

Académie de Paris
Ecole de Sages-Femmes - Hôpital Saint-Antoine - Campus
Picpus
Université Pierre et Marie Curie - Faculté de Médecine VI
Mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sage-Femme

**Sages-femmes et entretiens contraceptifs en
suites de couches :
Etat des lieux au sein de deux maternités
parisiennes**

**RAIMIS Capucine
Née le 18 juin 1999
Aux Bluets, Paris XIème
Nationalité Française**

Directrice de mémoire : Véronique CHAPLET, sage-femme
diplômée d'Etat, sage-femme enseignante à l'Ecole des
Sages-Femmes de Saint Antoine

Année universitaire 2022-2023

Académie de Paris
Ecole de Sages-Femmes - Hôpital Saint-Antoine
Campus Picpus
Université Pierre et Marie Curie - Faculté de Médecine VI
Mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sage-Femme

**Sages-femmes et entretiens contraceptifs en
suites de couches
Etat des lieux au sein de deux maternités
parisiennes**

**RAIMIS Capucine
Née le 18 juin 1999
Aux Bluets, Paris XIème
Nationalité Française**

Directrice de mémoire : Véronique CHAPLET, sage-femme
diplômée d'Etat, sage-femme enseignante à l'Ecole des
Sages-Femmes de Saint Antoine

Année universitaire 2022-2023

REMERCIEMENTS

Je souhaite tout d'abord remercier Madame Véronique CHAPLET, ma directrice de mémoire d'avoir accepté ce rôle. Je la remercie pour son aide, son soutien, sa bienveillance et sa disponibilité depuis plus d'un an.

Je remercie également les sages-femmes qui ont accepté de participer à mon étude, le temps accordé, leur aide ainsi que leur réflexion sur le sujet.

Je remercie personnellement,

Mes parents et ma soeur de m'avoir soutenus et encouragés pendant tout le long de mes études et qui ont toujours été présents dans les moments parfois difficiles.

Camille, mon copain, qui a toujours été présent, compréhensif et soutenant durant tout le long de ces études. Je le remercie tout particulièrement de m'avoir poussé à participer à l'épreuve d'ECUE3 me permettant d'accéder à ces études.

Et enfin, un merci tout particulier à mes amies, Camille, Orlane, Marine, Mélissa, Alix, Isis, Camille, Romane sans qui tout aurait été différent. Merci pour tout leur amour, soutien, aide, les rires, les pleurs, les voyages et tant d'autres choses. Merci pour ce coup de coeur amical.

SOMMAIRE :

REMERCIEMENTS	4
PRÉAMBULE:	8
REVUE DE LA LITTÉRATURE	10
I. Le post partum	10
A) Définition	10
B) Physiologie du post-partum.....	10
1) Les modifications hormonales	10
2) Les modifications anatomiques.....	11
C) Physiologie de la lactation.....	11
D) Le retour de couches	12
E) Reprise des rapports sexuels.....	12
II. La contraception du post-partum	13
A) Les contraceptions mécaniques.....	13
B) Les contraceptions hormonales	14
1) Les progestatifs	14
2) Les oestroprogestatifs.....	15
C) Les contraceptions naturelles	16
D) Les contraceptions définitives.....	16
III. L'entretien contraceptif en suites de couches	17
A) Les compétences de la sage-femme en suites de couches.....	17
B) Les recommandations.....	18
C) L'entretien.....	19
1) La méthode BERGER de l'OMS	19
2) Le counseling	20
3) La démarche éducative.....	20
METHODE ET OUTILS	21
I. Type d'étude	21

II. Population cible	21
III. Déroulement de l'enquête:	21
IV. Traitement des données :	22
V. Variables retenues	22
VI. Rappel des problématique, hypothèses et objectifs de l'étude.....	22
VII. Considérations éthiques et réglementaires.....	23
RÉSULTATS	24
I. Caractéristiques de la population des sages-femmes.....	24
<i>Figure 1 : Histogramme de répartition des âges des sages-femmes.....</i>	<i>24</i>
<i>Figure 2 : Histogramme des âges des sages-femmes par niveau de maternité.....</i>	<i>25</i>
II. Caractéristiques de la population des patientes	25
III. Organisation dans le service et tenue de l'entretien	27
<i>Figure 3 : Répartition des jours de délivrance des informations.....</i>	<i>27</i>
<i>Figure 4 : Répartition des modèles des entretiens</i>	<i>28</i>
IV. Contenu de l'entretien.....	28
<i>Figure 5: Répartition des contraceptions proposées.....</i>	<i>28</i>
A) Méthodes hormonales	29
<i>Figure 6 : Répartition des contraceptions hormonales proposées.....</i>	<i>29</i>
B) Les dispositifs intra-utérins.....	30
<i>Figure 7 : Diagramme de proportion des dispositifs intra-utérins.</i>	<i>30</i>
C) Les méthodes barrières.....	30
<i>Figure 8 : Diagramme de proportion des méthodes barrières.....</i>	<i>30</i>
D) Les méthodes naturelles.....	31
E) Les méthodes définitives.....	31
F) Les modalités de rattrapage	31
V. Comparatif entre les maternités de type I et de type III	31
VI. Comparatif de l'expérience des sages-femmes	34
ANALYSE ET DISCUSSION :	36
A) Limites et biais de l'étude.....	36

B) Les forces de l'étude	36
C) L'entretien mené par les sages-femmes	37
D) Influence du type de maternité et de patientèle	40
1) Caractéristiques des patientes	40
2) Caractéristiques des sages-femmes	42
3) L'organisation du service	42
4) Les contraceptions proposées.....	44
E) Influence de l'expérience des sages-femmes sur l'entretien	46
1) Temps de l'entretien	46
2) Modèle de l'entretien	47
3) Contraceptions proposées.....	47
4) Informations complémentaires.....	51
E) Propositions d'action	52
CONCLUSION	53
BIBLIOGRAPHIE :.....	55
ANNEXES.....	58
Annexe I : Grille critériée utilisée	58
Annexe II : Déclaration de conformité de l'étude	62
Annexe III : Fiche des recommandations de la HAS 2019	63

PRÉAMBULE:

Le post partum débute deux heures après l'accouchement. Il va durer en moyenne six semaines et se termine par le retour des menstruations, aussi appelé « retour de couches ». Néanmoins, il est possible que survienne une ovulation et donc, une éventuelle fécondation, avant la fin de cette période. La patiente devra donc être informée de ce risque, et si elle le souhaite, il pourra lui être proposé une méthode contraceptive. De ce fait, il est nécessaire d'aborder la question de la contraception et d'informer les femmes sur les méthodes possibles. A la sortie de la maternité, chacune d'elle doit pouvoir en disposer d'une, si elle le souhaite.

Les rapports sexuels semblent survenir dans les cinq premières semaines du post- partum. Environ 60 % des couples ont eu au moins un rapport sexuel dans le mois suivant l'accouchement. En France, 6% des interruptions volontaires de grossesse (IVG), correspondent à des grossesses non désirées dans le post-partum, soit 10 000 par an. Un des intérêts de l'accompagnement des couples et des femmes en suites de couches, dans le choix d'une méthode contraceptive, est de permettre aux couples de maîtriser leur fécondité.

Les sages-femmes ont un rôle prépondérant dans l'accompagnement des femmes en suites de couches, notamment en ce qui concerne le choix contraceptif. Depuis 2004, selon l'article L.5134-1 du Code de la santé publique, les sages-femmes sont habilitées à prescrire les contraceptifs locaux, hormonaux et intra-utérins. Ce rôle est renforcé par la loi HPST de 2009, permettant la prescription et la surveillance de la contraception, en l'absence de pathologie tout au long de la vie des femmes. Ces compétences permettent une continuité des soins avec la contraception du post-partum prescrite par la sage-femme en suites de couches et celle à long terme prescrite en consultation post-natale.

Les contraceptions proposées doivent prendre en compte, le mode d'allaitement, le risque thromboembolique veineux et les pathologies survenues pendant la grossesse. Une information doit être faite sur la reprise de l'ovulation, les différentes méthodes contraceptives et les différentes possibilités de rattrapage.

Un panel contraceptif peut être proposé:

- Les méthodes hormonales;
- Les méthodes barrières;
- Les méthodes définitives.

La littérature a mis en avant deux types d'approche: *le counseling* et la *démarche éducative*, favorisant l'aide au choix d'un moyen contraceptif. Ces démarches sont associées à une meilleure connaissance des méthodes, une meilleure utilisation et une meilleure satisfaction des femmes.

Le sujet de la contraception est important à aborder. Les sages-femmes sont en première ligne dans le soutien et l'accompagnement de la contraception. Il est primordial que chaque femme, chaque couple, soit aidé par un professionnel dans leur démarche contraceptive. La contraception du post-partum est bien moins connue mais contribue, à part égale, dans la liberté de disposer de son corps et de choisir comment vivre sa sexualité.

Le rôle essentiel de la sage-femme dans ce choix nous amène à nous demander, comment les sages-femmes mènent-elles les entretiens contraceptifs en suites de couches.

L'objectif principal de la recherche est de faire un état des lieux de la pratique de l'entretien contraceptif en suites de couches.

L'objectif secondaire de cette étude est d'évaluer si les informations délivrées par les sages-femmes sur la contraception du post-partum en maternité, sont en accord avec les recommandations.

REVUE DE LA LITTERATURE

I. Le post partum

A) Définition

D'un point de vue étymologique, le terme « post partum » vient du latin « post » signifiant « après » et « partum », accusatif de partus, signifiant « l'accouchement ». (1)

Le post partum est la période après l'accouchement. Il commence deux heures après la délivrance et se termine au retour de couches. Sa durée est variable et dure en moyenne 6 semaines. Une ovulation est cependant possible dès le 21ème jour. (2)

B) Physiologie du post-partum

La période des suites de couches est propice à des transformations anatomiques, hormonales, psychologiques, biologiques permettant un retour à un état physiologique d'avant grossesse.

1) Les modifications hormonales

Les oestrogènes s'effondrent dès le lendemain de l'accouchement. Leur taux va progressivement augmenter, par action de l'hormone folliculostimulante (FSH), vers le 25ème jour si la femme n'allait pas ou vers le 35ème jour si elle allaite.

La progestérone baisse pendant les 10 premiers jours puis va réaugmenter après le 40ème jour.

La prolactine augmente aussitôt après l'accouchement mais diminue dès le 15ème jour que la femme allaite ou non. (2)

2) Les modifications anatomiques

L'utérus se rétracte, se contracte et involue rapidement après la délivrance. Cette involution peut être favorisée par la lactation immédiate après l'accouchement grâce aux taux circulants élevés d'ocytocine.

Durant l'involution, le segment inférieur disparaît et le col se reconstitue pour retrouver sa consistance et sa longueur en une semaine.

L'endomètre évolue en quatre phases : une phase de régression, une phase de cicatrisation indépendante des sécrétions hormonales, une phase hormonale de régénération sous l'effet de la stimulation œstrogénique et une phase de reprise du cycle menstruel.

Les muscles périnéaux et les releveurs reprennent leur tonus en six à huit semaines s'ils n'ont pas été lésés pendant l'accouchement.

La vulve peut rester béante quelques jours mais reprend sa tonicité et perd son aspect congestif rapidement. (2)

C) Physiologie de la lactation

Trois principales hormones interviennent dans la lactation : la prolactine, l'hormone lactogène placentaire et l'ocytocine.

La prolactine est une hormone sécrétée par les cellules lactotropes de l'antéhypophyse. Dès le premier trimestre de la grossesse, le taux de prolactine s'élève progressivement ; il est à l'approche du terme plus de dix fois supérieur au taux initial. La prolactinémie reste élevée dans le post-partum. La prolactine est nécessaire à l'initiation et au maintien de la lactation. Son rôle est prépondérant mais non exclusif. Elle agit en synergie avec des hormones hypophysaires (ACTH, TSH,...) et des hormones périphériques (thyroxine, cortisol, aldostérone, insuline). (3)

L'ocytocine a pour propriété de stimuler les muscles lisses. Au niveau du sein, elle stimule la contraction des cellules myo-épithéliales péri-acineuses et péricanalaies, ainsi que les fibres du muscle aréolaire.

L'hormone lactogène placentaire disparaît du sérum maternel après l'expulsion du placenta. Son rôle s'exerce, en synergie avec les stéroïdes sexuels, pour préparer la glande mammaire à sa fonction de lactation. Par un probable mécanisme de blocage des récepteurs

au niveau de cellules de la glande mammaire, les œstrogènes et la progestérone s'opposent à l'excrétion lactée, tout au long de la grossesse, malgré les taux très élevés de prolactine. Au moment de la délivrance, la chute brutale des œstrogènes et de la progestérone lève cette inhibition et permet à la prolactine d'agir au niveau des récepteurs pour déclencher la montée laiteuse. (4)

D) Le retour de couches

Le retour de couches est dépendant du mode d'allaitement. Si la femme n'allait pas, la première ovulation est possible à partir du vingt-cinquième jour après l'accouchement. Le retour de couches survient six à huit semaines après l'accouchement. Ce retour de couches est précédé d'une ovulation pour 20 à 71 % des femmes. Le premier cycle aboutissant aux menstruations peut être anovulatoire (5).

Pendant la grossesse, le taux de prolactine circulante est considérablement élevé. Chez les femmes qui allaitent, les taux de prolactine restent élevés, avec des pics de sécrétion accrus pendant et après la tétée. Les preuves indiquent que l'hyperprolactinémie persistante causée par l'allaitement induit un état anovulatoire ou oligo-ovulatoire, ce qui entraîne une infertilité relative. Cependant, la lactation seule n'est pas fiable pour prévenir la conception après la neuvième semaine post-partum.(6)

E) Reprise des rapports sexuels

Si le couple le désire et qu'il n'y a aucune contre-indications absolues, il peut reprendre sa vie sexuelle juste après l'accouchement. Mais la sexualité du post-partum peut être altérée par les facteurs physiologiques (chute des hormones, microlésions nerveuses par distension de la vulve et du vagin lors de l'accouchement), la fatigue de l'accouchement et celle engendrée par les soins au nouveau-né, le baby blues, voire la dépression du post-partum. L'allaitement maternel peut aussi amoindrir le désir et le plaisir chez la femme, voire entraîner une diminution de la lubrification vaginale. Enfin, le passage du statut de femme à celui de mère constitue parfois une entrave psychologique à une sexualité épanouie. (7)

Les études ont montré que dans la majorité des cas, il y a un retour progressif du désir sexuel, du plaisir et de la fréquence des rapports. Cependant il peut arriver qu'il y ait une désintérêt sexuel et une fréquence des rapports qui diminue par rapport à avant la grossesse dans l'année suivant l'accouchement. (8) La reprise moyenne est 6 à 8 semaines après l'accouchement. (9)

II. La contraception du post-partum

Selon l'Haute Autorité de Santé (HAS), le choix d'une méthode doit prendre en compte l'allaitement éventuel, le risque thromboembolique veineux majoré et les pathologies survenues pendant la grossesse. Il est important d'aborder la contraception et d'informer les femmes sur les méthodes possibles au cours de la grossesse et de la proposer en post-partum immédiat. Il faut donc informer sur les différentes méthodes contraceptives utilisables chez la femme qui allaite, ou non, ainsi que leur efficacité, leurs conditions d'accès et les modalités de la contraception d'urgence. (10)

A) Les contraceptions mécaniques

Les préservatifs masculins et féminins sont très répandus en utilisation contraception en post-partum car il n'y a pas de restrictions d'utilisation. Ils apportent de plus une protection contre les infections sexuellement transmissibles, y compris l'infection VIH. Le préservatif peut être utilisé en complément de la méthode MAMA pour renforcer l'efficacité de cette méthode. (11) Il est possible de les associer à l'utilisation de spermicides.

L'utilisation de spermicides constitue une méthode contraceptive locale non hormonale. Les principaux spermicides sont des surfactants qui agissent en abaissant la tension superficielle de la membrane cellulaire des spermatozoïdes, les tuant par déséquilibre osmotique. (12) En France, la molécule utilisée est le chlorure de benzalkonium. Il provoque une immobilisation quasi immédiate des spermatozoïdes en bloquant des réactions enzymatiques essentielles à la respiration cellulaire. Ces effets spermicides s'accompagnent également d'une modification de la glaire cervicale qui

renforce l'effet contraceptif. Il faut cependant expliquer aux patients qu'il est déconseillé d'utiliser des savons anioniques pour la toilette génitale avant ou après utilisation des spermicides du fait des propriétés cationiques de ces derniers. (13)

Le dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre a un effet cytotoxique du cuivre sur les gamètes à l'origine d'une altération des spermatozoïdes, entraînant ainsi une inhibition de la fécondation. Il provoque une inflammation locale de l'endomètre qui empêche l'implantation dans l'utérus de l'ovocyte fécondé. Il peut être mis en place dans les 10 minutes suivant la délivrance, mais ce n'est pas de pratique courante en France.(14) La mise en place du DIU au cuivre n'est pas recommandée entre 48 heures et 4 semaines à cause des taux d'expulsion plus élevés et un risque de perforation .(12) L'avantage du DIU au cuivre est son efficacité et son utilisation à long terme. Ses inconvénients sont le risque d'expulsion, de perforation ou de migration, ainsi que l'impact sur les cycles avec des règles plus abondantes. (15)

Le diaphragme et la cape cervicale ne sont pas utilisables dans les 6 semaines suivant l'accouchement en raison d'une involution utérine qui n'est pas achevée. (16)

B) Les contraceptions hormonales

1) Les progestatifs

Les progestatifs sont utilisables chez la femme en post-partum ne présentant pas de contre-indications (notamment accidents thromboemboliques veineux évolutifs, saignements génitaux inexplicables, cancer du sein ou de l'utérus, pathologie hépatique sévère actuelle ou ancienne). Les progestatifs seuls peuvent être utilisés à partir de 21 jours après l'accouchement. (15)

La pilule progestative est très souvent utilisée, il s'agit de microprogestatifs lévonorgestrel ou au désogestrel.

Les dispositifs macroprogestatifs per os ne disposent pas d'AMM dans l'indication contraception. (15)

L'implant contient de l'étonogestrel. Il est mis en place au niveau sous-cutané de la

face interne du bras non dominant. Son efficacité dure 3 ans. Il est indiqué pour des patientes avec un défaut d'observance de leur contraception.

L'injection intramusculaire est le seul progestatif administré sous forme injectable est l'acétate de médroxyprogestérone à la dose de 150 mg tous les 3 mois. (5) Son utilisation est limitée au cas où d'autres moyens contraceptifs ne sont pas utilisables.

Le dispositif intra-utérin au lévonorgestrel n'est pas recommandé chez les femmes allaitantes avant 4 semaines selon les recommandations de l'OMS (2009) et de la HAS (2013). (15)(16)

2) Les oestroprogestatifs

Ils contiennent deux hormones de synthèse : un progestatif et un œstrogène (éthinyloestradiol). Ils agissent sur l'axe hypothalamo-hypophysaire réalisant un blocage de la stimulation ovarienne. Ils ont un effet sur la glaire cervicale en laissant la glaire filante et donc permettant le passage des spermatozoïdes. De plus, ils provoquent une hyperplasie de l'endomètre.(17)

Chez la femme qui allaite : les oestroprogestatifs ne sont pas recommandés dans les six mois suivant l'accouchement.

Chez la femme qui n'allait pas : les oestroprogestatifs sont utilisables à partir de 42 jours après l'accouchement (normalisation du risque thromboembolique) en l'absence de contre-indications (principalement d'ordre thromboembolique veineux ou artériel, hépatique, carcinologique...) et en prenant en compte les facteurs de risque de thrombose. Selon l'OMS, ce délai peut être raccourci à 21 jours en l'absence de facteur de risque thromboembolique veineux et en l'absence d'autres contre-indications.(15) Ils se présentent sous différentes formes : la pilule, la patch transdermique ou l'anneau vaginal.

C) Les contraceptions naturelles

La HAS détaille différentes méthodes : l'aménorrhée lactationnelle, le retrait, les méthodes d'abstinence périodique et d'auto-observation. Ces dernières ne sont utilisables qu'après un retour de couches car il faut une observation de 3 cycles et qu'ils soient réguliers. (15)

La Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée appelée méthode MAMA peut être utilisée chez les femmes allaitantes. L'allaitement maternel est responsable d'une augmentation de la prolactine qui supprime ainsi la sécrétion de GnRH par l'hypothalamus inhibant ainsi la sécrétion de FSH et de LH (Luteinizing Hormone) et donc l'ovulation.

Cette méthode a été définie lors de la conférence de consensus de Bellagio en 1988 (18) et est très efficace (98 %) quand les trois critères suivants sont respectés (19) :

- être dans les 6 premiers mois qui suivent la naissance (20);
- être en aménorrhée ; l'aménorrhée est définie comme absence de saignement 10 jours après les saignements du post-partum;
- faire un allaitement complet (jour/nuit) ou quasi complet (pas de plus de 4-6 h d'intervalle entre deux tétées même la nuit) et exclusif.

Les femmes doivent être informées que le risque de grossesse augmente si elles diminuent le nombre de tétées (ne plus allaiter la nuit, introduire d'autres aliments, utiliser une tétine), si elles sont au-delà de 6 mois ou ne sont plus en aménorrhée. (21)

Le retrait est une méthode consistant à interrompre un rapport sexuel au moment de l'éjaculation. L'enjeu de cette méthode est d'empêcher le contact des spermatozoïdes avec la filière génitale.(21) Cette technique contraceptive est controversée car elle est peu fiable donc peu recommandée. En effet, il y a peu de résultats concernant l'impact fécondant des spermatozoïdes présents dans le liquide pré-séminal.

D) Les contraceptions définitives

Les contraceptions définitives peuvent apporter une réponse contraceptive appropriée dans certaines situations. La stérilisation tubaire à visée contraceptive est autorisée par la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001, exclusivement pour les patientes majeures.

L'intervention et les démarches sont définies par l'article 26 de cette loi. (22) Il s'agit d'une méthode limitant de manière définitive et irréversible la procréation. (23)

Plusieurs méthodes disponibles :

- ligature des trompes ;
- électrocoagulation ;
- pose d'anneaux ou de clips.

Elles peuvent être réalisées soit dans les 7 jours après l'accouchement, soit à partir de 42 jours (6e semaine) après l'accouchement ou la césarienne (délai d'involution utérine). Un délai de réflexion de 4 mois doit être respecté entre la demande initiale et la réalisation de la stérilisation.(15)

III. L'entretien contraceptif en suites de couches

A) Les compétences de la sage-femme en suites de couches

La profession de sage-femme est définie par le Code de la Santé Publique, notamment dans ses compétences grâce à la Loi du 9 août 2004 renforcée par la loi dite Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009, portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, étend les compétences des sages-femmes en matière de contraception et de suivi gynécologique.(24)

L'article L4151-1 définit que l'exercice de la profession de sage-femme comporte « la surveillance des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant » ainsi que « la l'examen postnatal à la condition d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique constatée. L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention. » « d'assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence, et à l'interruption volontaire de grossesse dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours. » (25)

L'article L5134-1 dit que « les sages-femmes sont habilitées à prescrire les contraceptifs locaux et les contraceptifs hormonaux ». De plus, les « contraceptifs intra-utérins ainsi que

les diaphragmes et les capes ne peuvent être délivrés que sur prescription d'un médecin ou d'une sage-femme et uniquement en pharmacie ou dans les centres de planification ou d'éducation familiale mentionnés à l'article [L. 2311-4](#). La première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par un médecin ou une sage-femme. L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin ou une sage-femme. Elle est faite soit au lieu d'exercice du praticien, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé ». Ainsi, « les sages-femmes sont habilitées à prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen post-natal et après une interruption volontaire de grossesse. » (26)

B) Les recommandations

La Haute Autorité de Santé a émis des recommandations concernant l'entretien contraceptif réalisé par les sages-femmes en suites de couches. Elle indique que le choix d'une méthode contraceptive doit prendre en compte :

- l'allaitement éventuel;
- le risque thromboembolique veineux majoré durant la grossesse et dans les premières semaines post-partum (jusqu'à 6 semaines);
- les pathologies survenues pendant la grossesse (HTA gravidique, prééclampsie, diabète gestationnel, phlébite, etc.).

Il est important d'aborder la contraception et d'informer les femmes sur les méthodes possibles au cours de la grossesse et de la proposer en post-partum immédiat. La consultation du post-partum (6 à 8 semaines après l'accouchement) doit permettre de confirmer le choix contraceptif, son renouvellement éventuel, sa surveillance ou la pose d'un dispositif de longue durée (DIU, implant).

Il est nécessaire d'informer les patientes sur la reprise de l'ovulation en leur expliquant qu'il n'y a pas de reprise de l'ovulation avant le 21e jour après l'accouchement et que par conséquent une contraception n'est pas nécessaire avant ce délai. A l'inverse, à partir du 21e jour, il existe un retour de fertilité et une contraception devient donc nécessaire.

La HAS recommande de les 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 (notamment sur l'enfant allaité, le volume de lait, etc.), autres avantages non contraceptifs, 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. (15)

C) L'entretien

L'entretien contraceptif demande au soignant d'être à l'écoute de son patient, de ses besoins, de ses demandes. Le rôle de la sage-femme lors de ces entretiens est majeur car il demande une adaptabilité et une entente nécessaire à la meilleure prescription possible pour les femmes. Différents modèles ont émergé pour répondre à ce besoin.

1) La méthode BERGER de l'OMS

Ce modèle propose de diviser la consultation en 6 étapes :

- **Bienvenue** : c'est un temps d'accueil. Il comprend la présentation du soignant, le rappel de la confidentialité, le rôle, l'objectif et le déroulement de la consultation.
- **Entretien** : c'est le recueil d'information et l'expression de la femme sur les raisons de sa visite, ses sentiments, ses besoins, ses souhaits et doutes. On élabore un diagnostic éducatif partagé.
- **Renseignement** : la délivrance d'une information claire, hiérarchisée et sur mesure en s'assurant de la bonne compréhension des informations (mode d'emploi, efficacité en pratique courante, contre-indications, avantages-inconvénients, risques, coût).
- **Choix** : le professionnel souligne que la décision finale appartient à la femme en fonction de sa situation de famille, ses préférences (et celles de son partenaire), des bénéfices/risques des différentes méthodes, et de la possibilité pour elle de respecter la méthode en fonction de sa situation.

- **Explication** : il y a une discussion autour de la méthode choisie et de son emploi, sa démonstration, sa manipulation, sa réflexion sur les possibilités d'établir une prise de pilule en routine. On informe sur les effets secondaires et la conduite à tenir, sur les oublis, sur les situations qui nécessitent de revenir consulter. Au mieux, on peut fournir un document écrit.
- **Retour** : il se fait lors des consultations de suivi. Il permet d'évaluer la méthode, son utilisation, qu'elle soit adaptée à la personne et sa satisfaction. On peut discuter éventuellement un changement de méthode. On prend en compte les modifications de situation personnelle, médicale, affective et sociale. À partir de 35-40 ans, il faut réévaluer l'adéquation de la méthode contraceptive utilisée en raison de l'augmentation avec l'âge des risques cancéreux et cardio-vasculaires. (27)(28)

2) Le counseling

Le counseling renvoie à une démarche de conseil et d'accompagnement d'une femme favorisant l'expression de son choix. D'une part, il repose sur des bases d'empathie envers la consultante, de respect pour sa sexualité, ses sentiments, son attitude et ses besoins et d'autre part engage le soignant à conserver le maximum de neutralité vis-à-vis des démarches abordées et des informations fournies. L'approche par entretien motivationnel se situe dans ce courant. Sa particularité est d'être directive ; elle passe par l'expression par la femme de ses ambivalences afin de lui permettre d'aboutir à un choix. (27)

3) La démarche éducative

La démarche éducative renvoie, à une démarche de partenariat pédagogique, centrée sur la personne, et visant à promouvoir sa santé tout en la rendant autonome dans sa propre prise en charge. Cette démarche est individualisée et se fonde sur ce que la personne est, ce qu'elle sait, ce qu'elle croit, ce qu'elle redoute et ce qu'elle espère et à partir de ce que le soignant est, sait, croit, redoute et espère.(27)

METHODE ET OUTILS

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, quantitative, multicentrique menée par une grille critériée.

II. Population cible

La population d'étude regroupe les sages-femmes travaillant en suites de couches.

• *Critères d'inclusion à l'étude :*

- être sage-femme diplômée d'Etat
- travailler en suites de couches
- Entretien contraceptif réalisé après une grossesse physiologique

• *Critères d'exclusion à l'étude :*

- faire moins d'une garde par mois en suites de couches
- exposer le refus de participer à l'étude
- Entretien contraceptif après une grossesse marquée par une pathologie

III. Déroulement de l'enquête:

Dans un premier temps, une grille d'évaluation critériée (annexe I) a été établie recensant les points clés à aborder ainsi que les informations essentielles, en se basant sur la littérature, notamment sur les recommandations émises par la Haute Autorité de Santé. L'étude était multi-centrique dans des maternités de niveau I et de niveau III de Paris. La maternité de niveau III fait partie de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (APHP) et la maternité de niveau I est un Etablissement de Santé à Interet Collectif (ESPIC). Elle a eu lieu entre octobre 2022 et janvier 2023.

Dans un second temps, l'enquête s'était déroulée en assistant aux entretiens sur le choix contraceptif menés par les sages-femmes de suites de couches avec appui de la grille préalablement constituée.

La réalisation de cette étude s'est faite dans les services dans lesquels j'ai pu travaillé lors de mes différents stages en suites de couches.

IV. Traitement des données :

Les données étaient anonymes. Elles ont été reportées de la version papier à Excel à la main. Les variables ont été décrites par la moyenne, l'effectif, la médiane ou l'écart-type. Les différences ont été évaluées par l'utilisation du test du Chi2 grâce à « p-value ». Cependant, lorsque les valeurs étaient trop faibles, l'utilisation de ce test n'a pas pu être possible. Ainsi, nous avons complété le test du Chi2 par un test de Fisher, plus adapté à certains de nos effectifs et exprimé par le même « p-value ».

V. Variables retenues

Les variables retenues étaient les suivantes:

- Données gynécologiques et obstétricales des patientes : âge, gestité, parité, antécédents obstétricaux, utilisation de contraception, type d'allaitement.
- Données sociologiques des sages-femmes : âge, année de diplôme, diplômes complémentaires, rythme de travail
- Données sur l'organisation des services : protocoles, visites, nombre de patientes
- Données sur l'entretien contraceptif en suites de couches : contraceptions proposées, méthodes détaillées, prescription, temps de réflexion

VI. Rappel des problématique, hypothèses et objectifs de l'étude

Nous nous sommes demandés comment les sages-femmes mènent-elles l'entretien contraceptif en suites de couches.

Nous avons dégagé deux objectifs à notre étude, le principal objectif de la recherche était de faire un état des lieux de la pratique de l'entretien contraceptif en suites de couches.

L'objectif secondaire était d'évaluer si les informations délivrées par les sages-femmes sur la contraception du post-partum en maternité, était en accord avec les recommandations.

Nous avons émis deux hypothèses pour nous guider. La première était que le respect des recommandations dépendait du type de maternité dans lesquelles les sages-femmes travaillaient ainsi que le type de patientèle. La seconde était que le respect des recommandations dépendait de l'expérience de la sage-femme.

VII. Considérations éthiques et réglementaires

Le sujet de l'étude et la méthodologie ont été validés en février 2022 par un Comité Scientifique composé de différents membres de l'équipe enseignante, de médecin, de socio-anthropologue ainsi que la directrice des Ecoles de Sages-Femmes de Paris.

Une demande d'étude a été réalisée via le formulaire MR 04 (annexe II) de la CNIL puis acceptée. Une demande a aussi été faite aux cadres de santé des services concernés. Les sages-femmes ont été informées de l'étude, de l'anonymat ainsi que de la possibilité de se retirer de l'étude. Une lettre explicative a été faite.

RÉSULTATS

Tous les résultats sont arrondis au dixième.

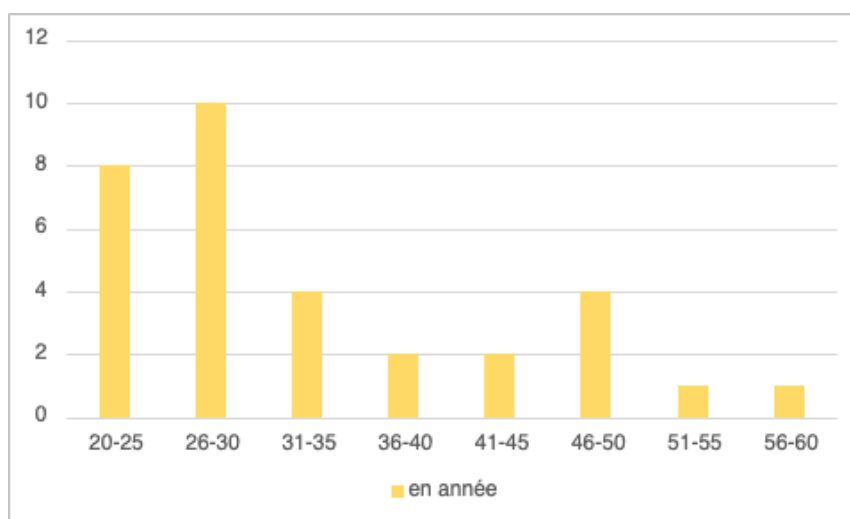
I. Caractéristiques de la population des sages-femmes

La population d'étude regroupait des sages-femmes de maternité de niveau I et de maternité de niveau III de Paris intramuros. Nous avons 42 observations avec 32 sages-femmes différentes. Toutes les personnes observées étaient des femmes (100%). On recensait 18 sages-femmes travaillant en maternité de type III et 14 sages-femmes travaillant en maternité de type I.

Sur la population générale interrogée, les sages femmes avaient un âge minimal de 24 ans et un âge maximal de 60 ans avec une étendue de 36 ans. La moyenne d'âge des sages-femmes observées était de 33,5 ans, et la médiane était de 29 ans.

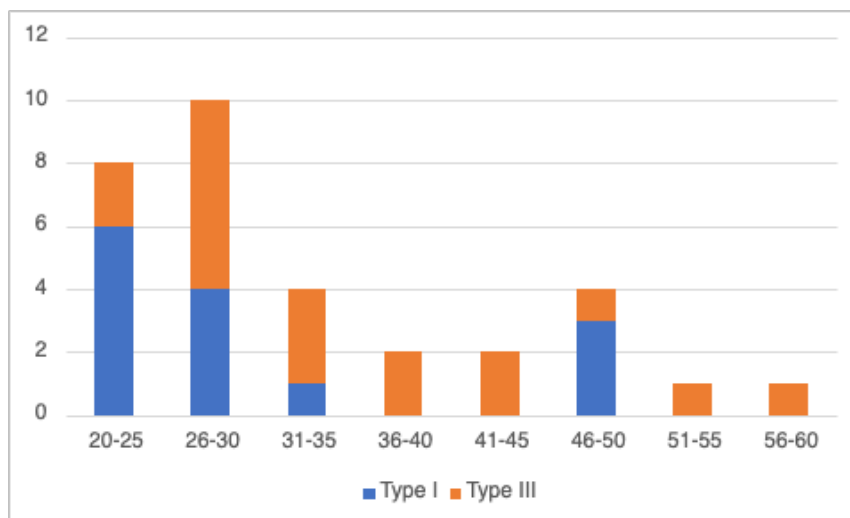
Nous avons détaillé l'âge de cette population selon des tranches d'âge de 5 ans. Ce qui permet de déduire un histogramme de répartition des âges.

Figure 1 : Histogramme de répartition des âges des sages-femmes



Cet histogramme a été adapté selon le niveau de maternité dans lesquelles les sages-femmes se travaillaient.

Figure 2 : Histogramme des âges des sages-femmes par niveau de maternité



Les sages-femmes étaient, en moyenne, diplômées en 2012. L'année médiane de leur diplôme était 2017. Nous avons séparé les sages-femmes en deux groupes : les sages-femmes ayant été diplômées avant la réforme sur les compétences gynécologiques effective dès 2015 étaient 14 (43,7%) et les sages-femmes diplômées après 2015 étaient 18 (56,3%).

Sur les 32 sages-femmes observées, 3 sages-femmes ont été diplômées secondairement d'un Diplôme Universitaire de Gynécologie, soit 9,4 % de notre population. Parmi ces sages-femmes, 2 avaient été diplômées de leur Diplôme d'Etat avant 2015, soit 20% des sages-femmes diplômées avant 2009.

Les sages femmes réalisent entre 2 et 15 gardes par mois, soit une moyenne de 7,2 gardes par mois et une médiane de 7 gardes par mois.

II. Caractéristiques de la population des patientes

Nous avons observé 42 entretiens avec 42 patientes différentes.

Tableau 1 : Tableau descriptif du profil des patientes

Profil des patientes Echantillon = 42 (100%)

Age, moy(σ)		
- En année	31	(6,3)
Grossesses, moy(σ)		
- Gestité	3	(2)
- Parité	2	(2)
Antécédents grossesses rapprochées, n(%)		
- Oui	10	(24 %)
- Non	32	(76 %)
Contraception utilisée en anté partum, n(%)		
- Oui	38	(86 %)
- Non	4	(14 %)
Méthode contraceptive utilisée, n(%)		
- Pilule	17	(41 %)
- Préservatifs	6	(14 %)
- Dispositif intra-utérin hormonal	4	(10 %)
- Dispositif intra-utérin au cuivre	3	(7 %)
- Implant	5	(12 %)
- Patch	0	0 %
- Injection intra-musculaire	0	0 %
- Anneau	1	(2 %)
- Méthodes naturelles	2	(4 %)
Type d'allaitement, n(%)		
- Artificiel	13	(30 %)
- Maternel	21	(50 %)
- Mixte	8	(20 %)

moy=moyenne, n=effectif, σ =écart-type, %=pourcentage

III. Organisation dans le service et tenue de l'entretien

Les sages-femmes observées réalisaient en moyenne 3,8 visites par jour où elles abordaient la contraception du post-partum.

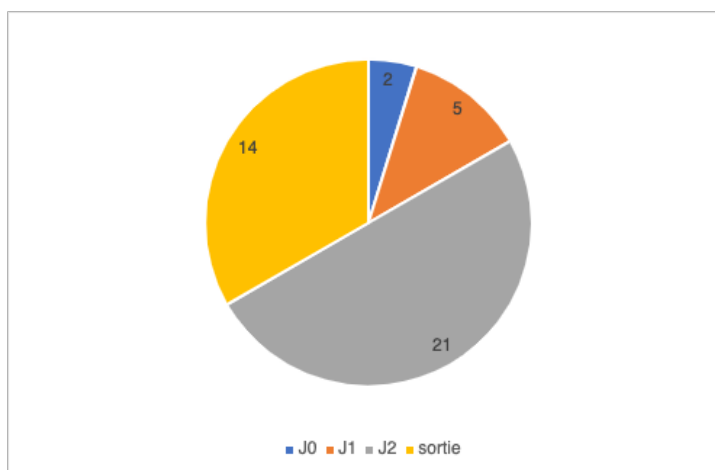
Sur les 32 sages-femmes évaluées, 1 sage-femme réalisait un entretien ciblé sur la contraception, soit 3% de la population étudiée.

En moyenne, la partie de l'entretien concernant la contraception durait 4,1 minutes ($\sigma=2,1$).

L'organisation des services ne comprenait pas de distribution de papiers d'informations sur les contraceptions (0%) ni de protocole de service à sur les éléments à donner lors de l'entretien (0%).

Les informations étaient délivrées à différents moments du séjour des patientes.

Figure 3 : Répartition des jours de délivrance des informations

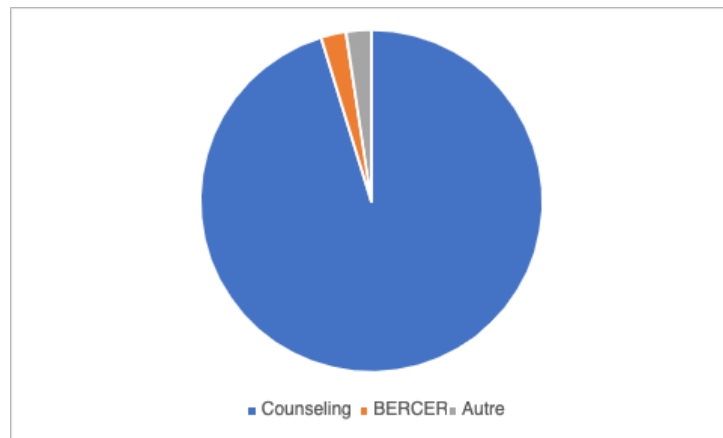


Les sages-femmes délivraient les informations à J0 du post partum dans 4,8% des observations, 11,9% à J1, 50% à J2 et 33,3% au moment de la sortie.

A la fin de l'entretien, 54,8% des sages-femmes laissaient un temps de réflexion aux patientes pour choisir leur moyen contraceptif.

Le tenue de l'entretien se réalisait dans 95,2% des cas selon le principe de « Counseling ». 2,4% des entretiens soit, 1 entretien, s'était déroulé sur le modèle BERCER et 2,4% ne suivaient aucun modèle et répondait seulement à la question « Souhaiteriez-vous une contraception ? » suivie d'une réponse négative qui mettait fin à l'entretien.

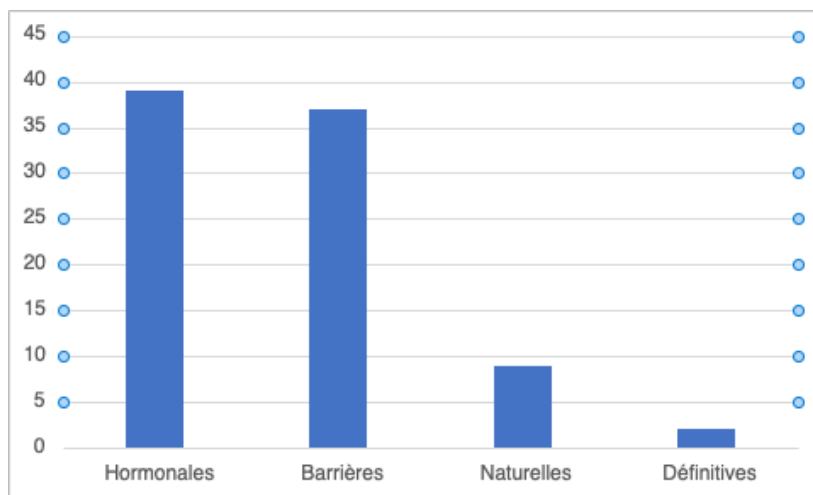
Figure 4 : Répartition des modèles des entretiens



IV. Contenu de l'entretien

Au moment de l'entretien, différentes contraceptions étaient abordées et proposées aux patientes. Les différentes catégories ont été réparties dans un histogramme.

Figure 5: Répartition des contraceptions proposées

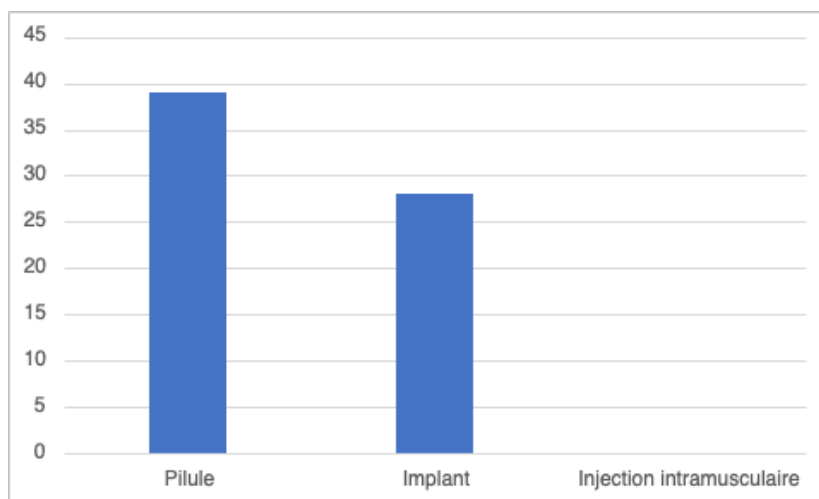


Les contraceptions majoritairement proposées sont les contraceptions hormonales, qui étaient énoncées dans 93% des entretiens ainsi que les contraceptions barrières présentées dans 88% des entretiens. Les méthodes naturelles et définitives étaient exposées respectivement dans 21% et 5% des entretiens.

Une information claire sur la reprise de l'ovulation était délivrée lors de 69% des entretiens.

A) Méthodes hormonales

Figure 6 : Répartition des contraceptions hormonales proposées



Les pilules progestatives étaient proposées dans 93% des entretiens, les implants dans 67% et les injections intramusculaires n'étaient jamais évoquées.

33,3% des sages-femmes délivraient l'information sur les risques des troubles menstruels lors de la prise d'une contraception hormonale.

Les sages-femmes indiquaient dans 10,3% des cas, une diminution de l'efficacité des méthodes hormonales lors d'épisodes de vomissement et de diarrhée ou lors d'associations médicamenteuses.

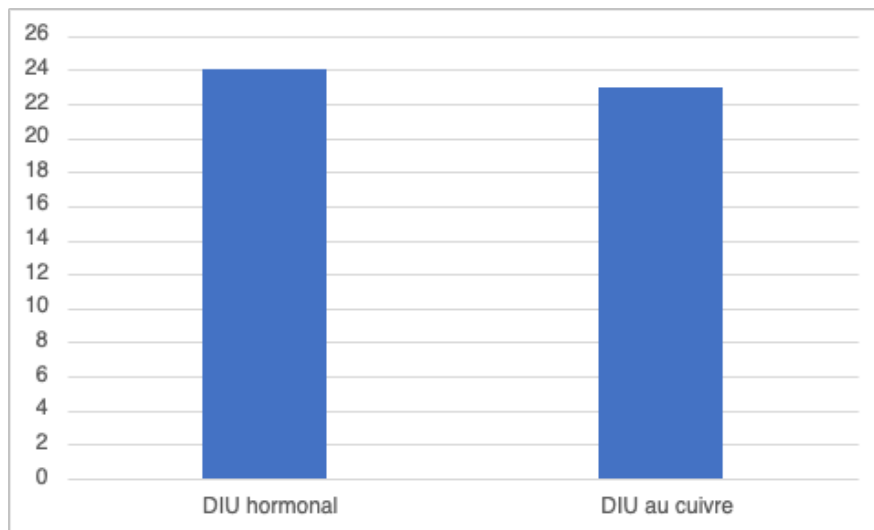
Une information sur la possibilité de faire renouveler une fois leur contraceptif oral pour une période supplémentaire de 6 mois par un(e) pharmacien(ne) ou une/un infirmier(e) sur présentation d'une ordonnance datant de moins de 1 an était donnée dans 8,9% des observations.

Lors la présentation de la pilule progestative, 79,5% des sages-femmes expliquaient l'importance d'une prise quotidienne et 76,2% détaillaient les modalités d'instauration du traitement. Dans 43,6% des observations, les sages-femmes expliquaient les conduites à tenir en cas d'oubli de comprimé.

B) Les dispositifs intra-utérins

Les sages-femmes proposaient dans 64,3% des entretiens l'utilisation d'un dispositif intra-utérin dont 88,9% des fois un DIU au cuivre et 85,2% de DIU hormonal.

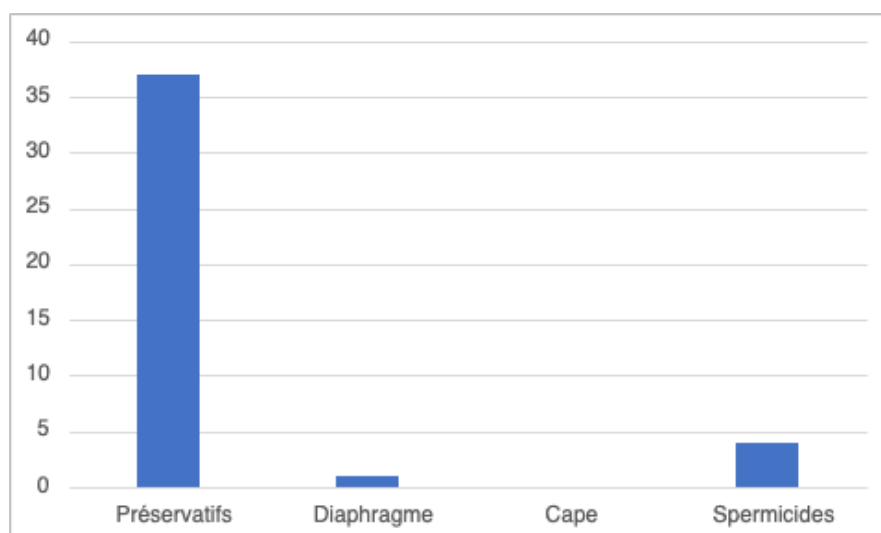
Figure 7 : Diagramme de proportion des dispositifs intra-utérins.



Lors de leurs explications sur les DIU, les sages-femmes mentionnaient leur efficacité dans 29,6% des entretiens. Elles détaillaient leur durée d'efficacité à 55,6% et évoquaient à 7,4% leurs risques. Elles informaient à 59,3% de l'impact possible des DIU sur les cycles et 18,5% expliquaient le suivi ainsi que les motifs de consultation aux urgences.

C) Les méthodes barrières

Figure 8 : Diagramme de proportion des méthodes barrières



Lorsque les sages-femmes parlaient des préservatifs, elles expliquaient leur emploi à 10,8 % des entretiens. Elles donnaient la conduite à tenir à suivre en cas de rupture dans 27,9 % des cas. Les spermicides étaient proposés dans 100% des cas en complément des préservatifs mais jamais en utilisation isolée.

D) Les méthodes naturelles

La seule méthode naturelle proposée est la méthode MAMA avec 9 entretiens où elle était abordée. A chaque fois, la méthode était amenée par la patiente. Parmi ces entretiens, 77,8% évoquaient l'importance d'un allaitement exclusif et 66,7% mentionnaient le rythme imposé par la méthode. 44,4% donnaient l'information du délai maximum de 6 mois d'utilisation de cette contraception.

E) Les méthodes définitives

Le sujet de la stérilisation était abordé dans 4,8% des entretiens. Ces méthodes étaient proposées à des femmes âgées de plus de 40 ans, ayant plus de 5 enfants et avec des antécédents de grossesses rapprochées. De plus, pour l'une d'entre elle, il y avait des IVG répétées dans le post-partum.

F) Les modalités de rattrapage

Les modalités de rattrapage des contraceptions étaient abordées dans 26,2% des entretiens, notamment pour les patientes à qui il avait été proposé une pilule ou des préservatifs. La contraception d'urgence était évoquée dans 31% des entretiens. Elle s'accompagnait d'une prescription dans 76,9% des cas.

V. Comparatif entre les maternités de type I et de type III

Tableau 2 : comparatif des maternité de niveau I et III

	Maternité de type I	Maternité de type III	p-value
Effectif, n(%)	15 (35,7)	27 (64,3)	
Caractéristiques des patientes			
Age, moy (en année)	30,7	30,6	
Parité, n (%)			
- Primipares	11 (73,3)	11 (40,7)	0,043
- Multipares	4 (26,7)	16 (59,3)	0,043
Type d'allaitement, n(%)			
- Artificiel	5 (33,3)	8 (29,6)	1
- Maternel	8 (53,3)	13 (48,2)	0,75
- Mixte	2 (13,3)	6 (22,2)	0,69
Contraception utilisée en antépartum, n(%)			
- Préservatifs	2 (13,3)	4 (14,8)	1
- Pilule	6 (40)	11 (40,7)	0,96
- DIU hormonal	0	4 (14,8)	0,28
- DIU au cuivre	2 (13,3)	1 (3,7)	0,29
- Implant	2 (13,3)	3 (11,1)	1
- Patch	0	0	1
- Depoprovera	0	0	1
- Anneau	0	0	1
- Méthodes naturelles	0	2 (7,4)	0,53
Caractéristiques des sages-femmes (n=32)			
Age, moy (en année) (Me)	31 (28)	35 (32)	
Année de diplôme, moy (en année) (Me)	2014 (2018)	2011 (2013)	
DU complémentaire, n(%)	1 (7,1)	2 (11,1)	1
Nombre de garde en suites de couches par mois, n	6,5	8	
Organisation du service			

Nombre d'entretien contraceptif par jour par sage-femme, moy	3,2	4,3	
Durée moyenne de l'entretien contraceptif (en secondes)	280	193	
Entretien ciblé, n(%)	0	1 (3,7)	
Protocole de service, n(%)	0	0	
Papiers d'informations donnés, n(%)	0	0	
Moment de l'entretien pendant le séjour, n(%)			
- J0	0	1 (3,7)	1
- pendant le séjour	14 (93,7)	13 (48,2)	0,0034
- jour de la sortie	1 (6,7)	13 (48,2)	0,0063
Contraceptions proposées, n(%)			
- Préservatifs	13 (86,7)	24 (88,9)	1
- Pilule	15 (100)	24 (88,9)	0,54
- DIU hormonal	9 (60)	14 (51,9)	0,61
- DIU au cuivre	10 (66,7)	14 (51,9)	0,35
- Implant	14 (93,7)	14 (51,9)	0,0063
- Depoprovera	0	0	1
- Patch	0	0	1
- Anneau	0	0	1
- Diaphragme	0	0	1
- Spermicides	2 (13,3)	2 (7,4)	0,61
- Méthodes naturelles	3 (20)	6 (22,2)	1
- Méthodes définitives	0 (0)	2 (7,4)	0,53

moy=moyenne, n=effectif, %=pourcentage, Me=médiane

VI. Comparatif de l'expérience des sages-femmes

Nous avons fixé la limite des deux groupes à l'année de diplôme en 2015.

Tableau 3 : Comparatif selon l'expérience des sages-femmes

Echantillon n=32	Sages-femmes diplômées avant 2015 n=14	Sages-femmes diplômées après 2015 n=18	p-value
Caractéristiques des sages-femmes			
Année de diplôme, m(Me)	2002 (2002)	2019 (2019)	
Age en année, m(Me)	43 (42)	26 (27)	
DU complémentaire, n(%)	2 (14,3)	1 (5,6)	0,82
Organisation de l'entretien			
Temps en secondes, m(Me)	156 (150)	312 (300)	
Temps de réflexion donné, n(%)	8 (57,1)	10 (55,6)	0,93
Modèle d'entretien, n(%)			
BERCER	0 (0)	1 (5,6)	0,85
Counseling	13 (92,9)	17 (94,4)	0,85
Autre	1 (7,1)	0 (0)	0,85
Méthodes hormonales, n(%)			
Pilule	12 (85,7)	18 (100)	0,18
- prise quotidienne	9 (64,3)	15 (83,3)	0,66
- modalités d'instauration	8 (57,1)	15 (83,3)	0,39
Implant	6 (42,9)	12 (66,7)	0,28
Depoprovera	0 (0)	0 (0)	1
Informations sur les troubles menstruels	2 (14,3)	5 (27,8)	0,67
Explication de la diminution de l'efficacité si vomissement et diarrhée	2 (14,3)	2 (11,1)	1

Dispositifs intra-utérins, n(%)			
Hormonal	7 (50)	11 (61,1)	0,53
Cuivre	7 (50)	11 (61,1)	0,53
Efficacité	2 (14,3)	3 (16,7)	1
Durée d'utilisation	5 (35,7)	7 (38,9)	0,85
Impact sur les cycles	5 (35,7)	8 (44,4)	0,62
Méthodes barrières, n(%)			
Préservatifs	9 (64,3)	18 (100)	0,01
- informations d'emploi	0 (0)	2 (11,1)	0,49
- conduite à tenir si rupture	2 (14,3)	5 (27,8)	0,43
Diaphragme	0 (0)	1 (5,6)	1
Cape	0 (0)	0 (0)	1
Spermicides	1 (7,1)	3 (16,7)	0,61
Méthodes naturelles, n(%)			
Méthode MAMA	1 (7,1)	4 (22,2)	0,35
- Maximum 6 mois d'utilisation	0 (0)	4 (22,2)	0,11
- Allaitement exclusif	1 (7,1)	3 (16,7)	0,61
- Explication du rythme	0 (0)	3 (16,7)	0,24
Méthodes définitives, n(%)			
Stérilisation	2 (14,3)	0 (0)	0,18
Informations complémentaires, n(%)			
Informations sur les IST données	1 (7,1)	3 (16,7)	0,61
Méthodes de rattrapage, n(%)			
Explication donnée sur la contraception d'urgence	3 (21,4)	6 (33,3)	0,69
Ordonnance donnée	1 (7,1)	5 (27,8)	0,19

moy=moyenne, n=effectif, %=pourcentage, Me=médiane

ANALYSE ET DISCUSSION :

A) Limites et biais de l'étude

La limite principale de l'étude est le faible effectif avec une faible puissance puisque seulement 32 sages-femmes ont été observées et 42 entretiens réalisés.

Lors de la réalisation de l'étude, certains biais sont apparus. Notamment, l'information faite à la sage-femme sur le contenu de l'étude pouvait faire changer l'entretien. En effet, la présence d'un observateur faisant un état des lieux sur le sujet de la contraception a pu, peut-être, modifier le comportement des sages-femmes et orienter le contenu de l'entretien sur la contraception en ajoutant des informations non dites lors de leur pratique quotidienne.

De plus, il est dommage de n'avoir que des sages-femmes de type I et de type III car cela n'est pas représentatif de la population générale des sages-femmes et des patientes.

Parfois, certains entretiens mélangeaient différents sujets (conseils pédiatriques, retour à la maison, contraception,...) ce qui rendaient parfois le chronométrage du temps d'entretien difficile.

B) Les forces de l'étude

La force majeure de notre étude est l'outil et la recherche qui permettent une étude observationnelle sans critères subjectifs puisqu'il s'agissait d'une grille critériée à cocher à chaque fois qu'une information était donnée. Cela a permis d'avoir différents observateurs sans créer de biais supplémentaire pouvant altérer la qualité de l'étude.

Le taux de participation à l'étude est de 100%, toutes les sages-femmes ont accepté de participer à l'étude.

La seconde force de l'étude était que les lieux observés étaient nos lieux de stage ce qui permettait de bien comprendre le fonctionnement du service ainsi que l'organisation journalière des sages-femmes. Cette immersion a permis de comprendre et cibler les points importants influençant les entretiens.

C) L'entretien mené par les sages-femmes

Les sages-femmes menaient leurs entretiens selon des concepts et des méthodes déjà reconnus. En effet, elles suivaient la méthode du « Counseling » majoritairement (92,5%) et la méthode BERGER (2,4%).

En moyenne, chaque sage-femme passait 4,1 minutes par entretien contraceptif par femme. L'ANAES estimait que le temps d'un entretien bien mené devait permettre d'informer les patientes sur les choix possibles, de leur permettre de choisir la méthode qu'elles estimaient comme la plus adaptée, de les sensibiliser à l'utilisation de la méthode choisie. (27) La HAS estimait que d'après ses recommandations, un entretien devait durer 20 minutes. Nous avons décidé de comparer nos résultats à une autre étude récente car le temps relevé lors de notre étude était loin des recommandations émises. (10).

Dans son mémoire de diplôme d'Etat de Sage-Femme, Emilie Pourtier, mesurait la satisfaction des patientes nouvelles accouchées concernant l'information reçue sur la contraception du post-partum grâce à un questionnaire auto-administré. Elle relevait dans son étude, un temps moyen de la durée de l'entretien à 11 minutes. (17)

Les sages-femmes consacrent peu de temps à l'entretien sur la contraception. Les réalités du terrain actuelles ne permettent pas de prendre le temps nécessaire pour aborder cette thématique en suites de couches. En effet, le temps est compté lors d'une garde notamment lorsqu'il y a peu de sages-femmes pour un effectif important de patientes. Nombreuses prennent le parti de dire que des informations précises seront données lors de la visite post-natale ou lors de la visite de la sage-femme à domicile.

Certains auteurs insistent sur le fait d'attendre que les patientes soit reposées et suffisamment dégagées des doutes et des éléments d'ordre technique concernant leur bébé. Ils estiment que ces préoccupations laissent peu de place à la démarche projective du choix d'un moyen de contraception.(11) Il faudrait donc mêler la difficulté d'organisation du temps de service ainsi que la fenêtre de disponibilité de la patiente/ du couple ce qui crée d'autant plus de difficulté à mener un entretien de qualité complet.

Les sages-femmes menaient leur entretien sans appui d'un « guideline », ni protocole spécifique à l'entretien contraceptif. Aucun papier d'informations n'était distribué au préalable aux patientes. Robin G et al, estime que « la remise d'une plaquette informative pourra aider la patiente à réaliser un choix éclairé ». (11)

L'entretien était généralement introduit par une information sur la reprise de l'ovulation ainsi qu'un potentiel risque de grossesse (69%). Les sages-femmes se servaient de cette information pour expliquer l'intérêt de l'entretien de la contraception en post partum ainsi que l'importance d'une méthode contraceptive si une grossesse n'était pas désirée. Cette explication donnait du sens à cet entretien et permettait de capter l'attention des jeunes parents plus facilement. La HAS recommande vivement une explication claire sur la reprise de l'ovulation ainsi qu'une information sur les moyens de contraception possibles. (10)

La présentation des différents contraceptifs était réalisée après analyse du dossier médical en prenant compte des facteurs de risques, pathologies, traitements, du type d'allaitement, de chaque patiente.

Les sages-femmes observées proposaient, dans un premier temps, les contraceptions hormonales (97%) puis, les méthodes barrières (88%), dans un second temps. Les méthodes naturelles (21%) ou définitives (5%) n'étaient que rarement expliquées et souvent leur introduction étaient faites par les patientes.

Lorsque les sages-femmes parlaient des contraceptions hormonales, elles abordaient la pilule progestative (93%) et les implants sous cutanée (67%). Les injections intramusculaires (Depoprovera) n'étaient jamais évoquées ni les pilules oestro-progestatives recommandées par l'OMS dès 21 jours si les patientes n'allaitaient pas et si il n'y avait pas de facteurs de risques thromboemboliques (28).

Concernant les détails de chaque méthode, les sages-femmes prenaient le temps d'expliquer l'importance d'une prise quotidienne de la pilule (79,5%) et les modalités d'instauration du traitement (76,5%).

Les dispositifs intra-utérins étaient proposés (64,3%) avec une présentation similaire des deux types de DIU. Ces méthodes n'étant disponibles qu'à partir de 6 semaines du post

partum (5), les sages-femmes le proposaient moins d'emblée mais pouvaient être amenées à les expliquer si les patientes leur en parlaient.

Les préservatifs étaient souvent présentés par les sages-femmes (88%). C'est une méthode sans engagement de la part des patientes qui leur laisse la possibilité de facilement changer de moyen de contraception si nécessaire. Cela permettait à certaines patientes de repousser l'abord de la contraception qui peuvent parfois les effrayer au moment du post partum. Les sages-femmes les proposaient d'autant plus aux patientes réfractaires à un moyen de contraception car elles ne considéraient pas reprendre les rapports sexuels dans les semaines suivantes. Elles utilisaient donc l'argument de la prescription d'une boîte « au cas où ».

Les méthodes naturelles étaient peu proposées (5%) car, hormis la méthode MAMA, les autres méthodes ne peuvent être réutilisées qu'à partir de 3 cycles après la retour de couches (28). Les sages-femmes avouaient ne pas proposer la méthode MAMA car elles n'étaient pas à l'aise avec celle-ci, notamment sur les consignes strictes permettant l'efficacité optimale de la méthode.

De plus, la plupart des femmes n'envisageaient pas de grossesses rapprochées à leur sortie de suites de couches ce qui ne rendait pas pertinent les explications des autres méthodes naturelles qui nécessitaient d'avoir conscience d'une plus grande possibilité d'échec de la méthode et donc d'une grossesse.

Les méthodes définitives étaient peu proposées (4,8%) et discutées. C'est une pratique qui se démocratise peu à peu depuis quelques années mais encore peu de professionnels la propose d'emblée. G. Pierre explique qu'en France, les femmes ont dix à vingt fois moins recours à ces méthodes qu'aux Etats-Unis où la pratique est largement démocratisée et où les professionnels sont très bien formés aux différentes méthodes. (22)

Pour conclure l'entretien, certaines sages-femmes évoquaient la contraception d'urgence et les modalités de rattrapage. D'autres abordaient la question lorsqu'elles expliquaient la prise de la pilule, notamment en cas de retard de prise, d'oubli ou au moment de l'explication sur les préservatifs et les conduites à tenir en cas de rupture du préservatif.

Trois quarts des sages-femmes qui abordaient ce sujet prescrivaient une contraception d'urgence à leurs patientes.

Dans l'étude menée par Emilie Pourtier, 11,4% des entretiens évoquaient une contraception d'urgence (17). Dans notre étude, 31% des entretiens comprenaient une information sur la contraception d'urgence avec dans 26,2% des entretiens une information plus détaillée sur les modalités de rattrapage. Finalement, notre étude se rapproche au plus des recommandations de la HAS qui insistent sur l'importance que les femmes soient préventivement informées des possibilités de rattrapage en cas de rapport non protégé, de leur efficacité et de leurs conditions d'accès (28), même si cela reste encore trop peu pour assurer aux femmes une maîtrise de leur fécondité.

D) Influence du type de maternité et de patientèle

Notre étude nous permet de comparer une maternité niveau 1 et une maternité de niveau 3 de Paris intra-muros.

1) Caractéristiques des patientes

L'âge moyen des patientes était similaire dans les deux groupes mais l'étendue des âges des patientes de la maternité de type III est plus importante : il y a beaucoup de patientes jeunes et beaucoup de patientes âgées.

La répartition de la parité était significativement différente entre les deux maternités ($p=0,043$). En effet, la proportion des primipares est plus importante dans la maternité de type I (73% vs 41%) tandis que la multiparité est plus importante dans la maternité de niveau III (60% vs 27%).

Les types d'allaitement ont une tendance à montrer que l'allaitement mixte était plus utilisé dans la maternité de niveau 3 que dans la maternité de niveau 1. Cependant il n'y a pas de différence significative entre le choix de l'allaitement maternel ($p=1$), l'allaitement artificiel ($p=0,75$), l'allaitement mixte ($p=0,69$).

En anté partum, les contraceptions utilisées étaient diverses. Dans le type 1, les contraceptions les plus utilisées étaient la pilule (40%), les préservatifs (13,3%), le DIU au

cuire (13,3) et l'implant (13,3%). 20% des patientes n'utilisaient pas de contraception en anté partum.

Dans la maternité de niveau 3, les patientes utilisaient majoritairement la pilule (40,7%), les préservatifs (14,8), le DIU hormonal (14,8) et l'implant (11,1%). 7,4% des patientes n'utilisaient pas de méthode contraceptive.

Cependant, il n'y avait pas de différence significative retrouvée dans les contraceptions utilisées entre les deux niveaux de maternité.

La différence des patientes n'utilisant pas de moyen contraceptifs entre les deux maternités pouvait s'expliquer par le fait que dans la maternité de niveau 1, beaucoup de patientes passaient par un parcours de PMA et par conséquent n'utilisaient pas de contraception en anté-partum.

Les patientes des deux maternités étaient relativement jeunes, en bonne santé, un type d'allaitement similaire ainsi qu'un rapport à la contraception en anté-partum équivalent, n'impactant pas la proposition des différentes contraceptions par les sages-femmes. Comme expliqué dans les recommandations, les méthodes proposées doivent tenir compte de l'allaitement éventuel, du risque thromboembolique, des pathologies survenues pendant la grossesse (HTA, pré-éclampsie, diabète gestationnel, ...) (28).

La différence notable entre les deux groupes est la parité. Ce critère pourrait avoir un impact dans la présentation des contraceptifs avec une connaissance du post-partum plus importante pour les multipares avec déjà une expérience avec la contraception du post-partum. Certaines sages-femmes de l'étude proposaient aux grandes multipares ou aux patientes multipares avec des antécédents d'IVG dans le post-partum sans désir de nouvelle grossesse, une méthode définitive.

Un critère non évalué mais qui aurait pu être intéressant dans l'étude est le niveau socio-économique des patientes. En effet, cet item aurait pu renforcer les profils des patientes de chaque maternité ainsi comprendre leur choix contraceptif et leurs besoins. D. Hassoun, décrit dans l'utilisation des méthodes naturelles, qu'il y a deux catégories de femmes ayant recours à ces méthodes. D'un côté, les femmes sans diplôme qui seraient, peut-être, moins bien informées sur les autres contraceptions possibles ou/et pour lesquelles un accès à une

contraception serait problématique pour des raisons économiques ou culturelles et d'autre part, les femmes très diplômées, très informées et qui sortent ainsi de la norme sociale par refus des risques liés aux hormones (21). Ceci démontre l'importance d'une information complète, claire et adaptée pour chaque patiente.

Dans la maternité de niveau III, il y avait une bonne partie des patientes avec un niveau socio-économique plus bas avec certaines patientes sans diplômes, sans emploi, sans logements adaptés ou vivant dans des hébergements collectifs.

Dans la maternité de niveau I, il y avait un niveau socio-économique plus haut, avec des patientes ayant fait des études plus longues, des logements plus grands, sans difficultés financières ou sociales.

2) Caractéristiques des sages-femmes

Les sages-femmes étaient plutôt jeunes dans la maternité de niveau 1 avec un âge moyen de 31 ans avec une année d'obtention de diplôme moyenne en 2014 tandis que dans le type 3, les sages-femmes avaient un âge moyen de 35 ans avec une année d'obtention de diplôme en 2011.

Les sages-femmes exerçant dans la maternité de niveau 3 réalisaient en moyenne plus de garde par mois (8 gardes/mois) que les sages-femmes travaillant dans la maternité de niveau 1 (6,5 gardes/mois).

Dans la maternité de niveau 3, 2 sages-femmes avaient obtenu un DU en gynécologie tandis que dans la maternité de niveau 1, une sage-femme avait obtenu ce même DU. Ces résultats sont similaires ($p=1$).

Les deux populations de sages-femmes des maternités de niveau I et III sont similaires. Il y a une tendance à avoir plus de garde par mois en suites de couches chez les sages-femmes de niveau III mais cela n'est pas significatif.

3) L'organisation du service

Dans la maternité niveau 1, il y a environ 3 entretiens contraceptifs par jour contre 4 pour la maternité de niveau 3. Ces entretiens sont plus longs dans la maternité de niveau 1 avec un temps moyen de 280 minutes contre 193 minutes dans la maternité de niveau 3.

Dans aucune des deux maternités un protocole de service était mis en place, ni de documents informatifs n'étaient fournis aux patientes lors de leur séjour.

Dans la centre de niveau 1, l'information sur la contraception était réalisée à 94% pendant le séjour. Cependant dans le centre de niveau 3, l'information était faite, pour la moitié, durant le séjour, pour la seconde moitié, le jour de la sortie. Il y a une différence significative entre les moments choisis pour évoquer le thème de la contraception avec un entretien pendant le séjour dans la maternité de niveau I ($p=0,0034$) et un entretien le jour de la sortie dans la maternité de niveau III ($p=0,0063$).

Après discussion avec les sages-femmes de la maternité de niveau 1, cela était une habitude de service respectée par la plupart des sages-femmes. Dans la maternité de niveau 3, les sages-femmes suivaient leur propres habitudes.

La maternité de niveau I, enregistre 2000 accouchements par an. En suites de couches, il y a 3 sages-femmes qui se repartissent le service, leur permettant d'avoir en moyenne entre 5 et 10 patientes par sage-femme. Elles réalisent les soins infirmiers (il n'y a pas d'infirmières), les examens obstétricaux et le suivi pédiatrique des nouveaux-nés. Certaines sages-femmes réalisaient des réunions d'informations réunissant 2 à 3 patientes/couples où elles parlaient des conseils pédiatriques, gynécologiques ainsi que de la reprise de la contraception.

La maternité de niveau III, enregistre 3500 accouchements par an. En suites de couches, il y a 2 sages-femmes qui se répartissent en deux le service ainsi que les patientes hospitalisées en service de gynécologie après un accouchement prématuré avec un nouveau-né hospitalisé en néonatalogie, les suites d'une interruption médiale de grossesse (IMG), les suites d'un accouchement d'un enfant né sans vie. Les soins infirmiers sont réalisés par les infirmières du service. Chaque sage-femme s'occupe de 15 à 25 patientes selon l'activité.

De plus, la maternité de niveau III proposait plus de sortie précoce à J2 que la maternité de niveau I qui réalisait une sortie classique à J3 avec une information sur la contraception faite à J2.

Comme cité précédemment, certains auteurs conseillent d'attendre que les patientes soit reposées et suffisamment dégagées des doutes et des éléments d'ordre technique concernant leur bébé. Ils estiment que ces préoccupations laissent peu de place à la démarche projective du choix d'un moyen de contraception.(11) Emilie Pourtier étudie dans son mémoire la satisfaction des femmes à la suite de cet entretien. 6 % des femmes interrogées ne se sont pas senties disponibles et donc moins réceptives. (17)

On peut supposer que dans la maternité de niveau III, il n'est pas aisé de trouver le bon moment avec un service chargé et une surcharge de travail ce qui peut influencer le temps de l'entretien qui est diminué dans la maternité de niveau III par rapport au temps consacré dans la maternité de niveau I. De plus, la réalisation de cet entretien pendant le séjour permet aux sages-femmes de l'organiser tout au long de la journée, tandis que si il est réalisé lors du jour de la sortie, il est doit être fait avec certaines contraintes. Il doit souvent être réalisé avant une certaine horaire pour ne pas bloquer l'organisation du service (sortie de la patiente, désinfection de la chambre, nettoyage et ré-attribution de la chambre à une nouvelle patiente) permettant un plus grand rendement.

4) Les contraceptions proposées

Dans l'ensemble, les contraceptions proposées ne variaient pas d'une maternité à une autre. En effet, la pilule était la moyen contraceptif le plus proposé car il était évoqué à chaque fois dans la maternité de niveau 1 et était présentée à presque 90% dans l'autre centre ce qui n'est pas significativement différent ($p=0,54$).

En ce qui concerne les préservatifs, leur proposition était similaire dans les deux maternités ($p=1$).

Il n'y avait pas de différence significative dans la proposition des DIU. Les DIU hormonaux étaient présentés de façon similaire dans les deux maternités ($p=0,61$) et les DIU au cuivre n'étaient pas proposés de manière significativement différente ($p=0,35$).

L'implant était significativement plus proposé en maternité de niveau 1 avec presque 94% de présentation en entretien qu'en maternité de niveau 3 où il était expliqué lors de 52% des entretiens. ($p=0,0063$).

L'injection intramusculaire (Depoprovera) n'était jamais présentée, que ce soit dans le centre de niveau 1 ou dans le centre de niveau 3. Les patchs, anneaux et diaphragmes n'étaient également jamais proposés quelque soit le lieu ($p=1$).

Les spermicides étaient proposés le plus souvent en maternité de niveau 1 (13,3%) qu'en maternité de niveau 3 (7,4%) sans différence significative ($p=0,53$). Cependant, dans les deux maternités, ils étaient toujours proposés en association d'un préservatif.

Les méthodes naturelles représentées par la méthode MAMA, dite la méthode de l'aménorrhée lactationnelle, étaient proposées de façon similaire dans les deux centre ($p=1$).

La méthode définitive par la stérilisation n'était proposée que dans la maternité de niveau 3 pour des patientes grandes multipares avec des échecs de contraception répétés ou lors d'IVG répétés dans le post-partum.

Il n'est pas remarqué de différence significative dans les contraceptions proposées dans les deux maternités. Cependant, il est conseillé dans les populations à risque de grossesse rapprochée et ayant le moins facilement accès aux soins (notamment les adolescentes et les populations de bas niveau socioéconomique) d'utiliser des méthodes dites de « longue durée » (implant ou DIU). L'ensemble des études rapportent une meilleure efficacité contraceptive et l'importance de la mise en route dans le post-partum immédiat des contraceptions de longues durées (5).

Notre étude n'a pas permis de montrer l'influence du niveau de maternité sur l'entretien contraceptif. En effet, les contraceptions proposées sont identiques dans les deux niveaux de maternité. La réelle différence dans les entretiens est le temps consacré à celui-ci. En effet, les sages-femmes de la maternité de niveau III, passent 2 fois moins de temps avec les patientes à ce sujet que les sages-femmes de la maternité de niveau I. On peut supposer que les conditions de travail et d'accompagnement de l'hôpital public ont un réel impact sur la qualité de l'information. Notre étude permet de faire ressortir les problématiques actuelles du manque de moyens et de personnel dans les services publics. Ce paramètre crée un vrai biais dans l'interprétation de nos résultats car l'on compare une maternité de niveau III et de niveau I mais aussi une maternité de l'APHP et un ESPIC.

Néanmoins, on peut supposer qu'il y ait une influence de la population de patientes sur l'entretien. Effectivement, le temps consacré à la contraception est plus court dans la maternité de niveau III que dans la maternité de niveau I. De plus, dans le centre de niveau III, il y avait significativement plus de multipares que dans le centre de niveau I. On peut envisager la possibilité que les multipares connaissent mieux les contraceptions du post partum, réduisant le temps de l'entretien.

E) Influence de l'expérience des sages-femmes sur l'entretien

L'article 86 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires modifie l'article L. 4151-1 et l'article L. 5431-1 du Code de la Santé Publique pour les sages-femmes. Cette loi autorise désormais les sages-femmes à « réaliser des 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 ».

L'arrêté du 19 juillet 2011, relatif au régime des études en vue du Diplôme de formation générale en sciences maïeutiques réforme les enseignements théoriques en gynécologie dans la suite de la loi du 21 juillet 2009. Nous avons donc pris l'année de diplôme en 2015 pour scinder les sages-femmes en deux groupes : les sages-femmes formées avant la réforme relative aux compétences en gynécologie et les sages-femmes formées après celle-ci.

1) Temps de l'entretien

Dans un premier temps, ce qui nous a interpellé est le temps total consacré à la contraception en entretien. En effet, les sages-femmes diplômées avant 2015 consacraient 156 secondes, tandis que le groupe de sages-femmes diplômées après 2015 passaient en moyenne 312 secondes, soit le double du temps.

Après cet entretien, la possibilité d'un temps de réflexion était similaire selon les deux groupes ($p=0,93$).

Nous avons pu observer que les sages-femmes diplômées avant 2015 arrivaient grâce à leur expérience à cibler les éléments essentiels permettant une proposition adaptée aux patientes. Leur discours est moins systématique et elles analysent les besoins basés sur l'écoute de la patiente. Cela leur permet de passer plus de temps sur les contraceptifs ciblés et moins de temps sur d'autres.

On pourrait penser que leur expérience leur permet d'être plus synthétique dans leurs conseils et d'aller directement aux contraceptions les plus adaptées, d'après les informations recueillies.

Néanmoins, la différence de formation en gynécologie nécessitait pour certaines un besoin de complément des acquis par la réalisation d'un diplôme universitaire en gynécologie venant approfondir leurs connaissances.

2) Modèle de l'entretien

La tenue de l'entretien se faisait selon la méthode Counseling dans les deux groupes, il n'y avait pas de différence significative entre le nombre d'années d'expérience et la méthode utilisée ($p=0,85$).

Une sage-femme, néo-diplômée, utilisait la méthode BERCER comme enseignée lors des études de sages-femmes. Dans le groupe des sages-femmes plus expérimentées, une sage-femme ne suivait aucun modèle conseillé par les recommandations (27).

La formation et l'expérience des sages-femmes n'impacte pas le modèle des entretiens.

3) Contraceptions proposées

Méthodes hormonales

La pilule contraceptive était abordée dans les deux groupes, cependant, le groupe des sages-femmes diplômées après 2015 l'évoquait dans 100% soit significativement plus que les sages-femmes diplômées avant 2015 (86%). Dans le groupe des sages-femmes « plus expérimentées », deux tiers évoquaient la prise quotidienne de la pilule et plus de la moitié discutaient des modalités d'instauration du traitement. Ces résultats montrent une information délivrée sur la pilule légèrement plus faible par rapport au groupe des sages-

femmes diplômées après 2015. Cependant nous ne remarquons pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,18$). Parmi elles, les informations ne différaient pas entre les deux groupes sur la prise quotidienne de la pilule ($p=0,66$) ainsi que les modalités d'instauration du traitement ($p=0,39$).

Pendant les entretiens, nous avons pu remarquer que les sages-femmes diplômées avant 2015 n'associaient pas toujours les deux informations de la prise quotidienne et de son instauration tandis que, dans le groupe des sages-femmes diplômées après 2015, les deux informations étaient toujours associées.

Le discours des sages-femmes diplômées après 2015 paraît plus stéréotypé et systématique que les sages-femmes diplômées avant 2015.

La proposition de l'implant contraceptif paraît plus démocratisée chez les « jeunes » sages-femmes par leur formation car, en effet, deux tiers des sages-femmes l'évoquaient pendant l'entretien mais cela n'était pas significativement plus que les sages-femmes « plus expérimentées » ($p=0,28$).

Dans les deux groupes, les sages-femmes ne proposaient pas la méthode d'injection intramusculaire de Depoprovera.

Les informations complémentaires sur l'utilisation des contraceptifs hormonaux (troubles menstruels et diminution de l'efficacité en cas de diarrhées et de vomissements) étaient données de la même façon dans les deux groupes ($p=0,67$, $p=1$).

Dans le groupe des sages-femmes plus « expérimentées », les deux informations étaient données ensemble tandis que dans le groupe des sages-femmes diplômées après 2015, l'information était plus souvent donnée sur la baisse de l'efficacité que sur les risques de troubles menstruels.

Dispositifs intra-utérins

Les dispositifs intra-utérins étaient proposés dans les deux groupes. On remarque que lorsque le DIU était proposé, les modèles au cuivre ou hormonaux étaient toujours exposés ensemble. Les DIU étaient évoqués chez les sages-femmes diplômées avant et après 2015

sans qu'il n'y ait de différence significative à ce sujet ($p=0,53$). Cependant, les informations délivrées étaient similaires dans les deux groupes notamment l'efficacité ($p=1$), leur durée d'utilisation ($p=0,85$), leur impact sur les cycles ($p=0,62$).

Finalement, seulement la moitié des sages-femmes de chaque groupe, proposent le DIU.

Il aurait pu être pensé que les sages-femmes diplômées avant 2015 étaient moins à l'aise avec certaines méthodes contraceptives. En effet, depuis la loi HPST, les sages-femmes sont autorisées à poser des DIU ainsi que des implants permettant une plus grande familiarité de ce type de contraceptifs (25, 26). D'après notre étude, les sages-femmes diplômées avant 2015, proposent tout autant les DIU ainsi que les implants.

Méthodes barrières

Parmi ces contraceptions, les préservatifs étaient significativement plus présentés dans le groupe des sages-femmes diplômées après 2015 ($p=0,01$). Les informations complémentaires mentionnant la conduite à tenir en cas de rupture et le mode d'utilisation, étaient peu expliquées de façon générale, même si, les « jeunes » sages-femmes les présentaient plus que dans le second groupe, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,49$ et $p=0,43$). Les spermicides étaient proposés en cas de proposition des préservatifs majoritairement dans le groupe des sages-femmes diplômées après 2015 mais sans différence significative avec l'autre groupe ($p=0,61$).

Les sages-femmes des deux groupes ne proposent pas la cape ou le diaphragme car la HAS recommande leur reprise à partir de 6 semaines après l'accouchement. (5)

On note que les sages-femmes diplômées avant 2015 sont plus âgées que les sages-femmes diplômées après 2015. Les moyens de contraceptions évoluent avec les générations. Les « jeunes » sages-femmes ont des âges similaires aux patientes suivies avec l'évolution dans la même génération de contraception. On peut imaginer que les jeunes sages femmes sont plus sensibles aux contraceptions « à la mode ».

Actuellement, l'ère du « sans hormones » amène les femmes à se tourner vers des méthodes mécaniques plutôt qu'hormonales. Notre étude montre que les professionnels, notamment les sages-femmes diplômées après 2015 vont dans ce sens.

Méthodes naturelles

La méthode MAMA était trois fois plus proposée dans le groupe des sages-femmes diplômées après la réforme que chez les sages-femmes du second groupe mais sans différence significative entre les deux groupes ($p=0,35$). Les modalités d'utilisation strictes de la méthode étaient expliquées seulement dans le groupe des sages-femmes diplômées après 2015. La seule sage-femme du groupe « expérimenté » à proposer cette méthode la précisait par l'importance d'un allaitement exclusif sans autres explications complémentaires.

Les contraceptions naturelles, telles que la méthode MAMA, reposant sur l'aménorrhée lactationnelle, étaient peu proposées dans les deux groupes. Le groupe des sages-femmes diplômées après 2015 le proposait plus avec une délivrance des informations plus précises. Une des causes retrouvée de ce désamour, était la faible croyance en son efficacité même si l'OMS considère cette méthode fiable basée sur de nombreuses études (10).

Il est nécessaire d'expliquer précisément les conditions de la méthode pour que son utilisation soit la plus fiable possible. Certains auteurs recensent plusieurs IVG dans le post partum suite aux croyances des femmes que l'allaitement suffit sans conditions associées. (5)

Méthodes définitives

Les sages femmes diplômées avant 2015 proposaient plus facilement le recours à la stérilisation que les sages-femmes diplômées plus récemment sans pour autant qu'il y ait une différence significative entre les deux groupe ($p=0,18$).

4) Informations complémentaires

L'information sur le risque d'infections sexuellement transmissibles (IST) n'était pas significativement plus délivrée dans le groupe des sages-femmes diplômées après 2015 que dans le groupe des sages-femmes diplômées avant 2015 ($p=0,61$).

Le groupe des sages-femmes « moins expérimentées » expliquaient le rôle de la contraception d'urgence et les prescrivait. Seulement un tiers des sages-femmes diplômées avant la réforme des compétences gynécologiques prescrivait la contraception d'urgence après l'avoir expliquée. Cependant, on ne retrouvait pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,69$ et $p=0,19$).

Dans son mémoire de Emilie Pourtier, relève que les sages-femmes (ou étudiantes sages-femmes) réalisent 94% des entretiens relatifs à la contraception. (17) Elles ont donc une place centrale dans la question de la contraception notamment depuis l'élargissement de leurs compétences en gynécologie.

Malgré ces ajouts de compétence et un complément de formation chez les sages-femmes diplômées après 2015, les méthodes proposées restent similaires aux contraceptions proposées par les sages-femmes diplômées avant l'année 2015.

En effet, les méthodes moins démocratisées telles que la cape ou le diaphragme n'était pas évoquées malgré leur abord au cours des enseignements théoriques de l'UE gynécologie. Finalement, nous nous rendons compte que les moyens contraceptifs abordés sont plutôt les mêmes dans les deux groupes mais que le degré d'information est plus précis chez les sages-femmes ayant reçu l'enseignement après la réforme. Le complément de formation a permis de renforcer les connaissances des sages-femmes à ce sujet.

Notre faible effectif ne nous permet pas de conclure sur une influence de l'expérience des sages-femmes mais on observe une tendance qui suit l'idée que les sages femmes diplômées après 2015 paraissent plus précises et à l'aise dans les informations qu'elles délivrent aux patientes. Elles proposent les contraceptions et donnent les modalités d'utilisation. Cela est sûrement due à une formation plus poussée en gynécologie, leur permettant de donner des informations détaillées sur le fonctionnement, les risques, et les

rattrapages de chaque méthode. On observe aussi chez les sages-femmes plus « expérimentées » une tendance à cibler plus facilement les besoins et les attentes des patientes.

On peut penser que l'expérience sur le terrain compense le « manque » du complément de formation en gynécologie.

E) Propositions d'action

« La meilleure contraception est la contraception que l'on choisit ». Notre rôle est d'accompagner les femmes au mieux dans leurs choix. Les femmes doivent être suffisamment informées des moyens de contraception disponibles, leurs modes d'emploi, leurs avantages et leurs inconvénients dans le but de faire un choix libre et éclairé. Choisir correctement sa contraception induit une meilleure observance de celle-ci.

De nombreuses actions pourraient être mises en place pour les aider à faire ce choix;

- **Questionnaire de satisfaction des femmes** : ce type de questionnaire évaluant les pratiques des sages-femmes d'un point de vue de femmes ayant à choisir leur contraception. Evaluer les pratiques par les patientes permet un éclairage des besoins précis de celles-ci. De plus, cela permettrait aux sages-femmes de compléter les manques dans leurs entretiens.
- **Papiers d'information destinés aux patientes** : la mise en place des feuilles d'informations avec les détails de chaque contraception permettrait aux femmes de garder après leur sortie de suites de couches toutes les explications données ou non sur les différents moyens disponibles. De plus, elles pourraient s'appuyer sur ce document durant leur séjour et avant l'entretien pour réfléchir en amont à leur choix ainsi que de poser des questions sur les contraceptions qui les intéressent.
- **Sage-femme détachée pour réaliser l'entretien** : dans certains hôpitaux, les sages-femmes du planning familial interviennent pour des patientes avec des barrières de la langue, contextes sociaux compliqués, grandes multipares ou échec répétés de

contraception. Une sage-femme dédiée à cet entretien permettrait de limiter les biais de temps et contraintes du service en effectuant exclusivement celui-ci.

- **Répétition des temps d'information** : la contraception pourrait être davantage proposée tout au long de la grossesse, lors des consultations de fin de grossesse, en cours de préparation à la naissance, lors de l'entretien prénatal précoce. La répétition permet aux femmes de mieux anticiper leur choix en post-partum.

CONCLUSION

Dès l'annonce d'une grossesse, la sage-femme a un rôle prépondérant auprès des femmes et de couples. Elles accompagnent les femmes dans leur suivi de grossesse, la préparation à la naissance, l'accouchement mais aussi dans le post-partum, où elles prodiguent de nombreux conseils.

En suites de couches, elles mobilisent leurs connaissances au service des femmes accouchées pour leur proposer une contraception adaptée à leurs besoins tout en suivant les recommandations de la HAS.

L'entretien contraceptif a pour intérêt de prévenir les grossesses non désirées dans la période du post-partum en réalisant une information claire et adaptée. Les sages-femmes sont formées pour le réaliser mais de nombreux paramètres peuvent interférer dans sa bonne réalisation. La formation avec l'évolution des compétences des sages-femmes n'impacte pas directement celui-ci même si cela confèrent une aisance plus certaine. Le niveau de la maternité n'influence pas non plus l'entretien. Cependant, le facteur temps est au coeur de nos résultats. En effet, le manque de temps découlant d'une diminution des effectifs et de l'organisation du service a un impact négatif sur le bon déroulement de l'entretien.

Plusieurs pistes pourraient être investiguées pour améliorer la qualité de l'entretien contraceptif comme la création de fiches informatives sur la contraception pouvant être

données aux patientes. Il serait possible de mettre en place des questionnaires de satisfaction des patientes pour comprendre et cibler leurs réels besoins. L'idéal serait une sage-femme détachée du service entièrement consacrée à l'entretien contraceptif et totalement disponible pour les patientes.

Néanmoins, notre étude manque de puissance et est peu significative, il serait préférable de poursuivre les recherches sur des effectifs plus importants.

BIBLIOGRAPHIE :

- (1) CNTRL. POST-PARTUM: Définition de POST-PARTUM [Internet]. [cité 4 mai 2022].
Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/academie9/post-partum>
- (2) Horovitz, J., F. Coatleven, D. Roux, et F. Vandebossche. « Suites de couches normales et pathologiques (hors syndromes neuroendocriniens) ». EMC - Obstétrique 6, no 1 (janvier 2011): 1-14. doi:10.1016/S0246-0335(11)52498-6.
- (3) Lansac J. La lactation et sa pathologie. In : J Lansac J, G Magnin G. Obstétrique. Collection « Pour le praticien ». Paris : Masson; 2008. p. 397–412.
- (4) Groussin-Weyland M. 14 - Physiologie de la lactation. In: Hascoët JM, Vert P, éditeurs. Sortie de maternité et retour à domicile du nouveau-né [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2010 [cité 29 mai 2022]. p. 91-95.
- (5) Raccach-Tebeka B, Plu-Bureau G. Contraception du post-partum : recommandations pour la pratique clinique. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 1 déc 2015;44(10):1127-34.
- (6) Battut A, Harvey T, Lapillonne A. Chapitre 2 - Le suivi maternel en post-partum. In: Battut A, Harvey T, Lapillonne A, éditeurs. 110 Fiches pour le Suivi Post-Natal Mère-enfant (Deuxième Édition) [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2020 [cité 11 mai 2021]. p. 33-146.
- (7) Malphettes V. Intimité des couples pendant la grossesse et le post-partum. Sages-Femmes. 1 janv 2021;20(1):25-6.
- (8) Reamy KJ, White SE. Sexuality in the puerperium: a review. Arch Sex Behav. avr 1987;16(2):165-86.
- (9) Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. « Fiche action n°17 : Couple, sexualité et contraception », 2010.

- (10) Republication de : Reprise des recommandations de l'HAS - Contraception chez la femme en post-partum. *La Revue Sage-Femme*. 1 déc 2019;18(6):330-3.
- (11) Robin G, Massart P, Graizeau F, Guérin du Masgenet B. La contraception du post-partum : état des connaissances. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 1 juin 2008;36(6):603-15.
- (12) Serfaty D. Contraception des femmes allaitantes : place des spermicides. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 1 janv 2015;44(1):18-27.
- (13) Marmar D. La contraception locale spermicide. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*. 2001;29(10):705-13.
- (14) Organisation mondiale de la santé. Guide de la planification familiale à l'usage des agents de santé communautaires et de leurs clients. Genève: OMS; 2012.
- (15) Contraception chez la femme en post-partum. Fiche Mémo. HAS; 2013.
- (16) Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives., Guide essentiel, OMS, de planification, familiale. 4ème édition Organisation Mondiale de la Santé; 2009.
- (17) Pourtier E. La contraception du post-partum: satisfaction des patientes sur l'entretien contraceptif en suites de naissances [Mémoire]. [Clermont-Ferrand]: Ecole des Sages-Femmes de Clermont Ferrand; 2013.
- (18) Family Health International. Consensus statement: breast-feeding as a family planning method. *Lancet* 1988;8621:1204-5.
- (19) Labbok M, Cooney K, Coly S. Guidelines: breastfeeding, family planning and the lactational amenorrhea method - LAM. Washington (DC): Institute for Reproductive Health; 1994.

- (20) Short RV, Lewis PR, Renfree MB, Shaw G. Contraceptive effects of extended lactational amenorrhoea: beyond the Bellagio Consensus. *Lancet*. 23 mars 1991;337(8743):715-7.
- (21) Hassoun D. [Natural Family Planning methods and Barrier: CNGOF Contraception Guidelines]. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. déc 2018;46(12):873-82.
- (22) Pierre G. Chapitre 3 - Contraception définitive féminine. In: Raccach-Tebeka B, Plu-Bureau G, éditeurs. *La Contraception en Pratique* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2013 [cité 31 mai 2022]. p. 18-25.
- (23) Serfaty D. 16 - Stérilisation. In: Serfaty D, éditeur. *Contraception (Quatrième Édition)* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2011 [cité 31 mai 2022]. p. 477-97.
- (24) Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- (25) Article L4151-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Sect. Chapitre Ier: Conditions d'exercice p. 1. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031927644/
- (26) Article L5134-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [Consulté le 10 mai 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031927644/
- (27) Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Décembre 2004 ANAES.
- (28) HAS. Fiches mémo « Conduite pratique de la contraception chez l'homme et la femme ». mai 2019;249.

ANNEXES

Annexe I : Grille critériée utilisée

Grille critériée : entretien contraceptif mené par les sages-femmes en suites de couches

RENSEIGNEMENTS PATIENTE :

Age:

Parité :

Gestité :

Antécédent de grossesses rapprochées

Antécédent d'IVG dans le post partum

Utilisation d'une contraception avant la grossesse ? Oui Non

Si oui, laquelle :

Contraception hormonale : pilule DIU Implant Patch Depoprovera
Anneau

Contraception barrière/mécanique : préservatif masculin/féminin spermicides
diaphragme cape cervicale DIU cuivre

Méthodes naturelles

Type d'allaitement : AM AA AMixte

Contraception déjà abordée pendant la grossesse ? Non Oui Conclusion :

Si multipare, contraception utilisée dans le post partum : oui non Si oui, laquelle :

RENSEIGNEMENTS SAGE-FEMME :

Age :

Année de diplôme :

Formations spécifique (DU,...) Si oui, type et année de formation :

Nombre de garde par ce mois en suites de couches :

Nombre de visite de sortie par jour :

Ordre de cette visite de sortie :

RENSEIGNEMENTS ENTRETIEN :

Temps total de l'entretien :

Entretien ciblé sur la contraception : oui non

Temps consacré à la partie contraceptive :

Existence d'un protocole de service concernant l'entretien contraceptif en suites de couches

Papiers d'informations sur la contraception donnés

Moment de l'entretien dans le séjour de la patiente : A l'entrée Durant le séjour A la sortie

Information donnée sur la possible reprise de l'ovulation à partir du 21ème jour : oui
non

Contraceptions proposées :

Méthode hormonale : pilule implant injection IM

• Informations données :

- sur les possibles troubles menstruels
- sur le risque de diminution d'efficacité en cas de diarrhée ou vomissements ou d'association à certains médicaments
- sur la possibilité de faire renouveler une fois leur contraceptif oral pour une période supplémentaire de 6 mois par le pharmacien ou l'infirmière sur présentation d'une ordonnance datant de moins de 1 an

Si pilule :

• Informations données sur l'utilisation :

- prise quotidienne
- retard de prise de 3h pour lévonorgestrel
- retard de prise de 12h pour le désogestrel
- sur les modalités d'instauration

Les DIU : DIU au cuivre DIU hormonal (à partir de 4 semaines post accouchement)

• Informations données sur :

- L'efficacité contraceptive de ces méthodes
- leur longue durée d'action
- leurs risques potentiels
- l'impact du DIU sur les cycles
- Conseiller aux femmes de consulter 1 à 3 mois après la pose puis annuellement ainsi qu'en cas de douleurs pelviennes, de saignements ou de fièvre inexplicables

Méthodes barrières :

Préservatifs masculin/féminin :

- Informations d'emploi données
- Information sur la conduite à tenir en cas de rupture/glissement du préservatif et sur la contraception d'urgence

Diaphragme cape cervicale spermicides (non utilisables avant 42 jours du post partum à rediscuter en consultations post natal)

Méthodes naturelles : MAMA

- Informations données sur :
 - Le possible effet contraceptif jusqu'à 6 mois post accouchement
 - Allaitement exclusif
 - Allaitement jour et nuit (6 à 10 tétées par jour)
 - Pas plus de 6h entre 2 tétées la nuit et 4h le jour
 - Aménorrhée persistante
 - Utiliser une autre méthode de contraception en cas de retour des règles, de réduction de la fréquence ou de la durée des tétées, d'introduction de l'alimentation au biberon ou dès que le nourrisson atteint l'âge de 6 mois

Les méthodes d'abstinence périodique et d'auto-observation ne sont utilisables qu'après retour des règles (nécessité d'avoir eu ses règles à 3 reprises et d'avoir des cycles réguliers)

Informations données sur leur moins bonne efficacité que celle des méthodes hormonales, mécaniques ou barrières

Méthode de stérilisation

Informations données sur la protection contre les IST/sida en fonction de la méthode choisie

Informations données sur les modalités de rattrapages

Contraception d'urgence : évoquée modalités de prise expliquées non abordée

Ordonnance de contraception d'urgence donnée

Direction de l'entretien selon :

- Méthode BERCER
- Counseling
- Démarche éducative

Temps de réflexion donné après présentation des méthodes contraceptives : oui non

Annexe II : Déclaration de conformité de l'étude



Référence CNIL :

2227502 v 0

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-004

reçue le 11 septembre 2022

Madame Capucine RAIMIS

20 BOULEVARD ARISTIDE BRIAND
93330 NEUILLY SUR MARNE

ORGANISME DÉCLARANT

Nom : Madame RAIMIS Capucine

Service :

Adresse : 20 BOULEVARD ARISTIDE
BRIAND

CP : 93330

Ville : NEUILLY SUR MARNE

N° SIREN/SIRET :

Code NAF ou APE :

Tél. : 0626243998

Fax. :

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 15 septembre 2022

— RÉPUBLIQUE FRANÇAISE —

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/donnees-personnelles>

FICHE

Contraception chez la femme en post-partum

Validée par le Collège le 24 avril 2013

Mis à jour en juil. 2019

Cette fiche mémo fait partie d'un ensemble de fiches mémo concernant la contraception et complète plusieurs documents sur ce thème produits par la HAS¹. Elle est un outil pour le professionnel de santé afin de mieux aider les femmes/les hommes à trouver la méthode de contraception qui leur convient le mieux à une période donnée de leur vie.

Particularités de la prescription et du conseil chez la femme en post-partum

Le choix d'une méthode doit prendre en compte :

- l'allaitement éventuel ;
- le risque thromboembolique veineux majoré durant la grossesse et dans les premières semaines *post-partum* (jusqu'à 42 jours [6 semaines]) ;
- les pathologies survenues pendant la grossesse (HTA gravidique, prééclampsie, diabète gestationnel, phlébite, etc.).

Il est important d'aborder la contraception et d'informer les femmes sur les méthodes possibles au cours de la grossesse et de la proposer en *post-partum* immédiat. La consultation du *post-partum* (6 à 8 semaines après l'accouchement) doit permettre de confirmer le choix contraceptif, son renouvellement éventuel, sa surveillance ou la pose d'un dispositif de longue durée (DIU, implant).

Informez sur la reprise de l'ovulation :

- il n'y a pas de reprise de l'ovulation avant le 21^e jour après l'accouchement : une contraception n'est donc pas nécessaire avant ce délai ;
- à l'inverse, à partir du 21^e jour, il existe un retour de fertilité et une contraception devient donc nécessaire.

¹ Voir fiche mémo « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes », documents de synthèse « Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles » (HAS, mise à jour 2017) et « État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée » (HAS, 2013).

Informez 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 (notamment sur l'enfant allaité, le volume de lait, etc.), autres avantages non contraceptifs, 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.

Méthodes utilisables

Le préservatif (masculin, féminin) représente la seule méthode de contraception efficace contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le sida. Il est donc nécessaire d'associer un préservatif à toute autre méthode contraceptive si une protection contre les IST/sida est recherchée.

Les méthodes ci-après sont présentées dans l'ordre adopté par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cette présentation ne préjuge en rien de leur niveau d'efficacité, ni de leur fréquence d'utilisation en France.

Méthodes hormonales – Estroprogestatifs (pilule, anneau vaginal, patch transdermique)

Chez la femme qui allaite : les estroprogestatifs ne sont pas recommandés dans les 6 mois suivant l'accouchement.

Chez la femme qui n'allait pas :

- **les estroprogestatifs sont utilisables à partir de 42 jours après l'accouchement** (normalisation du risque thromboembolique) en l'absence de contre-indications (principalement d'ordre thromboembolique veineux ou artériel², hépatique, carcinologique...) et en prenant en compte les facteurs de risque de thrombose (notamment antécédents personnels ou familiaux de thrombose veineuse ou artérielle, thrombophilie biologique connue, immobilisation prolongée, obésité, âge > 35 ans, HTA, diabète, dyslipidémie, tabagisme, migraine) ;
- **selon l'OMS, ce délai peut être raccourci à 21 jours en l'absence de facteur de risque thromboembolique veineux** (antécédent thromboembolique veineux, thrombophilie, immobilisation, transfusion lors de l'accouchement, IMC > 30 kg/m², hémorragie du post-partum, accouchement par césarienne, prééclampsie ou tabagisme) et en l'absence d'autres contre-indications ;

Plusieurs voies d'administration sont disponibles (pilule, anneau, patch) : les pilules de 3^e génération contenant du désogestrel ou du gestodène, et de 4^e génération contenant de la drospirénone, exposent à un risque accru d'accidents thromboemboliques par rapport aux pilules contenant du lévonorgestrel ; elles ne doivent pas être utilisées en première intention. Celles qui étaient remboursées ne le sont plus depuis le 31 mars 2013. La littérature fait état d'une possible augmentation du risque thromboembolique veineux et artériel en fonction des doses d'éthinylestradiol.

² Concernant le bilan biologique à réaliser lors de la prescription, se référer à la fiche mémo « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes » (HAS, 2013).

Les autres estroprogestatifs (dont anneaux et patches) ne devraient être réservés qu'aux cas d'intolérance aux pilules de 1^{re} ou 2^e génération³ et aux femmes pour lesquelles un autre type de contraception n'est pas possible.

Les femmes doivent être informées sur :

- les différentes modalités d'instauration et d'utilisation des estroprogestatifs selon leur voie d'administration : prise quotidienne, toujours au même moment de la journée pour la voie orale ;
- la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule de plus de 12 h⁴ (ou de retard à la mise en place d'un patch ou d'un anneau, de décollement de patch ou de perte de l'anneau vaginal) et sur la contraception d'urgence ;
- l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « [Efficacité des méthodes contraceptives](#) ») ;
- leurs possibles inconvénients (mastodynies, troubles du cycle, etc.) ;
- leurs risques, notamment le risque d'accidents thromboemboliques veineux⁵ ou artériels, surtout la première année après l'instauration de la méthode ou après une interruption et reprise de la méthode (informer sur les symptômes évoquant ces complications et qui doivent conduire à consulter)⁶ ;
- la nécessité de signaler à tout médecin la prise d'une contraception hormonale en cas de traitement intercurrent, d'intervention chirurgicale, d'immobilisation prolongée et de trajets prolongés en position assise (avion, train, autocar, voiture...) ;
- le risque de diminution d'efficacité en cas de diarrhée ou vomissements ou d'association à certains médicaments (dont millepertuis, certains anticonvulsivants, antiprotéases, rifampicine/rifabutine, bosentan, griséofulvine, modafinil, orlistat)⁷ ;
- la possibilité de faire renouveler une fois leur contraceptif oral pour une période supplémentaire de 6 mois par le pharmacien ou l'infirmière sur présentation d'une ordonnance datant de moins de 1 an.

Méthodes hormonales – Progestatifs (pilule, implant sous-cutané, injection intramusculaire)

Les progestatifs sont utilisables chez la femme en post-partum ne présentant pas de contre-indications (notamment accidents thromboemboliques veineux évolutifs, saignements génitaux inexplicables, cancer du sein ou de l'utérus, pathologie hépatique sévère actuelle ou ancienne) ;

- **en cas d'allaitement : les progestatifs seuls peuvent être utilisés à partir de 21 jours après l'accouchement ;**
- **en l'absence d'allaitement : les progestatifs seuls sont utilisables à partir de 21 jours après l'accouchement.**

³ Voir fiche de bon usage du médicament « Contraceptifs oraux estroprogestatifs : préférez les pilules de 1^{re} ou 2^e génération » (HAS, 2012).

⁴ Voir carte « [Que faire en cas d'oubli de pilule ?](#) », téléchargeable gratuitement sur le site de Santé publique France.

⁵ Le risque thromboembolique veineux est de 0,5 à 1/10 000 chez les femmes non utilisatrices de pilule, 2/10 000 chez les utilisatrices d'estroprogestatifs à base de lévonorgestrel, 3 à 4/10 000 chez les utilisatrices d'estroprogestatifs à base de désogestrel ou gestodène (3^e génération) ou à base de drospirénone, 6/10 000 chez les femmes au cours de la grossesse (ANSM, 2012).

⁶ Œdème, douleur au niveau du mollet, dyspnée, douleur thoracique, hémoptysie, apparition ou aggravation de céphalées, déformation de la bouche, hémiparésie, dysphasie, etc.

⁷ Pour les autres interactions médicamenteuses, se référer au résumé des caractéristiques du produit et au « Thésaurus des interactions médicamenteuses » (disponible sur le site de l'ANSM : <http://ansm.sante.fr>).

Plusieurs voies d'administration sont disponibles :

- pilule microprogestative : pilule au lévonorgestrel ou au désogestrel ;
- implant à l'étonogestrel : méthode de longue durée d'action : est laissé en place et efficace pendant 3 ans (diminution possible de l'efficacité en cas de surpoids/d'obésité). Prendre en compte le risque de troubles menstruels (aménorrhée, spotting) pouvant être à l'origine d'un retrait prématuré du dispositif, ainsi que le risque rare de migration de l'implant à l'étonogestrel dans les vaisseaux sanguins et dans la paroi thoracique⁸ ;
- les injections d'acétate de médroxyprogestérone (tous les 3 mois) : leur indication est limitée aux cas où il n'est pas possible d'utiliser d'autres méthodes contraceptives. Compte tenu des risques potentiels (notamment thrombose veineuse, diminution de la densité minérale osseuse, prise de poids), leur utilisation doit être limitée dans le temps.

Les femmes doivent être informées sur :

- les modalités d'instauration et d'utilisation des pilules microprogestatives (prise quotidienne, le retard de prise de la pilule ne doit pas dépasser 3 h pour le lévonorgestrel, 12 h pour le désogestrel), la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule et la contraception d'urgence ;
- l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « [Efficacité des méthodes contraceptives](#) ») ;
- les possibles troubles menstruels (métrorragies, spotting ou aménorrhée) fréquents avec ce type de contraception mais qui ne doivent pas faire arrêter la contraception sans avis d'un professionnel ;
- le risque de diminution d'efficacité en cas de diarrhée ou vomissements ou d'association à certains médicaments (dont millepertuis, certains anticonvulsivants, antiprotéases, rifampicine/rifabutine, bosentan, griséofulvine, modafinil, orlistat)⁹ ;
- la possibilité de faire renouveler une fois leur contraceptif oral pour une période supplémentaire de 6 mois par le pharmacien ou l'infirmière sur présentation d'une ordonnance datant de moins de 1 an.

Les macroprogestatifs per os ne disposent pas d'AMM dans l'indication contraception.

Dispositifs intra-utérins (DIU) (DIU au cuivre et au lévonorgestrel [LNG])

Les DIU sont utilisables chez la femme en post-partum que la femme allaite ou non :

- à partir de 4 semaines après l'accouchement¹⁰ ;
- après avoir évalué et écarté un risque infectieux (rechercher une infection à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*¹¹ avant la pose notamment en cas d'IST, infection génitale haute en cours ou récente, âge < 25 ans, partenaires multiples).

Les contre-indications du DIU au LNG sont les mêmes que celles des progestatifs.

⁸ Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. [Nexplanon® : risque de migration dans les vaisseaux sanguins et dans la paroi thoracique. Lettre aux professionnels de santé. Saint-Denis: ANSM; 2016.](#)

⁹ Pour les autres interactions médicamenteuses, se référer au résumé des caractéristiques du produit et au « Thésaurus des interactions médicamenteuses » (disponible sur le site de l'ANSM : <http://ansm.sante.fr>).

¹⁰ Situation hors AMM pour le DIU au LNG (délai requis de 6 semaines pour la pose après l'accouchement). Selon les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2009), du *Centers for Disease Control* (CDC, 2010) et de la *Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare* (FSRH, 2009), le DIU au LNG est utilisable dès 4 semaines après l'accouchement.

¹¹ Ces examens sont gratuits en centre de planification ou d'éducation familiale.

La pose d'un DIU au cuivre dans les 48 heures après un accouchement est possible mais n'est pas d'usage courant en France.

Les femmes doivent être informées sur :

- l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « [Efficacité des méthodes contraceptives](#) ») ;
- leur longue durée d'action (4 à 10 ans pour le DIU au cuivre, 5 ans pour le DIU au LNG) ;
- leurs risques potentiels (risque d'expulsion, risque de perforation et de migration le plus souvent lié à la pose [exceptionnel mais **augmenté chez la femme qui allaite**]) ;
- l'impact du DIU sur les cycles (règles plus importantes avec le DIU au cuivre, spotting, oligo-ménorrhée ou aménorrhée avec le DIU au LNG).

Le DIU au LNG est à privilégier en cas de ménorragies fonctionnelles ou de saignements abondants avec un DIU au cuivre, à condition que les femmes acceptent l'éventualité de ne plus avoir de règles.

Conseiller aux femmes de consulter 1 à 3 mois après la pose puis annuellement ainsi qu'en cas de douleurs pelviennes, de saignements ou de fièvre inexplicables.

Méthodes barrières (préservatifs masculins et féminins, diaphragme et cape cervicale, spermicides)

Ces méthodes ont une efficacité contraceptive moindre que celle de la contraception hormonale ou du DIU. Elles nécessitent que les deux partenaires soient motivés, aient bien compris leur utilisation après un apprentissage spécifique ; elles doivent être utilisées lors de tous les rapports sexuels, quelle que soit la date du cycle.

Compte tenu du taux élevé d'échec, l'éventualité d'une grossesse non prévue doit être acceptable, sinon préférer une autre méthode.

Préservatifs (masculins, féminins) :

- seule méthode de contraception efficace contre les IST, y compris le sida ;
- à privilégier si une méthode barrière doit être choisie en *post-partum* ;
- efficacité contraceptive (voir fiche « [Efficacité des méthodes contraceptives](#) ») ;
- préservatifs en latex recommandés de préférence aux préservatifs en polyuréthane (risque de rupture ou de glissement) sauf si allergie au latex ; n'utiliser que des lubrifiants aqueux ;
- informer sur le mode d'emploi des préservatifs (masculins, féminins)¹² ;
- informer sur la conduite à tenir en cas de rupture/glissement du préservatif et sur la contraception d'urgence ;
- possibilité de prescrire un préservatif masculin remboursé.

Diaphragme, cape cervicale, spermicides :

- **inutilisables avant 42 jours (6 semaines)** après l'accouchement ;
- efficacité contraceptive du diaphragme/de la cape améliorée par l'association à un spermicide (voir fiche « [Efficacité des méthodes contraceptives](#) ») ;
- **ne sont pas efficaces pour protéger contre les IST/sida** ;
- la détermination de la taille du diaphragme/de la cape, au préalable, par le praticien (médecin ou sage-femme) et l'apprentissage se font en consultation. En cas d'utilisation d'un diaphragme avant la grossesse, la taille de celui-ci doit être réévaluée après un accouchement ;

¹² Voir documents de Santé publique France : [Mode d'emploi du préservatif féminin](#) ; [Mode d'emploi du préservatif masculin](#).

- les spermicides s'achètent en pharmacie sans prescription.

Méthodes naturelles (aménorrhée lactationnelle, retrait, méthodes d'abstinence périodique et d'auto-observation)

Aménorrhée lactationnelle (méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée [MAMA]) : l'allaitement peut avoir un effet contraceptif jusqu'à 6 mois après l'accouchement (risque de grossesse à 6 mois < 2 %) si toutes les conditions suivantes sont réunies :

- allaitement exclusif ;
- allaitement jour et nuit, 6 à 10 tétées/jour ;
- pas plus de 6 heures entre 2 tétées la nuit, pas plus de 4 heures le jour ;
- aménorrhée persistante (absence totale de règles).

Il convient d'utiliser une autre méthode de contraception en cas de retour des règles, de réduction de la fréquence ou de la durée des tétées, d'introduction de l'alimentation au biberon ou dès que le nourrisson atteint l'âge de 6 mois (OMS).

Autres méthodes naturelles :

- les méthodes d'abstinence périodique et d'auto-observation ne sont utilisables qu'après retour des règles (nécessité d'avoir eu ses règles à 3 reprises et d'avoir des cycles réguliers).
- leur efficacité est moins bonne que celle des méthodes hormonales, mécaniques ou barrières (voir fiche « [Efficacité des méthodes contraceptives](#) »). Elles peuvent convenir à des femmes connaissant bien leur cycle, ayant des règles régulières, maîtrisant bien l'utilisation de la méthode.
- compte tenu du taux élevé d'échec, l'éventualité d'une grossesse non prévue doit être acceptable, sinon préférer une autre méthode.
- une formation spécifique de la femme et/ou du couple est nécessaire.

Ces méthodes ne protègent pas contre les IST/sida.

Méthodes de stérilisation (voir fiche stérilisation)

Peuvent apporter une réponse contraceptive appropriée dans certaines situations.

Plusieurs méthodes disponibles :

- ligature des trompes ;
- électrocoagulation ;
- pose d'anneaux ou de clips.

Peuvent être réalisées soit dans les 7 jours après l'accouchement, soit à partir de 42 jours (6e semaine) après l'accouchement ou la césarienne (délai d'involution utérine).

Les présenter comme irréversibles.

Un délai de réflexion de 4 mois doit être respecté entre la demande initiale et la réalisation de la stérilisation.

Résumé

Introduction: 5 % des interruptions volontaires de grossesses ont lieu dans les 6 mois suivant un accouchement soit environ 10 000 interruptions volontaires de grossesses par an. Le rôle de la sage-femme est au coeur de l'accompagnement durant cette période. Cette étude s'est intéressée au contenu de l'entretien sur la contraception en suites de couches.

Objectif : Réaliser un état des lieux de la pratique de l'entretien contraceptif en suites de couches et identifier les paramètres susceptibles de l'influencer.

Résultats : L'entretien contraceptif est influencé par le manque de temps et l'organisation du service de suites de couches. Les sages-femmes tentent de le réaliser au mieux grâce à leur compétences et à leur expérience.

Conclusion : Malgré une formation pour la réalisation de cet entretien, les sages-femmes peinent à le réaliser dans de bonnes conditions dans le cadre hospitalier. Certains moyens pourraient être mis en place pour accompagner les femmes dans leur choix contraceptif.

Mots-clés : Contraception, post-partum, entretien, sages-femmes, suites de couches

Nombre de pages: 47 , Nombre d'annexes: 3 , Nombre de références: 28

Abstract :

Introduction : 5% of abortions are occurring during the 6 months postpartum, corresponding to 10 000 abortions a year. During that time, midwives are at the center of women's care. This study focuses on the contraception interview after birth, at the hospital.

Objective : Assess the contraception interview practice during postpartum and identify the parameters that could influence it.

Results : The contraception interview is influenced by the lack of time and service organization. Midwives attempt to do it as best as they can thanks to their expertise and experience.

Conclusion : Midwives are facing difficulties to realize the interview in good conditions at the hospital, despite a specific training during the formation. Some tools could be implemented to help women on their contraception choices.

Keywords: Contraception, postpartum, interview, midwives, postpartum

Number of pages : 47, Number of annexes: 3, Number of bibliographic references : 28