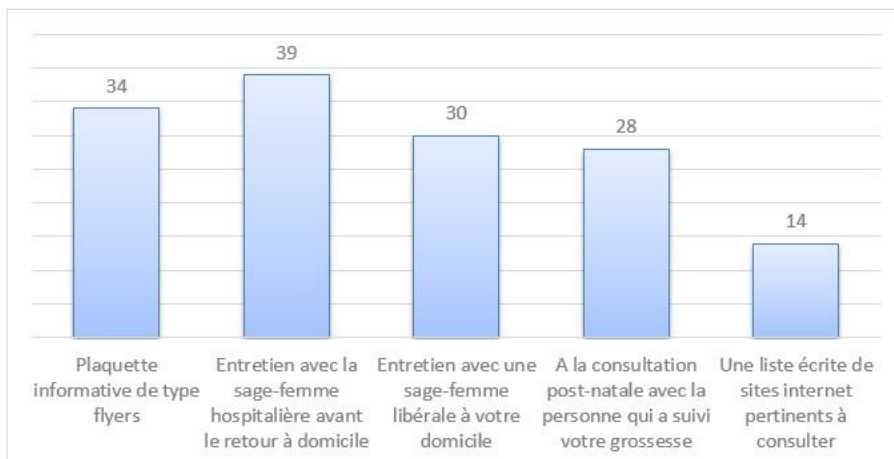


Figure 21 : Avis quant au meilleur mode de diffusion de l'information concernant la contraception du post-partum (N = 102)

Enfin, les femmes ont déclaré que le meilleur moyen de diffusion de l'information serait un entretien à la maternité avec la sage-femme hospitalière et en seconde position, la distribution d'une plaquette informative.

Partie 3 : Analyse et discussion

1. DISCUSSION

1.1. Biais et limites

Un des biais de cette étude était celui de sélection. En effet, le recueil de données se faisait par l'intermédiaire d'un questionnaire. De ce fait, les patientes ne parlant pas français ont été exclues de l'étude, soit 9 femmes ou 7.7% des 117 femmes contactées au départ. Ces femmes étaient pourtant celles présentant un risque accru d'une mauvaise utilisation des méthodes contraceptives en raison d'une mauvaise compréhension des conseils donnés.

Nous retrouvions également un biais de déclaration car l'information que les patientes disaient avoir reçue durant leur grossesse pouvait ne pas correspondre à l'information que le professionnel avait donnée et ceci à cause d'une mauvaise compréhension ou d'un biais de mémorisation. Effectivement, entre le moment où les femmes ont reçu l'information et le moment où elles ont répondu au questionnaire, elles ont pu en oublier une partie.

Enfin, il existait un dernier biais. Les femmes, au moment de répondre au questionnaire, n'avaient pas encore reçu l'information sur la contraception du post-partum donnée par les sages-femmes hospitalières. Ainsi, l'utilisation future de leur contraception pouvait ne pas correspondre en tout point aux réponses apportées. Il aurait été intéressant d'évaluer leurs connaissances à distance du séjour à la maternité afin d'évaluer de façon optimale leur utilisation.

Sur les 105 questionnaires distribués, seulement 3 n'ont pas été récupérés, soit un taux de participation de plus de 97% traduisant une bonne participation des patientes. Mais malgré ce fort taux de participation, le manque de puissance doit être pris en compte et vient nuancer les résultats.

1.2. Analyse des résultats

1.2.1. Caractéristiques de la population

Les caractéristiques de notre population d'étude ont été comparées aux caractéristiques générales de la population retrouvées dans l'enquête périnatale de 2010 [21] afin d'analyser leur représentativité. Nous n'avons pas pu les comparer avec ceux de l'enquête périnatale de 2016 car les résultats n'ont pas encore été publiés.

Concernant l'âge, la parité, la situation familiale et le niveau d'étude, les données étaient similaires.

A propos des méthodes contraceptives utilisées par les femmes avant leur grossesse, nos résultats différaient de ceux de l'enquête de périnatalité. En effet, dans notre enquête, 55.4 % des femmes ont

pris la pilule contre 80.4% pour l'enquête de périnatalité. De plus, 14.7% des femmes n'ont pris aucune méthode contre seulement 8.3% dans l'enquête de 2010. Cet écart s'explique probablement plus par une mauvaise compréhension de la question de notre questionnaire que par une difficulté d'accès la contraception. En effet, la question concernant la contraception antérieure à la grossesse a pu être interprétée comme celle portant sur les mois précédents la grossesse et non pas comme la dernière méthode utilisée. Il est fort possible que les femmes ayant planifié leur grossesse aient de ce fait stoppé leur contraception, ce qui explique la différence des résultats des deux enquêtes.

1.2.2. Ecart entre connaissances et pratiques

Afin d'avoir une meilleure vision des résultats et du niveau de connaissance des femmes, nous avons réalisé des scores pour chaque méthode contraceptive choisie. Ce score quantifiait le nombre de bonnes réponses de chaque femme sur les modalités d'utilisation de la méthode contraceptive choisie. Sachant qu'une bonne réponse "donnait" un point, et qu'une mauvaise n'en donnait pas mais n'en faisait pas perdre. Pour la méthode MAMA, le préservatif, le DIU et l'implant, il y avait deux questions concernant leur utilisation, tandis que pour la pilule il y en avait quatre.

Nous avons distingué l'utilisation de la pilule de la connaissance de la conduite à tenir en cas d'oubli, ce qui nous a donné le score d'oubli. Enfin, pour les femmes utilisant une méthode autre que la méthode MAMA et le préservatif, nous avons établi un score d'allaitement, qui représentait la connaissance des femmes sur la compatibilité de la méthode contraceptive choisie et de la contraception d'urgence avec l'allaitement maternel.

Ces scores nous ont également permis d'avoir un meilleur outil de comparaison pour les corrélations.

Tableau 13 : Représentations des scores des femmes participant à l'étude.

Scores	0	1	2	3	4	Moyenne	Ecart- type
MAMA	17	6	2			0,40	0,63
Préservatif	15	7	3			0,52	0,71
Stérilet	9	9	6			0,87	0,79
Implant	1	1	0			0,50	0,71
Pilule	4	6	17	4	1	1,75	0,95
Conduite à tenir si oubli de pilule	21	11	0			0,34	0,48
Compatibilité allaitement	20	32	5			0,74	0,61

Nous avons constaté que pour la méthode MAMA, le préservatif et le stérilet, la majorité des femmes interrogées n'a obtenu aucune bonne réponse. Concernant la pilule, elles ont majoritairement eu deux bonnes réponses sur quatre mais concernant la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule, les deux tiers n'ont eu aucune bonne réponse. Ces résultats attestent d'une méconnaissance globale des femmes concernant l'utilisation de leur moyen contraceptif, quel qu'il soit.

Effectivement, concernant l'utilisation de la méthode MAMA, aucune femme interrogée ne connaissait tous les critères nécessaires pour une protection efficace. Ces lacunes exposent les femmes à un risque de grossesse plus important.

A propos du préservatif, la majorité des femmes ignorait qu'il n'existe pas de délai d'utilisation, tout comme elles ne savaient pas qu'il peut être utilisé malgré une suture périnéale. Ces méconnaissances peuvent diminuer le recours au préservatif dans le post-partum, alors que c'est une méthode disponible sans ordonnance, facile d'accès et d'utilisation.

Au sujet de la pilule progestative, les femmes savaient majoritairement qu'il faut prendre un comprimé par jour à heure fixe. En revanche, elles ignoraient la date à laquelle il faut commencer la pilule, mais également le délai maximal d'oubli. Enfin, seulement un tiers savait qu'il n'y a pas de pause d'une semaine entre les plaquettes. De plus, sur les 32 femmes souhaitant utiliser la pilule progestative, les deux tiers ignoraient le comportement à adopter en cas de mésusage de la pilule et notamment du recours à la contraception d'urgence lors d'un rapport mal protégé.

Enfin, la majorité des femmes ignorait si la méthode contraceptive choisie ou la contraception d'urgence sont compatibles avec un allaitement maternel. Ce constat laisse supposer qu'une ignorance des différentes compatibilités pourrait être responsable d'une inobservance du traitement par crainte du passage des produits dans le lait maternel, entraînant une moindre efficacité de la méthode. C'est pourquoi il est important de préciser aux femmes l'innocuité des méthodes pour obtenir une meilleure adhésion à la contraception choisie.

Le manque global de connaissances des femmes sur la contraception du post-partum expose la femme à des conduites à risque.

C'est pourquoi, l'HAS recommande aux professionnels de santé "d'informer sur :

- les différentes méthodes contraceptives utilisables chez la femme qui allaite ou non : mode d'emploi, efficacité en pratique courante, durée d'utilisation, contre-indications, risques et effets indésirables possibles [...], procédure pour l'instauration et l'arrêt (ou le retrait du moyen contraceptif), coût, remboursement... ;
- les différentes possibilités de rattrapage en cas de rapport non ou mal protégé (contraception d'urgence), leur efficacité et leurs conditions d'accès." [11]

Nous pouvons par conséquent suggérer que mettre en application les recommandations citées de l'HAS pourrait être un moyen de contrer les écarts constatés entre les connaissances des femmes et leurs pratiques réelles, évoquées plus haut.

1.2.3. Influence du parcours individuel de la femme

Nous avons défini le parcours individuel comme étant l'âge, l'origine géographique, le niveau d'étude, la profession, le lieu d'habitation, l'état civil, la parité et la régularité du suivi gynécologique.

En raison du faible effectif des femmes vivant seules, nous avons choisi de ne pas réaliser de corrélations avec cet élément de comparaison. Il en est de même pour les femmes étant en couple homosexuel.

Nous avons comparé les scores obtenus pour chaque méthode avec un des critères du parcours individuel afin de déterminer si les possibles différences observées avaient une signification statistique.

Il est apparu que, pour les critères de l'origine géographique, de la profession, du lieu d'habitation, de l'état civil et de la parité, aucune influence significative n'a été prouvée excepté pour les critères de l'âge et de la régularité du suivi gynécologique, pour la pilule uniquement. Nous avons constaté que le score obtenu, bien que faible, est significativement supérieur pour une tranche d'âge de 30 à 34 ans. Il en est de même lorsque la femme a un suivi gynécologique régulier. En revanche, les scores n'étaient pas meilleurs pour les autres méthodes.

Nous avons également constaté que les femmes ayant effectué des études supérieures avaient une meilleure connaissance de la compatibilité de la méthode choisie et/ou de la contraception d'urgence avec l'allaitement maternel.

Vous trouverez les tableaux des scores en annexes II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX.

Nous pouvons donc infirmer que le parcours individuel des femmes dans son ensemble influe sur une meilleure connaissance de l'utilisation de la contraception choisie dans le post-partum à quelques exceptions près. Les professionnels de santé doivent alors donner l'information la plus entière et la plus claire possible à chaque femme.

1.2.4. Influence de l'abord de la contraception du post-partum durant la grossesse

De la même manière, nous avons testé les corrélations éventuelles des différents scores avec l'abord du sujet de la contraception du post-partum durant la grossesse. Vous trouverez les tableaux en annexes X.

Tout d'abord, nous avons constaté que le sujet a été abordé durant la grossesse pour la moitié des femmes. Mais, malgré cette évocation, leurs connaissances ne s'en sont pas trouvées améliorées et aucune différence statistique ne permet de dire que les femmes ayant reçu une information durant leur grossesse ont de meilleurs résultats que les autres.

Ce constat peut s'expliquer en partie par leur désintérêt pour ce sujet, car seulement 31.4% d'entre elles ont déclaré avoir été préoccupées par la contraception du post-partum durant leur grossesse. Elles estimaient l'information trop prématurée et auraient préféré que ce sujet soit abordé à la maternité.

En revanche, 69.6% de l'échantillon aurait aimé que ce thème soit davantage traité durant la grossesse, ce qui est paradoxal. La principale raison évoquée était le souhait d'une information plus globale. Celle-ci présenterait toutes les méthodes possibles et pas uniquement la pilule, afin de permettre aux femmes d'optimiser leur choix.

Nous pouvons supposer qu'après avoir accouché, les femmes prennent conscience de leur besoin en matière de contraception du post-partum, et a posteriori, aimeraient plus d'information afin d'y être mieux préparées au moment voulu.

Cependant, notre résultat est à nuancer car selon l'étude Danneels, l'évocation du sujet durant la grossesse influence significativement les connaissances des femmes. De plus, cette étude met en évidence une meilleure disponibilité des femmes en anténatal [22]. Cette période constitue un moment adapté pour les patientes car elles sont plus réceptives et disposent de davantage de temps. Elles peuvent ainsi anticiper avant le séjour à la maternité, réfléchir aux informations reçues, dans l'optique de pouvoir poser des questions ultérieures.

Cet élément est intéressant, notamment pour les méthodes à longue durée d'action comme le dispositif intra-utérin ou l'implant. Ainsi, la femme souhaitant utiliser une de ces méthodes pourrait y réfléchir en amont afin de prendre une décision raisonnée, ce qui permettrait une prescription dès la sortie de la maternité. Cela permettrait une pose la plus rapide possible, et particulièrement lors de la visite post-natale.

De plus, l'abord du sujet durant la grossesse permettrait de favoriser la participation du partenaire et d'impliquer alors le couple dans le choix contraceptif. Selon l'INPES, l'accord du partenaire a un impact positif sur le suivi de la méthode [23].

En outre, l'HAS recommande de débiter l'information sur la contraception du post-partum dès la grossesse, de la poursuivre à la maternité et enfin de la consolider lors de la visite post-natale [11]. Effectivement, l'information, pour qu'elle soit optimale, doit être donnée à des temps différents afin que la patiente puisse se l'approprier. En effet, nous avons pu remarquer précédemment qu'un suivi gynécologique régulier, donc des informations réitérées, permettait une meilleure connaissance de l'utilisation de la pilule.

Dans notre étude, l'information sur la contraception du post-partum durant la grossesse provient dans 57% des cas d'une séance de PNP. Il convient de continuer à valoriser et encourager la participation des femmes et couples aux cours de préparation à la naissance et à la parentalité.

En conclusion, nous pouvons affirmer que, malgré nos résultats indiquant une absence de lien entre l'évocation de la contraception lors de la grossesse et une meilleure utilisation de celle-ci, nous ne

pouvons pas sous-estimer l'utilité de cette information. De par les autres études citées et la meilleure connaissance des femmes sur la pilule lorsqu'elles ont eu un suivi gynécologique régulier, nous ne pouvons qu'insister sur l'intérêt d'une information anténatale, celle-ci pourrait naturellement s'effectuer au cours des séances de PNP.

1.2.5. Influence de la contraception antérieure à la grossesse

Suite à notre enquête, nous avons pu constater que près de la moitié des femmes conservait la même contraception avant et après leur grossesse. Nous avons alors voulu savoir si les femmes qui conservaient leur méthode contraceptive avaient une meilleure connaissance de l'utilisation de la méthode en post-partum.

Suite à l'analyse statistique, nous avons constaté qu'il n'y avait pas de différence significative entre les femmes qui conservaient ou qui changeaient de méthode. En effet, les femmes qui reprenaient le même moyen contraceptif n'avaient pas de meilleurs résultats.

Vous trouverez le tableau en annexe XI.

Le fait de conserver le même moyen contraceptif n'est donc pas un gage de qualité, et ce résultat peut sous-entendre que des lacunes dans l'utilisation de la contraception utilisée existaient déjà avant la grossesse.

Ces lacunes peuvent laisser penser à une mauvaise adhésion des femmes à leur contraception. La contraception choisie n'est peut-être pas adaptée à leur profil, elles ne connaissent sans doute pas toutes les possibilités contraceptives, anténatales comme postnatales. En effet, aucune patiente n'a su citer toutes les méthodes possibles dans le post-partum. Par conséquent, elles peuvent alors ne pas trouver la méthode la plus adaptée à leur besoin par simple méconnaissance.

En effet, pour être bien acceptée et bien suivie, une méthode contraceptive doit être adaptée à chaque femme et choisie avec elle, en fonction de ses antécédents et de sa réalité quotidienne. En matière de contraception, le fait de pouvoir permettre aux personnes de choisir est associé, selon l'INPES, "à une plus grande satisfaction ainsi qu'à une meilleure utilisation des méthodes : un choix adapté pourrait améliorer l'efficacité pratique des méthodes contraceptives" [23]. Mais, trouver la contraception qui correspond le mieux peut nécessiter plusieurs consultations, ainsi l'abord du sujet anténatal est primordial.

Ainsi, la dispensation de l'information de la contraception du post-partum doit être perçue comme étant un moment charnière de la vie d'une femme et un moment opportun afin de mettre à niveau les connaissances sur la contraception en général.

1.2.6. Persistance de représentations erronées

Comme il est dit précédemment, 5% des IVG en France se réalisent dans les 6 mois suivant une naissance. Deux facteurs pourraient, entre autres, expliquer ce chiffre : l'idée d'une part que la période

du post-partum n'est pas à risque de grossesse et d'autre part, que l'allaitement constitue une bonne méthode contraceptive.

Effectivement, au vu des résultats de notre étude, nous nous sommes aperçus qu'il existait encore des fausses représentations. Près d'un tiers (33.7%) des femmes pensait qu'un risque de grossesse n'est possible qu'après le retour de couches. C'est pourquoi nous pouvons nous référer à l'HAS qui recommande de délivrer une information sur la reprise de l'ovulation et notamment "qu'à partir du 21ème jour, il existe un retour de fertilité et qu'une contraception devient donc nécessaire" [11].

De plus, concernant la méthode MAMA, 6 femmes sur 25 utilisant cette méthode pensaient que l'allaitement exclusif protège du risque de grossesse. En revanche, aucune femme n'a cité tous les critères pour que cette méthode soit efficace. Nous nous apercevons qu'une certaine partie de la population pense encore que l'allaitement maternel est contraceptif quelles qu'en soient les pratiques. Ce constat peut être renforcé car 5 femmes sur 25 pensaient qu'un allaitement mixte protège également du risque de grossesse. L'HAS recommande d'informer pour la méthode choisie sur son mode d'emploi, son efficacité en pratique courante et sa durée d'utilisation [11]. Ce qui est primordial en cas d'utilisation de la méthode MAMA.

C'est pourquoi, il serait intéressant de suivre les recommandations de l'HAS afin de combattre les représentations erronées qui subsistent en matière de reprise de l'ovulation et d'allaitement, qui peuvent exposer la femme à un risque de grossesse.

2. PROJETS D'ACTION

Afin d'améliorer les connaissances des femmes et de permettre une meilleure maîtrise du risque de grossesse dans le post-partum, et au vu des constats que nous avons formulés ci-dessus, nous proposons plusieurs actions :

- Continuer à encourager les professionnels de santé et notamment les sages-femmes à débiter l'information sur la contraception du post-partum dès la grossesse comme le préconise l'HAS [11]. Cette information peut être donnée lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, mais également, lors de la consultation de fin de grossesse. Cette information doit être actualisée, pertinente et adaptée à chaque patiente.
- Favoriser la prescription par les sages-femmes, à la sortie de la maternité, d'une contraception efficace (accord professionnel), et préconiser de la débiter au plus tard 21 jours après l'accouchement (grade B) [24].
- Encourager les sages-femmes à la prescription d'un DIU à la sortie de la maternité, si cette contraception est choisie, afin qu'il soit posé lors de la consultation post-natale (grade B). Préférer les contraceptions dites de longue durée type implant ou DIU chez les patientes à

risque d'être perdues de vue et discuter de leur insertion avant la sortie de la maternité (grade B) [24].

- Mettre à la disposition des femmes des plaquettes informatives complètes comprenant des liens vers des sites internet pertinents à consulter en cas de besoin. Dans notre étude, 33.3% des femmes estiment que c'est le meilleur moyen de diffusion de l'information, après l'entretien avec une sage-femme hospitalière avant le retour à domicile. De plus, l'étude Danneels prouve que lorsque l'information orale est associée à une information écrite, 61% des patientes retiennent la totalité des informations données contre 36% sans support écrit [22]. La remise d'une information écrite couplée à une information orale permet donc de mieux mémoriser et d'intégrer les conseils et informations donnés par le professionnel de santé. Nous proposons en annexe XII, une forme possible de plaquette informative.

- Une étude américaine de 2003, menée par le professeur Jackson a comparé 2 groupes de femmes sortant de la maternité. L'un a reçu une prescription conjointe comprenant contraception et contraception d'urgence ; l'autre une prescription pour une contraception uniquement. Il a été mis en évidence un recours plus fréquent à la contraception d'urgence des femmes en cas de rapport non ou mal protégé si elle avait été prescrite à la sortie de la maternité. L'étude montre également que le recours à une contraception d'urgence n'est pas dû à une moins bonne utilisation de la contraception initiale, mais à une meilleure disponibilité de la contraception d'urgence. En effet, la contraception initiale était prise de la même manière dans les deux groupes [25].

C'est pourquoi nous pouvons affirmer qu'il faut mieux informer les femmes sur les possibilités de rattrapage en cas de rapport non ou mal protégé, sur les conditions d'accès à la contraception d'urgence, mais également sur les conduites à tenir en cas d'oubli de pilule.

Mais, malgré le cadre législatif qui autorise une femme à se procurer une contraception d'urgence sans ordonnance, il est préférable qu'elle quitte la maternité avec une prescription pour une contraception d'urgence. Elle l'aura ainsi à disposition et son coût ne pourra pas être un frein à son recours.

- Encourager une relation sage-femme/patient qui favorise l'aide au choix plutôt qu'une simple prescription. Ceci peut se faire en appliquant la méthode BERCER de l'OMS [Annexe XIII] qui propose un déroulement de la consultation et du suivi en six étapes qui sont plus ou moins approfondies selon la personne et les besoins du moment. Le professionnel de santé en adoptant une démarche éducative qui s'adapte à la patiente, permet de créer une situation de confiance, favorable à l'échange [23].

De manière générale, il faut encourager une démarche individuelle d'aide au choix à travers un diagnostic éducatif [Annexe XIV]. Ce dernier permet à la patiente, en collaboration avec le professionnel, d'identifier ses besoins, d'appréhender les différents aspects de sa personnalité et de prendre en compte ses demandes [23].

CONCLUSION

Au terme de cette étude, nous avons constaté que les connaissances des femmes, tant théoriques que pratiques, en matière de contraception du post-partum sont globalement insuffisantes. Des lacunes ont été observées au sein de chaque contraception choisie exposant la femme à des conduites à risques et expliquant le nombre de nouvelles grossesses dans les six mois suivant une précédente grossesse.

Nous avons également pu remarquer que le parcours individuel des femmes n'influence pas de manière évidente les représentations des femmes.

Ce constat a pu être renouvelé concernant la contraception antérieure à la grossesse. En effet, le fait de conserver la même contraception après la grossesse ne permet pas pour autant une meilleure utilisation de celle-ci. Ce résultat peut amener à nous interroger sur la qualité de l'observance du moyen contraceptif précédant la grossesse.

Notre étude a démontré que l'abord de la contraception du post-partum durant la grossesse ne permet pas une meilleure connaissance du sujet. Cependant, ce résultat est à nuancer car d'autres études prouvent le contraire.

Enfin, nous avons pu affirmer qu'il persistait des représentations erronées, notamment sur la reprise de la fertilité, et sur les effets de l'allaitement maternel.

Tous ces résultats doivent inciter les sages-femmes à débiter l'information concernant la contraception du post-partum durant la grossesse. Cette information doit être loyale, claire et adaptée à la femme, en se référant le plus possible aux recommandations de l'HAS. La sage-femme doit également aider la patiente dans son choix contraceptif, afin de favoriser une meilleure adhésion à la méthode. De plus, l'information sur la contraception du post-partum doit être également une opportunité pour parler des conduites à tenir en cas d'oubli de pilule et les possibilités de rattrapage en cas de rapport non ou mal protégé. Enfin, il pourrait être pertinent de prescrire en plus d'une contraception classique, une contraception d'urgence, afin de permettre un meilleur recours à celle-ci.

Toutefois, il serait intéressant de poursuivre cette étude en recontactant les femmes déjà interrogées. En effet, une fois la visite post-natale effectuée une prolongation de notre étude pourrait être envisagée, afin de déterminer l'évolution des connaissances et pratiques des femmes. L'objet de cette étude pourrait être de déterminer à quel point l'usage de leur contraception s'est modifié au regard de la confrontation avec la réalité du post-partum.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Legifrance. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 86, [en ligne]. (Consulté le 04/05/17). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- [2] Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Les compétences des sages-femmes et le code de déontologie. Paris ; 2012.
- [3] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Contraception du post-partum et contraception du post-abortum, [en ligne]. (Consulté le : 21/11/16). Disponible sur : <http://www.cngof.asso.fr/>
- [4] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Les interruptions volontaires de grossesse en 2015, [en ligne]. (Consulté le 21/11/16). Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/>
- [5] Dedecker F, Graesslin O, Ceccaldi PF, et al. Grossesses rapprochées : facteurs de risque et conséquences périnatales. Encycl Méd Chir (Elsevier Masson, Paris), Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 35, 2002, 7p.
- [6] Vandenbroucke L, Lavoué V, Voltzenlogel MC, et al. Facteurs de risques et conséquences périnatales des grossesses rapprochées : études cas-témoin rétrospective. Encycl Méd Chir (Elsevier Masson, Paris), Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 42, 2013, 8p.
- [7] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Délai idéal entre chirurgie utérine et grossesse (césarienne incluse), [en ligne]. (Consulté le 06/01/17). Disponible sur : <http://www.cngof.fr/>
- [8] Horovitz J, Coatleven F, Roux D, et al. Suites de couches normales et pathologiques (hors syndromes neuroendocriniens). Encycl Méd Chir (Elsevier Masson, Paris), Obstétrique, 5-110-A-10, 2011, 15p.
- [9] Raccah-Tebeka B, Plu-Bureau G. Contraception du post-partum. In : Raccah-Tebeka B, Plu-Bureau G. La contraception en pratique, de la situation clinique à la prescription. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2014. p. 233-238.
- [10] Vanderstichele S, Roumilhac, Le Tallec A, et al. La contraception du post-partum. La lettre du Gynécologue [Internet]. 2000 juin [consulté le 17/01/17]; 253 : [4 p.]. Disponible sur : <http://www.edimark.fr/>
- [11] HAS. Contraception chez la femme en post-partum, [en ligne]. (Consulté le 08/01/16). Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/>

- [12] Groman E. Comment parler de la sexualité après l'accouchement. Encycl Méd Chir (Elsevier Masson, Paris), Vocation Sage-Femme, 119, 2016, 5p.
- [13] INPES. Couple, sexualité et contraception, [en ligne]. (Consulté le 23/01/17). Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/>
- [14] Colson MH. Sexualité féminine et étapes de la parentalité. Encycl Méd Chir (Elsevier Masson, Paris), Gynécologie Obstétrique et Fertilité, 42, 2014, 7p.
- [15] Lansac J, Magnin G. Les suites de couches et leur pathologie. In : Lansac J, Magnin G, Sentilhes L. Obstétrique pour le praticien. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson; 2013. p.477-493.
- [16] l'Assurance Maladie. Contraception, [en ligne]. (Consulté le 08/01/17). Disponible sur : <http://www.ameli-sante.fr/>
- [17] HAS. Fiche mémo : contraception hormonale orale : dispensation en officine, [en ligne]. (Consulté le 08/01/17). Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/>
- [18] La leche League FRANCE. Contraception pendant l'allaitement, [en ligne]. (Consulté le 08/01/17). Disponible sur : <http://www.lllfrance.org/>
- [19] CRAT. Lévonorgestrel, [en ligne]. (Consulté le 13/02/17). Disponible sur : <http://lecrat.fr/>
- [20] CRAT. Ulipristal, [en ligne]. (Consulté le 13/02/17). Disponible sur : <http://lecrat.fr/>
- [21] Ministère des affaires sociales et de la santé. Enquête Nationale périnatale 2010, [en ligne]. (Consulté le 03/04/17). Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/>
- [22] Justine Danneels. La contraception du post-partum : les stratégies d'information, le point de vue des femmes [mémoire]. Versailles : Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines; 2014. 78p.
- [23] INPES. Comment aider une femme à choisir sa contraception ? , [en ligne]. (Consulté le 08/04/17). Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/>
- [24] Raccah-Tebeka B, Plu-Bureau G. Contraception du post-partum : recommandations pour la pratique clinique. Encycl Méd Chir (Elsevier Masson, Paris), Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 44, 2010, 7p.
- [25] Jackson R, Bimla-Schwar E, Freedman L, et al. Advance supply of emergency contraception : effect on use usual contraception - a randomized trial. Encycl Méd Chir (Elsevier Masson, Paris), Obstetrics & Gynecology, 102, 2003, 8p.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	2
SOMMAIRE.....	3
GLOSSAIRE	4
INTRODUCTION.....	5
PARTIE 1: THEORIE.....	6
1. EPIDEMIOLOGIE	6
2. LES RISQUES D'UNE GROSSESSE RAPPROCHEE.....	6
2.1. Définition.....	6
2.2. Complications maternelles	6
2.3. Complications fœtales et néonatales	7
3. LES MODIFICATIONS BIOLOGIQUES DANS LE POST-PARTUM	7
4. LA FECONDITE DANS LE POST-PARTUM.....	8
4.1. En cas d'allaitement maternel	8
4.2. En cas d'allaitement artificiel	8
5. LA SEXUALITE DANS LE POST-PARTUM.....	9
6. QUELLE CONTRACEPTION DANS LE POST-PARTUM ?.....	10
6. 1. Le préservatif (masculin et féminin)	11
6. 2. Les méthodes hormonales progestatives	12
6. 3. La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (méthode MAMA)	13
6. 4. Les dispositifs intra-utérins (DIU)	14
7. LA CONTRACEPTION D'URGENCE.....	14
7.1. Méthode utilisant du lévonorgestrel (Norlevo ®).....	14
7.2. Méthode utilisant de l'ulipristal (EllaOne ®)	15

7.3.	Méthode utilisant le DIU au cuivre.....	15
PARTIE 2 : MATERIEL ET METHODE - RESULTATS		17
1.	MATERIEL ET METHODE.....	17
1.1.	Objectifs et hypothèses	17
1.2.	Type d'étude	17
1.3.	Elaboration du questionnaire.....	17
1.4.	Modalités de réalisation de l'étude.....	18
1.5.	Aspects médico-légaux et réglementaires	18
1.6.	Population étudiée - échantillonnage	18
1.7.	Méthodes d'analyse et statistique.....	19
2.	RESULTATS	19
2.1.	Caractéristiques de la population	19
2.2.	Suivi gynécologique des femmes	20
2.3.	Le suivi de la grossesse.....	21
2.4.	La contraception du post-partum.....	22
2.4.1.	Généralité	22
2.4.2.	La méthode MAMA.....	23
2.4.3.	Le préservatif	24
2.4.5.	Le stérilet	24
2.4.6.	L'implant.....	25
2.4.7.	La pilule.....	25
2.4.8.	Aucune méthode.....	26
2.5.	La contraception d'urgence.....	27
2.6.	Evaluation et satisfaction	28
PARTIE 3 : ANALYSE ET DISCUSSION		29
1.	DISCUSSION.....	29
1.1.	Biais et limites.....	29
1.2.	ANALYSE DES RESULTATS.....	29
1.2.1.	Caractéristiques de la population.....	29
1.2.2.	Ecart entre connaissances et pratiques	30
1.2.3.	Influence du parcours individuel de la femme.....	32
1.2.4.	Influence de l'abord de la contraception du post-partum durant la grossesse.....	32
1.2.5.	Influence de la contraception antérieure à la grossesse	34
1.2.6.	Persistance de représentations erronées	34

2. PROJETS D'ACTION.....	35
CONCLUSION.....	37
BIBLIOGRAPHIE	38
TABLE DES MATIERES.....	40
ANNEXES	43

ANNEXES

ANNEXE I : Questionnaire distribué aux femmes

QUESTIONNAIRE RELATIF AUX CONNAISSANCES DES FEMMES SUR LA CONTRACEPTION DU POST-PARTUM

Cochez la ou les réponses que vous pensez juste(s).

I. RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Quel âge avez-vous ? ans

De quelle origine géographique êtes-vous issue ?.....

Quel est votre niveau d'étude ?

- Sans diplôme
- CAP/BEP
- Baccalauréat
- Enseignement supérieur
- Autre (précisez) :

Quelle est votre profession ?

- Agriculteur, exploitant
- Artisan commerçant, chef d'entreprise
- Cadre et profession intellectuelle supérieure
- Profession intermédiaire
- Employé
- Retraité
- Ouvrier
- Personne sans activité professionnelle
- Autre Précisez :

Quel est votre lieu d'habitation :

Vivez-vous seule :

- Oui
- Non

Etes-vous en couple :

Hétérosexuel Homosexuel

Etes-vous ?

Célibataire
En concubinage
Mariée
Pacsée
Divorcée
Veuve

Combien avez-vous d'enfants ?

II. VOTRE SUIVI GYNECOLOGIQUE

1. En dehors des grossesses, avez-vous un suivi gynécologique régulier ?

Oui, tous les ans
Oui, tous les deux à trois ans
Non, je n'ai consulté que quelques fois
Non, jamais

2. Quelle était votre moyen de contraception avant la grossesse ?

Pilule Précisez : oestro-progestative progestative ne sais pas
Implant
Stérilet Précisez : au cuivre hormonal
Patch transdermique
Anneau vaginal
Préservatif
Moyens locaux Précisez : spermicide cape cervicale diaphragme
Pilule du lendemain
Méthode du retrait
Aucune
Autre Précisez :

3. Quelles sont (ou ont été) vos sources d'information concernant la contraception (plusieurs réponses possibles) ?

Personnes :

- Professeurs (collège, lycée, études supérieures)
- Infirmière scolaire
- Sage-femme libérale
- Sage-femme hospitalière
- Sage-femme de PMI (Protection Maternelle et Infantile)
- Gynécologue-Obstétricien
- Médecin généraliste
- Médecin du centre de planification
- Pharmacien
- Etudiant sage-femme
- Ami(e)s
- Famille

Médias :

- Sites web Précisez lesquels :
- Réseaux sociaux
- Télévision Précisez quels programmes :
- Radio Précisez quels programmes :
- Journaux, magazines Précisez lesquels :

Aucune

Autre (précisez) :

4. Parmi les sources d'informations citées, quelle a été la plus claire pour vous ?

Précisez :

III. VOTRE GROSSESSE ACTUELLE

5. Par quel(s) professionnel(s) de santé votre grossesse a été suivie (plusieurs réponses possibles) ?

- Une sage-femme
- Une gynécologue-obstétricien
- Un médecin généraliste
- Aucun suivi
- Commentez : ...

6. Ce suivi a-t-il été régulier (1 consultation par mois à partir du 4ème mois de grossesse jusqu'à l'accouchement) ?

Oui

Non

Ne sais pas

7. Durant votre grossesse, la contraception après l'accouchement a-t-elle été abordée ?

Oui

Non

Ne sais pas

Si oui, précisez ?

Lors de l'entretien prénatal

Lors d'une consultation prénatale

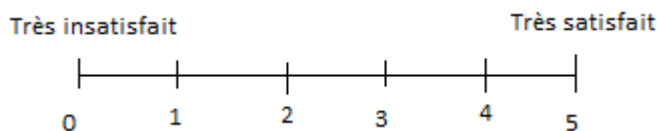
Lors d'une séance de préparation à la naissance

Lors d'une hospitalisation

Autre (précisez) : ...

Avez-vous été satisfaite de l'information reçue ?

Entourez votre réponse en utilisant l'échelle de satisfaction.



8. Est-ce que la contraception après l'accouchement était un sujet de préoccupation ?

Oui

Non

Ne sais pas

IV. LA CONTRACEPTION APRES L'ACCOUCHEMENT

1. GENERALITES

9. Selon vous quelles méthodes contraceptives peut-on utiliser après un accouchement (plusieurs réponses possibles) ?

Pilule Précisez : oestro-progestative progestative ne sais pas

Implant

Stérilet au cuivre

Stérilet progestatif

Patch

Diaphragme

Cape cervicale

Préservatifs

Spermicides

Méthode MAMA de l'allaitement maternel

Autres Précisez :

Ne sais pas

10. Selon vous, la reprise d'une activité sexuelle après un accouchement est possible :

Dès le 1er jour

1 semaine après

1 mois après

Après le retour de couches (= le retour des règles)

Après la visite post-natale

Ne sais pas

Commentez :

11. Selon vous, le risque de grossesse existe après un accouchement :

Dès le 1er jour

A partir du 25ème jour

A partir du 28ème jour

Au retour des règles

Ne sais pas

12. Quel type d'allaitement avez-vous choisi ?

Maternel

Artificiel

Mixte

• Si vous avez prévu d'utiliser la **méthode "MAMA" ou Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée**, référez vous aux **questions 13 à 17**.

• Si vous avez prévu d'utiliser le **préservatif masculin**, référez vous aux **questions 18 et 19**.

• Si vous avez prévu d'utiliser un **dispositif intra-utérin (DIU) ou "stérilet"**, référez vous aux **questions 20 à 23**.

• Si vous avez prévu d'utiliser un **implant sous-cutané**, référez vous aux **questions 24 à 27**.

• Si vous avez prévu d'utiliser la **pilule**, référez vous aux **questions 28 à 34**.

• Si vous avez prévu de n'utiliser **aucune méthode**, référez vous à la **question 35**.

2. JE PREVOIS LA METHODE MAMA OU METHODE D'ALLAITEMENT MATERNEL ET D'AMENORRHEE

13. Pensez-vous que l'allaitement maternel exclusif protège du risque de grossesse ?

Oui

Non

Ne sais pas

14. Pensez-vous que l'allaitement maternel couplé à l'allaitement artificiel protège du risque de grossesse ?

Oui

Non

Ne sais pas

15. Pour que cette méthode soit reconnue comme contraceptive, il faut selon vous :

Au moins 5 tétées par jour

Au moins 7 tétées par jour

Ne sais pas

Au moins 6 tétées par jour

Au moins 8 tétées par jour

16. Les tétées doivent avoir une durée minimale :

De 5 min

De 15 min

De 10 min

Ne sais pas

17. Cette méthode peut être utilisée au maximum pendant :

3 mois

6 mois

9 mois

1 an

Ne sais pas

N.B. : Continuez à répondre au questionnaire à partir de la question 36.

3 . JE PREVOIS D'UTILISER LE PRESERVATIF MASCULIN

18. Selon vous, l'utilisation du préservatif masculin après un accouchement est possible :

Dès le 1er jour

1 mois après

1 semaine après

Ne sais pas

19. Selon vous, l'utilisation du préservatif masculin est possible malgré une suture du périnée :

Oui

Non

Ne sais pas

N.B. : Continuez à répondre au questionnaire à partir de la question 36.

4. JE PREVOIS D'AVOIR UN DISPOSITIF INTRA-UTERIN OU "STERILET"

20. Selon vous, le recours à cette méthode est compatible avec un allaitement maternel :

Oui

Non

Ne sais pas

29. Selon vous, la pilule doit être débutée après un accouchement :

- Dès le 1er jour
- A partir du 21ème jour
- A partir du 28ème jour
- Au retour des règles
- Ne sais pas

30. Concernant la pilule progestative, vous avez à la prendre ?

- Tous les jours à la même heure
- Tous les jours peu importe l'heure
- Ne sais pas

31. Selon vous, le délai d'oubli maximal d'un comprimé est de :

- 3 heures
- 6 heures
- 12 heures
- Ne sais pas

32. Selon vous, existe-t-il une pause d'une semaine entre chaque plaquette ?

- Oui Non Ne sais pas

33. Que faites-vous si vous oubliez votre pilule plus de 12 heures (plusieurs réponses possibles) ?

- Je prends la dernière pilule oubliée
- Je poursuis la plaquette en cours
- Je prends une contraception complémentaire pendant 7 jours
- J'enchaîne 2 plaquettes s'il reste moins de 7 comprimés
- Je consulte le document d'information dont je dispose
- Je ne sais pas

34. Que faites-vous si vous avez un rapport non ou mal protégé pendant les 3 jours avant ou les 7 jours après l'oubli de votre pilule ?

- Je prends la pilule classique
- Je prends la pilule classique + une contraception d'urgence
- Je prends une contraception d'urgence
- Je ne sais pas

N.B. : Continuez à répondre au questionnaire à partir de la question 36.

7. JE NE PREVOIS AUCUNE METHODE

35. Pour quelle(s) raison(s) souhaitez-vous n'utiliser aucune méthode contraceptive ?
(Précisez)

.....

N.B : Continuez à répondre au questionnaire à partir de la question 36.

V. LA CONTRACEPTION D'URGENCE

36. Connaissez-vous la contraception d'urgence ?

Oui

Non

37. Citez le ou les moyen(s) de contraception d'urgence que vous connaissez :

.....

38. Y avez-vous déjà recouru, précisez les circonstances ?

Oui

Non

Commentez :

39. La contraception d'urgence protège-t-elle à 100% du risque de grossesse ?

Oui

Non

Ne sais pas

40. Selon vous, la contraception d'urgence peut être utilisée après un accouchement :

Oui

Non

Ne sais pas

41. Selon vous, la contraception d'urgence est compatible avec un allaitement maternel :

Oui

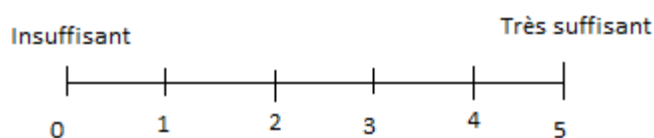
Non

Ne sais pas

42. Quel est le délai maximal d'utilisation d'une contraception d'urgence ?

VI. EVALUATION ET SATISFACTION

43. Pouvez-vous estimer votre niveau de connaissance sur la contraception du post-partum ?



44. Souhaiteriez-vous que ce sujet soit davantage abordé pendant la grossesse ?

Oui

Non

Ne sais pas

Précisez :

45. Quel serait pour vous, le meilleur moyen de diffusion pour vous transmettre l'information de manière durable ?

Plaquette informative type *flyers*

Entretien avec la sage-femme hospitalière avant le retour à domicile

Entretien avec une sage-femme libérale à votre domicile

A la consultation post-natale avec la personne qui a suivie votre grossesse

Une liste écrite de sites internet pertinents à consulter

Autre Précisez :

Merci d'avoir consacré un peu de votre temps pour avoir répondu à ce questionnaire.

ANNEXE II : Corrélations des scores en fonction de l'âge des patientes.

	0	1	2	3	4	P- value	Significatif	Moyenne	Ecart-type
Score MAMA :						0,6861	non		
- de 20 ans	0	0	0					#DIV/0!	#DIV/0!
20 à 24 ans	3	2	0					0,4000	0,5477
25 à 29 ans	6	2	1					0,4444	0,7265
30 à 34 ans	5	0	1					0,3333	0,8165
35 à 39 ans	3	2	0					0,4000	
40 à 44 ans	0	0	0					#DIV/0!	#DIV/0!
Score préservatif :						0,9188	non		
- de 20 ans	1	0	0					0,0000	#DIV/0!
20 à 24 ans	4	1	0					0,2000	0,4472
25 à 29 ans	5	3	2					0,7000	0,8233
30 à 34 ans	3	3	1					0,7143	0,7559
35 à 39 ans	2	0	0					0,0000	
40 à 44 ans	0	0	0					#DIV/0!	#DIV/0!
Score stérilet :						0,6229	non		
- de 20 ans	0	1	0					1,0000	#DIV/0!
20 à 24 ans	1	1	0					0,5000	0,7071
25 à 29 ans	4	1	1					0,5000	0,8367
30 à 34 ans	2	3	4					1,2222	0,8333
35 à 39 ans	1	3	1					1,0000	
40 à 44 ans	1	0	0					0,0000	#DIV/0!
Score implant :						1,0000	non		
- de 20 ans	0	0	0					#DIV/0!	#DIV/0!
20 à 24 ans	0	1	0					1,0000	#DIV/0!
25 à 29 ans	1	0	0					0,0000	#DIV/0!
30 à 34 ans	0	0	0					#DIV/0!	#DIV/0!

35 à 39 ans	0	0	0			#DIV/0!	
40 à 44 ans	0	0	0			#DIV/0!	#DIV/0!
Score pilule :					0,0432	oui	
- de 20 ans	0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
20 à 24 ans	2	1	2	0	0	1,0000	1,0000
25 à 29 ans	0	3	6	0	0	1,6667	0,5000
30 à 34 ans	0	1	8	3	1	2,3077	0,7511
35 à 39 ans	2	0	1	1	0	1,2500	
40 à 44 ans	0	1	0	0	0	1,0000	#DIV/0!
Score d'allaitement :					0,3589	non	
- de 20 ans	1	0	0			0,0000	#DIV/0!
20 à 24 ans	2	5	0			0,7143	0,4880
25 à 29 ans	8	5	3			0,6875	0,7932
30 à 34 ans	5	15	2			0,8636	0,5602
35 à 39 ans	3	6	0			0,6667	
40 à 44 ans	1	1	0			0,5000	0,7071
Score d'oubli de pilule :					0,3363	non	
- de 20 ans	0	0	0			#DIV/0!	#DIV/0!
20 à 24 ans	4	1	0			0,2000	0,4472
25 à 29 ans	6	3	0			0,3333	0,5000
30 à 34 ans	6	7	0			0,5385	0,5189
35 à 39 ans	4	0	0			0,0000	#DIV/0!
40 à 44 ans	1	0	0			0,0000	#DIV/0!

ANNEXE III : Corrélations des scores en fonction de l'origine géographique.

	0	1	2	3	4	P- value	Significatif	Moyenne	Ecart-type
Score MAMA :						0,5781	non		
France métropolitaine	12	5	1					0,3889	0,6077
Afrique du Nord	3	1	0					0,2500	0,5000
Autres Origines	2	0	1					0,6667	1,1547
Score préservatif :						0,3091	non		
France métropolitaine	11	6	3					0,6000	0,7539
Afrique du Nord	0	1	0					1,0000	#DIV/0!
Autres Origines	4	0	0					0,0000	0,0000
Score stérilet :						0,7871	non		
France métropolitaine	7	6	4					0,8235	0,8090
Afrique du Nord	1	0	0					0,0000	#DIV/0!
Autres Origines	0	1	1					1,5000	0,7071
Score implant :						1,0000	non		
France métropolitaine	1	1	0					0,5000	0,7071
Afrique du Nord	0	0	0					#DIV/0!	#DIV/0!
Autres Origines	0	0	0					#DIV/0!	#DIV/0!
Score pilule :						0,4655	non		
France métropolitaine	2	4	12	2	1			1,8095	0,9284
Afrique du Nord	1	0	2	2	0			2,0000	1,2247
Autres Origines	0	2	2	0	0			1,5000	0,5774
Score d'allaitement :						0,5718	non		
France métropolitaine	12	23	4					0,7949	0,6147
Afrique du Nord	3	3	0					0,5000	0,5477
Autres Origines	3	2	1					0,6667	0,8165
Score d'oubli de pilule :						1,0000	non		
France métropolitaine	13	8	0					0,3810	0,4976

Afrique du Nord	3	2	0	0,4000	0,5477
Autres Origines	3	1	0	0,2500	0,5000

ANNEXE IV : Corrélations des scores en fonction du niveau d'étude.

	0	1	2	3	4	P- value	Significativité	Moyenne	Ecart-type
Score MAMA :						0,7102	non		
Sans diplôme	1	0	0					0,0000	#DIV/0!
CAP - BEP	4	2	0					0,3333	0,5164
Baccalauréat	2	0	1					0,6667	1,1547
Enseignement supérieur	10	4	1					0,4000	0,6325
score préservatif :						0,8855	non		
Sans diplôme	1	0	0					0,0000	#DIV/0!
CAP - BEP	5	2	0					0,2857	0,4880
Baccalauréat	4	1	1					0,5000	0,8367
Enseignement supérieur	5	4	2					0,7273	0,7862
score stérilet :						0,5651	non		
Sans diplôme	0	0	2					2,0000	0,0000
CAP - BEP	1	1	1					1,0000	1,0000
Baccalauréat	3	1	1					0,6000	0,8944
Enseignement supérieur	5	7	4					0,9375	0,7719
score implant :						1,0000	non		
Sans diplôme	0	0	0					#DIV/0!	#DIV/0!
CAP - BEP	1	0	0					0,0000	#DIV/0!
Baccalauréat	0	0	0					#DIV/0!	#DIV/0!
Enseignement supérieur	0	1	0					1,0000	#DIV/0!
score pilule :						0,2876	non		
Sans diplôme	2	0	1	0	0			0,6667	1,1547
CAP - BEP	1	2	3	1	1			1,8750	1,2464
Baccalauréat	0	2	2	1	0			1,8000	0,8367
Enseignement supérieur	1	2	11	2	0			1,8750	0,7188
Score d'allaitement :						0,0026	oui		
Sans diplôme	3	0	0					0,0000	0,0000
CAP - BEP	5	7	0					0,5833	0,5149
Baccalauréat	7	2	1					0,4000	0,6992

Enseignement supérieur	5	23	4			0,9688	0,5379
Score d'oubli de pilule :				0,0847	non		
Sans diplôme	3	0	0			0,0000	0,0000
CAP - BEP	7	1	0			0,1250	0,3536
Baccalauréat	4	1	0			0,2000	0,4472
Enseignement supérieur	7	9	0			0,5625	0,5123

ANNEXE V : Corrélations des scores avec la profession.

	0	1	2	3	4	P- value	Significativité	Moyenne	Ecart-type
Score MAMA :						0,8975	non		
- Ouvrier, employé	9	4	2					0,5333	0,7432
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise, autres	1	0	0					0,0000	#DIV/0 !
- Professions intermédiaires, cadres, professions intellectuelle supérieure	3	1	0					0,2500	0,5000
- Sans activité	4	0	1					0,4000	0,8944
Score préservatif :						0,3659	non		
- Ouvrier, employé	6	4	1					0,5455	0,6876
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise, autres	1	0	1					1,0000	1,4142
- Professions intermédiaires, cadres, professions intellectuelle supérieure	4	3	0					0,4286	0,5345
- Sans activité	4	0	1					0,4000	0,8944
Score stérilet :						0,7444	non		
- Ouvrier, employé	5	3	2					0,7000	0,8233
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise, autres	1	0	0					0,0000	#DIV/0 !
- Professions intermédiaires, cadres, professions intellectuelle supérieure	2	3	3					1,1250	0,8345
- Sans activité	1	3	1					1,0000	0,7071
Score implant :						1,0000	non		

- Ouvrier, employé	1	1	0					0,5000	0,7071
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise, autres	0	0	0					#DIV/0!	#DIV/0!
- Professions intermédiaires, cadres, professions intellectuelle supérieure	0	0	0					#DIV/0!	#DIV/0!
- Sans activité	0	0	0					#DIV/0!	#DIV/0!
Score pilule :						0,4708	non		
- Ouvrier, employé	2	3	10	0	1			1,6875	0,9465
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise, autres	0	1	2	0	0			1,6667	0,5774
- Professions intermédiaires, cadres, professions intellectuelle supérieure	1	1	3	1	0			1,6667	1,0328
- Sans activité	1	1	2	3	0			2,0000	1,1547
Score d'allaitement :						0,2361	non		
- Ouvrier, employé	11	15	2					0,6786	0,6118
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise, autres	1	1	2					1,2500	0,9574
- Professions intermédiaires, cadres, professions intellectuelle supérieure	3	9	1					0,8462	0,5547
- Sans activité	5	7	0					0,5833	0,5149
Score d'oubli de pilule :						0,0860	non		
- Ouvrier, employé	11	5	0					0,3125	0,4787
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise, autres	0	3	0					1,0000	0,0000
- Professions intermédiaires, cadres, professions intellectuelle supérieure	4	2	0					0,3333	0,5164
- Sans activité	6	1	0					0,1429	0,3780

ANNEXE VI : Corrélations des scores en fonction du lieu d'habitation.

	0	1	2	3	4	P- value	Significativité	Moyenne	Ecart-type
Score MAMA :						0,8069	non		
Vit en ville	12	5	1					0,3889	0,6077
Vit dans un village	5	1	1					0,4286	0,7868
Score préservatif :						0,5427	non		
Vit en ville	11	4	1					0,3750	0,6191
Vit dans un village	4	3	1					0,6250	0,7440
Score stérilet :						0,8695	non		
Vit en ville	5	3	3					0,8182	0,8739
Vit dans un village	4	5	3					0,9167	0,7930
Score implant :						1,0000	non		
Vit en ville	1	1	0					0,5000	0,7071
Vit dans un village	0	0	0					#DIV/0!	#DIV/0!
Score pilule :						0,5495	non		
Vit en ville	1	4	10	4	1			2,0000	0,9177
Vit dans un village	1	1	7	0	0			1,6667	0,7071
Score d'allaitement :						0,2113	non		
Vit en ville	14	17	2					0,6364	0,6030
Vit dans un village	4	13	3					0,9500	0,6048
Score d'oubli de pilule :						0,6749	non		
Vit en ville	14	6	0					0,3000	0,4702
Vit dans un village	5	4	0					0,4444	0,5270

ANNEXE VII : Corrélations des scores en fonction de l'état civil.

	0	1	2	3	4	P- value	Significativité	Moyenne	Ecart-type
Score MAMA :						0,7831	non		
Célibataire	1	0	0					0,0000	#DIV/0!
En concubinage	5	4	1					0,6000	0,6992
Pacsée	6	1	1					0,3750	0,7440
Mariée	5	1	0					0,1667	0,4082
Score préservatif :						0,5216	non		
Célibataire	3	0	0					0,0000	0,0000
En concubinage	6	1	0					0,1429	0,3780
Pacsée	2	1	0					0,3333	0,5774
Mariée	5	3	3					0,8182	0,8739
Score stérilet :						0,9778	non		
Célibataire	0	1	0					1,0000	#DIV/0!
En concubinage	2	3	2					1,0000	0,8165
Pacsée	2	2	1					0,8000	0,8367
Mariée	5	3	3					0,8182	0,8739
Score implant :						1,0000	non		
Célibataire	0	0	0					#DIV/0!	#DIV/0!
En concubinage	0	0	0					#DIV/0!	#DIV/0!
Pacsée	1	1	0					0,5000	0,7071
Mariée	0	0	0					#DIV/0!	#DIV/0!
Score pilule :						0,4295	non		
Célibataire	0	0	0	0	0			#DIV/0!	#DIV/0!
En concubinage	2	0	4	2	0			1,7500	1,1650
Pacsée	0	3	6	0	0			1,6667	0,5000
Mariée	2	3	7	2	1			1,8000	1,0823
Score d'allaitement :						0,7101	non		
Célibataire	1	0	0					0,0000	#DIV/0!
En concubinage	6	6	2					0,7143	0,7263
Pacsée	5	10	1					0,7500	0,5774

Mariée	8	16	2			0,7692	0,5870
Score d'oubli de pilule :				0,7992	non		
Célibataire	0	0	0			#DIV/0!	#DIV/0!
En concubinage	6	2	0			0,2500	0,4629
Pacsée	5	4	0			0,4444	0,5270
Mariée	10	5	0			0,3333	0,4880

ANNEXE VIII : Corrélations des scores en fonction de la parité.

	0	1	2	3	4	P- value	Significativité	Moyenne	Ecart-type
Score MAMA :						0,1959	non		
Primipare	7	5	1					0,5385	0,6602
Multipare	10	1	1					0,2500	0,6216
Score préservatif :						1,0000	non		
Primipare	9	5	2					0,5625	0,7274
Multipare	6	2	1					0,4444	0,7265
Score stérilet :						0,4174	non		
Primipare	3	3	0					0,5000	0,5477
Multipare	6	6	6					1,0000	0,8402
Score implant :						1,0000	non		
Primipare	0	0	0					#DIV/0!	#DIV/0!
Multipare	1	1	0					0,5000	0,7071
Score pilule :						0,9698	non		
Primipare	2	3	7	1	0			1,5385	0,8771
Multipare	2	3	10	3	1			1,8947	0,9941
Score d'allaitement :						0,6320	non		
Primipare	8	9	2					0,6842	0,6710
Multipare	12	23	3					0,7632	0,5897
Score d'oubli de pilule :						0,0721	non		
Primipare	6	7	0					0,5385	0,5189
Multipare	15	4	0					0,2105	0,4189

ANNEXE IX : Corrélations des scores en fonction du suivi gynécologique.

	0	1	2	3	4	P- value	Significativité	Moyenne	Ecart-type
Score MAMA :						0,2475	non		
Suivi régulier	12	4	0					0,2500	0,4472
Suivi irrégulier	5	2	2					0,6667	0,8660
Score préservatif :						0,2871	non		
Suivi régulier	11	6	1					0,4444	0,6157
Suivi irrégulier	4	1	2					0,7143	0,9512
Score stérilet :						0,5883	non		
Suivi régulier	6	8	5					0,9474	0,7799
Suivi irrégulier	3	1	1					0,6000	0,8944
Score implant :						1,0000	non		
Suivi régulier	0	1	0					1,0000	#DIV/0!
Suivi irrégulier	1	0	0					0,0000	#DIV/0!
Score pilule :						0,0147	oui		
Suivi régulier	1	6	14	4	0			1,8400	0,7461
Suivi irrégulier	3	0	3	0	1			1,4286	1,5119
Score d'allaitement :						0,4062	non		
Suivi régulier	14	25	5					0,7955	0,6317
Suivi irrégulier	6	7	0					0,5385	0,5189
Score d'oubli de pilule :						0,0663	non		
Suivi régulier	14	11	0					0,4400	0,5066
Suivi irrégulier	7	0	0					0,0000	0,0000

Annexe X : Corrélations des scores en fonction de l'abord du sujet de la contraception du post-partum durant la grossesse.

		0	1	2	3	4	P- value	Significativité	Moyenne	Ecart-type
Score MAMA :							0,3503	non		
	Sujet évoqué	12	2	1					0,2667	0,5936
	Sujet non évoqué	5	4	1					0,6000	0,6992
Score préservatif :							0,4312	non		
	Sujet évoqué	6	5	2					0,6923	0,7511
	Sujet non évoqué	9	2	1					0,3333	0,6513
Score stérilet :							0,5764	non		
	Sujet évoqué	4	2	3					0,8889	0,9280
	Sujet non évoqué	5	7	3					0,8667	0,7432
Score implant :							1,0000	non		
	Sujet évoqué	0	0	0					#DIV/0!	#DIV/0!
	Sujet non évoqué	1	1	0					0,5000	0,7071
Score pilule :							0,3830	non		
	Sujet évoqué	2	4	6	3	1			1,8125	1,1087
	Sujet non évoqué	2	2	11	1	0			1,6875	0,7932
Score d'allaitement :							0,5199	non		
	Sujet évoqué	8	15	1					0,7083	0,5500
	Sujet non évoqué	12	17	4					0,7576	0,6629
Score d'oubli de pilule :							1,0000	non		
	Sujet évoqué	10	6	0					0,3750	0,5000
	Sujet non évoqué	11	5	0					0,3125	0,4787

ANNEXE XI : Corrélations des scores en fonction du changement de contraception avant/après la grossesse.

	0	1	2	3	4	P- value	Significativité	Moyenne	Ecart-type
Score MAMA :						0,2313	non		
Change de contraception	16	4	2					0,3636	0,6580
Conserve la même contraception	1	2	0					0,6667	0,5774
Score préservatif :						0,6913	non		
Change de contraception	10	5	1					0,4375	0,6292
Conserve la même contraception	5	2	2					0,6667	0,8660
Score stérilet :						0,1046	non		
Change de contraception	8	5	2					0,6000	0,7368
Conserve la même contraception	1	4	4					1,3333	0,7071
Score implant :						1,0000	non		
Change de contraception	1	0	0					0,0000	#DIV/0!
Conserve la même contraception	0	1	0					1,0000	#DIV/0!
Score pilule :						0,1812	non		
Change de contraception	2	1	1	0	0			0,7500	0,9574
Conserve la même contraception	2	5	16	4	1			1,8929	0,8751
Score d'allaitement :						0,4400	non		
Change de contraception	9	9	1					0,5789	0,6070
Conserve la même contraception	11	23	4					0,8158	0,6087
Score d'oubli de pilule :						1,0000	non		
Change de contraception	3	1	0					0,2500	0,5000
Conserve la même contraception	18	10	0					0,3571	0,4880

ANNEXE XII : Dépliant informatif

Ma contraception après ma grossesse



N'hésitez pas à en parler à votre sage-femme, gynécologue-obstétricien ou médecin traitant.

Un site internet intéressant en cas de questions :

choisirsacontraception.fr

Rubriques : "La contraception après l'accouchement" et "En cas d'oubli de pilule"

Quelques définitions :

- **Post-partum** : période qui va de l'accouchement jusqu'au retour de couches.
- **Retour de couches** : ce sont les premières règles suivant une grossesse. Elles surviennent en moyenne 6 semaines après l'accouchement en cas d'allaitement artificiel, sinon elles sont différées en cas d'allaitement maternel.
- **La visite post-natale** : consultation à réaliser 6 à 8 semaines après votre accouchement avec la personne qui a suivi votre grossesse.

À partir de quand puis-je reprendre une activité sexuelle ?

Il n'y a **pas de délai particulier**. C'est selon vos désirs, et surtout quand vous vous sentez prête !

Tant que je n'ai pas mes règles, est-ce que je suis protégée d'une nouvelle grossesse ?

NON. La reprise de l'ovulation peut se faire à partir du 21^{ème} jour après l'accouchement et intervient avant le retour de couches. Il y a donc un retour à la fertilité avant le retour des premières règles. Une contraception devient donc nécessaire.

Je donne le sein à mon bébé, suis-je protégée par mon allaitement ?

Non sauf si... l'allaitement maternel (méthode MAMA) est soumis à certaines conditions :

- un **allaitement exclusif** jour et nuit comprenant **au moins 6 tétées sur 24h**, d'une **durée minimale de 10 minutes** ;
- avec une **absence totale de règles** ;
- pendant une **durée maximale de 6 mois**, car cela correspond à l'introduction des aliments et donc à l'espacement des tétées.

Posez-vous régulièrement ces 3 questions :

1/ Avez-vous eu votre retour de couches ?

2/ Donnez-vous régulièrement des suppléments ou avez-vous de longues périodes sans tétées le jour ou la nuit ?

3/ Votre bébé a-t-il plus de 6 mois ?

Quand la réponse à une de ces questions devient "Oui", l'allaitement maternel ne permet plus une protection efficace et vous devez utiliser une autre méthode.

Quelle contraception puis-je utiliser après ma grossesse ?

Toutes les méthodes citées ci-dessous sont compatibles avec un allaitement maternel.

Le préservatif

Il n'y a **pas de délai** après un accouchement pour utiliser ce moyen. Il peut même être **utilisé en cas de suture** périnéale. De plus, c'est le seul moyen contraceptif efficace contre les infections sexuellement transmissibles (IST).

L'implant

C'est une méthode hormonale insérée dans la face interne du bras et pouvant être laissée en place **durant 3 ans**. En fonction des établissements et des équipes, il peut être posé durant le séjour à la maternité. Sinon, il pourra être posé lors de la visite post-natale.

Le dispositif intra-utérin (DIU) ou "stérilet"

Il en existe **2 types** : le DIU au cuivre ou le DIU hormonal. Ils peuvent être laissés en place **pendant 5 ans**. Ils peuvent être **insérés à partir de 4 semaines après un accouchement** et notamment lors de la visite post-natale.

La pilule progestative

Cette pilule doit être débutée à partir du **21^{ème} jour** après l'accouchement, soit le :
...../...../..... .

Il faut prendre **un comprimé par jour** et à **heure fixe**.

Il n'y a **pas de pause d'une semaine** entre chaque plaquette. Il faut enchaîner les plaquettes.

Le **délai maximal d'oubli** diffère selon le type de pilule :

- celle au lévonorgestrel (**Microval®**) : délai de **3 h**
- celle au désogestrel (**Cérazette®** ou **Optimizette®**) : délai de **12 h**

Que dois-je faire si je n'ai pas pris ma pilule à l'heure habituelle ?

Si l'oubli est de **moins de 3 h** si j'utilise Microval®, ou de **moins de 12 h** si j'utilise Optimizette® ou Cérazette® : son efficacité est conservée. Il faut prendre le comprimé oublié et continuer normalement la plaquette, même si cela implique de prendre 2 comprimés le même jour.

Si l'oubli est de **plus de 3 h** si j'utilise Microval®, ou de **plus de 12 h** si j'utilise Optimizette® ou Cérazette® : la protection n'est plus complète. Il faut prendre les comprimés oubliés et poursuivre la plaquette en cours. Et pendant les 7 jours suivants, il faut utiliser une autre méthode contraceptive non hormonale comme le préservatif.

Enfin, en cas de rapport sexuel dans les 5 jours précédents l'oubli, il faut prendre une contraception d'urgence. Et en cas d'inquiétude faire un test de grossesse 3 semaines après la date de l'oubli.

La contraception d'urgence :

Elle doit être prise en cas de rapport non ou mal protégé.

Il en existe 3 types : les pilules Norlevo® et EllaOne® et le DIU au cuivre.

La **pilule Norlevo®** est utilisable **jusqu'à 72 h** (3 jours) après le rapport à risque.

La **pilule EllaOne®** est utilisable **jusqu'à 120 h** (5 jours) après le rapport à risque. Tout comme le **DIU au cuivre**.

Toutes ces méthodes sont **possibles dans le post-partum** et **compatibles avec un allaitement**.

Les pilules Norlevo et EllaOne sont **disponibles** en pharmacie **sans ordonnance** et sont anonymes et gratuites pour les mineures.

ANNEXE XIII : La méthode BERGER

Quelles sont les étapes de l'aide au choix ?

La première consultation au cours de laquelle la question de la contraception est abordée devrait autant que possible être spécifiquement dédiée à cette question.

En cas d'impossibilité – urgence notamment – il est recommandé de réserver un temps à ce sujet dans la consultation et de programmer à court terme une autre consultation qui lui sera entièrement consacrée.

L'aide au choix peut s'inscrire dans une approche éducative ou dans une démarche de conseil et d'accompagnement (*counseling*)***. En pratique, le modèle BERGER de l'OMS propose un déroulement de la consultation et du suivi en 6 étapes : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour. Chacune peut être plus ou moins approfondie selon la personne et selon les besoins du moment. Pour plus d'information sur BERGER, (GATHER en anglais), cf. : www.k4health.org/sites/default/files/j48.pdf

• Bienvenue

Temps d'accueil de la consultante : le soignant se présente, assure de la confidentialité des entretiens et explique le rôle, les objectifs et le déroulement possible de la ou des consultations.

• Entretien

Temps de recueil d'information et d'expression de la femme sur les raisons de sa visite, ses sentiments, ses besoins, ses souhaits et ses doutes : ce moment est propice à l'élaboration d'un diagnostic éducatif partagé.

En pratique : voir encadré « diagnostic éducatif » ci-contre

• Renseignement

Délivrance d'une information claire, hiérarchisée et sur mesure. Il est essentiel que le professionnel s'assure de la bonne compréhension des informations concernant les méthodes qui intéressent la consultante ou qui pourraient lui être proposées : mode d'emploi, efficacité en pratique courante, contre-indications, avantages, inconvénients, risques graves (même exceptionnels), coût.

En pratique : voir encadré « méthodes » ci-contre, et fiche Mémo "Contraception : prescriptions et conseils aux femmes"

• Choix

Le professionnel souligne que la décision finale appartient à la consultante. Pour l'aider à choisir, il peut l'inciter à réfléchir sur sa situation de famille, sur ses préférences (et celles de son partenaire), sur les bénéfices et les risques des différentes méthodes, et sur 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 situation et de son parcours, de respecter la méthode contraceptive. Il s'assure au final qu'elle a pris une décision précise.

• Explication

Discussion autour de la méthode choisie et de son emploi : démonstration (au mieux, apprentissage avec manipulation par la consultante elle-même) ; réflexion sur les possibilités d'établir une prise de la pilule en routine, information sur les effets secondaires et la conduite à tenir, renseignements sur les possibilités de rattrapage en cas de problème (indiquer les lieux et les conditions dans lesquels la femme peut se procurer une contraception d'urgence). La délivrance de documents écrits peut représenter une aide. Enfin, les raisons médicales qui peuvent justifier le retour de la consultante sont abordées.

• Retour

Les consultations de suivi sont l'occasion de réévaluer la méthode et son utilisation, de vérifier qu'elle est adaptée à la personne et que celle-ci en est satisfaite. Elles constituent une opportunité pour discuter un changement de méthode. Cette phase prendra en compte les modifications des conditions médicale, personnelle, affective et sociale. À partir de 35-40 ans, il est recommandé de réévaluer l'adéquation de la méthode contraceptive utilisée en raison de l'augmentation des facteurs de risque cardio-vasculaire et de l'évolution des contre-indications avec l'âge.

*** Le *counseling* renvoie à une démarche de conseil et d'accompagnement de la personne, qui favorise l'expression de son choix. D'une part, il repose sur des bases d'empathie envers la personne, 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.

La *démarche éducative*, pour sa part, renvoie à un partenariat pédagogique, centré sur la personne, et visant à promouvoir sa santé tout en la rendant autonome dans sa propre prise en charge. Cette approche est individualisée et se fonde à la fois sur ce que la personne est, ce qu'elle sait, ce qu'elle croit, ce qu'elle redoute et ce qu'elle espère et sur ce que le soignant est, sait, croit, redoute et espère.

ANNEXE XIV : Le diagnostic éducatif.

En pratique : qu'est-ce qu'un diagnostic éducatif ?

Il permet à la consultante, avec l'aide du professionnel, d'identifier ses besoins, d'appréhender les différents aspects de sa personnalité, de prendre en compte ses demandes. Il s'agit d'explorer ensemble :

« ce qu'elle a »	☞	état de santé, facteurs de risque personnels ou familiaux (HTA, diabète, hyperlipidémie, migraine, accidents thrombo-emboliques...), maladies et traitements éventuels, histoire de sa contraception, IVG, etc. ;
« ce qu'elle fait »	☞	situations familiale et professionnelle, activités sociales et de loisirs, lieu de vie, niveau de ressource, couverture sociale, etc. ;
« ce qu'elle sait »	☞	en matière de contraception (les méthodes, leurs utilisations, etc.) ;
« ce qu'elle croit »	☞	croyances relatives aux bienfaits ou aux méfaits des méthodes contraceptives, croyances liées à sa culture, à sa situation sociale et familiale, son éducation et son parcours, etc. ;
« ce qu'elle ressent »	☞	au sujet de sa vie affective et sexuelle et vis-à-vis de la contraception (inquiétude, résignation, impuissance, motivation, etc.) ;
« ce dont elle a envie »	☞	ses projets, un désir de grossesse, une méthode contraceptive précise, etc.

Université de Lorraine - Ecole de sages-femmes de METZ

Mémoire de fin d'études de sage-femme présenté par ADRIAN Manon - Année 2017

Usage et mésusage de la contraception du post-partum.

A propos d'une enquête quantitative auprès de 102 femmes.

Résumé

Introduction / Objectif : 5% des IVG sont réalisées dans les 6 mois suivant un accouchement. Ce constat nous interroge sur les connaissances des femmes concernant la contraception du post-partum. L'objectif principal est de mesurer l'écart entre les connaissances et les pratiques des femmes à propos de la contraception du post-partum.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude épidémiologique, observationnelle, analytique, transversale et monocentrique au sein de l'Hôpital Femme-Mère-Enfant du CHR Metz-Thionville, du 23 janvier au 5 février 2017. Les 102 patientes incluses avaient accouché au sein du CHR, étaient majeures, hospitalisées en suites de couches, et parlaient français. Le critère d'évaluation principal était le score correspondant au nombre de bonnes réponses à la contraception choisie. L'analyse des questionnaires a été faite par le logiciel Microsoft Office Excel 2007®.

Résultats : 102 patientes ont été incluses. Elles étaient âgées majoritairement de 25 à 34 ans, de France métropolitaine, vivant en ville, mariées et avaient généralement un enfant. Les résultats ont mis en évidence des lacunes concernant les connaissances sur la contraception du post-partum, qui ne sont pas ou très peu influencées par le parcours individuel de la femme, l'abord du sujet durant la grossesse, et la conservation de la même méthode contraceptive.

Conclusion : Cette étude a montré une méconnaissance globale des femmes concernant la contraception du post-partum. Ces résultats doivent interpeller les sages-femmes et les inciter à donner une information complète, claire et adaptée à un moment propice à chaque femme. Pour s'aider, un support écrit pertinent pourrait être intéressant.

Mots clés : contraception du post-partum, connaissances, femmes

Abstract

Introduction / Aim : 5% of abortions are effected within 6 months after childbirth. This percentage questions us about women's knowledge of postpartum contraception. The main aim is to measure the gap between knowledge about postpartum contraception and practice, in order to answer the following issue : what is women's knowledge of postpartum contraception ?

Material and methods : we conducted an epidemiological, observational and analytic study in the Regional Hospital for Women, Mothers and Children of Metz-Thionville from January 23rd to February 5th, 2017. The studied patients had all given birth in this hospital, were major, in hospital following childbirth, and could speak French. The main evaluation criterion was the score corresponding to the number of correct answers according to the selected contraception. The questionnaires were analyzed by Microsoft Office Excel 2007®.

Results : 102 patients were studied. Most of them were between 25 and 34 years old, from metropolitan France, lived in towns, were married and had a child. The results have highlighted shortcomings about postpartum contraception, which are not or little influenced by the personal patient's experience, by information during pregnancy, and conserving the same contraception method.

Conclusion : this study shows a general lack of information about postpartum contraception. These results should question healthcare professionals, and lead them to provide a complete and, clear information adapted and at the best time to each woman. The use of relevant written documents could be interesting.

Keywords : postpartum contraception, women's knowledge