



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

# PRESCRIPTION DE CONTRACEPTION EN POST PARTUM

Etude des pratiques des sages-femmes



©INPES

Mémoire présenté et soutenu par

Julie Verrière

née le 25 décembre 1993

en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

Année 2016



# PRESCRIPTION DE CONTRACEPTION EN POST PARTUM

---

Etude des pratiques des sages-femmes

Mémoire présenté et soutenu par

Julie Verrière

née le 25 décembre 1993

en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

Année 2016

## Remerciements

Tout d'abord je tiens à remercier particulièrement Catherine Roulin et Françoise Morel qui ont respectivement dirigé et guidé ce mémoire, pour leur investissement, le temps passé et les conseils qui m'ont permis d'avancer, de trouver et parfois retrouver la bonne direction.

Merci à tous les praticiens qui m'ont encadrée au cours de ces cinq années d'étude, qui m'ont amenée à me questionner et à réfléchir. Ainsi qu'à ceux, qui ont participé de près ou de loin à l'aboutissement de ce mémoire. Merci aux sages-femmes qui ont pris du temps pour répondre à mon enquête.

A Alexandre, pour son soutien sans faille et sans pareil.

A ma famille, qui m'a toujours soutenue et aidée tout au long de ces cinq années d'études et bien plus encore.

A Marie, Marie-Laure, Sophie, Elise, Emilie pour ces quatre années passées ensemble.

# Avertissement

Aucune publicité ni aucun parti pris pour un laboratoire pharmaceutique, une marque ou un produit ne sont fait dans ce travail. Les noms de médicaments sont donnés à titre d'exemple.

## Table des matières

|  |    |
|--|----|
| Liste des abréviations .....                                       | 1  |
| INTRODUCTION .....   | 2  |
| PREMIERE PARTIE : .....  | 5  |
| LA CONTRACEPTION DU POST PARTUM .....                              | 5  |
| 1. Facteurs influençant la prescription.....                       | 6  |
| 2. Les méthodes disponibles.....                                   | 8  |
| 3. Comment et quand aborder la contraception du post-partum ?..... | 14 |
| SECONDE PARTIE :.....  | 16 |
| RESULTATS ET ANALYSE.....  | 16 |
| 1. Matériel et méthode .....                                       | 17 |
| 2. Résultats et Analyse .....                                      | 19 |
| TROISIEME PARTIE :.....  | 29 |
| DISCUSSION.....  | 29 |
| 1. Forces et limites de l'étude.....                               | 30 |
| 2. Comparaison des résultats aux principales recommandations ..... | 31 |
| 3. Devenir des hypothèses .....                                    | 36 |
| 4. La formation complémentaire en contraception.....               | 38 |
| 5. Le point de vue des femmes .....                                | 39 |
| 6. La sexualité du post-partum .....                               | 41 |
| 7. Et le père dans tout ça ?.....                                  | 43 |
| 8. Propositions .....  | 43 |

|  |    |
|--|----|
| CONCLUSION .....   | 50 |
| Bibliographie .....  | 53 |
| Annexes .....  | 56 |
| Annexe I : Aborder la méthode de l’allaitement maternel et de l’aménorrhée. Document<br>OMS..... | 56 |
| Annexe II : Questionnaire.....   | 59 |
| Annexe III : Article L5134-1 du code de la Santé Publique.....                                   | 65 |

## Liste des abréviations

AA : Allaitement Artificiel

AM : Allaitement Maternel

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes

DE : Diplôme d'Etat

DIU : Dispositif Intra-Utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

Loi HPST : loi Hôpital Patient Santé Territoire

IST : Infection Sexuellement Transmissible

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

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

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

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OP : œstro-progestatifs

PFPP : Planification Familiale du Post-Partum

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SIU : Système Intra Utérin hormonal

VPN : Visite Post-Natale

# INTRODUCTION

L'un des rôles de la sage-femme lors du séjour en maternité est d'informer les jeunes parents et prévenir le risque d'une grossesse rapprochée non désirée par une prescription de contraception adaptée si le couple en manifeste le souhait.

Depuis 2004, nous sommes autorisées à prescrire la contraception hormonale des suites de couches, et nos compétences en termes de contraception se sont à nouveau élargies depuis la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009. Nous pouvons désormais prescrire, mettre en place et suivre tous les modes de contraception disponibles pour les femmes tant que le contexte reste physiologique.

Cette loi HPST renforce également la place du patient dans le parcours de soin et fait apparaître les notions de participation active et de respect. Désormais les parturientes sont pleinement actrices de leur santé et les sages-femmes doivent les accompagner en ce sens.

Comment expliquer alors, près de 50 ans après la loi Neuwirth autorisant la contraception et plus de 40 ans après la loi Veil légalisant l'interruption volontaire de grossesse (IVG), que nous observions encore de si nombreuses grossesses non désirées ?

La période du post-partum est très particulière, aussi bien pour la femme que pour le couple. De nombreux remaniements psychiques vont s'ajouter aux transformations physiques qui accompagnent la grossesse et l'accouchement. Petit à petit et au bout d'un certain laps de temps, variable pour chaque couple, la vie sexuelle va reprendre. Une nouvelle grossesse pourra alors survenir. Il s'avère qu'environ 5 % des IVG réalisées en France ont lieu dans les six mois suivant la naissance d'un enfant. Près de 11 500 IVG ont lieu dans l'année qui suit l'accouchement.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a rédigé en 2014 les Stratégies de programmations pour la planification familiale du post-partum (PFPP). Cette PFPP y est définie comme : *« la prévention des grossesses non désirées et des grossesses très rapprochées durant les douze premiers mois qui suivent l'accouchement »*. Elle doit être considérée comme une planification qui met en lien tous les acteurs de la périnatalité, que ceux-ci rencontrent les femmes avant, pendant ou après l'accouchement. Il s'agit d'aider les mères à choisir le moyen contraceptif qu'elles souhaitent utiliser, à l'instaurer et à le poursuivre pendant deux ans au moins. Ainsi 30 % des décès maternels et 10 % des décès d'enfants seraient évités d'après l'étude de Cleland et al. de 2006.

Pour notre étude, nous avons voulu connaître et comprendre les pratiques des sages-femmes en termes de prescription de contraception pour la sortie de la maternité : des questionnaires ont été distribués dans différentes maternités du réseau périnatal Aurore. En effet, plusieurs études se sont déjà intéressées au point de vue des femmes : leur satisfaction vis-à-vis de l'entretien contraceptif en suites de couches, les raisons de la non-observance d'une contraception, les tenants et aboutissants d'une IVG dans les mois suivants une naissance... Le point de vue des prescripteurs n'ayant pas été traité il nous semblait important de l'étudier. En effet, nous ne pouvons améliorer nos pratiques qu'en ayant au préalable compris les difficultés observées par les patientes et par les praticiens afin de les mettre en parallèle.

La première partie de ce mémoire traitera des principales notions concernant la contraception du post-partum : les principaux facteurs influant sur la prescription, les méthodes disponibles et une manière d'aborder ce sujet par la méthode BERCER de l'OMS.

La seconde partie donnera les résultats de l'enquête : les réponses des sages-femmes seront analysées sur le plan statistique.

La dernière partie s'attachera à l'analyse et la discussion des résultats. Nous les comparerons aux principales recommandations afin d'apporter des réponses adaptées aux besoins et aux demandes des sages-femmes. Nous tenterons de répondre aux hypothèses de départ puis nous essaierons de réfléchir plus largement au sujet en apportant quelques propositions pratiques d'amélioration.

**PREMIERE PARTIE :**

**LA CONTRACEPTION DU POST PARTUM**

## 1. Facteurs influençant la prescription

### 1.1. Facteurs physiologiques

#### Retour de la fertilité et allaitement :

Pendant la période du post-partum, l'endomètre cicatrise puis se régénère (entre le 15<sup>ème</sup> et le 45<sup>ème</sup> jour ; jusqu'à 2 à 3 mois après une césarienne). La reprise des cycles survient ensuite, les premiers pouvant être anovulatoires. Le retour de la fertilité est modifié entre autres par le mode d'allaitement :

- En cas d'allaitement artificiel : on observe d'abord, à la délivrance, une chute du taux d'œstrogènes, puis la production de FSH, entre le 10<sup>ème</sup> et le 14<sup>ème</sup> jour, est responsable d'une reprise de la folliculogénèse ; un pic de LH est observé vers le 24<sup>ème</sup> jour, celui-ci pouvant être suivi d'une ovulation. L'ovaire n'est donc à priori pas fonctionnel avant le 25<sup>ème</sup> jour du post-partum. Il est cependant important de noter qu'en cas de prise de bromocriptine l'ovulation peut être observée précocement, en moyenne 3 semaines après l'accouchement d'après Serfaty (entre 21 et 32 jours) [1].
- En cas d'allaitement maternel : la chute des taux d'œstrogènes et de progestérone stimule la sécrétion de prolactine qui va augmenter pendant 2 semaines avant de diminuer (à partir de j10 et jusqu'à j15). Cette sécrétion sera ensuite pulsatile pendant les 3 mois suivants. Cette hyperprolactinémie a pour effet de désynchroniser la sécrétion pulsatile de GnRH et donc de perturber la sécrétion de FSH et de LH ; la fonction ovarienne est ainsi bloquée (aménorrhée et anovulation physiologique). Cf. 2.1. M.A.M.A page 8.

#### Risque thromboembolique :

Au niveau biologique : la majorité des facteurs de coagulation se normalisent en 21 jours sauf le fibrinogène qui retrouve des valeurs physiologiques en 1 à 2 mois. L'activité fibrinolytique se normalise en 15 jours environ. L'équilibre entre ces facteurs se traduit par une tendance à l'hypercoagulabilité pendant les 3 semaines suivant l'accouchement, le risque thromboembolique est alors relativement important.

## 1.2. Facteurs personnels

Les habitudes contraceptives, leur bonne utilisation ainsi que le désir de grossesse futur sont à prendre en compte lors de la prescription.

Comme le dit l'INPES : « *Une contraception efficace est avant tout celle qui vous convient le plus au moment où vous l'utilisez et qui est adaptée à votre vie, à vos envies, vos besoins et votre situation médicale.* » [2]

La période du post-partum est marquée par un état psychique particulier qui s'est mis en place à la fin de la grossesse : la préoccupation maternelle primaire. La jeune mère est centrée sur son enfant afin de s'adapter à lui et de répondre au mieux à ses besoins ; elle est complètement disponible pour le nouveau-né. Cet état psychologique est physiologique et nécessaire à la mise en place du lien mère-enfant mais il peut être à l'origine de défaut d'observance.

Lors de la prescription nous nous intéressons également aux antécédents contraceptifs de la patiente : observance, tolérance, acceptation ...

Pour une patiente primipare ayant présenté des défauts d'observance lors de l'utilisation antérieure de sa pilule contraceptive nous proposerons plus facilement un mode de contraception moins rigide quant aux horaires de prise par exemple.

Il faut également prendre en compte le projet de vie de la patiente et du couple auquel nous nous adressons : les grossesses rapprochées peuvent être choisies, il pourra dans ce cas être moins opportun de proposer une contraception d'action prolongée (implant, Dispositif Intra-Utérin (DIU) ou Système Intra-Utérin hormonal (SIU)).

Contre-indications médicales :

Lors de la grossesse et de l'accouchement des contre-indications spécifiques peuvent s'ajouter à celles déjà présentes et connues auparavant :

- La survenue d'un diabète gestationnel contre-indique, d'autant plus que d'autres facteurs de comorbidité sont associés (IMC, pathologies cardiovasculaires, tabac...) l'utilisation des œstro-progestatifs (contre-indication relative) et de Dépo-Provera® (à cause de l'activité glucocorticoïde). Il s'agit d'une contre-indication relative qui peut être temporaire et nécessitera d'être réévaluée lors de la visite post-natale ou

après une hyperglycémie provoquée orale (HGPO) de contrôle (3 à 6 mois après l'accouchement).

- Si la grossesse a été compliquée d'un syndrome vasculo-rénal les œstro-progestatifs sont contre-indiqués. Lors de la visite post-natale : si la tension est normalisée, que la protéinurie est négative et que l'éventuel bilan de thrombophilie est négatif leur prescription pourra alors être envisagée.
- Les différentes hépatopathies gravidiques contre-indiquent toutes les méthodes hormonales dans le post-partum immédiat. Dans le cas d'une stéatose hépatique aigue de la grossesse, il est conseillé de faire appel à un gastro-hépatologue avant d'envisager la prescription de toute contraception hormonale. Pour les autres hépatopathies nous pourrions prescrire une contraception orale combinée avec de faibles doses d'estradiol à la visite post-natale si le bilan hépatique s'est normalisé.
- La thrombose veineuse profonde, qu'elle ait eu lieu pendant la grossesse ou en post-partum immédiat contre-indique à vie les œstro-progestatifs. Les méthodes locales (DIU au cuivre et préservatifs) sont autorisées ; quant aux progestatifs seuls, ils pourront être envisagés trois mois après l'accident et si le bilan s'est normalisé.
- La chorioamniotite et l'endométrite contre-indiquent le DIU au cuivre et le SIU au lévonorgestrel pendant trois mois après l'accouchement ou après l'arrêt du traitement antibiotique. L'anneau vaginal est également déconseillé en post-partum immédiat dans ce cas, du fait du risque infectieux.

## **2. Les méthodes disponibles**

### *2.1. Méthodes naturelles*

#### M.A.M.A : méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée.

Il s'agit d'une méthode de contraception naturelle reconnue efficace par l'OMS : efficacité de 99% en utilisation optimale, 98% en utilisation courante [3] (Annexe 1). Cette méthode temporaire est basée sur l'effet naturel de l'allaitement sur la fécondité. Comme expliqué précédemment l'hyperprolactinémie existant au cours de l'allaitement maternel agit sur l'axe hypothalamo-hypophysaire en désynchronisant la sécrétion de GnRH et donc celle de FSH et de LH. La fonction ovarienne se retrouve alors bloquée, la patiente est en aménorrhée et n'ovule pas. Cette méthode n'est efficace qu'à condition de respecter des règles précises : l'enfant doit être âgé de moins de 6 mois, l'allaitement au sein doit commencer dans la première heure de vie du nouveau-né et être exclusif (aucune autre

nourriture solide ou liquide). Les tétées doivent être suffisamment longues et efficaces (au minimum 6 longues tétées ou 10 courtes tétées sur 24 heures, quel que soit l'âge de l'enfant) ; elles ne doivent pas être espacées de plus de 4 heures la journée et de plus de 6 heures la nuit. De plus l'aménorrhée doit persister (sans prendre en compte les éventuels saignements pouvant survenir dans les huit premières semaines de l'allaitement maternel).

Pour certains auteurs il est conseillé d'utiliser tout de même une méthode barrière (préservatif) en complément. D'autres encore insistent sur le fait que cette méthode n'est pas toujours fiable. De ce fait il faut, selon ces auteurs, informer la patiente de ce risque et ne leur proposer cette méthode que si une nouvelle grossesse est acceptable pour le couple.

[3] [4]

#### Autres méthodes naturelles :

Les autres méthodes dites « naturelles » : la méthode Ogino ou abstinence périodique, la méthode des températures, la méthode de Billings ou d'observation de la glaire cervicale, retrait ou coït interrompu ne sont pas recommandées dans le post-partum du fait des variations physiques physiologiques importantes au cours de cette période. En effet de nombreux facteurs vont modifier les différents paramètres étudiés dans ces méthodes : une hyperthermie peut être observée lors de la montée laiteuse ; les lochies empêchent l'examen de la glaire cervicale ; le col utérin involue et ses caractéristiques (tonicité, ouverture) sont physiologiquement modifiées après l'accouchement.

#### *2.2. Méthodes hormonales*

##### Contraceptions œstro-progestatives par voie orale, patch ou anneau vaginal :

Une contraception par œstro-progestatifs (OP) n'est pas recommandée pendant l'allaitement maternel et ce jusqu'au 6 mois de vie de l'enfant.

Si la patiente n'allait pas son enfant nous pouvons envisager la prise d'OP dès j42 en l'absence de facteur de risque de thrombose car le risque thromboembolique est alors normalisé [5]. Selon l'OMS ce délai de 42 jours est abaissable à 21 jours si il n'existe pas de facteur de risque thromboembolique veineux (antécédent thromboembolique veineux, thrombophilie, immobilisation, transfusion lors de l'accouchement, IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>, hémorragie du post-partum, césarienne, pré-éclampsie, tabagisme, âge supérieur ou égal à 35 ans) et qu'il n'existe pas d'autre contre-indication aux œstro-progestatifs.

Selon la HAS [5] les différentes voies d'administration sont envisageables : pilule, patch ou anneau vaginal. Il est à noter que les contraceptifs œstro-progestatifs de 3<sup>ème</sup> génération contenant du désogestrel ou du gestodène ainsi que ceux contenant de la drospirénone (parfois appelés de 4<sup>ème</sup> génération) exposent à un risque accru d'accident thromboembolique par rapport aux contraceptifs contenant du lévonorgestrel. En conséquence, ils ne sont pas à prescrire en première intention. La HAS fait également état d'un possible sur-risque thromboembolique en fonction du taux d'éthinylestradiol. En conclusion il est préférable de prescrire une pilule contenant 0.02 mg d'éthinylestradiol et 0.1 mg de lévonorgestrel comme « Leeloo® » ou encore « Minidril® » contenant 0.03 mg d'éthinylestradiol et 0.15 mg de lévonorgestrel.

Concernant l'anneau vaginal il est important d'informer la patiente que les modifications corporelles et hormonales physiologiques qui suivent une grossesse et un accouchement modifient la trophicité vaginale ainsi que la place des différents organes (utérus et col utérin notamment) ce qui peut entraîner des difficultés d'utilisation du dispositif.

#### Contraception par progestatifs seuls :

D'après la HAS, ils peuvent être débutés dès J21 chez la patiente ne présentant pas de contre-indication [5] : accident thromboembolique veineux évolutif, saignements génitaux inexplicables (plus difficilement qualifiable en post-partum immédiat), cancer du sein ou de l'utérus, pathologie hépatique sévère ou ancienne (temps que les paramètres hépatiques ne sont pas normalisés). Le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF) et d'autres auteurs disent que les patientes peuvent débuter la prise de pilule progestative dès le 10<sup>ème</sup> jour après la naissance. Ce mode de contraception peut être utilisé par les femmes allaitant leur enfant [10][11]. L'apparition de spotting est très fréquente et la patiente doit donc en être informée lors de la prescription.

Nous notons que pour l'OMS [8], les patientes allaitant leur enfant ne devraient commencer à utiliser une contraception par progestatifs purs qu'à partir de 42 jours après l'accouchement. Les patientes n'allaitant pas au sein pourraient, elles, la débuter dès le 3<sup>ème</sup> jour.

- Les pilules micro-progestatives : il en existe plusieurs types :
- Pilule micro-progestative au lévonorgestrel (Microval®) : quasiment plus utilisée aujourd'hui car son indice de Pearl est de 1 et que le délai d'oubli n'est que de trois heures.

- Pilules micro-progestatives au désogestrel (Optimizette®, Cerazette®, Antigone® et autres génériques) : leur prescription est aujourd’hui largement recommandée du fait de leur efficacité démontrée (indice de Pearl 0.5) et du délai d’oubli plus long (douze heures). De plus depuis septembre 2014 les génériques des pilules micro-progestatives au désogestrel sont remboursées à 65% par la sécurité sociale, le prix de revient pour les utilisatrices est inférieur à deux euros.

- Implant à l’étonogestrel (Nexplanon®) :

Il est mis en place pour une durée maximale de trois ans. C’est une méthode très efficace (indice de Pearl 0.05). Les contre-indications sont les mêmes que pour les pilules progestatives et les effets indésirables sont globalement identiques. Toutefois le composé actif et le mode de distribution étant différents, les utilisatrices ne présenteront pas les mêmes symptômes. Les troubles menstruels sont les plaintes les plus fréquentes (aménorrhée, spottings). Nous notons que ce dispositif ne dispose pas de l’AMM en post-partum immédiat : selon le Guide pour les professionnels de santé dans le cadre du plan de gestion des risques liés à Nexplanon®, il devrait être inséré entre le 21<sup>ème</sup> et le 28<sup>ème</sup> jour en cas d’allaitement artificiel et à partir de 28 jours en cas d’allaitement maternel (le laboratoire conseille dans ce cas d’utiliser pendant 7 jours une contraception locale en cas de rapport).

- SIU au lévonorgestrel (Miréna®):

Il peut être mis en place 28 jours après l’accouchement selon l’OMS, que la patiente allaite ou non. Il est nécessaire d’évaluer le risque infectieux et au besoin de l’écarter avant la pose par prélèvement vaginal (infection à Chlamydiae, Gonocoque, Infection Sexuellement Transmissible (IST), infection génitale haute en cours, partenaires multiples). Le SIU hormonal est à privilégier pour les patientes présentant ou ayant présenté des ménorragies fonctionnelles ou des saignements abondants avec un DIU au cuivre. Le dispositif est mis en place pour une durée maximale de cinq ans ; un contrôle est recommandé entre un et trois mois après la pose puis tous les ans. Nous devons également informer la patiente qu’une consultation en urgence est nécessaire en cas de douleur pelvienne, de saignements, d’autant plus si ceux-ci sont accompagnés de fièvre.

Les contre-indications du SIU au lévonorgestrel sont celles des progestatifs : accident thromboembolique veineux évolutif, tumeurs sensibles aux progestatifs, hémorragies

génitales non expliquées, pathologie ou antécédent de pathologie hépatique sévère tant que les paramètres hépatiques ne sont pas normalisés, hypersensibilité à un constituant ; et celles des DIU au cuivre : antécédents ou existence de pathologies utérines ou trophoblastiques, pathologie vaginale récente, en cours ou saignements vaginaux inexpliqués, situations à risque infectieux (IST, infection génitale haute en cours ou datant de moins de trois mois, infection puerpérale), hypersensibilité à un composant, **post-partum entre 48 heures et 28 jours.**

- Progestatifs injectables retard : (Depo-Provera® : acétate de médroxyprogestérone) (Noristerat® : énanthate de noréthistérone) :

Leur indication reste très limitée du fait des nombreux risques et effets indésirables liés à cette méthode contraceptive : saignements fréquents, effets androgéniques marqués, action sur le métabolisme. Nous ne la proposerons en post-partum qu'en cas d'impossibilité d'utiliser un autre mode de contraception. Selon la HAS la première injection peut avoir lieu 21 jours après l'accouchement, les injections sont ensuite à renouveler tous les trois mois.

Nous noterons pour conclure sur les progestatifs que les macro-progestatifs per os n'ont pas d'AMM en post-partum (exemple : Luteran®).

### *2.3. Méthodes barrières*

- DIU au cuivre :

Il peut être mis en place dans les 48 heures suivant la délivrance, voire au cours de la césarienne ; ou bien à partir de 28 jours, que la patiente allaite ou non. En cas de césarienne, la HAS recommande d'attendre 42 à 56 jours avant de mettre en place de DIU [8]. Comme pour le SIU au lévonorgestrel il est nécessaire d'évaluer et si besoin d'écartier un risque infectieux avant la pose. Le dispositif est également mis en place pour une durée maximale de cinq ans, avec un contrôle recommandé entre un et trois mois après la pose puis tous les ans.

- Préservatifs, capes, diaphragme, spermicides :

Les autres méthodes barrières ont une efficacité moindre en pratique courante, elles doivent être utilisées à chaque rapport sexuel quelle que soit la date du cycle. La patiente

doit être informée du taux relativement élevé d'échec, une grossesse non prévue doit donc être acceptable par le couple.

Les préservatifs féminins et masculins sont les seules méthodes efficaces contre les IST. Dans la période du post-partum c'est cette méthode qui doit être privilégiée si c'est une méthode barrière qui est choisie. Ils peuvent être utilisés dès la reprise des rapports. Leur utilisation en complément d'une méthode hormonale peut être recommandée en fonction de la date d'instauration de cette dernière par rapport à l'accouchement.

Les capes et diaphragmes peuvent être utilisés à partir de 42 jours après l'accouchement. Leur efficacité est améliorée par l'utilisation concomitante d'un spermicide. Leur taille doit être réévaluée par un professionnel de santé compétent après l'accouchement (lors de la visite post-natale par exemple) du fait des modifications physiologiques faisant suite à la naissance.

#### *2.4. Contraception de rattrapage*

##### - Contraception d'urgence au lévonorgestrel (Norlevo®) :

Il s'agit d'une contraception d'urgence considérée efficace jusqu'à 72 heures après un rapport non ou mal protégé, dit « à risque ». Il est composé de 1.5 mg de lévonorgestrel (contraception d'urgence progestative). L'utilisation d'un préservatif est conseillée jusqu'aux règles suivantes et au minimum pendant sept jours. En cas de retard de règles supérieur à sept jours la patiente devra effectuer un test de grossesse.

Norlevo® peut être utilisé par toutes les patientes en post-partum y compris en cas d'allaitement maternel [6]. Il est cependant préférable d'utiliser une méthode efficace et compatible avec le mode d'allaitement.

##### - Contraception d'urgence anti-progestative à l'ulipristal acétate (Ellaone®) :

Cette contraception d'urgence est composée d'ulipristal acétate, 30 mg par comprimé. Elle peut être utilisée dans les cinq jours suivant le rapport non ou mal protégé, un test de grossesse doit être réalisé avant la prise du comprimé. Par la suite, un retard de règles supérieur à 7 jours doit également amener la patiente à effectuer un test de grossesse.

Selon le Centre de Référence des Agents Tératogènes (CRAT), il n'est pas nécessaire d'arrêter l'allaitement dans le cas d'une prise ponctuelle d'ulipristal acétate [7].

- DIU au cuivre :

La mise en place d'un DIU au cuivre est reconnue comme contraception d'urgence efficace lorsque celui-ci est posé dans les cinq jours suivant le rapport à risque (effet abortif du cuivre sur le blastocyste). Nous devons au préalable évaluer le risque infectieux.

Pour la patiente en post-partum la pose ne pourra s'effectuer qu'après 28 jours (une grossesse ne peut pas survenir même en cas de rapport non protégé dans les 48 premières heures après la naissance).

### 3. Comment et quand aborder la contraception du post-partum ?

Dans notre système de santé actuel, le patient est placé au centre de la consultation, dans une logique d'autonomie et de prévention. Il doit être consulté pour tous les actes et toutes les prescriptions qui le concerne. Le praticien se doit de fournir une information claire, loyale et intelligible pour le patient à qui il s'adresse.

Dans le cas d'une consultation de contraception on parle de « counseling » : il s'agit d'aider le patient à choisir le moyen contraceptif le plus adapté à son mode de vie, dans une approche éducative ou une démarche de conseil et d'accompagnement.

L'OMS propose, pour guider le praticien lors de la consultation de contraception, d'utiliser la méthode BERGER. Celle-ci définit six grandes étapes : **B**ienvenue, **E**ntretien, **R**enseignement, **C**hoix, **E**xplication et **R**etour. Lorsque la prescription de contraception a lieu pendant le séjour à la maternité la première étape « **B**ienvenue » ne revêt pas le même sens que dans une consultation classique en cabinet car patiente et praticien ont déjà pu échanger au cours de la journée. La sage-femme pourra prendre un temps spécifique, consacré uniquement à la contraception, ou bien encore aborder cette question en même temps que d'autres conseils. L'« **E**ntretien » est un temps d'écoute pour le praticien, un temps de parole pour la patiente et/ou le couple. Les souhaits, besoins et questionnements de la jeune mère seront alors abordés. Cette étape peut permettre l'élaboration d'un « diagnostic éducatif partagé ». Le praticien pourra faire émerger les représentations ou idées reçues de la patiente, lui faire préciser ses habitudes de vie, l'amenant à choisir la contraception qui lui correspond le mieux. Dans le cadre du post-partum il est important de rappeler à la femme que l'arrivée du nouveau-né dans sa vie modifiera considérablement son quotidien, sa disponibilité sera grandement modifiée, cela peut être à l'origine de

défauts d'observance et donc d'un risque de grossesse non désirée. Vient ensuite l'étape du « **R**enseignement » : le praticien va fournir à sa patiente une information qui doit être claire, hiérarchisée et adaptée à son niveau de compréhension. Cette information sera la plus complète possible : mode d'emploi, efficacité en pratique courante, contre-indications, effets indésirables, avantages et inconvénients, coût, conduite à tenir en cas d'utilisation non optimale ou d'oubli ; pour toutes les méthodes envisagées. Le « **C**hoix » de la patiente et du couple est alors éclairé et précis. L'étape de l'« **E**xplication » sera la dernière abordée à la maternité : le praticien récapitulera les points essentiels concernant le mode de contraception choisi au cours de l'entretien, si besoin une trace écrite (ordonnance, fiche explicative ...) sera fournie à la patiente. Nous l'informerons également sur les raisons médicales qui doivent l'amener à consulter. Les possibilités de rattrapage en cas d'échec pourront aussi être abordées. Le « **R**etour », c'est-à-dire le suivi ultérieur permettant de réévaluer la méthode, son adéquation au mode de vie de la patiente ainsi que la satisfaction de cette dernière, aura lieu lors de la visite post-natale, six à huit semaines après l'accouchement. Si la méthode utilisée correspond aux attentes et aux besoins de la patiente et que l'examen médical (interrogatoire et examen physique) ne révèle pas de contre-indication à la contraception instaurée celle-ci pourra être poursuivie en envisageant la surveillance ultérieure (suivi clinique et paraclinique éventuel).

Si le choix initial de la patiente n'a pas pu être respecté, celui-ci pourra être réétudié lors de cette consultation : les facteurs de risques et contre-indications évoqués en post-partum immédiats sont-ils toujours présents ? La jeune mère allaite-t-elle toujours son enfant ? En fonction de l'évolution clinique et paraclinique d'éventuelle pathologie apparue pendant la grossesse la prescription sera réévaluée en respectant toujours les recommandations de la HAS et/ou de l'OMS.

En conclusion : la contraception du post-partum est une discipline à part entière qui nécessite des connaissances précises tant sur les méthodes disponibles : leurs contre-indications, leur mode d'utilisation, leurs spécificités dans le post-partum ; que sur la physiologie et la psychologie de cette période particulière de la vie d'une femme. Le projet de vie et de procréation de chaque couple doit être entendu et il incombe au professionnel de santé de répondre au mieux aux attentes et aux besoins des jeunes parents et de leur enfant, en gardant toujours à l'esprit que les grossesses rapprochées sont à risque tant pour la mère que pour le nouveau-né et l'éventuel enfant à naître.

**SECONDE PARTIE :**

**RESULTATS ET ANALYSE**

## 1. Matériel et méthode

### 1.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive et multicentrique.

L'enquête a été menée sous forme de questionnaires (Annexe 2) adressés aux sages-femmes de différents établissements du réseau périnatal Aurore en Rhône-Alpes exerçant ou ayant exercé en service de suites de couches.

### 1.2. Objectifs

L'objectif principal est de connaître et comprendre les habitudes de prescription des sages-femmes, concernant la prescription de contraception en post-partum immédiat.

Les objectifs secondaires sont :

- Evaluer l'application des recommandations de la HAS, de l'OMS et des sociétés savantes concernant la prescription de contraception du post-partum.
- Essayer de comprendre les raisons des échecs de contraception en post-natal afin d'améliorer la prescription faite aux femmes.

### 1.3. Hypothèses

Les hypothèses sont les suivantes :

- La formation initiale en contraception est très axée sur la prescription médicale et peu sur le counseling, la méthode d'entretien.
- Le temps pris en suites de couches pour aborder la contraception de façon complète, claire et adaptée à la patiente est insuffisant.
- Les sages-femmes prescrivent de manière très prudente et de façon identique pour toutes les patientes, sans forcément prendre en compte pour chacune l'absence de facteurs de risques liés à sa grossesse et son accouchement.
- La prescription en suites de couches est relativement systématisée car il ne s'agit que d'une contraception provisoire qui sera revue à la visite post-natale (six à huit semaines après l'accouchement).
- La formation continue est peu développée à ce sujet.

#### *1.4. Population*

Les questionnaires ont été distribués aux sages-femmes exerçant ou ayant exercé en suites de couches dans différents hôpitaux du réseau périnatal Aurore : les Centres hospitaliers de Bourg-en-Bresse, Montélimar, Romans-sur-Isère, Valence, Vienne, Villefranche-sur-Saône qui sont des maternités de niveau II et le Centre hospitalier d'Oyonnax qui est une maternité de niveau I. Au total entre 10 et 15 sages-femmes ont répondu dans chacun de ces établissements.

Nous n'avons pas pu intégrer de maternité de niveau III à l'étude car dans celles du réseau les internes prescrivent la contraception pour la majorité des patientes ou parce que nous n'avons pas obtenu l'autorisation des cadres et chefs de pôle du fait d'un trop grand nombre d'études déjà en cours.

#### *1.5. Méthode*

##### Méthode de recueil :

Les questionnaires ont été transmis aux sages-femmes en version papier ou par mail. Le recueil des données a eu lieu entre le 1<sup>er</sup> septembre et le 29 décembre 2015.

Le questionnaire est composé de 21 questions réparties en trois parties :

- Questions générales
- Pratique personnelle
- Pratique dans des cas particuliers

##### Méthode d'analyse :

Les résultats ont été analysés par logiciel Microsoft Excel 2010®.

Différents groupes ont été décrits afin de comparer leurs réponses :

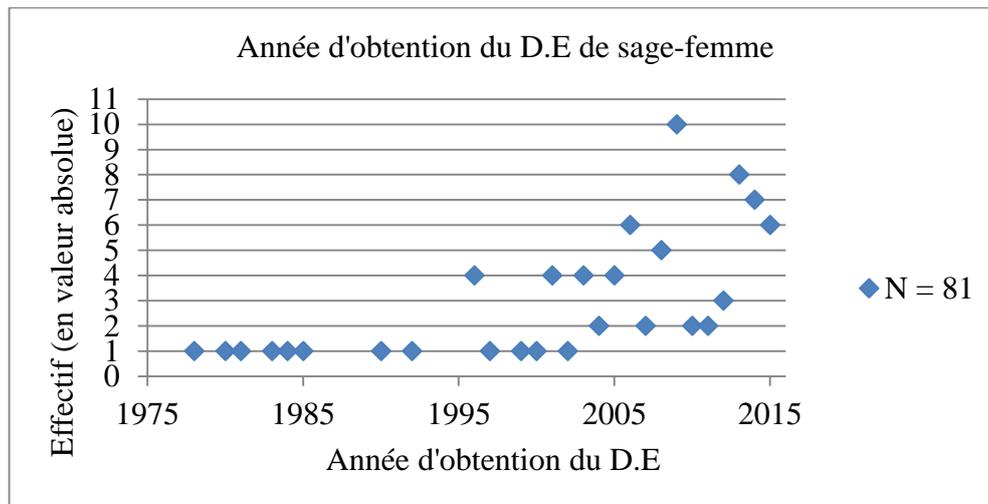
- Les sages-femmes ayant obtenu leur diplôme entre 1978 et 2004 (date de la Loi autorisant les sages-femmes à prescrire la contraception hormonale dans les suites de naissance) et celles ayant obtenu leur diplôme depuis 2005.
- Les sages-femmes ayant effectué une formation concernant la contraception après l'obtention de leur diplôme d'état (D.E.) de sage-femme et celles n'en ayant pas suivi.

Les différents sous-groupes étant composés de moins de 30 individus et les effectifs théoriques calculés inférieurs à 5 le test exact de Fisher a été utilisé pour comparer les pourcentages. Le seuil de significativité est fixé pour p inférieur ou égal à 0,005.

## 2. Résultats et Analyse

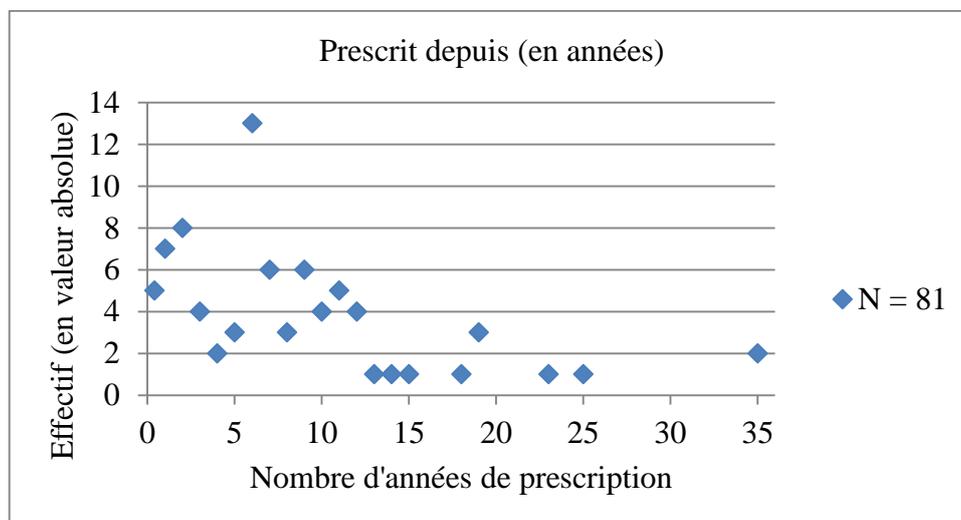
### 2.1. Questions générales

- Les sages-femmes interrogées ont obtenu leur D.E entre 1978 et 2015 :



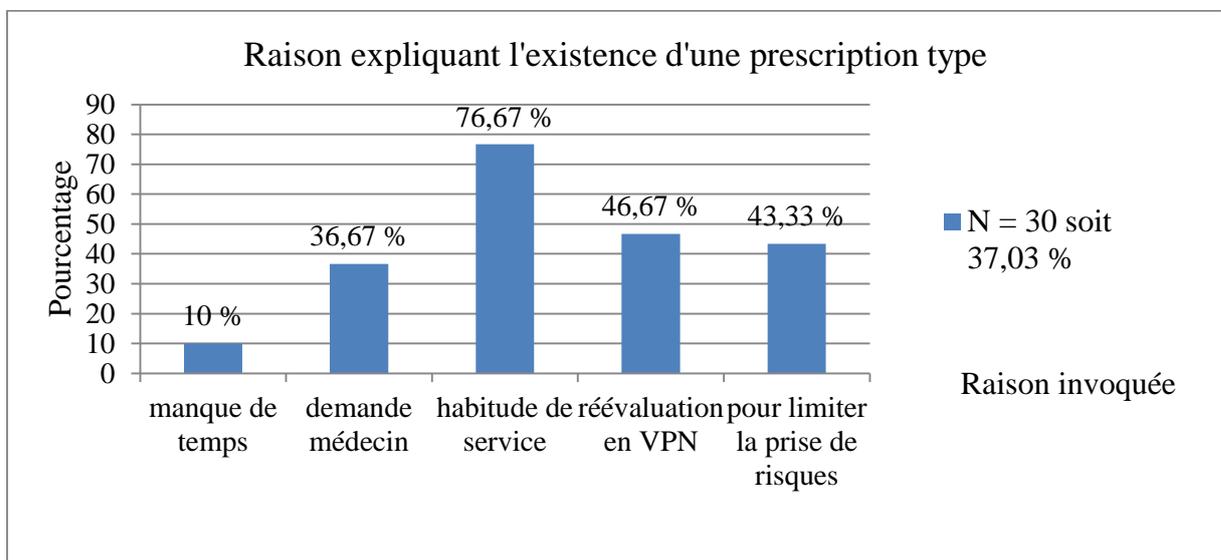
26 (soit 32,1 %) ont été diplômées avant la loi du 11 août 2004 autorisant les sages-femmes à prescrire la contraception hormonale dans les suites de couches ; 55 après (soit 67,9 %). [Annexe 3]

- Elles prescrivent depuis 0.4 à 35 ans ; en moyenne depuis 11,44 ans :



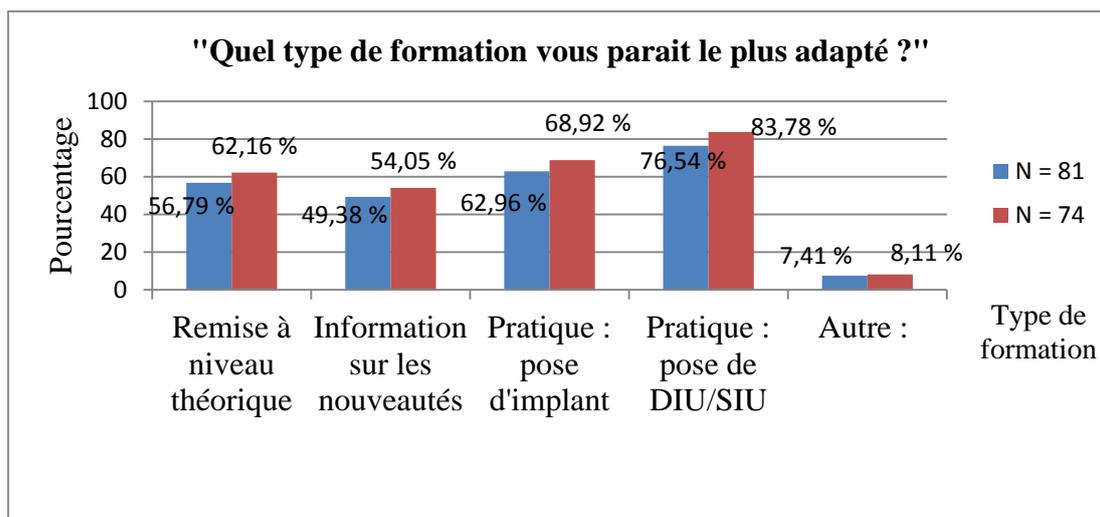
Les sages-femmes déclarant prescrire avant 2004 utilisaient des prescriptions type pré-rédigées et validées par les médecins du service où elles exercent.

- Dans toutes les maternités sollicitées une contraception est proposée aux patientes avant leur sortie du service de suites de couches.
- 30 sages-femmes, soit 37,03 % des sages-femmes interrogées, font état d'une prescription type au sein de leur service. La totalité des praticiens de l'hôpital de Villefranche-sur-Saône et certains praticiens des autres services. La principale raison évoquée est l'habitude de service (76,67 %).



- Dix-sept sages-femmes, soit 20,98 %, ont suivi une formation concernant la contraception du post-partum après l'obtention de leur D.E. Il s'agissait du diplôme interuniversitaire de contraception, sexualité et IVG ; de formations internes, de formations dispensées par gynécologue, d'informations pratiques sur les contraceptifs oraux par les laboratoires, d'ateliers lors des journées périnatales et de formations dispensées par l'ordre des sages-femmes.

91,35 % des sages-femmes interrogées (N = 74/81) jugent qu'une formation complémentaire leur serait utile. Il n'y a pas de différence significative entre les sages-femmes diplômées avant ou après 2004 : 8 sages-femmes ayant suivi une formation complémentaire ont obtenu leur D.E. avant 2005, 9 depuis. Environ 91 % des sages-femmes des deux sous-groupes (diplômée avant ou après 2004) pensent qu'une nouvelle formation leur serait profitable.



## 2.2. *Pratique personnelle*

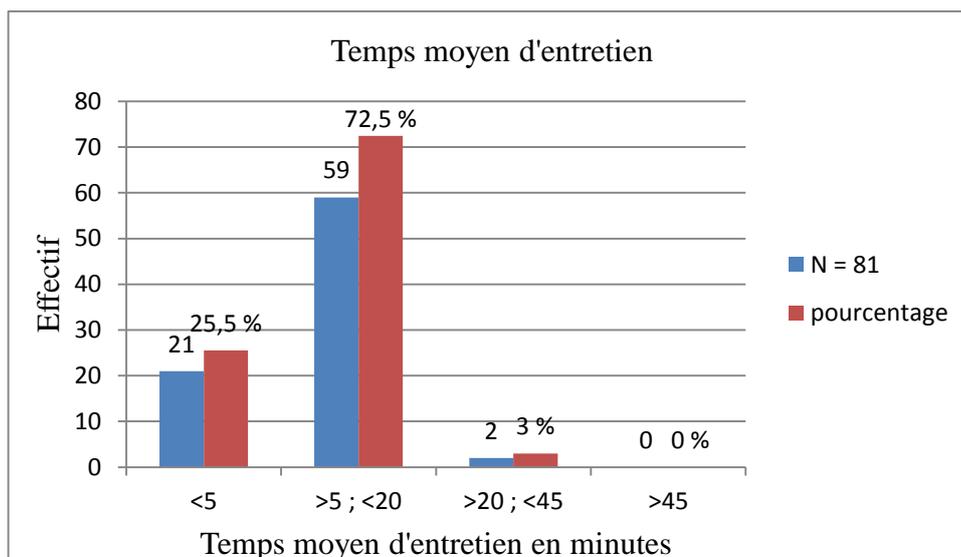
- 75,30 % (N = 61/81) des sages-femmes interrogés abordent la contraception du post-partum pendant un temps réservé uniquement à ce sujet. Les 24,70 % (N = 20/81) ne l'abordant pas dans un temps spécifique en parle lors des conseils de sortie.

76,92 % des sages-femmes diplômées avant 2004 (N = 20/26) effectuent un entretien axé uniquement sur la contraception ; 74,54 % (N = 41/55) pour celles diplômées après. Cette différence n'est pas statistiquement significative.

94,11 % (N = 16/17) des praticiens ayant suivi une formation contraception après le diplôme aborde la question lors d'un temps spécifique contre 70,31 % (N = 45/64) de ceux ayant suivi uniquement la formation initiale. Cette différence n'est cependant pas significative :  $p = 0.057$ , intervalle de confiance à 95 % [0,9013 ; 297,55].

Cet entretien est toujours mené en individuel lors du séjour en suites de couches. 2 sages-femmes parlent de contraception en groupe lors de séances de préparation à la naissance.

- Pour la majorité des sages-femmes le temps moyen de l'entretien contraceptif en suites de couches est de 5 à 20 minutes. Ce temps moyen d'entretien est similaire quelle que soit la date d'obtention du diplôme. Le fait d'avoir effectué une formation sur la contraception après l'obtention du D.E. n'influe pas non plus sur cette durée.



- Lors de cet entretien 79,01 % des sages-femmes interrogées (N = 64/81) donnent une date approximative de retour de couches, en fonction du mode d'allaitement ; 58,02 % (N = 47/81) informent les patientes qu'une ovulation peut avoir lieu environ 14 jours avant le retour de couches. 28 (soit 35,58 %) précisent que la première ovulation peut avoir lieu à partir du 21<sup>ème</sup> jour en cas d'allaitement artificiel. La grande majorité (93,83 % ; N = 76/81) explique qu'une grossesse peut survenir même avant d'avoir observé un retour de couches. 53 (soit 65,43 %) disent que l'allaitement maternel ne peut être considéré comme une contraception efficace qu'à certaines conditions particulières. 38 (soit 46,91 %) des sages-femmes exposent les risques auxquels s'exposent les patientes ayant accouché par césarienne si une grossesse a lieu dans l'année qui suit. 74 % (N = 60/81) expliquent les différents facteurs de risques spécifiques et leur impact sur la prescription de contraception. Enfin, 40,74 % (N = 33/81) donnent des informations sur les possibilités de rattrapage.

Les différentes informations détaillées ci-dessus sont données plus souvent par les sages-femmes ayant suivi une formation après le D.E. mais la différence n'est pas significative.

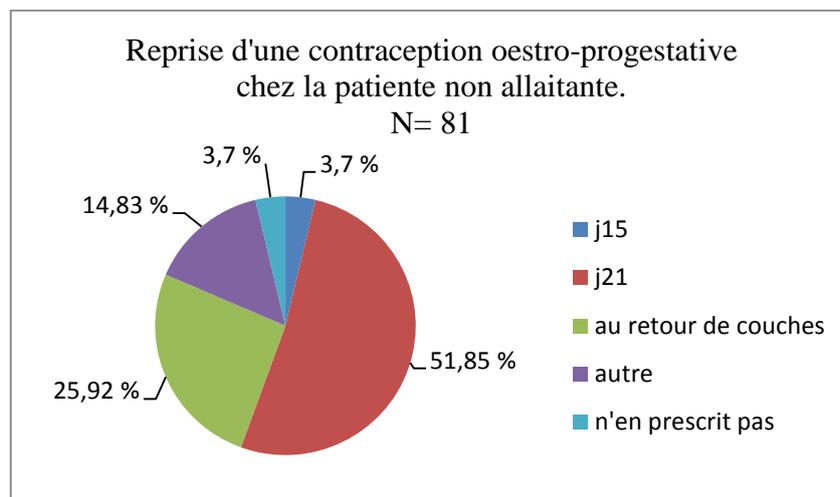
- 93,83 % (N = 76/81) des sages-femmes demandent à leur patiente si elle a un souhait particulier. Celles qui ne le font pas exposent les différents moyens de contraception envisageables.

Lorsque la patiente n'exprime pas de souhait, les sages-femmes expliquent les différents moyens envisageables pour 75,31 % (N = 61/81) d'entre elles.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les sous-groupes.

- 15 sages-femmes, soit 18,52 % rédigent toujours une prescription écrite. Parmi elles 4 ont suivi une formation complémentaire. 8 ont été diplômées avant 2004, 7 à partir de 2005.
- Concernant la reprise d'une contraception œstro-progestative chez la patiente non allaitante, par pilule ou patch : 3 sages-femmes n'en prescrivent jamais dans le post-partum immédiat. 3 proposent de la débiter 15 jours après l'accouchement (soit 3,7 %), 51,85 % à 21 jours (N = 42/81), 25,92 % au retour de couches (N = 21/81), 17,28 % (N = 14/81) à un autre moment (28 ou 42 jours après la naissance).

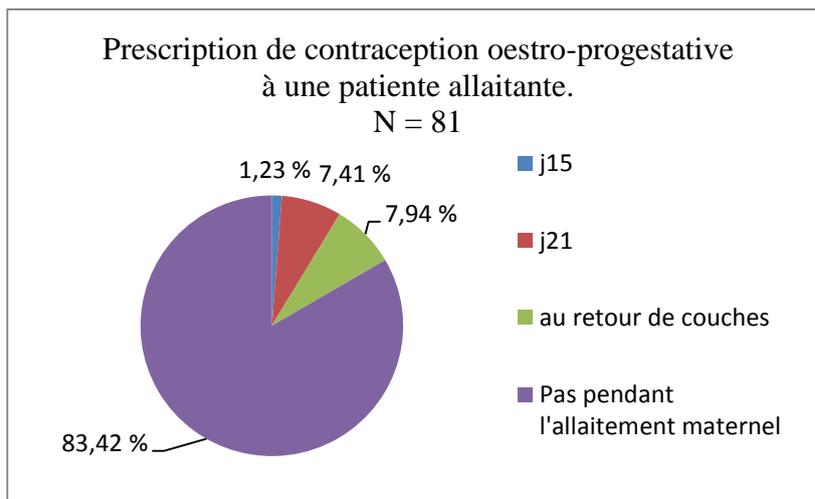
Le résultat obtenu est supérieur à 100 % car certaines sages-femmes proposent de débiter la prise à J21 ou au moment du retour de couches.



Les sages-femmes ayant obtenu leur diplôme avant 2004 proposent plus facilement de débiter la prise de contraceptif au moment du retour de couches que celles diplômées depuis 2005 ( $p = 0,001$  ; intervalle de confiance à 95 % [1,7711 ; 19,8511]). Il n'y a pas de différence significative pour les autres dates de reprise.

Les sages-femmes ayant suivi une formation après le diplôme ne préconisent pas une reprise de contraception orale œstro-progestative à J15, mais plutôt à J21 pour 12 d'entre elles (soit 70 %) ou au retour de couches pour 6 (soit 35%). La différence n'est cependant pas significative.

- Pour les patientes allaitantes : la grande majorité des sages-femmes ne leur prescrit pas de contraception œstro-progestative ; quelle que soit l'année d'obtention du diplôme et le fait d'avoir suivi ou non une formation complémentaire.

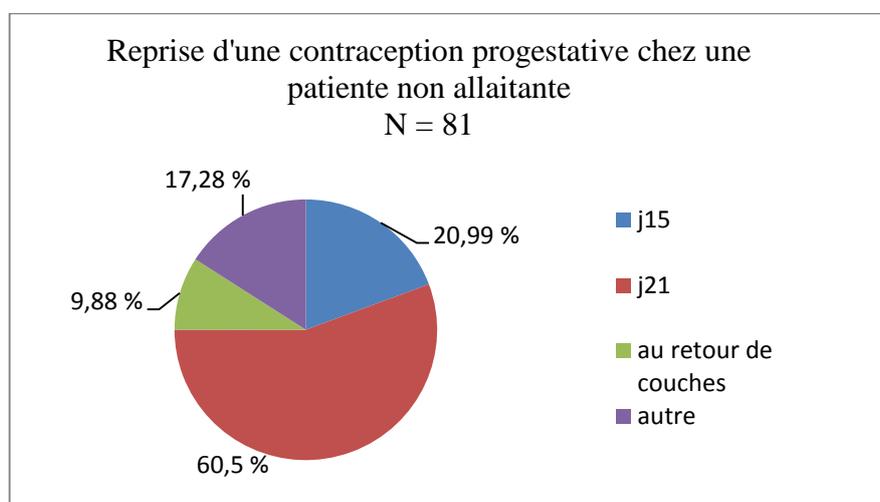


Pour les patientes allaitant leur enfant, les sages-femmes proposent de reprendre une contraception œstro-progestative aux six mois de vie de l'enfant ou à l'arrêt de l'allaitement maternel dans 30 % des cas (N = 21/81). 58,02 % (N = 47/81) proposent un autre mode de contraception.

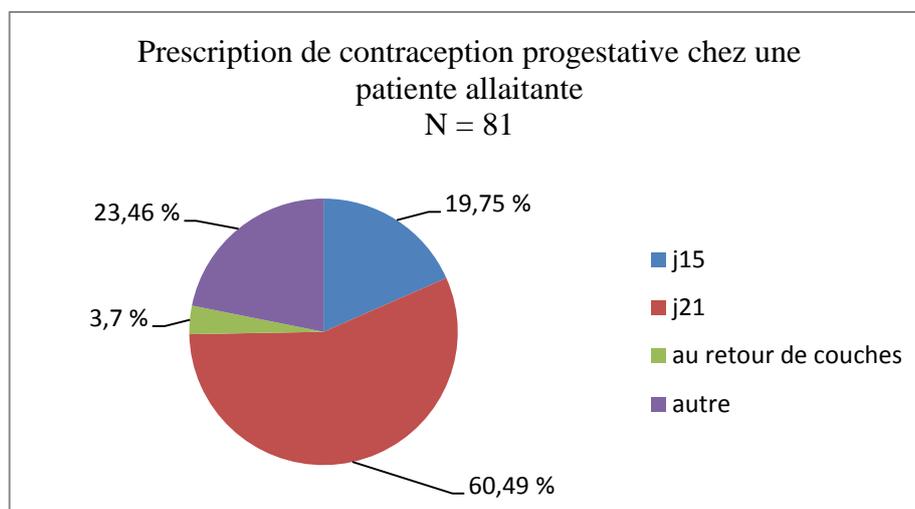
Il n'y a pas de différence significative dans les réponses des sages-femmes interrogées.

- Lors de la prescription de contraception progestative à une patiente non allaitante, les sages-femmes proposent aux patientes de la débiter 21 jours après l'accouchement dans la majorité des cas (60 % ; N = 49/81).

Le résultat obtenu révèle un total supérieur à 100 % car plusieurs sages-femmes proposent de débiter la prise soit 21 jours après l'accouchement soit au moment du retour de couches.



- Pour les patientes allaitantes les sages-femmes proposent également de débiter la contraception 21 jours après l'accouchement :



Le résultat obtenu est supérieur à 100 % car certaines sages-femmes proposent de débiter la prise à 21 jours ou au retour de couches.

Une sage-femme propose dans ce cas de débiter au moment de la reprise d'une sexualité, en utilisant une contraception locale en cas de rapports sporadiques avant et pendant les 7 premiers jours de prise de pilule.

Nous remarquons que 15 sages-femmes proposent aux patientes allaitantes de débiter la prise à J15 alors que pour une patiente non allaitante elle ne propose une reprise qu'à J21. Parmi elles, 13 n'ont pas suivi de formation après l'obtention de leur D.E., 2 en ont suivi. Il ne s'agit pas d'une différence statistiquement significative. Ces sages-femmes ont obtenu leur diplôme indifféremment avant ou après 2004.

- Les difficultés ressenties par les sages-femmes sur la question de la contraception du post-partum se situent plus au niveau de la pratique : 77,78 % (N = 63/81) des praticiens interrogés disent se sentir en difficulté pour mettre en place un DIU, 59,26 % (N = 46/81) pour la pose d'un implant.

En revanche l'explication de la physiologie des suites de couches et l'accompagnement dans le choix d'une contraception adaptée aux patientes n'est considéré comme une difficulté que pour 9 des sages-femmes (soit 11,11 %). On note enfin que 18,52 % (N = 15/81) expriment une difficulté quant à l'identification des contre-indications des différents moyens contraceptifs dans le post-partum.

Les 9 sages-femmes exprimant des difficultés à expliquer la physiologie des suites de couches ont toutes obtenu leur diplôme après 2004.

Pour pallier à ses difficultés, les sages-femmes souhaiteraient des formations théoriques, notamment concernant les pilules œstro-progestatives, des informations sur les nouvelles recommandations ainsi que des formations pratiques tant sur la pose de DIU ou d'implant que de cas particuliers qui peuvent se rencontrer dans les services. La notion de formation continue est très présente. Enfin les sages-femmes souhaiteraient avoir à disposition dans les services de suites de couches des plaquettes d'information regroupant les principales recommandations et leurs mises à jour.

### *2.3. Pratique dans des cas particuliers*

- Pour une patiente primipare de 25 ans, sans antécédent particulier, avec un IMC à 21, non tabagique, ayant accouché par voie basse spontanée, sans complication hémorragique et n'allaitant pas son enfant, 60 sages-femmes, soit 74,04 % de la population, sont favorables à la reprise rapide d'une contraception orale œstro-progestative de deuxième génération. 33 préconisent une reprise 21 jours après l'accouchement, en mettant en place une contraception locale pendant les sept premiers jours. 3 recommandent de débiter la prise à 42 jours et 2 à 15 jours. 9 sages-femmes proposent un début de prise au moment du retour de couches, en utilisant une contraception locale si la reprise des rapports a lieu avant. Les 13 autres n'ont pas précisé la date à laquelle elles proposent la reprise.

5 sages-femmes sur 60 prescrivent un bilan immédiat, à réaliser avant le début du traitement. 37 en prescrivent un à distance de l'instauration : 15 trois mois après l'instauration, 7 deux mois après, les autres laissent au praticien qui effectuera la visite post-natale le soin d'évaluer si un bilan est nécessaire (en fonction de la date du dernier bilan effectué et de la poursuite ou non de ce mode de contraception).

Les réponses sont similaires quelle que soit la date d'obtention du D.E. de sage-femme. La participation à une forme complémentaire n'influe pas non plus.

- Si cette même patiente souhaite reprendre une pilule œstro-progestative mais de troisième génération cette fois, 34 sages-femmes, soit 41,98 %, répondraient favorablement à sa demande. 10 préconisent de débiter la prise 21 jours après l'accouchement, les 24 autres à 42 jours. Ces 34 praticiens insistent sur la nécessité d'un bon suivi ultérieur (visite post-

natale), ils préfèrent prescrire à une patiente ayant utilisé ce moyen contraceptif sur une longue période (supérieure à 1 an) sans complication.

L'année d'obtention du D.E. et la formation contraception après celui-ci n'influent pas sur les réponses.

- Concernant la pose d'un DIU au cuivre dans le post-partum immédiat : 10 des sages-femmes interrogées (12,34 %) seraient favorables à cette pratique. 5 sages-femmes mettraient elle-même en place le dispositif s'il était décidé de le faire pendant le séjour de la patiente ; toutes ont obtenu leur diplôme après 2004. Les autres déclarent manquer de pratique ou ne pas être formé à ce geste. Parmi tous les praticiens interrogés, 3 (3,70 %) avaient connaissance des trois conditions autorisant la pose d'un DIU au cuivre en post-partum immédiat. Elles savaient que la pose dans le service de suites de couches est possible pour une patiente ayant accouché par voie basse, qui ne présente aucun signe infectieux et que la pose doit avoir lieu dans les 48 heures suivant la naissance ; il n'y a pas de différence dans les réponses des sages-femmes diplômées avant ou après 2009 (année où les sages-femmes ont été autorisées à prescrire et poser les contraceptifs intra-utérins).

Le fait d'avoir effectué une formation sur la contraception après l'obtention du diplôme n'influe pas pour cet item.

- Les cinq notions de la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (enfant de moins de six mois, absence de retour de couches, tétées efficaces et régulières toutes les 4 heures au maximum, allaitement maternel exclusif) ont été citées par 5 des sages-femmes interrogées (6,17 %). 12 praticiens (14,81 %) n'ont donné aucun des critères attendus. Tous précisent que cette méthode pouvant être difficile à mettre en œuvre, ils ne la conseillent pas voire refusent de l'expliquer aux patientes ; 23 préfèrent proposer une contraception locale en association. Une sage-femme explique qu'une grossesse rapprochée doit être acceptable par le couple pour utiliser uniquement cette méthode.

Les réponses obtenues sont similaires que les sages-femmes aient été diplômées avant ou après 2004 et qu'elles aient ou non suivi une formation supplémentaire en terme de contraception.

- Pour la prise en charge d'une patiente de 17 ans dont la grossesse faisant suite à un échec de préservatif, les sages-femmes proposent en priorité une contraception par implant

(86,42 %, N = 70). 47 (58,02 %) proposent une pilule progestative, 41 (50,62 %) une pilule œstro-progestative, 40 (49,38 %) une contraception par DIU et 17 (20,99 %) le patch ou l'anneau.

De nombreuses sages-femmes donnent plusieurs possibilités.

Plusieurs praticiens ont le souci de prescrire une contraception ayant un coût de revient le plus bas possible pour cette jeune patiente et prescriraient donc plutôt une pilule œstro-progestative remboursée ou Optimizette® si les progestatifs seuls sont prescrits.

Le temps d'entretien serait plus long d'après la moitié des sages-femmes interrogées (N = 41/81).

Les sages-femmes diplômées après 2004 sont plus enclines à prescrire une pilule oestro-progestative : 61,82 % contre 26,92 %,  $p = 0,004$ , intervalle de confiance à 95 % [1,43 ; 14,34]. Il en va de même pour la prescription de patches et d'anneau vaginal : 29,09 % contre 3,85 %,  $p = 0,008$ , intervalle de confiance à 95 % [0,62 : 0,72].

Les réponses ne sont pas statistiquement modifiées que les sages-femmes aient ou non suivi une formation après l'obtention de leur diplôme.

- Concernant la prescription de progestatifs par voie injectable pour une patiente ne souhaitant pas reprendre de pilule et disant ne pas être à l'aise avec la présence d'un corps étranger dans son utérus ou son bras, 9 sages-femmes (11,11 %) seraient favorables à sa demande, uniquement avec accord du médecin ou en cas de contre-indication aux autres modes de contraception. Une sage-femme proposerait des patches.

La date d'obtention du diplôme n'influe pas sur cette prescription, de même que le suivi ou non d'une formation suivie après l'obtention de celui-ci.

Nous avons donc pu observer quelques différences statistiquement significatives en comparant les sages-femmes diplômées avant la loi sur la prescription de contraception hormonale en post-partum de 2004. De même la formation continue dans ce domaine semble avoir un impact qui est cependant très modéré. Cependant il est important de noter que la taille de l'échantillon et a fortiori celle des sous-groupes ne permet pas de tirer de conclusions franches.

## **TROISIEME PARTIE :**

### **DISCUSSION**

## 1. Forces et limites de l'étude

### 1.1. Les points forts

L'étude est descriptive ce qui permet une analyse des pratiques actuelles et limite les biais de mémoire.

Les questionnaires ont été distribués dans différentes maternités du réseau périnatal Aurore ce qui permet d'avoir une vision assez large des pratiques des sages-femmes. De plus deux types de maternités ont pu être intégrées à l'étude (niveaux I et II) ; le nombre d'accouchements réalisés dans celles-ci est également assez différent.

### 1.2. Les points faibles

81 questionnaires ont été récupérés sur les 179 envoyés, ce nombre n'est pas très important et limite donc la puissance des résultats. Ceci pourrait expliquer le peu de différences significatives observées. Le taux de réponse est donc d'environ 45 %, il correspond au taux moyen de réponse pour des questionnaires destinés aux professionnels.

Seuls cinq praticiens hommes ont été interrogés, il aurait pu être intéressant d'étudier cette variable mais l'effectif est trop réduit pour obtenir des résultats significatifs.

La formulation des questions n'a pas toujours été optimale :

- Les propositions de temps d'entretien (II.2) auraient pu être différentes pour la seconde tranche (de 5 à 20 minutes) car 5 minutes paraissent trop peu alors que 20 minutes correspondent au temps moyen recommandé par la HAS [9].
- Concernant la proposition de mettre en place un DIU dans les 48 premières heures du post-partum (question III.3) il aurait peut-être été plus judicieux de séparer la question des conditions de pose.

D'autres questions auraient pu être ajoutées :

- Le lieu d'obtention du diplôme

Concernant les propositions de date d'instauration des différents modes de contraception : le 15<sup>ème</sup> jour a été proposé car souvent observé sur différents terrains de stage.

## 2. Comparaison des résultats aux principales recommandations

### 2.1. Informations fournies au cours de l'entretien

Selon la HAS [5], la contraception du post-partum devrait être abordée pendant la grossesse (2 sages-femmes sur 81 abordent ce sujet lors de séance de préparation à la naissance) ; Nous ne savons pas si les 79 autres réalisent ces séances ni si elles rencontrent les patientes avant la naissance.

- Dans toutes les maternités une prescription est proposée aux patientes pendant leur séjour ce qui est conforme aux recommandations.
- Concernant les informations données, la HAS préconise d'informer les patientes sur la reprise de l'ovulation : *« il n'y a pas de reprise de l'ovulation avant le 21<sup>ème</sup> jour après l'accouchement : une contraception n'est donc pas nécessaire avant ce délai. – à l'inverse, à partir du 21<sup>ème</sup> jour, il existe un retour de fertilité et une contraception devient donc nécessaire »*. Seules 35,58 % des sages-femmes interrogées donnent systématiquement cette information.
- Toujours selon la HAS, toutes les méthodes utilisables devraient être présentées (mode d'emploi, efficacité en pratique courante, durée d'utilisation, contre-indications, risques et effets indésirables, autres avantages, procédure d'instauration et d'arrêt, coût, remboursement...) ; 75,31 % des praticiens ayant répondu à l'enquête déclarent le faire.
- Une information exhaustive sur les possibilités de rattrapage devrait être fournie et éventuellement prescrite aux patientes ; moins de la moitié des sages-femmes interrogées en parlent systématiquement.
- Enfin le temps nécessaire pour que l'entretien soit complet devrait être d'au moins 20 minutes [9] ; comme dit précédemment cette variable ne peut pas être bien évaluée du fait du manque de précision des propositions faites dans le questionnaire (question II.2.).

Il faut bien sûr être vigilant lorsque l'on parle d'informations données « systématiquement » aux patientes. Les sages-femmes savent qu'il est avant tout nécessaire d'adapter le discours et les informations fournies au degré de compréhension des patientes ainsi qu'à leurs demandes.

Pour analyser le respect des recommandations concernant les différentes méthodes contraceptives nous allons maintenant suivre le plan utilisé dans le document HAS Fiche Mémo. Contraception chez la femme en *post-partum* : [5]

## 2.2. *Contraception hormonale, œstro-progestatifs* :

Selon les recommandations, une contraception œstro-progestative ne devrait pas être prescrite aux patientes allaitantes avant les 6 mois de vie de l'enfant, si elles allaitent jusque-là. La grande majorité des sages-femmes s'y conforme : 7 sages-femmes sur 81 proposent tout de même de débiter une contraception œstro-progestative au 15<sup>ème</sup> ou au 21<sup>ème</sup> jour lorsque la patiente allaite.

Pour les patientes non allaitantes, ce type de contraception est envisageable à partir de 42 jours, abaissable à 21 jours s'il n'existe pas de facteur de risque thromboembolique surajouté. Seules 3 sages-femmes proposent de débiter la prise 15 jours après la naissance et ne respectent donc pas les recommandations pour cet item.

Même si la majorité des sages-femmes interrogées respectent les recommandations de la HAS quant à la prescription en post-partum de contraception œstro-progestative (sans distinction entre les voies d'administration orale, transdermique ou vaginale), il ne semble pas inutile de redire régulièrement aux praticiens quand et sous quelles conditions ce mode contraceptif peut être prescrit sans danger pour la mère et l'enfant et sans impact sur la lactation.

La prescription d'un bilan glucido-lipidique est recommandée 3 à 6 mois après l'instauration d'une contraception œstro-progestative, tous les 5 ans pour les patientes sans antécédent personnel et familial de maladie métabolique ou thromboembolique. Le cas clinique proposé dans le questionnaire (question III.1.) concerne une patiente répondant à ces critères. 15 sages-femmes proposent de prescrire ce bilan à partir de 3 mois, la majorité d'entre elles laisse au praticien qui effectuera la visite post-natale le soin d'évaluer s'il est nécessaire. Ces deux pratiques nous semblent tout à fait valables : le premier permet à la patiente d'effectuer le bilan même si elle tarde à effectuer la visite post-natale (VPN) ; la seconde insiste un peu plus sur la nécessité de prendre ce rendez-vous entre 6 et 8 semaines après l'accouchement.

### 2.3. *Contraception hormonale, progestatifs :*

Pour la prescription de contraception hormonale progestative, le mode d'allaitement semble n'avoir que peu d'influence : les sages-femmes proposent de débiter la prise au 15<sup>ème</sup> ou au 21<sup>ème</sup> jour dans la majorité des cas.

Nous notons que selon la HAS il ne faudrait débiter cette contraception au 21<sup>ème</sup> jour qu'en cas d'allaitement artificiel. Elle serait inutile en cas d'allaitement maternel répondant aux critères de la méthode de l'aménorrhée lactationnelle.

Cependant le collège national des gynécologues obstétriciens français (CNGOF) [10] ainsi que P. Barjot [11] préconisent de débiter la prise de contraception progestative à partir du 10<sup>ème</sup> jour du post-partum. Les sages-femmes proposant de débiter la prise au 15<sup>ème</sup> jour se conforment bien à ces recommandations.

Une question reste en suspens quant à la date d'instauration de la contraception : pourquoi certaines sages-femmes proposent-elles de débiter la prise au 15<sup>ème</sup> jour en cas d'allaitement maternel et au 21<sup>ème</sup> jour en cas d'allaitement artificiel ? Nous ne retrouvons aucune étude ni recommandation allant en ce sens. Les discussions avec les professionnels sur le terrain ne permettent pas non plus de répondre à cette interrogation.

Concernant la question de la prescription aux patientes allaitant leur enfant, nous savons que la contraception par progestatifs seuls n'a pas d'impact sur la composition et la quantité du lait ni sur la croissance de l'enfant [12]. De plus, le risque thromboembolique est très limité lors de la prise de progestatifs seuls du fait d'une très faible action sur les paramètres hémostatiques [13]. Ceci peut donc donner du poids à la prescription aux patientes allaitantes dans une balance bénéfices/risques : mieux vaut limiter au maximum les risques d'une grossesse survenant prématurément après la naissance puisque la contraception n'a pas d'impact délétère ni sur la mère ni sur l'enfant.

Cependant la fréquence des effets indésirables (essentiellement les spotting) devrait faire repenser la prescription de ce type de contraception du fait du risque d'arrêt inopportun.

Concernant le cas particulier des progestatifs injectables, la HAS recommande de n'utiliser cette méthode que dans les cas où les autres modes de contraception sont contre-indiqués.

Les sages-femmes acceptant de prescrire ce type de contraceptif semblent bien avoir cette notion. De plus elles feraient appel à un médecin référent avant de mettre en place cette contraception.

Nous notons tout de même que de nombreuses sages-femmes ont répondu qu'elles ne maîtrisaient pas cette méthode (raison invoquée pour ne pas la prescrire).

#### *2.4. Dispositifs intra-utérins (DIU au cuivre et SIU au lévonorgestrel) :*

La pose de DIU au cuivre dans les 48 premières heures du post-partum n'est pas courante en France, les maternités interrogées ne font pas exception.

Selon une étude menée en 2009 [14], il n'existe pas d'augmentation du risque d'expulsion du DIU lorsque celui-ci est mis en place dans les dix minutes suivant l'expulsion du placenta. La pose en cours de césarienne serait corrélée à un taux d'expulsion moindre (par rapport à une insertion vaginale suite à un accouchement par voie basse) ; le risque de complication post-opératoire ne serait pas augmenté.

Les sages-femmes interrogées ne semblent pas bien connaître cette possibilité de mise en place précoce d'une contraception dans le post-partum. Très peu d'entre elles peuvent dire quelles conditions doivent être réunies pour effectuer la pose ; une minorité accepteraient d'effectuer elle-même la pose (souvent par manque de pratique et d'expérience).

Concernant le SIU au lévonorgestrel il existerait une augmentation significative du taux d'expulsion dans le cas d'une pose immédiatement après la délivrance par rapport à une pose différée (6 à 8 semaines après l'accouchement). Cependant les patientes ayant choisi cette méthode réitéreraient la pose à la visite post-natale. Ainsi il n'y a pas de différence sur le long terme.

Son utilisation n'aurait pas d'impact sur la lactation [15]. Rappelons tout de même que sa pose en post-partum immédiat est hors AMM puisque celle-ci stipule qu'un délai de 6 semaines après l'accouchement est nécessaire.

#### *2.5. Méthodes barrières :*

Les préservatifs masculins et féminins sont les seules méthodes efficaces contre les infections sexuellement transmissibles : ils peuvent être utilisés seuls ou en association avec une contraception hormonale dans les situations à risque. De plus il s'agit d'une méthode qui est utilisable dès la reprise des rapports. La HAS recommande de bien informer les deux partenaires que le préservatif doit être utilisé à chaque rapport, quel que soit le moment du cycle. Il faut s'assurer que le couple sait comment utiliser correctement ce dispositif et expliquer la conduite pratique en cas de rupture ou de glissement.

Les sages-femmes interrogées, pour la majorité d'entre elles, ne rédigent pas d'ordonnance écrite, dans le cas où le choix de la patiente s'oriente uniquement vers le préservatif. Nous notons que la HAS ne fournit pas de recommandation particulière pour ce mode de contraception.

L'utilisation de cape cervicale, diaphragme et spermicides est contre-indiquée avant le 42<sup>ème</sup> jour du post-partum. Aucune sage-femme n'y fait référence dans le questionnaire

### *2.6. Méthodes naturelles :*

La principale méthode naturelle en rapport avec la période du post-partum est l'aménorrhée lactationnelle (ou méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée M.A.M.A) : elle reste relativement méconnue par les praticiens interrogés puisque seuls 6 % d'entre eux peuvent donner tous les critères nécessaires à l'efficacité de cette méthode. Les sages-femmes savent bien que l'allaitement doit être exclusif et que les tétées doivent être régulières. Cependant elles parlent moins aux patientes de la notion de tétées efficaces. Le mémoire de sage-femme de F. Blangis [16] tire des conclusions similaires quant à la « prescription » de cette méthode : elle est très peu répandue malgré une efficacité depuis longtemps démontrée.

L'OMS considère cette méthode fiable, de nombreuses études ont également prouvé son efficacité [17] [18]. Il serait intéressant d'étudier les raisons qui poussent le prescripteur à ne pas proposer la M.A.M.A : les critères d'efficacité sont-ils considérés comme trop rigoureux et par conséquent difficiles à mettre en œuvre et surtout à évaluer ? Le risque d'échappement est également assez important : il est facile d'espacer une tétée pour une raison ou une autre, la fatigue de la mère comme de l'enfant peut aussi altérer l'efficacité et la durée d'une mise au sein. Nous ne pouvons alors plus garantir qu'une ovulation n'a pas lieu. Si nous n'avons expliqué que cette méthode lors de l'entretien contraceptif, la patiente risque d'être en difficulté si elle se retrouve dans cette situation voire ne pas se rendre compte assez rapidement qu'elle n'est plus couverte.

En conclusion, nous notons que les recommandations sont partiellement respectées par les sages-femmes. Il existe une relative méconnaissance des méthodes qui sont les moins utilisées. En effet pour la prescription de contraception orale progestative qui est la plus couramment proposée les recommandations sont bien connues et respectées. En revanche

concernant la contraception par DIU par exemple, les conditions de pose en post-partum immédiat sont moins connues. Ces observations sont logiques et montrent bien la difficulté de mettre en place de nouvelles manières de prescrire. En effet nous sommes toujours plus à l'aise lorsque nous parlons d'un outil que nous utilisons quotidiennement ou presque qu'avec un qui n'est que rarement abordé. Comme pour toute nouvelle pratique un temps d'adaptation est nécessaire avant que tous les aspects soient parfaitement connus et maîtrisés.

Il ressort surtout que l'entretien tel qu'il est mené dans les services de suites de couches ne correspond qu'en partie aux recommandations fournies par la HAS : certaines informations ne sont pas données de manière systématique aux patientes concernées. Nous avons cependant déjà remarqué qu'il faut être prudent lorsque nous parlons de « systématique ». En effet il est avant tout nécessaire d'adapter notre discours aux demandes des couples, d'écouter ce qu'ils savent déjà, ce qui leur pose question, ce qui correspond à leur mode de vie et à leur degré de compréhension.

### **3. Devenir des hypothèses**

- La formation initiale en contraception est très axée sur la prescription médicale et peu sur le counseling, la méthode d'entretien :

Comme noté précédemment, on remarque que les sages-femmes ayant suivi une formation complémentaire après l'obtention de leur D.E. ont tendance à développer d'avantage l'information donnée aux patientes lors de l'entretien contraceptif en suites de couches. Cependant la différence observée n'est pas significative, peut-être à cause de la taille de l'échantillon. Concernant la prescription en elle-même (type de contraception proposé, date d'instauration), aucune différence statistiquement significative n'est observée.

- Le temps pris en suites de couches pour aborder la contraception de façon complète, claire et adaptée à la patiente n'est pas suffisant :

Quelques sages-femmes déclarent que ce temps est inférieur à 5 minutes : il semble difficile d'aborder la globalité de la prescription dans un temps aussi court. Plusieurs praticiens affirment que ce temps est variable et surtout adapté aux besoins et aux questions de chaque patiente. Cette réponse semble la mieux adaptée car en effet si la patiente allaite son enfant et qu'elle souhaite d'emblée une contraception par pilule, le temps passé pour choisir le mode de contraception sera plutôt restreint, et par conséquent

l'entretien raccourci par rapport à celui mené avec une patiente ne présentant de contre-indication à aucune contraception et n'ayant pas de choix défini.

Nous ne pouvons répondre à cette hypothèse de manière tranchée, l'adaptation de ce temps à chaque situation semble être la meilleure réponse à apporter.

- Les sages-femmes prescrivent de manière très prudente et de façon identique pour toutes les patientes, sans forcément prendre en compte pour chacune l'absence de facteurs de risque personnels ou liés à sa grossesse et à son accouchement :

L'existence de prescription type, pouvant être proposée à la grande majorité des patientes, n'incite pas les sages-femmes à rechercher les facteurs de risque spécifiques de chacune. Nous essayons au maximum de limiter la prise de risque même lorsqu'il n'y en a pas ou peu.

- La prescription en suites de couches est relativement systématisée car il ne s'agit que d'une contraception provisoire qui sera revue à la visite post-natale (6 à 8 semaines après l'accouchement) :

La notion de visite post-natale n'est en fait que très peu évoquée par les sages-femmes interrogées : elles n'y font référence que pour la question de prescription d'un bilan glucido-lipidique dans le cadre d'une prescription de contraception œstro-progestative.

En pratique, dans les services, la patiente est informée de la nécessité d'effectuer la VPN 6 à 8 semaines après la naissance afin entre autre de « faire le point » sur la contraception et vérifier si elle est toujours adaptée à l'état de la patiente (poursuite de l'allaitement maternel, persistance ou disparition d'un risque thromboembolique). Le praticien s'intéressera également à la tolérance du contraceptif, il pourra prescrire un éventuel bilan biologique complémentaire si nécessaire. Enfin il discutera avec le couple afin de déterminer si cette contraception correspond à leur projet de vie futur.

- La formation continue est peu développée à ce sujet :

Seules 20 % des sages-femmes ayant répondu au questionnaire ont suivi une formation complémentaire spécifique à la contraception après l'obtention de leur D.E. : la formation continue n'est effectivement que peu développée à ce sujet. Il serait intéressant de se pencher sur les raisons amenant à ce constat. Nous avons également remarqué que les

pratiques ne varient que peu entre les sages-femmes formées spécifiquement à la contraception ou non.

En pratique ces formations sont donc peu utilisées. Plusieurs hypothèses peuvent être formulées pour expliquer ces constats :

- Il y a peu de demandes de la part des patientes qui, au moment du séjour en maternité, ne pensent pas à la reprise d'une sexualité. Les couples ne se sont pas encore posé la question de la contraception après l'accouchement et sont pris de cours lorsque nous l'abordons pendant le séjour. Ils posent alors peu de question et s'orientent vers la première option qui s'offre à eux.
- Il se peut aussi que la contraception micro-progestative qui est majoritairement proposée corresponde à la demande des patientes à ce moment précis notamment parce qu'elles utilisent cette méthode de façon transitoire.
- Il n'y a pas réellement de volonté de personnalisation de la prescription de la part des sages-femmes puisqu'elles insistent sur la nécessité de rencontrer la personne qui a suivi la grossesse 6 à 8 semaines après la naissance pour adapter cette contraception.
- La spécialisation en contraception n'est pas une priorité pour les sages-femmes exerçant en suites de couches : elles sont dans les services plutôt sollicitées pour des problèmes d'allaitement ou de mise en place du lien mère-enfant.

#### **4. La formation complémentaire en contraception**

Nous avons pu observer que 17 des 81 sages-femmes interrogées ont suivi une formation spécifique en contraception après avoir obtenu leur D.E. de sage-femme, cela ne représente qu'une faible proportion des praticiens. Plus de 90 % des praticiens interrogés jugent qu'une formation leur serait bénéfique, sans différence entre ceux en ayant déjà suivi une après l'obtention du D.E. ou non. Ensuite nous remarquons que les réponses ne diffèrent que très peu entre ces deux sous-groupes : nous pouvons donc se demander si la formation continue a un réel intérêt dans ce cas précis.

Les formations plébiscitées par les sages-femmes portent en premier lieu sur la pratique avec la pose de DIU et d'implant. Dans le même temps nous remarquons que les conditions dans lesquelles ces dispositifs peuvent être mis en place sont relativement méconnus par les praticiens : une minorité accepterait de mettre en place un DIU au cuivre

dans les 48 premières heures du post-partum alors que plus de 85 % mettraient en place un implant avant la sortie de la maternité ce qui ne fait pas partie de l'AMM du produit (qui stipule d'attendre 21 jours en cas d'allaitement artificiel et 28 jours en cas d'allaitement maternel). Outre la pratique du geste technique, il serait donc nécessaire d'informer les sages-femmes sur les conditions d'utilisation de ces contraceptifs. Les sages-femmes ressentent ce besoin d'être informées régulièrement quant aux recommandations et aux nouveaux produits existants sur le marché.

Nous avons remarqué précédemment que les sages-femmes ayant suivi une formation complémentaire ont tendance à fournir plus d'informations aux patientes au cours de l'entretien contraceptif. Nous pouvons supposer que le temps pris pour évoquer la contraception lors du séjour en maternité est alors plus long.

Dans les formations suivies par les sages-femmes interrogées (DU contraception, sexualité, IVG ; informations sur les contraceptifs oraux, informations lors de congrès...) comme au cours de la formation initiale, la place spécifique faite à la contraception *du post-partum* reste très limitée. En effet nous nous intéressons prioritairement à la contraception en général, la période de l'après naissance fait figure de cas particulier. Nous développons alors les pathologies spécifiques qui peuvent demander une adaptation de la prescription, la physiologie s'en retrouve occultée, moins étudiée et par conséquent moins bien maîtrisée. Nous prescrivons alors une contraception limitant au maximum la prise de risque ; pouvant correspondre à un maximum de patientes.

Concernant l'aspect relationnel, nous connaissons bien aujourd'hui les spécificités de l'état psychique dans lequel se trouve la jeune mère lors de la venue au monde de son enfant : la préoccupation maternelle primaire ; qui s'est mise en place au cours de la grossesse et dans les premières heures de vie du bébé ; va permettre à la mère de répondre aux besoins de son nouveau-né, elle sera complètement centrée sur lui et est moins réceptive aux autres informations qui lui sont dispensées. Peut-être serait-il intéressant de réfléchir à comment aborder la question de la contraception et à quel moment ?

## **5. Le point de vue des femmes**

D'après plusieurs enquêtes [19][20] menées auprès des patientes à différents moments après leur accouchement, ces dernières sont majoritairement satisfaites quant à l'entretien

contraceptif tel qu'il est mené en suites de couches : il correspond à leurs attentes et à leurs besoins.

Concernant le temps d'entretien, il semble exister des disparités assez importantes : les patientes ayant répondu au questionnaire de E. Pourtier [19] estiment que la durée de l'entretien est de 11 minutes en moyenne (de 2 à 45 minutes). En revanche d'après J. Danneels [20] ce temps est estimé inférieur à 5 minutes par près de 45 % des patientes et compris entre 5 et 10 minutes pour un tiers d'entre elles. Lorsque la contraception est abordée pendant la grossesse l'information est jugée plus longue par plus de la moitié des patientes. Pendant le séjour en maternité il est estimé à moins de 5 minutes par plus de 60 % des patientes interrogées. Ce temps leur paraît suffisant pour obtenir une information adaptée à leurs besoins.

Globalement les patientes pensent que le moment choisi pour aborder la contraception du post-partum est adapté. Elles se sentent disponibles et trouvent que le professionnel fournissant l'information l'est aussi ; que celle-ci soit délivrée pendant la grossesse, pendant le séjour en maternité ou lors de l'examen de sortie. Les patientes souhaiteraient tout de même être informées au plus tôt, pendant la grossesse, afin d'avoir le temps de se renseigner et de réfléchir à la question.

F. Alardo [21] s'est attachée à savoir si les entretiens menés en suites de couches correspondaient aux besoins des patientes. Elle a notamment interrogé les femmes sur les conditions dans lesquelles ils ont été menés. Les sages-femmes et les étudiantes sages-femmes sont les principaux interlocuteurs des jeunes mères dans les services. Le plus souvent, elles abordent la contraception lors d'un entretien en tête à tête, rarement en présence du conjoint.

M. Flaux [22] s'est intéressée à l'observance de la contraception du post-partum. Il apparaît qu'avant la VPN, près de 35 % des patientes déclarent être non-observantes. Les principales causes sont la non reprise des rapports sexuels pour 44,2 % d'entre elles, les oublis pour 21,1 % et les effets secondaires pour 11,5 %. Le manque d'explications lors de la prescription est également une raison invoquée par les patientes (près de la moitié disent ne pas avoir été informées sur les éventuels effets secondaires). Le désaccord du conjoint est également une notion abordée par les femmes, que la méthode choisie soit la pilule ou le préservatif ne modifierait pas cette variable.

Aux vues de ces différents éléments, nous notons une contradiction entre les déclarations des patientes. En effet, elles se déclarent en majorité satisfaites de l'entretien contraceptif (moment choisi, temps consacré, disponibilité personnel et du praticien, réponses apportées à leurs questions), tout en évoquant ensuite un manque d'explication (notamment concernant les effets secondaires pouvant survenir).

Ceci nous amène à nous questionner sur les interruptions volontaires de grossesses qui ont lieu dans le post-partum. Une enquête réalisée en 2006 montrait que 5 % des IVG réalisées en France avaient lieu dans les 6 mois suivant un accouchement, ce qui représentait environ 11500 femmes par an [23].

A. Aranda [24] a interrogé en 2009 12 femmes ayant recours à une IVG dans l'année suivant un accouchement. Ces grossesses inattendues survenaient assez tôt après l'accouchement (moins de 9 mois après). 64 % de ces patientes avaient été informées sur la contraception du post-partum, pour la majorité d'entre elles lors du séjour en maternité. Elles étaient globalement satisfaites des informations qu'elles avaient reçues. Toutes celles qui souhaitaient une contraception à la sortie de la maternité avaient bénéficié d'une prescription, il s'agissait d'une pilule pour la plupart. Paradoxalement, seules 33 % des patientes utilisaient réellement la contraception prescrite lorsqu'elles ont eu recours à l'IVG. Celles n'en utilisant pas ne pensaient pas pouvoir tomber enceinte aussi rapidement et n'avaient donc pas débuté leur contraception ou l'ont arrêtée car elles n'ont pas supporté les effets secondaires, essentiellement des spotting et des maux de tête.

## **6. La sexualité du post-partum**

Après l'accouchement, la femme va découvrir et devoir se réapproprier un corps modifié par la grossesse et la naissance. Les différents organes du petit bassin vont progressivement retrouver leur place, leur taille et leur aspect d'avant l'accouchement : l'utérus involue jusqu'à environ 2 mois ; le vagin est au départ hyperlaxe, distendu, élargi et moins vascularisé ; le périnée est moins tonique et surtout les sensations sont grandement modifiées. Il peut également y avoir des douleurs liées à une déchirure, une épisiotomie ou une extraction instrumentale. Les variations hormonales tiennent une place importante dans la physiologie des rapports sexuels de l'après naissance : le désir est diminué du fait de l'hypo-progestéronémie et de l'hyperprolactinémie ; l'hypo-œstrogénie peut rendre moins agréable le rapport du fait de la sécheresse vaginale engendrée.

Les dyspareunies sont les principales plaintes exprimées par les patientes à la reprise des rapports : 51 % des femmes ressentent des douleurs périnéales deux mois après l'accouchement, 45 % des rapports sous encore vécus douloureusement à trois mois [25][26].

Les bouleversements psychiques ainsi que la fatigue accompagnant l'arrivée d'un enfant jouent également un rôle dans la reprise des rapports. Il n'existe que peu d'études traitant de la sexualité du post-partum, les publications tendent à montrer qu'il existe des changements dans la vie sexuelle suite à un accouchement [24] [25]. De plus, l'équilibre du couple lui-même est bouleversé : le couple conjugal doit apprendre à composer avec le couple parental. Un temps d'adaptation est donc nécessaire avant la reprise d'une sexualité épanouissante pour les deux partenaires.

Des facteurs socio-culturels, religieux et moraux vont également influencer sur la date de reprise des rapports.

Concernant la date de reprise des rapports, il existe de grandes disparités en fonction des études. D'après l'INPES [27] 9 à 17 % des couples auront repris les rapports 6 semaines après la naissance, 88 à 95 % à 3 mois et 95 à 100 % à 7 mois. Pour Glazener [28], 75 % des couples auraient tenté de reprendre les rapports au bout de 6 semaines. Il s'agit donc d'une des questions fondamentales à aborder à la maternité lorsque nous parlons de contraception. Les patientes devraient être informées sur les possibles difficultés qu'elles peuvent rencontrer lors de la reprise d'une sexualité, la sage-femme peut à ce moment guider le couple et lui proposer des solutions pour pallier à ces difficultés. D'autant plus que 40 à 64 % des femmes et 19 à 64 % des hommes redouteraient la reprise des rapports d'après K. Von Sydow [24]. La crainte des douleurs serait prépondérante. Nous pourrions par exemple proposer aux couples d'utiliser des préservatifs éventuellement associés à un lubrifiant pour débiter : l'efficacité contraceptive est assurée et les douleurs d'intromission diminuées. Nous pouvons également rassurer sur la solidité d'une suture, d'autant plus que de nombreux praticiens conseillent d'attendre 3 à 4 semaines avant de reprendre les rapports. Ainsi le risque infectieux lié au col encore ouvert est grandement diminué et la cicatrisation aura déjà bien évolué. Nous pouvons proposer des massages périnéaux éventuellement avec des huiles ; cela pouvant permettre à la femme de se réapproprier cette zone en douceur et à son rythme. Enfin redire si cela est nécessaire qu'il est tout à fait

physiologique que les rapports de l'après accouchement soient différents de ceux de l'avant grossesse et informer sur les possibilités de consultations ultérieures en cas de persistance des difficultés.

## **7. Et le père dans tout ça ?**

A l'heure où la place de l'homme dans le paysage contraceptif ne cesse de s'affirmer, nous avons pu lire que les pères ne sont que très peu questionnés au sujet de la contraception du post-partum. Seuls 6 % des entretiens contraceptifs en maternité seraient réalisés en leur présence [21] alors que 91 % des français considèrent que la contraception est autant l'affaire de l'homme au sein du couple d'après une enquête menée par l'institut de sondage CSA « Les français et la contraception » en septembre 2012 [29].

L'arrivée d'un enfant dans le couple est une situation bouleversante pour le père aussi bien que pour la mère. Il va lui aussi chercher sa place en tant que père. Nous répétons que son rôle est ; entre autres ; de soutenir sa compagne, dans le choix du mode d'allaitement notamment alors pourquoi ne pas l'intégrer d'avantage dans le choix de la contraception ? La sexualité est avant tout une affaire de couple et il semble donc primordiale que les deux partenaires soient d'accord quant à la méthode contraceptive envisagée.

## **8. Propositions**

### *8.1. Pour le couple*

La contraception du post-partum doit être prescrite après un ou plusieurs entretiens ayant abordé le sujet. Pour que la patiente et le couple aient le temps de réfléchir à celle-ci, il est important que les deux partenaires reçoivent toutes les informations en amont afin d'y penser sereinement. Au cours de la grossesse, lors de l'entretien prénatal précoce, plus tard lors d'une visite de routine au 7 ou 8<sup>ème</sup> mois ou encore pendant une séance de préparation à la naissance et à la parentalité, a fortiori si elle est réalisée en couple, le praticien qui suit la grossesse ou la sage-femme réalisant la préparation peut déjà expliquer à la future mère ou au mieux aux futurs parents pourquoi une contraception après l'accouchement est nécessaire, à partir de quand, quels facteurs vont influencer la prescription... Cela permettra au couple d'arriver à la maternité avec un projet contraceptif déjà réfléchi. De plus la fin de la grossesse est parfois vécue comme longue par les femmes qui ne travaillent plus et réduisent leurs activités quotidiennes du fait de la fatigue engendrée par l'état de grossesse, de la gêne liée au ventre proéminent... Le fait de parler de « l'après

accouchement » permet de se projeter dans l'avenir avec son bébé et d'être plus disponible pour réfléchir au projet de couple et de procréation futurs.

Ainsi lors du séjour en maternité, la patiente ne sera pas surprise et prise de cours lorsque nous aborderons le sujet de la reprise de la sexualité et de la contraception avec elle. Le couple saura déjà dans quelle direction aller. La sage-femme mènera un entretien où la quantité d'informations à donner sera moindre que si la patiente n'a aucune idée de ce qu'elle souhaite. Celles fournies seront donc mieux entendues et comprises. Les questions éventuelles auront été pensées en fonction des antécédents contraceptifs des deux partenaires et surtout en fonction de leurs projets. Des interrogations quant à la reprise de la sexualité pourront également avoir émergé, la sage-femme pourra, là aussi, répondre à leurs besoins de façon personnalisée et donc adaptée.

Lorsque nous interrogeons les couples, la plupart pensent que la contraception incombe aussi bien à l'homme qu'à la femme. Nous savons également que, pour beaucoup, seuls quelques rapports sporadiques aboutiront avant la visite post-natale. Ceux-ci pourront être rendus difficiles voire douloureux de par les modifications physiques et hormonales responsables de sécheresse vaginale ou encore du fait d'une éventuelle suture. Il semble alors intéressant de proposer au couple capable de les utiliser correctement d'avoir recours aux préservatifs lubrifiés avant, s'ils le souhaitent, de mettre en place une autre méthode. Au moment de la visite post-natale, nous pourrions proposer un contraceptif adapté et compatible avec l'évolution des suites de couches (normalisation d'un paramètre biologique perturbé par la grossesse, poursuite ou non de l'allaitement maternel...) et avec leur projet futur de grossesse et d'enfant. Et même lorsque la méthode choisie est une contraception gérée principalement par la femme, la pilule par exemple, nous pouvons supposer que l'observance sera facilitée si le conjoint est soutenant et que la décision a été prise en commun. Enfin, nous savons que la bonne entente du couple est un facilitateur lors du retour à la sexualité : une étude franco-italienne sur la santé des femmes en post-partum a montré que les femmes décrivant des relations avec leur conjoint comme « pas bonnes » étaient plus susceptibles de rencontrer des difficultés tant sur le plan psychologique que sur le plan sexuel [30].

Ces différents éléments nous amènent à affirmer une fois de plus la place du père autour de la naissance : celui-ci devrait, aussi souvent que possible, être consulté et intégré dans l'entretien contraceptif du post-partum.

## 8.2. *Pour les sages-femmes*

Au cours de la formation initiale les sages-femmes apprennent, tant en théorie lors de cours qu'en pratique lors de stages, à prescrire une contraception efficace, adaptée aux patientes et sans danger pour elles. Cependant, les praticiens ayant répondu à l'enquête pensent très largement qu'une formation complémentaire leur serait bénéfique quant à la contraception du post-partum. En effet, près de 20 % d'entre eux ne se sentent pas à l'aise pour identifier les contre-indications spécifiques à la période du post-partum. Dans le même temps, nous apprenons qu'il existe une prescription type proposée aux patientes « par habitude dans le service ». Ceci rassure les praticiens qui peuvent fournir un document concret où est inscrit un produit qu'ils savent efficace : le travail de prescripteur est réalisé. Ceci correspond bien au paysage médical français en général où près de 80 % des consultations tout venant se terminent avec une prescription médicamenteuse écrite.

Mais ensuite, comment est utilisée cette prescription ?

Nous avons pu lire que les patientes reconnaissent ne pas être très observantes dans le post-partum et que cela peut avoir des conséquences, parfois tragiques puisque de nombreuses interruptions de grossesses sont pratiquées dans l'année qui suit une naissance. L'une des principales raisons évoquées par les patientes en post-partum est le manque d'informations reçues. Nous avons en effet pu observer que l'entretien contraceptif tel qu'il est mené par les sages-femmes ne correspond que partiellement aux recommandations fournies par la HAS : toutes les notions importantes ne sont pas données de façon systématique aux patientes concernées et qui sont demandeuses d'une contraception.

Les sages-femmes ayant suivi une formation complémentaire en contraception ont tendance, bien qu'aucune différence statistiquement significative n'ait pu être montrée, à fournir plus d'informations aux patientes. Ceci est encourageant : il semble possible d'améliorer nos pratiques en poursuivant dans cette voie. Il faut cependant rester vigilant et essayer de ne pas donner au final trop d'informations. Bien que les sages-femmes soient demandeuses d'être à nouveau formées sur le sujet, nous remarquons qu'elles souhaiteraient plutôt pratiquer des gestes techniques (pose d'implant ou de DIU). Les différentes observations que nous avons pu faire au cours de l'étude montrent qu'il serait en premier lieu nécessaire de se pencher sur la manière de mener l'entretien afin que celui-ci soit intelligible et réellement adapté aux patientes et aux couples. C'est donc peut-être

cette méthode d'entretien qui devrait en premier lieu être revue au cours de formations consacrées spécifiquement à la contraception du post-partum. Puisque nous savons que cette période de fragilité psychique pour la jeune mère est particulière et nécessite donc une adaptation du discours : adapter la méthode BERGER de l'OMS à l'entretien en post-partum. Ensuite il faudrait bien reposer les indications, contre-indications et possibilités de mise en place pour chacune des méthodes contraceptives dont nous disposons.

Rappelons enfin que nous avons en France la chance de disposer de nombreux outils, mis à la disposition de tous les professionnels de santé, permettant de trouver relativement facilement les informations principales nécessaires à une « bonne » prescription. Nous pouvons citer entre autres les Recommandations pour la pratique clinique et la Fiche Mémo Contraception chez la femme en post-partum de la Haute Autorité de Santé ; les Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français.

### *8.3. Les stratégies de rattrapage*

Lorsque nous parlons de prescription de contraception, nous ne devrions pas oublier d'informer sur « que faire en cas d'erreur ? ». Quelle que soit la méthode choisie par le couple il existe un risque d'échec de contraception : le décalage ou l'oubli de prise d'un comprimé pour la pilule, un préservatif qui se déplace ou qui se déchire, une tétée qui arrive tardivement...

Lors de l'entretien contraceptif il est important de s'assurer que la patiente sait ce qu'elle peut faire si elle se retrouve exposée à l'une de ces situations. La HAS recommande d'expliquer quelles sont les différentes contraceptions d'urgence, leur efficacité et comment les obtenir. De même l'INPES dit dans un rapport de 2011 que : « *La connaissance des stratégies de rattrapage fait partie intégrante de l'utilisation de la contraception* » [31].

Nous savons que dans la période du post-partum les patientes ont tendance à être moins observantes lors de l'utilisation d'une contraception nécessitant une prise quotidienne ou hebdomadaire. L'utilisation de préservatifs peut-être difficile pour les couples utilisant avant la grossesse un autre mode de contraception ou encore du fait de la sécheresse vaginale. Ainsi, plus encore que lors d'une consultation de contraception de routine, il est

important d'informer la patiente sur la marche à suivre pour éviter une grossesse en cas de rapport à risque.

Moins de la moitié des sages-femmes ayant répondu au questionnaire déclarent donner ces informations de manière systématique lors de l'entretien en suites de couches.

Aujourd'hui différents moyens peuvent être mis à disposition des patientes :

- Ordonnance rédigée de manière complète : « prendre un comprimé tous les jours à heure fixe (délai d'oubli de 12h), sans arrêt entre deux plaquettes, à débiter 21 jours après l'accouchement » par exemple
- Carte explicative « que faire en cas d'oubli de pilule »
- Ordonnance pour une contraception d'urgence hormonale

Les patientes sont généralement rassurées lorsque toutes les informations préalablement données à l'oral sont en plus écrites. L'ordonnance de contraception d'urgence peut, en plus de rappeler qu'il est possible de l'utiliser, encourager la femme à aller se la procurer sans crainte.

Toutefois nous insisterons auprès des patientes sur le fait qu'il s'agit d'une contraception de rattrapage qui ne doit en aucun cas se substituer à une méthode contraceptive pérenne.

Il est donc important de rappeler aux sages-femmes l'importance de prescrire ou au moins d'aborder les différentes possibilités de rattrapage, de manière adaptée à chaque couple en fonction du mode de contraception qu'il a choisi, de son niveau de compréhension et de ses attentes.

#### *8.4. Fiches pratiques récapitulatives*

Pour terminer ce travail nous proposons deux « fiches pratiques » qui pourraient être mises à disposition des sages-femmes en maternité.

Elles reprennent les principales informations que les différentes sociétés savantes conseillent de fournir aux patientes lors de l'entretien contraceptif. Nous reprenons également les principales indications et contre-indications des méthodes les plus couramment utilisées pour la première. La seconde propose une adaptation de la méthode BERGER de l'OMS à l'entretien contraceptif du post-partum.

## **Principales informations à fournir aux patientes :**

### **1. Retour de la fertilité :**

- Ovulation : **à partir du 21<sup>ème</sup> jour** (avant pas de risque de grossesse donc pas de contraception nécessaire).
- Ovulation possible **14 jours avant retour de couche.**

### **2. Les méthodes contraceptives utilisables en post-partum :**

- Préservatifs féminins et masculins à utiliser **à chaque rapport** dès la reprise de l'activité sexuelle notamment si pas de contraception hormonale. Seule méthode prévenant des maladies sexuellement transmissibles.
- Micro-progestatifs (pilule, implant, injection sous-cutanée) : OK pendant l'allaitement

Principales contre-indications = **accidents thromboemboliques veineux évolutifs, pathologies hépatiques (jusqu'à normalisation du bilan biologique), cancers du sein et de l'utérus.**

La HAS recommande de débiter la prise à j21, le CNGOF à partir de j10.

(Implant à l'étonogestrel : mise en place en post-partum immédiat hors est AMM)

- Estro-progestatifs : pas pendant l'allaitement (6 premiers mois), 2<sup>ème</sup> génération en 1<sup>ère</sup> intention, bilan biologique après 3/6 mois d'utilisation.

À partir de j42 **si pas de C.I.**, délai abaissable à j21 (OMS), si pas de FdR : **antécédent thromboembolique veineux, thrombophilie, immobilisation, transfusion lors de l'accouchement, IMC supérieur à 30, hémorragie du post-partum, césarienne, pré-éclampsie, tabac.**

- DIU, SIU au lévonorgestrel : mise en place possible dans les 48 heures suivant la délivrance (hors AMM pour le SIU) ou à partir de j28. **Nécessité d'évaluer tout risque infectieux** avant la mise en place du dispositif.
- Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA) : uniquement si allaitement maternel **EXCLUSIF**, valable les **6 premiers mois** de vie, tant que le retour de couches n'a pas eu lieu. Les **tétées doivent être EFFICACES** et espacées de 4 heures au maximum la journée et 6 heures la nuit (sur 24 heures : 6 longues ou 10 courtes tétées).
- Contraception d'urgence : utilisation **PONCTUELLE** en cas d'échec d'une autre méthode. Norlevo® et Ellaone® peuvent être utilisés que la patiente allaite ou non son enfant.

### **La méthode d'entretien : BER CER :**

- « **Bienvenue** » : le début de l'entretien pose le cadre de celui-ci, explique pourquoi on aborde la contraception en maternité
- « **Entretien** » : la patiente ou le couple pose ses questions, c'est un temps d'échange
- « **Renseignement** » : le praticien explique, en fonction des demandes, quels modes de contraceptions peuvent être envisagés et pourquoi
- « **Choix** » : le couple peut maintenant s'orienter vers une méthode ou une autre
- « **Explication** » : la sage-femme précise les informations spécifiques au contraceptif choisi, le mode d'utilisation, les possibles effets indésirables, la conduite pratique en cas d'échec
- « **Retour** » : enfin on insistera sur la nécessité de prendre rendez-vous pour la visite post-natale afin d'évaluer et si besoin d'adapter cette contraception. Un éventuel bilan pourra alors être proposé.

# CONCLUSION

Les sages-femmes, premières interlocutrices des patientes pour la contraception du post-partum, connaissent et respectent en majorité les principales recommandations concernant les différents modes contraceptifs qu'elles peuvent prescrire en suite de couches. Nous avons remarqué qu'elles maîtrisent mieux les méthodes utilisées fréquemment. Seule une petite partie des praticiens a suivi une formation complémentaire axée sur la contraception. Ils sont nombreux à en solliciter, tant sur le plan théorique que sur le plan pratique.

Nous avons remarqué que sur le terrain, le fait d'avoir suivi une formation complémentaire en contraception ne modifie que très peu la manière de prescrire. Le poids des « habitudes de service » pèse lourd dans la balance.

Différentes études montrent également que nous pouvons améliorer nos pratiques. En effet, les patientes, bien que majoritairement satisfaites de l'entretien tel qu'il est mené en suites de couches, déplorent tout de même un cruel manque d'information. Cela se traduit par une mauvaise observance, des arrêts précoces inopportuns pouvant aboutir à l'interruption d'une grossesse non désirée dans les mois qui suivent l'accouchement.

L'entretien contraceptif, c'est-à-dire le temps de discussion autour de la contraception, est moins bien maîtrisé par les sages-femmes qui ne respectent qu'en partie les recommandations. La méthode BERCER ne semble pas beaucoup s'appliquer en service de suites de couches. C'est pourquoi nous avons essayé de proposer une adaptation de celui-ci afin qu'il soit plus facilement utilisable par les sages-femmes et adapté aux demandes des patientes.

Aujourd'hui la plupart des couples français pensent que la contraception concerne autant l'homme que la femme ; or le père n'est que peu présent lors des entretiens menés en maternité. Aucune sage-femme n'y fait allusion dans notre étude, de même la notion de sexualité apparaît peu. La présence des pères dans les services est de plus en plus fréquente et il nous paraît important de les inclure dans le choix de la méthode contraceptive utilisée, si le couple est à l'aise avec ce sujet.

Nous savons enfin qu'après un accouchement, la jeune mère est préoccupée principalement par son enfant. Cette situation, physiologique et nécessaire à l'établissement d'un bon lien mère-enfant, rend la femme moins disponible pour entendre les nombreuses informations qui lui sont dispensées. Il nous paraît donc intéressant de

parler dès la fin de la grossesse de la contraception d'après l'accouchement afin qu'elle soit réfléchie et ainsi mieux comprise et si possible discutée en couple. Les sages-femmes de consultation et de préparation à la naissance et à la parentalité peuvent ainsi avoir un rôle intéressant à jouer dans la mise en place de la contraception du post-partum.

Il semble donc primordial de former correctement les futures sages-femmes puis de reformer régulièrement les praticiens diplômés à la méthode d'entretien. Une information bien maîtrisée et exposée aux couples de façon claire, précise et complète sera plus facilement intégrée, la méthode contraceptive choisie sera alors mieux mise en place.

Au début de ce travail nous nous étions interrogés sur la façon de mener l'enquête : sous forme d'entretien ou de questionnaire. Pour mieux analyser les besoins des sages-femmes exerçant en suites de couches nous pourrions proposer de les rencontrer afin de discuter des difficultés qu'elles rencontrent et de connaître leur avis sur les meilleures manières d'améliorer nos pratiques. Les questionnaires nous ont permis de faire un état des lieux global des pratiques sur le réseau périnatal Aurore en région Rhône-Alpes. Il pourrait également être intéressant d'élargir le périmètre en s'intéressant aux pratiques dans d'autres régions de France.

# Bibliographie

- [1] Serfaty D. Contraception. 3<sup>ème</sup> éd. Paris : Masson. 2007. 368
- [2] INPES : choisir sa contraception : <http://www.choisirsacontraception.fr/trouver-la-bonne-contraception/quelle-est-la-meilleure-contraception/qu-est-ce-qu-une-methode-contraceptive-efficace.htm> (Consulté le 26/09/2015)
- [3] OMS. Planification familiale/Contraception. Aide-mémoire n°351. Mai 2015 : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/fr/> (Consulté le 26/09/2015)
- [4] Paulard I. Contraception du post-partum. D.U. suivi gynécologique de prévention, sexualité, régulation des naissances. 2015
- [5] HAS. Fiche Mémo, Contraception chez la femme en *post-partum*. Juillet 2013 – Mise à jour Janvier 2015
- [6] CRAT – Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. Norgestrel et Levonorgestrel. Mise à jour : 28 janvier 2016.
- [7] CRAT – Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. Ulipristal. Mise à jour : 24 juin 2015
- [8] OMS. Stratégie de programmation pour la planification familiale du post-partum. Genève, Suisse. 2014.
- [9] Haute Autorité de Santé. Recommandations pour la pratique clinique. 2005.
- [10] CNGOF, contraception du post-partum. Dans : Protocoles en gynécologie-obstétrique. 2007, Masson : Paris. 206-7.
- [11] Barjot P., La contraception du post-partum et du post-abortum. *La Revue du Praticien* 2008 Jan : 58(1): 65.
- [12] Kennedy K.I., Short R.V., Tully M.R. Premature introduction of progestin-only contraceptive methods during lactation. *Contraception* 1997 Jun: 55(6): 347-50.

- [13] Vasilakis C., Jick H., del Mar Melero-Montes M. Risk of idiopathic venous thromboembolism in users of progestogens alone. *Lancet* 1999 Nov; 354(9190): 1610-1.
- [14] Kapp N., Curtis K.M. Intrauterine device insertion during the postpartum period : a systematic review. *Contraception* 2009 Oct; 80(4). 327-36.
- [15] Chen B.A., et al. Postplacental or delayed insertion of the levonorgestrel intrauterine device after vaginal delivery : a randomized controlled trial. *Contraception* 2011 Nov; 84(5): 499-504
- [16] Blangis F. La contraception du post-partum : état des lieux des pratiques dans le service de suites de couches et à la visite post-natale au CHU de Nantes. 63 pages. Mémoire du diplôme d'Etat de sage-femme. Nantes 2011.
- [17] Hight-Laukaran V., et al. Multicenter study of the lactational amenorrhea method (LAM): II. Acceptability, utility and policy implications. *Contraception* 1997 Jun;55(6). 337-46.
- [18] Kennedy K.I., Visness C.M. Contraceptive efficacy of lactational amenorrhea. *Lancet* 1992; 339(8787) : 227-230.
- [19] Pourtier E. La contraception du post-partum : satisfaction des patientes sur l'entretien contraceptif en suites de couches. 52 pages. Mémoire du diplôme d'Etat de sage-femme. Clermont-Ferrand. 2013.
- [20] Danneels J. La contraception du post-partum : les stratégies d'information, le point de vue des femmes. 77 pages. Mémoire du diplôme d'Etat de sage-femme. Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines. 2014.
- [21] Alardo F. Contraception en suites de couches. Les entretiens menés en suites de couches correspondent-ils aux besoins des patientes ? 85 pages. Mémoire du diplôme d'Etat de sage-femme. Paris, Descartes. 2012.
- [22] Flux M. Observance de la contraception du post-partum : causes de non-observance : satisfaction de l'information reçue sur la contraception. 50 pages. Mémoire du diplôme d'Etat de sage-femme. Grenoble. 2013.
- [23] Mulet F., Descamps P. Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale, Contraception du post partum et du post abortum. Paris; 2006 nov: 41-48

- [24] K.Von Sydow. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *Journal of Psychosomatic Research* 1999; 47(1): 27- 49.
- [25] Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor CR, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2000; 107(2). 186-95.
- [26] De Judicibus M.A., McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *Journal of SexResearch* 2002; 39. 94-103
- [27] INPES. Couple, sexualité et contraception. Fiche action n°17. 2010
- [28] Glazener CMA. Sexual function after childbirth : women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1997; 104. 330-35.
- [29] Sondage de l'Institut CSA pour Terrafemina. Les français et la contraception. Sept 2012
- [30] Saurel-Cubizalles M, Romito P, Lelong P, Ancel P. Women's health after childbirth : a longitudinal study in France and Italy. *BJOG* [on line] 2000; 107(10): 1202- 9.  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2000.tb11608.x/full>  
(Consulté le 16/02/2016)

# Annexes

## Annexe I : Aborder la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée. Document OMS



### MAMA

#### Méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée

- Méthode contraceptive basée sur l'allaitement au sein
- Pour appliquer la méthode MAMA, il faut allaiter souvent, jour et nuit, et ne donner pratiquement aucune autre alimentation au bébé
- Efficace pendant les 6 mois qui suivent l'accouchement
- Le lait maternel est la meilleure alimentation pour le bébé
- Ne protège ni des IST ni du VIH/SIDA



#### A propos de la méthode MAMA

- C'est une méthode qui repose sur l'allaitement maternel et l'aménorrhée (l'absence de règles).
- Appliquer la méthode MAMA, c'est choisir une méthode d'allaitement pour éviter la grossesse. Cette méthode arrête l'ovulation (voir annexes 4 et 5).

- Pour une protection optimale contre la grossesse et pour la santé du bébé, il ne faut donner QUE du lait maternel (à l'exclusion, ou presque, de toute autre alimentation).

- Consultez la page MA3 pour savoir comment allaiter pour bénéficier d'une protection optimale.

• «Est-ce que ça vous convient d'allaiter votre bébé de cette manière ?»

- Si les règles n'ont pas réapparu.
- Très efficace si elle est correctement appliquée.
- Mais moins efficace telle qu'elle est appliquée couramment.

- L'allaitement est le mode d'alimentation le plus sain pendant les 6 premiers mois. Le lait maternel contient tous les nutriments nécessaires au nourrisson et le protège des infections. L'allaitement est aussi bon pour la santé de la mère.
- Il faut commencer à allaiter dans l'heure qui suit la naissance et il ne faut donner au nourrisson aucune autre alimentation solide ou liquide avant qu'il n'atteigne l'âge de 6 mois.
- Le lait maternel peut constituer l'essentiel du régime alimentaire pendant 2 ans ou plus.

- Pour se protéger du VIH/SIDA et des IST, la mère doit aussi utiliser le préservatif.
- Le VIH peut être transmis par le lait maternel.

#### Prochaine étape :

«Voulez-vous en savoir plus sur la méthode MAMA ou préférez-vous parler d'une autre méthode ?»

Si la cliente veut en savoir plus sur la méthode MAMA, passez à la page suivante.

Pour aborder une autre méthode, allez à l'onglet de la méthode concernée ou à l'onglet «Choix de la méthode».

MA  
1

## Dans quels cas pouvez-vous appliquer la méthode MAMA ?

### Si vous allaitez et que

- 1 votre enfant a moins de 6 mois, QU'IL
- 2 ne s'alimente que de lait maternel ET QUE
- 3 les règles n'ont pas réapparu

### Mais n'oubliez pas de me dire

- si vous avez le SIDA ou si vous êtes infectée par le VIH (le virus du SIDA)





# Dans quels cas pouvez-vous appliquer la méthode MAMA ?

## Si vous allaitez et que

- ❶ votre enfant a moins de 6 mois, QU'IL
- ❷ ne s'alimente que de lait maternel ET QUE
- ❸ les règles n'ont pas réapparu

## Mais n'oubliez pas de me dire si :

- vous avez le SIDA ou si vous êtes infectée par le VIH (le virus du SIDA)

• Les femmes qui allaitent peuvent appliquer la méthode MAMA immédiatement à condition de respecter les 3 conditions énoncées ci-contre. 

• Il est préférable d'allaiter son enfant pendant au moins 2 ans.  
**Dès que l'enfant a 6 mois :**  
 • Il faut **utiliser une autre méthode** de planification familiale.  
 • En cas de poursuite de l'allaitement, les méthodes non hormonales sont préférables mais on peut aussi utiliser des contraceptifs progestatifs seuls (pilule minidosée, contraceptifs injectables retard ou implants).

• Il ne faut pas appliquer la méthode MAMA en cas de règles pendant 2 jours consécutifs ou plus (les saignements pendant les 8 semaines suivant l'accouchement ne comptent pas).

• Le VIH peut se transmettre par le lait maternel.  
 • Si la mère est infectée par le VIH :  
 - lorsqu'il est possible d'opter pour une alimentation de substitution préparée à domicile ou achetée, elle ne doit pas allaiter et elle doit utiliser une autre méthode de planification familiale.  
 - lorsque c'est impossible, elle doit allaiter au sein exclusivement. Quand l'enfant a atteint l'âge de 6 mois ou avant s'il devient possible de choisir une alimentation de substitution, elle doit arrêter d'allaiter.  
 • Pour obtenir des conseils concernant les femmes qui ont le VIH/SIDA, allez à l'onglet "Besoins spéciaux" (page BS1).

## Prochaine étape :

Si la cliente peut appliquer la méthode immédiatement ou dès qu'elle accouchera, passez à la page suivante pour la marche à suivre.

Si la cliente ne peut pas ou plus appliquer la méthode MAMA, aidez-la à en choisir une autre.

MA  
2

# Comment appliquer la méthode MAMA ?

- On peut appliquer la méthode MAMA dès la naissance de l'enfant
- Il faut allaiter souvent

## Que faire après ?

- Lorsque l'enfant atteint l'âge de 6 mois, il faut commencer à lui donner d'autres aliments tout en continuant à l'allaiter
- Il faut commencer à utiliser une autre méthode au bon moment



*Etes-vous prête à choisir cette méthode ?*

*Voulez-vous que je répète ou que je vous explique quelque chose ? Avez-vous des questions à poser ?*



## Comment appliquer la méthode MAMA ?

- On peut appliquer la méthode MAMA dès la naissance de l'enfant



• **Après l'accouchement**, il faut commencer à allaiter dès que possible, pour la santé de l'enfant et pour se protéger de la grossesse de manière optimale.

- Il faut allaiter souvent



- La mère doit allaiter l'enfant jour et nuit, dès qu'il a faim.
- Si l'intervalle entre les tétées est de plus de 4 heures le jour et de plus de 6 heures la nuit, il faut envisager une autre méthode de planification familiale.
- La mère doit continuer à allaiter même si elle est malade ou si l'enfant est malade.
- «*Etes-vous prête à toujours allaiter de cette manière ?*»
- Donnez des conseils sur les techniques d'allaitement et sur le régime alimentaire.

### Que faire après ?

- Lorsque l'enfant atteint l'âge de 6 mois, il faut commencer à lui donner d'autres aliments tout en continuant à l'allaiter



• Au moment de l'introduction d'une alimentation autre que le lait maternel, il faut continuer à allaiter avant chaque prise alimentaire (solide ou liquide).

- Il faut commencer à utiliser une autre méthode au bon moment



- Quand les règles réapparaissent (on ne tient pas compte des saignements au cours des 8 semaines qui suivent la grossesse)
- **OU** lorsque la mère arrête l'allaitement exclusif ou presque exclusif (l'enfant reçoit régulièrement une autre alimentation solide ou liquide)
- **OU** lorsque l'enfant atteint l'âge de 6 mois (à peu près au moment où l'enfant commence à se tenir assis)
- **OU** lorsque la mère veut abandonner la méthode MAMA (**dès que l'une de ces trois conditions est remplie**).



• Proposez dès maintenant des moyens de contraception (tels que le préservatif) à utiliser au moment voulu.

### Dernières étapes :



«Pensez-vous que cette méthode vous conviendra ? Avez-vous besoin d'autres conseils sur l'allaitement ?»

**Attention ! Proposez des préservatifs pour la double protection et/ou comme moyen de remplacement.**

Enfin, le message le plus important :

«Revenez quand votre enfant aura 6 mois, que vos aures à nouveau vos règles ou que votre enfant commence à avoir une alimentation autre que le lait.»

MA  
3

## Méthodes basées sur la connaissance de la fécondité

- Retenez les jours du cycle menstruel où vous pouvez tomber enceinte
- Pour éviter la grossesse, vous devez vous abstenir d'avoir des rapports sexuels **OU** utiliser un préservatif les jours où vous êtes fertile.
- Méthode efficace si elle est correctement appliquée
- Sans effets secondaires
- Ne protègent ni des IST ni du VIH/SIDA



*Voulez-vous en savoir plus sur ces méthodes ou préférez-vous parler d'une méthode différente ?*



## Annexe II : Questionnaire

Julie Verrière

5<sup>ème</sup> année de formation maïeutique

Ecole de sages-femmes de Bourg-en-Bresse, Université Claude Bernard Lyon 1.

[julie.verriere@etu.univ-lyon1.fr](mailto:julie.verriere@etu.univ-lyon1.fr)

Bourg-en-Bresse, le 19 juin 2015.

Madame, Monsieur,

Actuellement en cinquième année de formation en maïeutique à l'école de Bourg-en-Bresse, je réalise dans le cadre de mon mémoire de fin d'études une enquête concernant :

**La prescription de contraception par les sages-femmes dans le post-partum immédiat.**

A l'aide d'un questionnaire destiné à toutes les sages-femmes exerçant ou ayant exercé en suites de couches, j'envisage d'identifier et d'analyser les habitudes de prescription **au départ de la maternité.**

En effet il est admis que de nombreuses grossesses rapprochées n'étaient pas attendues aussi vite. Nous connaissons bien les risques à la fois médicaux et psychologiques auxquels peuvent alors être exposés ces mères, ces couples et ces enfants. De plus, environ 5% des interruptions volontaires de grossesses sont réalisées dans les six mois qui suivent une naissance.

L'anonymat de chacun sera bien sûr respecté.

Je vous remercie par avance de l'intérêt que vous porterez à cette enquête.

Julie Verrière

# QUESTIONNAIRE

## I. Questions générales :

1. En quelle année avez-vous obtenue votre diplôme d'état de sage-femme (SF) ?
2. Depuis combien de temps êtes-vous prescripteur de la contraception pour les patientes en suites de couches ?  
.....
3. Dans votre service, parlez-vous systématiquement de contraception à la patiente avant sa sortie de la maternité ?  
Oui   
Non
4. Dans votre service existe-t-il une prescription type pour toutes les patientes ?  
Oui   
Non   
Si oui :
  - Laquelle :  
.....
  - Pourquoi : manque de temps   
demande des médecins   
habitude de service   
car la contraception sera réévaluée à la visite post-natale   
pour limiter la prise de risque
5. Avez-vous bénéficié d'une formation à ce sujet après votre diplôme d'état de SF ?  
Oui   
Non 
  - 5.1. Si oui : quelle(s) formation(s) avez-vous suivie ? (Précisez)  
.....
  - 5.2. Quel(s) type(s) de formation(s) vous paraî(ssen)t être le plus adapté, ou le plus nécessaire :  
.....
    - Remise à niveau théorique
    - Informations sur les nouveaux contraceptifs existants (par un laboratoire pharmaceutique et/ou un praticien utilisant ces produits)
    - Exercices pratiques sur la pose de DIU
    - Exercices pratique sur la pose d'implant
    - Mises en situation pour des cas particuliers (pathologie obstétricale, tabac, âge, diabète...)
    - Autre (précisez) : .....

## II. Pratique personnelle :

1. Lors du séjour en suites de couches : proposez-vous systématiquement aux patientes un temps de discussion **exclusivement centré** sur la contraception  
Oui   
Non   
Si oui :  
1.1. Ce temps est-il :
  - Individuel
  - En groupe
  
2. Combien de temps dure cet entretien / info. en moyenne ?
  - Moins de 5 minutes
  - Entre 5 et 20 minutes
  - Entre 20 et 45 minutes
  - Plus de 45 minutes
  
3. Lorsque vous abordez la contraception, quelle(s) information(s) donnez-vous à la patiente concernant le risque de grossesse avant retour de couches ? (cochez les points abordés systématiquement pour les patientes concernées)
  - Date approximative du retour de couches en fonction du mode d'allaitement
  - Possible ovulation environ 14 jours avant le retour de couches
  - Première ovulation possible à partir du 21<sup>ème</sup> jour en cas d'allaitement artificiel
  - Survenue d'une grossesse possible même avant d'avoir observé un retour de couches
  - L'allaitement maternel ne peut être considéré comme une contraception efficace qu'à certaines conditions bien particulières
  - Une patiente ayant eu une césarienne peut s'exposer à des risques vitaux si une grossesse survient dans l'année suivante
  - Vous expliquez à la patiente les différents facteurs de risques qui lui sont spécifiques et comment ils impactent la prescription de contraception
  - Vous donnez des informations sur les possibilités de rattrapage
  
4. Demandez-vous à la patiente si elle a d'emblée un souhait particulier ?  
Oui   
Non   
4.1. Si non ou si elle n'en n'a pas de souhait, lui exposez-vous tous les moyens contraceptifs envisageables aux vues de son état (post-partum, mode d'accouchement, mode d'allaitement, autres facteurs de risque) ?  
Oui   
Non
  
5. Rédigez-vous toujours une prescription écrite même pour une contraception locale pouvant être dispensée sans ordonnance ?  
Oui

Non

6. Lorsque vous prescrivez une pilule ou un patch d'œstro-progestatif à une femme non allaitante quand proposez-vous à la patiente de la débiter/ le poser ?

- A J15 (après l'accouchement)
- A J21 (après l'accouchement)
- Au retour de couches
- Autres : (précisez)

.....

7. Lorsque vous prescrivez une pilule ou un patch d'œstro-progestatif à une femme allaitante quand proposez-vous à la patiente de la débiter/ le poser ?

- A J15
- A J21
- Au retour de couches
- Autres : (précisez)

.....

8. Lorsque vous prescrivez une pilule micro-progestative à une patiente non allaitante, quand proposez-vous à la patiente de la débiter ?

- A J15
- A J21
- Au retour de couches
- Autres : (précisez)

.....

9. Lorsque vous prescrivez une pilule micro-progestative à une patiente allaitante, quand proposez-vous à la patiente de la débiter ?

- A J15
- A J21
- Au retour de couches
- Autres : (précisez)

.....

10. Vous sentez vous en difficulté :

- Pour prescrire une contraception adaptée **aux demandes** des patientes
- Pour aider la patiente à choisir la contraception la mieux adaptée à son mode de vie actuel dans le cadre d'une démarche éducative, de conseil et d'accompagnement (counseling, méthode BERCER).
- Expliquer la physio des suites de couches
- Identifier les contre-indications des contraceptifs dans le post-partum
- Effectuer la pose d'un implant
- Effectuer la pose d'un DIU
- Quel(s) serait votre/vos besoin pour améliorer vos compétences en matière de contraception ? Y a-t-il des points particuliers qui vous sembleraient importants à revoir ? (Précisez)

.....

- Quel(s) moyen(s) vous semblerai(ent) le(s) plus adapté(s) pour compléter votre formation ?

.....

**III. Votre pratique dans des cas particuliers :**

1. Une patiente primipare de 25 ans, sans antécédent particulier, IMC à 21, pas de tabac, accouchement voie basse spontanée sans hémorragie, allaitement artificiel, souhaite reprendre rapidement son ancienne pilule œstro-progestative de 2<sup>ème</sup> génération.

- 1.1. Etes- vous favorable à sa demande ?

Non

Oui

- 1.2. Si oui sous quelle(s) condition(s) ?

.....

.....

.....

.....

- 1.3. Lui prescrivez-vous un bilan glucido-lipidique avant d'instaurer cette contraception :

Oui

Non

- 1.4. Lui prescrivez-vous un bilan glucido-lipidique à distance de l'instauration :

Non

Oui

Si oui : au bout de combien de temps :

.....

2. Une patiente primipare de 25 ans, sans antécédent particulier, IMC à 21, pas de tabac, accouchement voie basse spontanée sans hémorragie, allaitement artificiel, souhaite reprendre rapidement son ancienne pilule œstro-progestative de 3<sup>ème</sup> génération.

- 2.1. Etes- vous favorable à sa demande ?

Non

Oui

- 2.2. Si oui sous quelle(s) condition(s) ?

.....

.....

.....

.....

3. Une deuxième-pare de 33 ans arrive dans le service avec un DIU au cuivre qui lui a été prescrit en fin de grossesse, elle souhaite qu'il soit posé avant son retour à domicile.

Accéderiez-vous à sa demande :

- 3.1. Quelle(s) condition(s) doit (doivent) être réunies pour accéder à sa demande ?

.....

.....

.....

3.2. S'il est décidé de poser le DIU lors du séjour en suites de couches le faites-vous vous-même ?

Oui

Non

Si non pourquoi :

.....

4. Une patiente troisième-pare de 35 ans, allaitant son enfant (3<sup>ème</sup> allaitement) ne souhaite pas reprendre une pilule micro-progestative car elle a présenté de nombreux effets indésirables lors de ses premiers allaitements ; elle voudrait des explications sur la M.A.M.A. (méthode de l'allaitement). Selon quels critères cette méthode peut-elle être efficace ? Comment lui expliquez-vous cette méthode ?

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

5. Une patiente de 17 ans, primigeste, primipare, ayant accouché par voie basse sans hémorragie du post-partum, pas d'antécédents, pas de tabac, allaitement artificiel, grossesse inopinée car échec de préservatif ne sait pas vers quelle contraception s'orienter. Le papa du bébé est présent, 17 ans lui aussi et n'a pas d'avis sur la question. Que proposez-vous comme contraception à ce jeune couple ?

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

6. Une patiente ayant régulièrement eu des problèmes d'observance vient d'accoucher de son premier enfant. Elle ne souhaite pas reprendre de pilule, ne se sentirait pas à l'aise avec un dispositif restant en place plusieurs années dans son corps (implant ou DIU). Elle a entendu parler des progestatifs injectables.

6.1. Lui prescrivez-vous cette contraception :

Non

Oui

6.2. Si oui sous quelles conditions :

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

Je vous remercie pour le temps et l'intérêt porté à mon étude. Merci pour votre contribution.

Julie Verrière

## Annexe III : Article L5134-1 du code de la Santé Publique

### Article L5134-1 du code de la Santé Publique

- Modifié par [Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 102 JORF 11 août 2004](#)

I. - Le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures.

La délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et qui ne sont pas soumis à prescription médicale obligatoire s'effectue à titre gratuit dans les pharmacies selon des conditions définies par décret. Dans les établissements d'enseignement du second degré, si un médecin ou un centre de planification ou d'éducation familiale n'est pas immédiatement accessible, les infirmiers peuvent, à titre exceptionnel et en application d'un protocole national déterminé par décret, dans les cas d'urgence et de détresse caractérisés, administrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence. Ils s'assurent de l'accompagnement psychologique de l'élève et veillent à la mise en oeuvre d'un suivi médical.

II. - Les contraceptifs intra-utérins ainsi que les diaphragmes et les capes ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale et uniquement en pharmacie ou dans les centres de planification ou d'éducation familiale mentionnés à l'article L. 2311-4. Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les diaphragmes, les capes, ainsi que les contraceptifs locaux. 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. Elle est faite soit au lieu d'exercice du médecin, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé.

**III. - Les sages-femmes sont habilitées à prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen postnatal et après une interruption volontaire de grossesse.**

## RESUME :

Objectif : déterminer et analyser les habitudes des sages-femmes quant à la prescription de contraception lors du séjour en maternité.

Méthode : étude descriptive menée par questionnaire auprès des sages-femmes de différentes maternités du réseau périnatal Aurore en région Rhône-Alpes. 81 questionnaires ont été récupérés.

Résultats : les sages-femmes connaissent et respectent en grande partie les recommandations des sociétés savantes. Elles maîtrisent moins bien la méthode d'entretien. Nous avons comparé les réponses des sages-femmes ayant obtenu leur diplôme avant et après 2004 (date à laquelle la loi autorisant les sages-femmes à prescrire la contraception hormonale en suites de couches a été votée). Nous nous sommes également intéressés aux réponses des sages-femmes ayant suivi ou non une formation complémentaire en contraception. Il n'existe que peu de différences statistiquement significatives entre les sous-groupes. Les praticiens sont plus à l'aise avec les méthodes qu'ils utilisent le plus souvent et prescrivent une contraception qu'il est possible de prescrire à la majorité des patientes. Ils insistent sur la nécessité d'effectuer la visite post-natale, la contraception sera alors réévaluée et si besoin adaptée.

Conclusion : la formation complémentaire en contraception est peu développée. Cependant, en pratique, celle-ci n'influe que peu sur la prescription. Nous pensons que la méthode d'entretien est importante à maîtriser afin de fournir aux patientes une information claire, complète et adaptée. Il nous semble intéressant d'aborder la contraception du post-partum dès la fin de la grossesse et d'inclure aussi souvent que possible le père dans le choix contraceptif.

Titre : Prescription de contraception en post-partum immédiat : étude des pratiques des sages-femmes.

Mots-clés : contraception ; counseling ; formation ; post-partum ; sage-femme.

Contact : Julie Verrière

julie.verriere@wanadoo.fr

