



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

La contraception du post-partum : Approche qualitative de l'information reçue, de l'état des lieux des connaissances et de l'attente des patientes

Présentée et soutenue publiquement le 12 mai 2015 à 18 heures

au Pôle Formation

Par Charlotte Malfois - Masson

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Philippe DERUELLE

Madame le Docteur Sophie CATTEAU - JONARD

Monsieur le Docteur Hervé QUIQUEMPOIS

Directrice de Thèse :

Madame le Docteur Judith OLLIVON

Liste des abréviations

CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CRC	Centre de Recherche Clinique
DIU	Dispositif Intra-Utérin
GHICL	Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille
HAS	Haute Autorité de Santé
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
LH	Hormone Lutéinisante
MAMA	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PFPP	Planification Familiale du Post-Partum
PMI	Protection Maternelle et Infantile

Table des matières

Résumé.....	12
Introduction.....	13
I. Définitions.....	15
A. Planification familiale.....	15
B. Contraception.....	15
C. Post-partum.....	15
II. Contraception chez la femme en post-partum.....	16
A. Méthodes hormonales.....	17
1. Estroprogestatives.....	17
a) Femme allaitante.....	17
b) Femme non allaitante.....	17
2. Progestatives.....	17
a) Pilule microprogestative.....	17
b) Implant sous-cutané.....	17
B. Dispositif intra-utérin.....	18
1. DIU hormonal.....	18
2. DIU au cuivre.....	18
C. Méthodes barrières.....	18
1. Préservatif.....	18
2. Diaphragme.....	18
D. Méthodes naturelles.....	18
1. Aménorrhée lactationnelle (MAMA).....	18
2. Méthode Billings.....	19
3. Test d'ovulation.....	19
E. Méthodes de stérilisation à visée contraceptive.....	20
1. Dispositif intra-tubaire.....	20
2. Ligature des trompes.....	20
3. Vasectomie.....	20
F. Contraception d'urgence.....	20
III. Contraception du post-partum et situations particulières.....	21
A. En cas de césarienne.....	21
B. En cas d'hypertension gravidique.....	21
C. En cas de diabète gestationnel.....	21
D. En cas de cholestase gravidique.....	22
E. En cas de pathologie thromboembolique.....	22
F. En cas de tabagisme.....	22
G. En cas d'âge avancé.....	22
IV. Méthodes contraceptives nationales et particularités régionales.....	23
A. Comparaison du paysage français vis-à-vis du reste du monde.....	23
B. Particularités régionales.....	24
1. Taux de natalité.....	24
2. Planning familial.....	25
3. Déroulement du séjour à la maternité de Valenciennes.....	25
V. Initiative au développement de la contraception et de l'information.....	26

A. Proposition du gouvernement.....	26
B. Prévention destinée au grand public.....	26
C. Recommandations pour les professionnels de santé.....	26
D. Place du médecin généraliste.....	27
Matériels et méthodes	28
I. Choix de la méthode qualitative.....	28
II. Choix de la technique des entretiens semi-dirigés.....	28
III. Modalités de sélection.....	29
IV. Entretiens.....	29
V. Analyse des données.....	29
VI. Critères de scientificité.....	30
VII. Ethique.....	30
VIII. Objectifs de l'étude.....	31
A. Principal.....	31
B. Secondaires.....	31
Résultats.....	32
I. Etat des lieux des connaissances.....	34
A. La définition de la contraception.....	34
B. Les connaissances.....	34
1. Des différentes méthodes.....	34
2. De la physiologie féminine.....	34
3. Notion de variabilité.....	35
a) Les pilules.....	35
b) Le préservatif.....	35
c) Le stérilet.....	35
4. Les lacunes.....	35
5. Les idées reçues.....	36
a) A chaque moment de la vie sa contraception.....	36
b) Sur la pilule.....	36
c) Sur le stérilet.....	37
d) Remise en cause spontanée de ses idées reçues.....	37
6. Les craintes.....	37
7. L'imaginaire.....	37
II. L'information.....	38
A. Le manque d'informations.....	38
B. Les explications.....	38
1. Critères de vulnérabilité.....	38
2. Manque d'intérêt de la part des patientes.....	38
3. Biais d'information.....	39
4. Absence de réflexion.....	39
5. Moment inapproprié.....	39
6. Du côté des professionnels.....	39
7. Sujet tabou.....	40
C. Conséquences.....	40
1. Avant la grossesse.....	40
2. Sur la pilule.....	40
3. Dans le post-partum.....	41
D. Transmission de l'information.....	42
1. Origine et influence.....	42
2. Les conséquences.....	44
III. Les attentes des patientes.....	47
A. En matière de contraception.....	47

1. Les critères à respecter	47
2. Le choix.....	47
3. Les objectifs.....	47
4. La balance bénéfico-risque.....	47
5. Dans le post-partum.....	47
B. Une consultation dédiée à la contraception.....	48
C. A quel moment parler de la contraception ?.....	48
D. Les attentes en matière de support.....	48
E. Les attentes en termes d'interlocuteur.....	49
1. Les critères de choix.....	49
2. Le sexe de l'interlocuteur.....	49
3. La place du gynécologue.....	50
a) Privilégiée.....	50
b) Son rôle.....	50
c) Les points négatifs.....	50
4. Le médecin traitant.....	50
a) Privilégié.....	50
b) Non privilégié.....	51
c) Les points négatifs.....	51
d) Sujet accessoire.....	51
e) Qui aborde le sujet ?.....	52
F. La séance d'informations à la maternité.....	52
G. La consultation post-natale.....	52
IV. Spécificités aux divers moments de la vie génitale.....	54
A. L'adolescence.....	54
1. Constat a posteriori.....	54
2. Le cadre familial.....	54
a) Interlocutrice féminine.....	54
b) L'éducation.....	54
B. La planification familiale.....	55
1. Définition.....	55
2. Construction d'un projet de vie.....	55
a) Les objectifs.....	55
b) Le conjoint.....	55
c) La famille recomposée.....	57
d) En fonction de l'âge.....	57
e) En fonction de l'expérience.....	57
f) Révision du projet initial.....	58
g) Spécificité du post-partum.....	58
3. Les centres de planification familiale.....	59
4. L'Interruption Volontaire de Grossesse.....	59
a) Constations.....	59
b) Justifications.....	60
c) Conséquences.....	60
5. Grossesse non désirée.....	60
a) Définition.....	60
b) Justifications.....	60
c) Conséquences.....	61
6. Infertilité.....	62
a) Définition.....	62
b) Explications.....	62
c) Conséquences.....	62

C. La grossesse.....	62
1. La conception	62
a) Dans un cadre défini	62
b) Les conséquences de la programmation	63
2. Constatation	63
V. Spécificités par méthodes contraceptives	64
A. La pilule.....	64
1. Le paradoxe	64
a) Souveraineté de la pilule	64
b) Pourquoi la pilule est prioritaire ?	64
c) Le rejet des hormones	64
2. Avant la grossesse.....	64
a) La première prescription.....	64
b) Le traitement chronique.....	65
c) Les circonstances d'arrêt.....	65
3. Les connaissances	66
a) Conduite à tenir en cas d'oubli ou de pathologie intercurrente.....	66
b) La notion de risques	66
c) Les effets secondaires.....	67
4. Explications du choix dans le post-partum	67
a) Les motivations	67
b) Le rejet.....	68
5. Les freins.....	68
a) Les idées reçues	68
b) Le manque de connaissances.....	68
c) Sentiment d'imposition.....	69
d) Les craintes.....	69
6. Les conséquences.....	69
B. Le stérilet.....	70
1. Explications du choix dans le post-partum	70
a) Les motivations	70
b) Les connaissances.....	70
c) Le rejet	70
2. Information	71
a) Justification de l'importance de l'information.....	71
b) Origine de l'information.....	71
3. Les freins.....	71
a) Les idées reçues	71
b) Le manque de connaissance.....	71
c) Les contraintes du stérilet.....	71
d) Les craintes.....	71
4. Les conséquences.....	72
5. Les souhaits	72
C. L'implant.....	72
1. Explications du choix dans le post-partum	72
a) Le choix.....	72
b) Les connaissances.....	73
c) L'influence	73
d) Le rejet.....	73
2. Les freins.....	73
a) L'imposition	73
b) Les idées reçues	74

c) Le manque d'informations	74
3. Les conséquences.....	74
4. Le souhait.....	74
D. La Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA)	74
1. Explications du choix dans le post-partum.....	74
a) Le choix.....	74
b) Le rejet.....	75
2. L'influence	75
3. Le manque de connaissance	75
E. Le préservatif	75
1. Les circonstances d'utilisation avant la grossesse	75
2. Explications dans le post-partum	75
a) Le choix.....	75
b) Le rejet.....	76
3. Les freins.....	76
a) Le manque de connaissances.....	76
b) Le conjoint.....	76
4. Les souhaits	76
F. Coïtus interruptus.....	76
G. Les méthodes naturelles	76
1. Constatation	77
2. Le rejet	77
3. Les conséquences.....	78
4. L'influence	78
H. La ligature des trompes.....	78
1. La définition	78
2. Les explications du choix.....	78
3. Qui informe ?	79
4. La conduite à tenir	79
5. Les souhaits	79
6. L'influence	79
7. Les craintes	79
8. Le manque de connaissances	79
9. Le rejet	79
I. La vasectomie	79
1. L'origine de l'information	79
2. Le rejet	80
J. L'anneau vaginal.....	80
K. Le diaphragme	80
1. La manque de connaissances	80
2. Le rejet	80
3. Les craintes	80
L. Le patch cutané	80
1. Les connaissances de la technique d'utilisation	81
2. L'influence	81
3. Les motivations.....	81
4. L'origine de l'information	81
5. Les motifs d'arrêt	81
Discussion.....	82
I. Les limites et les biais	82
A. Une étude qualitative.....	82
B. Des entretiens semi-dirigés	82

C. L'analyse des entretiens.....	83
II. La force de l'étude.....	83
A. Le choix de la méthode	83
B. Le respect des critères de scientificité	83
C. Des patientes authentiques	83
III. Principaux résultats.....	84
A. Les connaissances	84
B. L'information	84
1. Le manque d'informations.....	84
2. Justification du manque d'informations	85
3. Les conséquences du manque d'informations	85
a) Une prescription jugée inutile	85
b) Un choix par dépit	86
c) Inadéquation de la prescription.....	86
4. L'origine de l'information	86
C. Les attentes des patientes	87
1. La "consultation contraception".....	87
2. L'interlocuteur	87
3. Le support	88
4. Le moment idéal	88
5. Le respect de la physiologie féminine	89
D. Spécificités aux divers moments de la vie génitale.....	89
1. L'adolescence.....	89
2. Le cadre familial	89
3. La planification familiale.....	89
4. Le conjoint	90
5. Les grossesses non désirées	91
6. La grossesse	91
E. Spécificités par méthodes contraceptives.....	92
1. La pilule	92
a) Le paradoxe de la prescription de pilule	92
b) La place de la pilule dans le post-partum	93
2. Le stérilet.....	94
3. L'implant et le patch cutané	94
4. La MAMA.....	95
5. Les méthodes de stérilisation	95
Conclusion	96
Références bibliographiques	99
Annexes	104
Annexe 1 : Efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS	104
Annexe 2 : Indice de Pearl et efficacité pratique des contraceptifs.....	105
Annexe 3 : Nombre de centres de planification familiale par région en France ...	106
Annexe 4 : Guide d'entretien.....	107
Annexe 5 : Lettre d'information	108
Annexe 6 : Retranscription des entretiens	110
Annexe 7 : Avis du comité d'éthique	111
Annexe 8 : Accord de la CNIL	112

RESUME

Contexte : Le manque d'informations et la mauvaise compréhension des méthodes contraceptives constituent un frein essentiel au choix d'une contraception adaptée. Ce constat est d'autant plus surprenant qu'il survient dans la période du post-partum, période apparaissant être idéale (arrêt de travail, prise en charge à 100%, consultations mensuelles...) pour former nos patientes à leur future contraception.

Méthode : Une étude qualitative, unicentrique, est réalisée, par entretiens semi-dirigés, durant la période de septembre à novembre 2014. Les personnes interrogées étaient choisies au hasard et de manière consécutive, le jour de la sortie de la maternité.

Résultats : La saturation des données a été obtenue en 18 entretiens. Cette étude révèle qu'il existe des lacunes sur les connaissances du moyen contraceptif choisi et utilisé, ainsi que sur la physiologie féminine. L'information reçue n'est pas objective et n'est pas assimilée. Un projet de vie est établi, de manière plus ou moins consciente, par chacune des patientes, mais n'est pas pris en compte dans le choix contraceptif du post-partum. Les patientes ont des attentes bien définies en matière de support et d'interlocuteur. Les représentations erronées et les idées reçues sont des freins majeurs au choix objectif d'un moyen contraceptif.

Conclusion : Le post-partum est une période fondamentale pour la diffusion d'une information contraceptive. Le relai avec la médecine de ville est important pour vérifier la compréhension et l'adaptation au projet de vie. La prise en charge globale des patientes doit, notamment, intégrer la planification familiale.

INTRODUCTION

Le manque d'informations et la mauvaise compréhension des méthodes contraceptives constituent un frein essentiel au choix d'une contraception adaptée. Plus de la moitié des femmes déclarent choisir seules leur moyen de contraception sans en discuter avec leur partenaire ou un professionnel (1).

Ce constat est d'autant plus surprenant qu'il survient en post-partum, car cette période apparaît être une période idéale (arrêt de travail, prise en charge à 100%, consultations mensuelles...) pour former nos patientes à leur future contraception.

95 % des femmes durant les 12 premiers mois suivant un accouchement veulent éviter une grossesse dans les 2 ans (2). Or, seul un tiers des femmes en post-partum, sans désir de grossesse, utilise une méthode contraceptive. La reprise de l'ovulation peut être très rapide (3). Dans le post-partum, la contraception apparaît souvent au second plan.

En date du 19 décembre 2012, la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé a sollicité la Haute Autorité de Santé (HAS) pour « élaborer un référentiel de bonnes pratiques à l'intention des professionnels de santé afin de proposer la contraception la plus adaptée à la situation de chacun, mentionnant la difficulté d'accepter les échecs de contraception encore trop fréquents dans les pays européens, à l'origine d'un nombre important d'interruptions volontaires de grossesse. »(4). En effet, une partie des femmes concernées par cet acte sont en post-partum. 5% des IVG ont lieu dans les 6 mois suivant un accouchement, et concernent 11 000 femmes par an en France (5).

Il apparaît important d'intégrer au mieux la contraception dans les trajectoires de vie de nos patientes. Cette notion est résumée par l'OMS sous le terme

« planification familiale ». Les femmes se trouvant dans la période du post-partum comptent parmi celles ayant le plus besoin des services de planification familiale. Bien souvent, elles ne bénéficient pas des prestations nécessaires pour prolonger l'intervalle entre les naissances ou pour éviter les grossesses non désirées et leurs conséquences (6).

Face au reste du monde, la France a le taux de diffusion de contraception le plus élevé et la plus forte prévalence en matière de contraception médicalisée (7).

Une mauvaise adaptation entre la contraception dans le post-partum et le projet de vie de nos patientes, entraîne un risque de subir une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) ou une grossesse rapprochée non désirée.

Le but de ce travail est d'étudier les connaissances qu'ont les femmes de la contraception dans le post-partum.

La finalité de ce travail est de définir l'attente des femmes en termes d'information, de supports, d'interlocuteurs après leur accouchement. Ce travail permettra de déterminer le moment pour choisir la contraception idéale et intégrer la planification familiale du post-partum dans les stratégies contraceptives.

Afin de mieux mettre en évidence le ressenti et les attentes de ces femmes la méthode qualitative a été retenue.

La contraception est un choix personnel. C'est aussi un problème de santé publique en raison des conséquences de son absence. Les professionnels de santé ont la responsabilité de fournir une information claire, loyale et adaptée à chacune des personnes concernées, dans le respect de ses convictions.

I. Définitions

A. Planification familiale

La planification familiale est un élément crucial des soins de santé dispensés pendant la période prénatale, immédiatement après l'accouchement et pendant la première année suivant l'accouchement.

La planification familiale du post-partum (PFPP) est définie comme la prévention des grossesses non désirées et des grossesses très rapprochées, durant les douze mois suivant l'accouchement.

La PFPP s'adresse aux femmes désirant d'autres enfants (espacement des grossesses) et à celles ayant désormais le nombre d'enfants souhaité (prévention des grossesses non désirées).

B. Contraception

Elle se réfère à l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes et de procédures visant à réduire la probabilité d'une conception ou à l'éviter. Elle se réfère uniquement aux méthodes temporaires et réversibles. A l'inverse, la stérilisation renvoie à une procédure radicale comme la castration, la vasectomie ou la ligature des trompes.

C. Post-partum

C'est la période allant de l'accouchement jusqu'au retour des menstruations communément appelée « retour de couches ». Sa durée est variable en fonction de l'allaitement. Sans allaitement, elle dure de six à huit semaines. Avec l'allaitement, elle peut se prolonger de huit à quinze mois. Le retour de couche est le signe d'une reprise de la fonction ovarienne. Une fécondation est donc possible les jours précédents le retour de couche.

II. Contraception chez la femme en post-partum

Les effets secondaires et les contre-indications ne sont volontairement pas détaillés. Cette partie synthétise les différents moyens de planification familiale existant à ce jour et leur utilisation spécifique dans le post-partum. Seuls les moyens utilisés par la population de l'étude sont développés.

La comparaison de l'efficacité des méthodes de planification familiale est résumée dans l'*Annexe n°1*.

L'efficacité d'une méthode contraceptive se mesure par l'indice de Pearl, indice théorique égal au pourcentage de grossesses « accidentelles » sur un an d'utilisation de la méthode (*Annexe 2*). On distingue l'efficacité théorique, consécutive à l'usage correct de la méthode, et l'efficacité pratique, calculée sur l'ensemble de l'échantillon, y compris les couples n'ayant pas respecté la méthode (oubli de pilule...).

Il n'y a pas de reprise de l'ovulation avant le 21^{ième} jour après l'accouchement. A l'inverse, à partir du 21^{ième} jour, il existe un retour de fertilité. Une contraception devient nécessaire.

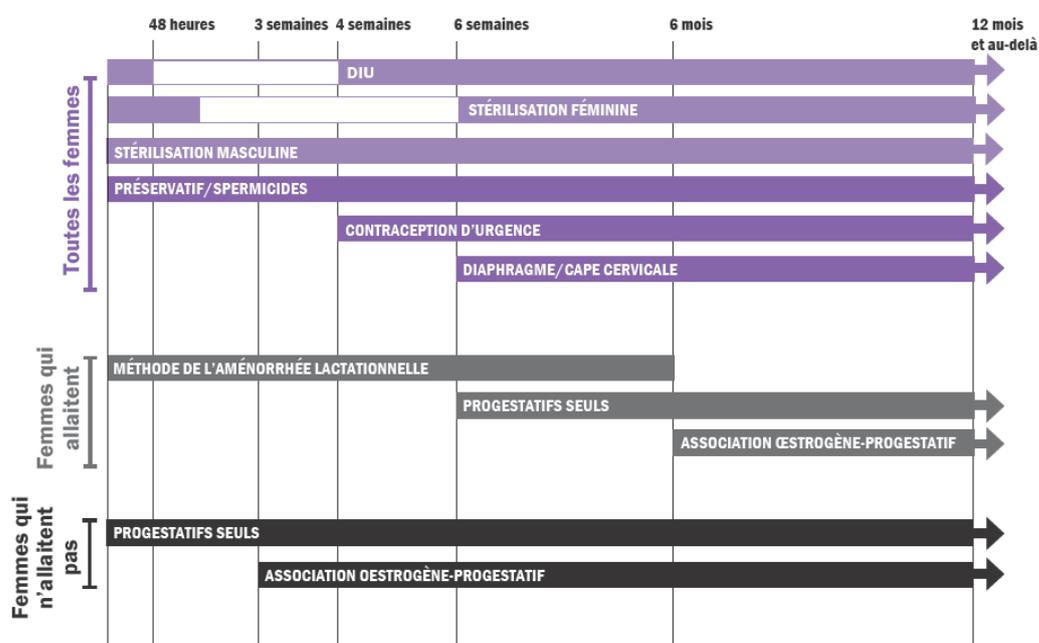


Figure 1: Options en matière de contraception dans le post-partum (calendrier de démarrage de la méthode et situation concernant l'allaitement au sein) selon l'OMS.

A. Méthodes hormonales

1. Estroprogestatives

Pilule, anneau et patch transdermique

a) Femme allaitante

Non recommandées dans les six mois suivant l'accouchement en raison de l'augmentation du risque thromboembolique. (8)

b) Femme non allaitante

Les pilules sont utilisables dans les 42 jours après l'accouchement, stade de normalisation du risque thromboembolique, en l'absence de contre-indications. Selon l'OMS, ce délai peut être raccourci à 21 jours en l'absence toujours de contre-indications. Il est recommandé de prescrire, en première intention, une pilule combinée de 1^{ière} ou 2^{ième} génération, contenant de la Noréthistérone ou du Levonorgestrel de moins de 50 microgrammes d'Ethinylestradiol.

2. Progestatives

A partir du 21^{ième} jour après l'accouchement, les progestatifs sont utilisables chez la femme, allaitante ou non, en post-partum, ne présentant pas de contre-indications.

a) Pilule microprogestative

Ce sont les pilules au Levonorgestrel ou au Désogestrel. Par opposition, il existe les macroprogestatifs per os. Ces derniers ne disposent pas d'indications contraceptives.

b) Implant sous cutané

C'est une méthode de longue durée d'action mise en place pour trois ans. C'est une méthode recommandée chez les adolescentes mal observantes. Il est à l'origine de troubles menstruels (aménorrhée, spotting) pouvant entraîner un retrait prématuré. La pose est recommandée à partir du 15^{ième} jour après l'accouchement, mais peut être posé avant la sortie de la maternité en cas de contexte psychosocial difficile.

B. Dispositif intra-utérin (DIU)

Utilisables chez la femme en post-partum, allaitante ou non, dès 4 semaines après l'accouchement.

1. DIU hormonal

Il contient un progestatif, le Levonorgestrel. Il est posé pour une durée de 5 ans. Il faut préciser aux patientes l'éventualité d'une aménorrhée secondaire.

2. DIU au cuivre

La durée de pose est plus importante allant de 4 à 10 ans. Il existe un risque de ménomérorragie, de spotting ou d'oligoménorrhée.

C. Méthodes barrières

Ces méthodes ont une efficacité contraceptive moindre, c'est-à-dire un indice de Pearl plus élevé (*Annexe 2*).

1. Préservatif

C'est la seule méthode protégeant des Infections Sexuellement Transmissibles (IST).

2. Diaphragme

Il est utilisable 42 jours après l'accouchement. Il est important de préciser que la taille et la technique de pose doivent être préalablement déterminées par un professionnel de santé. L'utilisation du diaphragme avant la grossesse nécessite une réévaluation de la taille dans le post-partum.

D. Méthodes naturelles

1. Aménorrhée lactationnelle (Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée : MAMA)

L'allaitement peut avoir un effet contraceptif jusqu'à six mois après l'accouchement (risque de grossesse à 6 mois inférieur à 2%) si toutes ces conditions sont réunies :

- Allaitement exclusif
- Au moins 6 à 10 tétées par 24 heures (jour et nuit)

- L'espace entre deux tétées doit être de moins de quatre heures le jour et de six heures la nuit
- La maman doit être en aménorrhée persistante.

Dès le retour de couche ou dès la réduction de la fréquence des tétées ou dès l'introduction des biberons ou dès les six mois du bébé, il est conseillé d'utiliser une autre méthode contraceptive.

2. Méthode Billings

Au cours du cycle menstruel féminin, le taux de fécondité de la femme varie. Il est le plus fort pendant la période ovulatoire, durant environ 5 jours. La glaire cervicale joue un rôle dans la fécondité. Cette substance, sécrétée au niveau du col de l'utérus, change le pH du vagin. Lors de la période ovulatoire, la glaire rend ainsi le vagin moins acide, donc plus accueillant pour les spermatozoïdes.

La méthode Billings consiste à prélever un peu de glaire au fond du vagin avec le pouce, et de tester sa texture. Si la glaire s'étire entre le pouce et l'index de plus de 5 cm, la femme est féconde. Tout rapport sexuel est alors à proscrire, et ce jusqu'à 3 jours après le changement de texture ou la disparition de la glaire. La survie des spermatozoïdes dans le corps de la femme peut être plus longue en pratique. Enfin, la méthode Billings est vulnérable aux cycles irréguliers et à la double ovulation. Pour une meilleure efficacité, il est préférable de croiser la méthode Billings avec d'autres méthodes (9).

3. Test d'ovulation

Les tests d'ovulation sont des tests urinaires, basés sur les variations hormonales du cycle menstruel féminin. Ils détectent dans l'urine la présence d'une hormone, la LH, qui est plus importante dans le sang de la femme environ 2 jours avant l'ovulation. Cette date est estimée à 14 jours après le début des règles, mais peut varier selon les femmes. Lorsque le test apparaît positif, on pourrait considérer que l'ovulation aura lieu 36 heures après (10).

Les méthodes naturelles sont des méthodes considérées peu fiables et l'éventualité d'une grossesse doit être acceptable.

E. Méthodes de stérilisation à visée contraceptive

La stérilisation à visée contraceptive est autorisée par la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001.

1. Dispositif intra-tubaire

C'est une contraception définitive et irréversible, indiquée chez les femmes ne souhaitant plus de grossesse de façon certaine. La technique consiste à mettre en place, par les voies naturelles, sans anesthésie générale, sans cicatrice ni incision, grâce à un hystéroscope, un micro-implant dans chaque trompe de Fallope. Cet implant va entraîner une cicatrisation progressive sur 3 mois, de la trompe sur elle-même la rendant définitivement obstruée, ne permettant plus aux spermatozoïdes de rencontrer l'ovule, de sorte que toute fécondation devient impossible. Il est, par contre, impératif de maintenir une contraception (sauf un stérilet) durant les 3 mois suivant l'intervention (11).

2. Ligature des trompes

C'est également une méthode irréversible. Elle nécessite une hospitalisation de 24 à 48 heures et une anesthésie générale. Elle peut se faire par voie abdominale, par coelioscopie ou par voie vaginale. Elle est efficace immédiatement (12).

Ces techniques sont réalisables 6 semaines après l'accouchement mais, un délai légal de 4 mois est obligatoire entre la demande initiale et la réalisation de la stérilisation (13).

3. Vasectomie

C'est une méthode rapide réalisée sous anesthésie locale par un urologue. Il faut cependant environ trois mois pour que l'homme n'ait plus de spermatozoïdes actifs. Pendant cette période de "transition", une contraception (préservatifs ou autre) est donc indispensable pour éviter un risque de grossesse (12).

F. Contraception d'urgence

La pilule contraceptive d'urgence ou « pilule du lendemain » (Levonorgestrel) est à prendre, si possible, dans les 12 heures après le rapport sexuel mal ou non protégé et au plus tard dans les 72 heures. Une seconde pilule contraceptive

d'urgence à l'Ulipristal Acétate existe. Il est possible de la prendre jusqu'à 5 jours après le rapport sexuel mal ou non protégé (14). Ce traitement agit en bloquant l'ovulation empêchant ainsi toute fécondation. Le Levonorgestrel dosé à 750 mg est utilisable dès le 21^{ème} jour après l'accouchement, chez une femme allaitante ou non. Cependant, pour limiter l'excrétion dans le lait et l'absorption par le nouveau né, la prise peut être effectuée juste après une tétée. Il est souhaitable de suspendre l'allaitement pendant les 8 heures suivant la prise du comprimé, mais pas plus de 24 heures. En l'absence d'études sur l'excrétion dans le lait maternel, l'Ulipristal Acétate est déconseillée.

Il n'existe aucun cas de grossesse rapportée avant le 25^{ème} jour du post-partum (15).

III. Contraception du post-partum et situations particulières

A. En cas de césarienne

Il s'agit d'une période où le risque thromboembolique est très élevé. La patiente peut initialement choisir entre contraception locale et pilule progestative. A six semaines, en fonction de son désir et de l'allaitement, le choix s'ouvrira aux estroprogestatifs ou DIU.

B. En cas d'hypertension gravidique

Il n'y a pas de contre-indication définitive aux estroprogestatifs. Leur reprise est autorisée à trois mois après l'accouchement et après normalisation de la tension artérielle et du bilan néphrologique.

C. En cas de diabète gestationnel

La reprise d'un estroprogestatif ne pourra se faire qu'après trois mois et normalisation du bilan glucidique.

D. En cas de cholestase gravidique

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

E. En cas de pathologie thromboembolique

Elles représentent une contre-indication définitive aux estroprogestatifs. Le DIU et les progestatifs sont autorisés.

F. En cas de tabagisme

L'association tabac et pilule estroprogestative est liée au risque accru de survenue d'un événement cardio-vasculaire. Il est préconisé un arrêt du tabac ainsi qu'un accompagnement adapté. En cas de poursuite de la consommation tabagique et d'âge avancé (plus de 35 ans), la pilule estroprogestative est contre-indiquée.

G. En cas d'âge avancé

Le risque thromboembolique augmentant avec l'âge, le rapport bénéfice-risque des pilules estroprogestatives devra être réévalué individuellement et de façon régulière à partir de 35 ans (4).

IV. Méthodes contraceptives nationales et particularités régionales

A. Comparaison du paysage français vis-à-vis du reste du monde

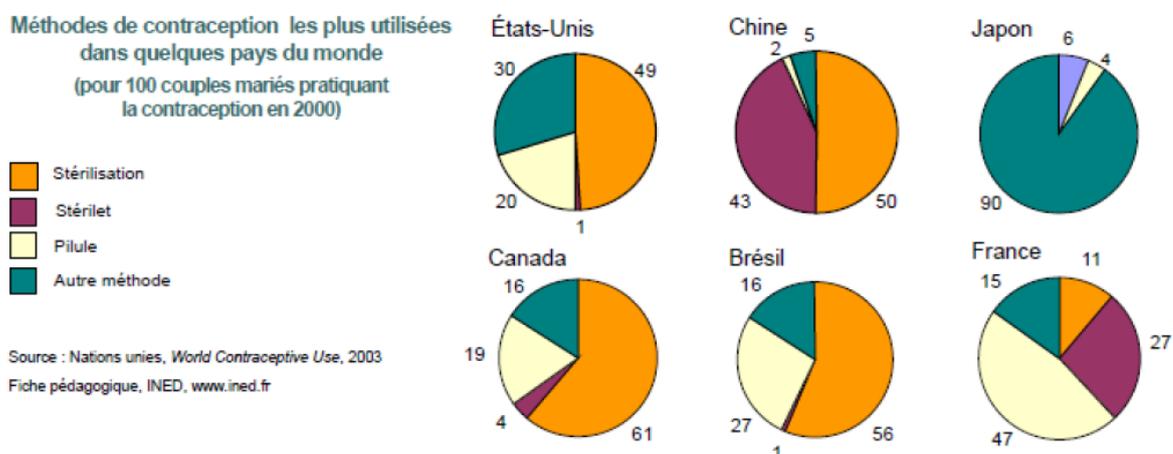


Tableau 1 : Méthodes de contraception les plus utilisées dans quelques pays du monde (pour 100 couples mariés pratiquant la contraception en 2000).

La situation française se caractérise par un taux de couverture contraceptive élevé (90.2% des femmes sexuellement actives au cours des douze derniers mois, non stériles, ayant un partenaire homme, non enceintes et ne cherchant pas à avoir un enfant utilisent un moyen de contraception) et par la place prédominante occupée par la contraception orale.

Le parcours contraceptif français est stéréotypé. La norme contraceptive voudrait que le couple français qui entre dans la sexualité, utilise le préservatif seul ou en association avec la pilule. Puis une fois la relation stabilisée, la pilule seule est utilisée. Passé 45 ans, l'utilisation de la pilule régresse au profit du DIU. Le DIU est posé dès le nombre d'enfants souhaité obtenu.

Principales méthodes contraceptives* utilisées par les femmes âgées de 15 à 49 ans en 2010 (en %) déclarant utiliser une méthode contraceptive.

	Contraception définitive (stérilisation)	DIU (ou stérilet)	Implant, patch, anneau, injection	Pilule	Préservatif	Méthodes locales	Méthodes naturelles
15-19 ans	-	-	2,8	78,9	18,3	-	-
20-24 ans	-	3,7	5,4	70,8	7,2	-	0,3
25-34 ans	0,5	20,3	6,2	63,4	8,7	0,1	0,8
35-44 ans	3,5	36,0	3,9	43,4	11,6	0,2	1,4
45-49 ans	5,2	43,2	3,4	35,5	9,7	0,4	2,6
Total	2,2	26,0	4,7	55,5	10,3	0,1	1,2

* : lorsque plusieurs méthodes étaient citées, la plus « sûre » a été retenue ; ainsi, c'est la méthode apparaissant la plus à gauche dans le tableau qui a été privilégiée.

Champ: France métropolitaine. Femmes non enceintes déclarant utiliser systématiquement ou non, un moyen pour éviter une grossesse, sexuellement actives dans les douze derniers mois, ayant un partenaire homme au moment de l'enquête.

Source : Baromètre Santé 2010.

Tableau 2 : Principales méthodes contraceptives utilisées par les femmes âgées de 15 à 49 ans (en %) déclarant utiliser une méthode contraceptive.

B. Particularités régionales

1. Taux de natalité

Le taux de natalité est le rapport du nombre de naissances vivantes de l'année à la population totale moyenne de l'année. Sur la région Nord-Pas-de-Calais, le taux est de 14.5 naissances pour 1 000 habitants, soit deux points supérieurs à celui de la France (12.7 naissances pour 1 000 habitants) (16).

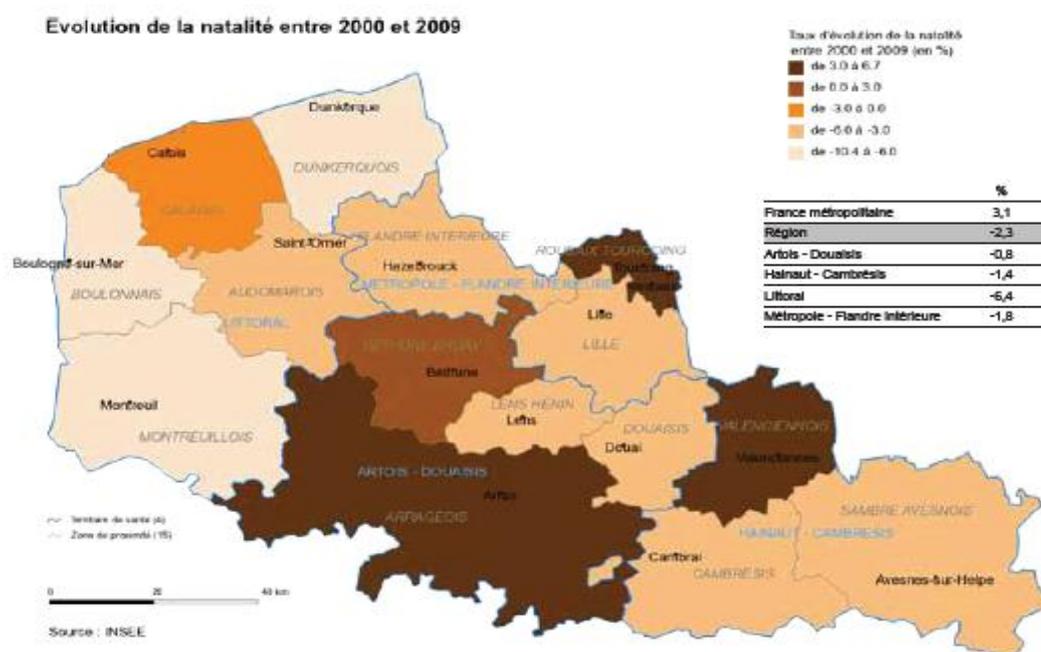


Figure 3 : Evolution de la natalité dans le Nord-Pas-de-Calais entre 2000 et 2009.

2. Planning familial

Le planning familial est un lieu où il est possible de trouver des informations sur la sexualité, la contraception et l'avortement. Toute forme de contraception peut être prescrite anonymement et gratuitement jusqu'à 20 ans. Après cet âge, il est possible de consulter un médecin dans les centres, avec une prise en charge par la sécurité sociale ou en gratuité s'il n'existe pas d'ouverture de droits (17).

Annexe 3 : Nombre de centres de planification familiale pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans par région en France en 2012.

3. Déroulement du séjour à la maternité de Valenciennes

Les patientes sont suivies par une sage-femme de manière pluriquotidienne. Elles orientent et répondent aux questions concernant notamment la contraception. Au premier jour de leur hospitalisation, chacune des patientes, accouchée de Valenciennes ou transférée d'une autre maternité, est examinée par un interne de médecine générale. Ce dernier s'occupe de la prescription et de l'information relative à la contraception. En cas de problème, il se réfère au gynécologue présent sur la maternité.

V. Initiative au développement de la contraception et de l'information

A. Proposition du gouvernement

Le gouvernement souhaiterait repenser le modèle français, après comparaison aux modèles étrangers, en favorisant une politique d'information et d'accès à la contraception (18).

Différentes propositions sont inscrites :

- Favoriser le libre choix contraceptif en développant une information sur l'ensemble des moyens contraceptifs, y compris les moins connus.
- Développer un « bilan première contraception » gratuit.
- Mener une campagne d'éducation sexuelle dans les établissements scolaires.
- Créer une plateforme d'information unique sur la sexualité proposant notamment un recensement des centres d'éducation et de planification familiale.

B. Prévention destinée au grand public

Depuis 2001, de nombreuses campagnes de prévention sont réalisées sur le thème de la contraception par le ministère de la santé et l'INPES, à destination du grand public. Ces campagnes sont destinées aux femmes de 20 à 35 ans sous contraceptif oral. Le slogan conclut « Certaines femmes pensent à leur pilule quoi qu'il arrive. Si vous avez tendance à l'oublier, il y a d'autres contraceptifs plus adaptés. Parlez-en avec un professionnel de santé ».

Une information complète et actualisée est proposée sur le site www.choisirsacontraception.fr.

Des annonces de presse, des affiches « à chacun sa contraception » sont envoyées dans les différents lieux de consultation contraception.

C. Recommandations pour les professionnels de santé

Des fiches mémos sont éditées par la HAS à destination des professionnels de santé. L'objectif est d'aider les femmes à trouver la méthode de contraception convenant au mieux à une période donnée de leur vie (19).

- Un choix personnalisé après une information éclairée. La méthode contraceptive doit être adaptée à chaque femme et choisie par et avec elle en fonction de sa réalité quotidienne. La méthode peut évoluer au fil de la vie et des situations rencontrées par la femme et/ou le couple.
- L'implication du partenaire dans le choix peut avoir des conséquences positives sur l'observance et l'acceptation de la méthode.
- Une femme consultant pour une première demande contraceptive doit bénéficier d'une consultation dédiée quelque soit son âge.
- Cette consultation doit respecter le modèle BERGER proposé par l'OMS. L'objectif est de prescrire la méthode choisie par la patiente, la plus adaptée et acceptable.
- L'entretien doit être mené le plus largement possible pour recueillir le vécu de la femme et ainsi adapter la contraception à ses habitudes de vie.
- Informer sur les différentes méthodes, le sevrage tabagique, l'efficacité, la nécessité de ne pas interrompre le traitement.
- Le suivi vise à évaluer l'adéquation de la méthode choisie, l'observance, la tolérance et la satisfaction de la femme.

D. Place du médecin généraliste

La HAS reconnaît qu'il existe des freins du côté des professionnels de santé.

- La conception mécaniste du corps et l'hyper-médicalisation de la contraception. Le médecin privilégie alors la contraception ayant l'efficacité maximale.
- Une formation initiale insuffisante.
- La difficulté de positionnement des médecins généralistes car la contraception a longtemps relevé de la compétence des gynécologues.
- La difficulté du médecin à trouver sa position thérapeutique car la patiente n'est pas malade.
- Les conditions actuelles d'exercice et de paiement à l'acte ne se prêtent pas à une consultation contraceptive dédiée.
- L'influence des industriels du médicament.
- La clause de conscience des médecins lorsque l'on évoque les méthodes de contraception définitive.

MATERIELS ET METHODES

I. Choix de la méthode qualitative

Ce travail porte sur la compréhension de la contraception et sur l'information reçue dans le post-partum. Quelques travaux se sont intéressés à ce sujet mais ceux-ci sont quantitatifs, effectués à partir de questionnaires. Ces derniers ne laissent pas de place à la libre expression des patientes concernées. L'intérêt d'une étude qualitative est de révéler des informations nouvelles, inattendues.

La méthode qualitative produit et analyse des données descriptives (paroles dites et comportement des personnes interrogées). Cette méthode s'intéresse au sens et à l'observation d'un phénomène social en milieu naturel. Elle traite de données difficilement quantifiables. Elle ne rejette pas les statistiques mais ne leur accorde pas la première place (20). La méthode qualitative s'imposait car l'objectif est de comprendre ce que les femmes ont assimilé de leur contraception, d'analyser l'information qu'elles ont reçue et d'expliquer leurs attentes.

II. Choix de la technique des entretiens semi-dirigés

Dans une recherche qualitative, il existe plusieurs types d'entretiens :

L'interview libre, où l'enquêteur ne pose pas de questions pour réorienter l'entretien.

L'interview dirigée où la personne répond à des questions préparées et planifiées dans un ordre donné.

L'interview demi-dirigée, où l'enquêteur prévoit quelques questions à poser en guise de relance.

Ces trois types d'entretiens peuvent être complétés par un focus groupe. Ce focus groupe permet de recueillir plus d'informations sur un sujet ciblé et se base sur une dynamique de groupe.

Pour ce travail, la méthode des entretiens semi-dirigés est la plus appropriée. Elle permet une expression libre de la patiente envers l'intervieweur. Les mamans sont ravies de participer à un travail de recherche et de parler de leur expérience. Les focus groupe ne paraissent pas adaptés pour ce genre de recherche. Le sujet peut être considéré comme sensible, par conséquent, il n'a pas sa place dans une discussion publique.

III. Modalités de sélection

Le mode de recrutement est aléatoire et consécutif, sur la base du volontariat. Le but est de diversifier au maximum les données, d'explorer un panel large de personnes, pour refléter au mieux la réalité (21). Le seul critère d'exclusion était une patiente mineure. Pour ce travail, le choix des patientes s'est fait suivant des profils différents pour obtenir un échantillonnage en variation maximale.

IV. Entretiens

Le guide d'entretien est construit en deux parties. Une première partie est basée sur le recueil de données démographiques, socioprofessionnelles et médicales. Une seconde partie, composée de dix questions ouvertes, est disponible en *annexe 4*. La question ouverte permet une expression libre de la patiente. La première question est « brise glace » facilitant l'ouverture du dialogue. Les questions suivantes orientent vers les points intéressants cette étude. Le recueil s'est fait par enregistrement audio anonyme via une application « dictaphone » sur téléphone mobile. Les patientes, après avoir été informées de l'objectif de ce travail, recevaient une lettre explicative, disponible en *annexe 5*. Leur consentement écrit était recueilli à ce moment-là. Il était convenu d'une heure de rendez-vous dans la matinée, dans la chambre, avec la patiente pour faciliter la disponibilité. L'information et la réalisation des entretiens avaient lieu le jour de la sortie de la maternité pour ne pas biaiser l'information reçue et pour laisser le temps d'action à chacun des intervenants.

V. Analyse des données

Chaque entretien a été retranscrit de façon intégrale via le logiciel de traitement de texte Microsoft Word, permettant d'obtenir des verbatim. Les patientes sont

identifiées par le terme « entretien » (E) numéroté de 1 à 18. L'intégralité des entretiens est disponible en *annexe 6*.

Les entretiens ont été codés grâce au logiciel QSR NVivo 10. Le codage ouvert est réalisé par deux chercheurs, de manière indépendante, afin d'obtenir une triangulation des données et ainsi réduire la subjectivité des interprétations. Le deuxième chercheur est Madame le Docteur Ollivon, médecin généraliste. L'analyse est considérée correcte lorsque plus de 70 % des codes sont communs. Dans le cas contraire, de nouveaux codages ouverts sont réalisés. Le codage axial a ensuite permis d'obtenir une analyse thématique des données.

VI. Critères de scientificité

Pour justifier du caractère scientifique de la méthode qualitative, les critères suivants sont respectés :

- La standardisation du questionnaire : permet une reproductibilité de l'étude.
- La saturation des données : le recueil s'arrête lorsqu'un entretien n'apporte plus de nouvelle information. Cet élément est confirmé lorsque deux entretiens supplémentaires n'en apportent plus.
- La comparaison aux données de la littérature : affirme la crédibilité de l'étude.

VII. Ethique

L'avis du comité d'éthique interne au sein du Département de la Recherche, Centre de Recherche Clinique (CRC) Médicale du GHICL a été demandé. Le protocole de l'étude est observationnel, l'avis du Comité de Protection des Personnes n'était pas nécessaire (*Annexe n° 7*).

Une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et Liberté (CNIL) a été effectuée (*Annexe n°8*).

Aucun conflit d'intérêt n'est à déclarer.

Cette étude n'a bénéficié d'aucun financement.

VIII. Objectifs de l'étude

A. Principal

Evaluer la compréhension de la contraception du post-partum ainsi que l'information reçue.

B. Secondaires

- rechercher ce que les patientes attendent de leur contraception
- discuter de l'interlocuteur idéal
- trouver le moment adéquat pour discuter de la contraception
- intégrer au maximum le projet de vie des patientes dans leur choix contraceptif
- adapter au mieux un support standardisé
- intégrer le médecin traitant dans la stratégie contraceptive

RESULTATS

Les 18 patientes interviewées étaient âgées de 19 à 42 ans avec une moyenne de 30.8 ans. Les patientes sont généralement de nationalité française, une est de nationalité marocaine. Quatorze patientes sont en couple, deux sont en couple mais vivent séparément, deux autres sont célibataires. La moitié des patientes est primipare. Huit patientes sont sans emploi. Cinq patientes ont un niveau inférieur au baccalauréat. Six patientes fumaient avant la grossesse, six pendant la grossesse, (dont une a arrêté et une autre a débuté pendant la grossesse). Six patientes ont au moins un antécédent de fausse couche spontanée précoce. Deux patientes ont un antécédent d'IVG. Douze patientes ont accouché par voie basse, six par césarienne. Six grossesses sont considérées comme grossesse pathologique. Dix femmes ont débuté un allaitement.

Au total, 8 heures d'entretien ont été enregistrées, soit une moyenne de 26 minutes par entretien. Les extrêmes variaient de 7 minutes à 1 heure.

	Age	Situation maritale	Emploi	Formation	Nombre d'enfants à charge	Tabac avant la grossesse	Tabac pendant la grossesse	Antécédents obstétricaux	Age de la première grossesse	Suivi de la grossesse	Terme	Pathologie durant la Grossesse	Allaitement
patiente N°1	19 ans	vit chez ses grands parents	non	bac pro en vente	1	oui	oui	G4P1 (3 FCS en 1 an)	19 ans	non suivi jusqu'au 5ième mois car absence de mutuelle puis suivi sage femme	39 SA + 5jours	vomissements pendant 3 mois	oui
patiente N°2	21 ans	concubinage mari incarcéré	non	arrêt en classe de seconde	2	oui	diminué à 5/6 cigarettes par jour	G2P2	18 ans	gynécologue en ville	36 SA	ras	non
patiente N° 3	42 ans	concubinage, origine Africaine	responsable de rayon	bac + 2	2	non	non	G5P2 (2 FCS, 1 GEU, 2 AVB)	38 ans	gynécologue au CHV	41 SA	ras	non
patiente N°4	40 ans	mariée	aide médico psychologique	diplôme AMP	4	non	non	G5P4 (1 FCS, 1 Césarienne, 3 AVB)	30 ans	gynécologue CHV	41 SA + 1 jour	ras	oui
patiente N°5	27 ans	concubinage	assistante sociale	BAC sciences médico sociales	2	non	non	G2P2	25 ans	gynécologue en ville jusqu'à 8 mois	36 SA + 4 jours	cholestase + hypothyroïdie	non
patiente N°6	32 ans	pacée	vendeuse en supermarché	non	5	non	non	G5P5	20 ans	gynécologue CHV	32 SA + 6 jours	ras	oui
patiente N°7	23 ans	concubinage	secrétaire administrative	BTS SP 3S	1	non	non	G1P1	22 ans	gynécologue Maubeuge puis CHV	34 SA + 3 jours	pancréatite aigue lithiasique	oui
patiente N°8	22 ans	mariée originaire du Maroc	femme au foyer	Bac	1	non	non	G1P1	22 ans	gynécologue en ville jusqu'à l'accouchement	39 SA + 2 jours	ras	oui
patiente N°9	39 ans	célibataire	femme de ménage	contrat aidé	1	40 cigarettes par jour	oui	G5P1	21 ans	gynécologue en ville	30 SA + 4 jours	ras	oui
patiente N°10	37 ans	mariée	art thérapeute	bac	1	1 cigarette par semaine	arret pendant la grossesse	G2P1 (1 FCS)	36 ans	sage femme en ville	41 Sa + 3jours	ras	oui
patiente N°11	29 ans	mariée	IDE soins palliatifs	bac + 3	1	non	non	G1P1 (AMP pour SOPK)	29 ans	gynécologue en ville puis sage femme CHV	40 SA	ras	oui
patiente N°12	43 ans	concubinage	non	CAP couture	2	non	oui	G2P2	42 ans	IDE PMI puis gynécologue CHV	39 SA +4 jours	diabète gestationnel	non
patiente N°13	40 ans	mariée	non	non	4	non	non	G4P4 (antécédent de prématurité)	25 ans	Gynécologue à Denain	32 SA +3 jours	Diabète gestationnel + HSV	oui
patiente N°14	32 ans	mariée	IDE en addictologie	bac	5	non	non	G7P5 (2 FCS)	25 ans	sage femme CHV	35 SA	HTA gravidique	oui
patiente N°15	22 ans	célibataire	étudiante	BTS première année en "anabio-tech"	1	oui	6 cigarettes par jour	G1P1	21 ans	gynécologue en ville	39 SA +2 jours	ras	non
patiente N°16	22 ans	mariée	non	licence anglais	1	non	non	G1P1	22 ans	PMI Saint Amand	41 SA	ras	oui
patiente N°17	35 ans	concubinage	opératrice de production	bac + 3	3	10 cigarettes par jour	5 cigarettes par jour	G5P3 (1 IVG et 1 FCS)	21 ans	en ville puis CHV	38 SA + 5jours	diabète gestationnel	non
patiente N°18	30 ans	mariée	non	formation Aide soignante	1	non	non	G3P1 (2 IVG)	25 ans	CHV	34 SA	ras	non

I. Etat des lieux des connaissances

A. La définition de la contraception

Le terme « contraception » est connu de la majorité des patientes. Il est décrit comme un moyen de « régulation des naissances » (E 5.10.11), pour « normalement ne pas tomber enceinte » (E 14), « juste ne pas avoir de grossesse » (E 4.5.7.8.11.12.14.16.17.18). La contraception est définie comme pouvant être inefficace.

« Ca veut dire qu'il y a rien qui marche sur moi....hahah, y'a rien qui marche sur moi non... » (E 9).

Le rejet de la pilule est exprimé d'emblée (E 3), ainsi que l'ensemble des méthodes contraceptives lorsqu'elles font suite à une pathologie (E 5).

« Je ne supporte pas la pilule, toutes pilules confondues, je ne supporte pas » (E 3).

Sa définition est limitée à un seul type de contraception : c'est-à-dire prendre une pilule (E 2.12.18) ou mettre un stérilet (E 2).

B. Les connaissances

1. Des différentes méthodes

La majorité des patientes cite au moins deux moyens de contraception, sauf une ne citant que l'allaitement.

2. De la physiologie féminine

Il existe un risque mensuel de grossesse.

« Comme je peux être prise tous les mois » (E 3).

Après un accouchement, les femmes estiment un délai pendant lequel elles devront être vigilantes (E 1.3.4.9).

« Le temps que tout soit remis en place » (E 1).

Deux patientes rapportent un risque de grossesse une fois le retour de couche obtenu (E1.15). Une patiente a la notion que le post-partum est une période où le risque de grossesse existe (E 4). Ce risque justifie la prise de moyen de protection rapide (E 4). Deux patientes affirment qu'une ovulation peut survenir un mois après l'accouchement (E 4.10).

3. Notion de variabilité

Les femmes interrogées rapportent la nécessité de connaître le fonctionnement de leur propre corps (E 3) pour adapter au mieux le contraceptif choisi. Avec l'expérience, la connaissance du corps s'améliore (E 3). Une fois cette notion acquise, il est impossible de généraliser un type de fonctionnement à l'ensemble des femmes (E 6.9). La variabilité individuelle est rapportée pour la date du retour de couches (E 15). L'allaitement est connu pour retarder le retour de couches (E 11.15). La reprise d'une activité sexuelle varie en fonction de chaque couple suite à l'accouchement. Les femmes expriment l'absence de risque de grossesse car elles estiment de pas reprendre une activité sexuelle dans l'immédiat (E 1.2.10.15).

« On va voir par rapport à une reprise de la sexualité suite à une césarienne » (E 10).

La contraception est accessoire lorsque les relations sexuelles ne sont pas envisagées (E 1.15).

a) Les pilules

Les patientes ont notion de différentes classes de pilule (E 3.11).

« C'est une mini dosée de toute façon ! C'est pas une pilule forte, c'est pas une pilule normale » (E 17).

La pilule est prescrite en fonction de chaque femme (E 18). Chacune cite un nom différent de pilule (E 4.5.9.13).

b) Le préservatif

Le préservatif apparaît être la technique de base en matière de contraception.

c) Le stérilet

Les patientes connaissent l'existence de deux sortes de stérilet (E 3.4.5.11.17). Une patiente ne connaît pas le stérilet.

« Le « stéril » ; c'est comme ça que ça s'appelle ? » (E 13).

La notion d'un moment propice à la pose (E 3) et la durée de pose sont connues (E 5).

4. Les lacunes

L'ensemble des méthodes existantes (E 13) et le nom de certaines techniques ne sont pas connus.

« Euh, euh... y'a autre technique mais je connais pas le nom de... d'autres techniques, il y a, c'est, y'a euh hm... je sais pas comment ça s'appelle, vraiment (rire) ... y'a autre technique comme les pilules mais euh je connais pas comment s'appelle, euh, comment ça c'est, comme un sachet, euh qui... euh, je trouve dans la pharmacie, euh, ...comme une poche » (E 8).

Le mot contraception n'est pas familier (E 2.3.4.7.8).

« C'est quoi ? Le mot je le connais pas.... non ça me dit rien du tout » (E 13).

Le fonctionnement du cycle féminin n'est pas exprimé sereinement.

« Ben on a une période de 21 jours, et le premier jour c'est à partir du début des règles et non c'est ... 21 jours... Si c'est bien ce que je dis, et au milieu du cycle c'est la période d'ovulation. » (E 15).

Le délai approximatif du retour de couche n'est pas connu (E 9.15) ou l'estimation n'est pas juste (E 1.4).

« Je crois que c'est 21 jours après ... non je sais pas, c'est pas.... après le retour de... non je sais pas, je sais même pas » (E 16).

La notion du risque de grossesse dès le premier mois est inconnue.

« Je peux pas retomber enceinte demain » (E 2).

La date de reprise de la contraception est erronée. (E1.2.7.9).

« Dès que je vais sortir de la maternité » (E 1).

Les femmes ont conscience de leur manque de connaissances (E 1.11) et de leur ignorance.

« Je sais pas ce que je sais pas ! » (E 15).

Ce constat est fait à postériori.

« J'savais pas moi que ça marchait comme ça ; et c'est là que j'ai vu que j'étais complètement à l'ouest, hein et je me suis dit, ben en fait, je me suis amusée, c'est pas possible, j'ai pas réfléchi, mais bon après, il était trop tard, donc voilà... » (E 16).

5. Les idées reçues

a) A chaque moment de la vie sa contraception

Le préservatif est en priorité destiné aux jeunes (E 17).

« Les jeunes, ils ont le préservatif..... Ils s'embêtent pas » (E 9).

« C'est bien quand on est jeune, mais on est vieux, 'fin je vais pas dire vieux couple mais quand on est comme nous c'est plus euh... » (E 17).

b) Sur la pilule

La fécondité est altérée une fois la pilule arrêtée (E1). La théorie du complot est avancée (E 4).

« Je ne veux pas prendre quelque chose qui va m'empoisonner, qui va me pourrir la vie ! » (E 3).

Il existe des pilules néfastes pour la santé (E 4.8).

« Jouer à la roulette russe » (E 4).

c) Sur le stérilet

Le stérilet est destiné aux femmes aux âges mûrs (E 9). Il faut être multipare pour pouvoir poser un stérilet (E 5.9). Le stérilet est pourvoyeur d'infections (E 11). Le dispositif est impressionnant (E 16).

d) Remise en cause spontanée de ses idées reçues

« On peut avoir des a priori qui ne sont pas justifiés ! » (E 11).

6. Les craintes

L'absence de fiabilité, les effets secondaires (E 5), la reproduction d'une mauvaise expérience passée (E 14), et la grossesse sont des facteurs de stress. (E 3.9.18).

« Là si je tombe enceinte maintenant ça va pas être possible, je vais pas le supporter, psychologiquement je vais pas le supporter. Mon corps je pense qui va pas.... » (E 17).

7. L'imaginaire

Les patientes ont une définition précise de leur contraception idéale (E 10).

« Ben, quelque chose qui ne soit pas ni un élément extérieur qu'on va s'introduire dans le corps, ni un traitement hormonal qui casse quelque chose aussi pour moi, du rythme naturel de la femme, et en même temps, une méthode naturelle qui soit pas à mes yeux, quelque chose qui puisse euh, être un peu un tue l'amour de se dire, ben chéri ce soir, ben non on peut pas quoi » (E 10).

L'imaginaire et la projection sur autrui sont deux caractéristiques fréquemment retrouvées.

« Ouais ben je le savais mais j'aurais jamais pensé que ça m'arrive à moi » (E 5).

La confrontation à la réalité est source de déception que ce soit en termes de risque de grossesse, de vécu de l'accouchement et du déroulement du post-partum (E 5.10). L'imaginaire est généralement plus favorable que la réalité (E 5.10).

II. L'information

A. Le manque d'informations

Il est rapporté par certaines femmes une absence totale d'information durant tout leur parcours (E 1.4.10.16). Deux patientes affirment n'avoir bénéficié d'aucun passage de professionnel dédié à la contraception dans le post-partum (E 12.15).

« Personne... ça non personne, et ça manque un peu quand même ! Oui, oui ! » (E 12).

Celles ayant reçues une information ne sont pas satisfaites. (E 7.10.14.18). L'information fournie est jugée incomplète (E 3). L'absence d'explications sur la méthode choisie (E 1), sur les autres méthodes (E1) et notamment sur les méthodes naturelles (E 10) est rapportée. La discussion reste centrée sur la méthode désirée sans démarche spécifique (E 1).

« Le jeune interne qui est venu m'a demandé quel contraceptif je voulais prendre puis c'est tout » (E 4).

Au contraire, une patiente confie avoir reçu une information durant sa grossesse (E 16) et deux autres avant la sortie de la maternité (E 6). Toutes les trois sont satisfaites du moment de leur information.

« Je trouve que c'est bien avant qu'on sorte de la maternité » (E 1).

Le côté pratique de la maternité est relevé (E 1).

B. Les explications

1. Critères de vulnérabilité

L'origine étrangère, l'absence d'éducation sexuelle à l'école (E 8), l'aspect culturel intra-familial sont des facteurs expliquant l'absence d'information sur la contraception.

« Parce qu'avec l'africain, on ne parle pas du tout de ce genre de chose » (E 3).

La barrière de la langue est notable, altérant profondément la compréhension (E 8).

2. Manque d'intérêt de la part des patientes

Les patientes relatent n'avoir jamais porté d'intérêt à ce sujet (E 14), et de n'avoir jamais posé leurs questions (E 9). Le professionnel n'est pas en tort (E 1.7). Certaines patientes rejettent le sujet de principe, et estiment ne pas avoir besoin d'information (E 10). D'autres avaient le désir d'enfant et attendaient d'avoir réalisé leur souhait pour aborder la contraception (E 13). Une personne avait entendu parler de réunions sur la contraception mais estimait ne pas en avoir besoin (E 7). Les

patientes se trouvent passives dans leur démarche, attendant que les professionnels abordent le sujet (E 1).

« Ils peuvent pas deviner ce qu'on a dans la tête. Les professionnels ne peuvent pas deviner que l'on se pose des questions » (E 1).

3. Biais d'information

Le fait d'être « pro-pilule » n'incite pas à recevoir une information sur les autres méthodes contraceptives (E 6.16).

« En fait, y'a que la pilule qui m'intéresse » (E 16).

4. Absence de réflexion

Une préparation psychologique pour discuter de la contraception est nécessaire (E 11). Le sentiment de devoir répondre rapidement est exprimé (E 10.15.16).

« J'avais complètement oublié, j'y ai pas pensé en fait parce que pendant 9 mois j'étais tranquille, et j'ai pas pensé à l'après » (E 16).

Le doute persiste (E 4.6.7.15).

5. Moment inapproprié

Le temps de l'information n'est pas adéquat. Les patientes ne se sentent pas concernées à ce moment-là (E 3). Le post-partum n'est pas idéal pour une patiente (E 1). Cette période est définie comme compliquée (E 3.7) et peut être mal vécue (E 6).

« J'ai dis maintenant j'ai pas le temps, j'ai pas le moral pour écouter tout ça, on s'est tellement occupé d'elle que c'est pas le moment, après, on va voir... » (E 13).

6. Du côté des professionnels

La reproduction du modèle antérieur apparaît être une solution de facilité.

« Il avait vu dans mon dossier que je prenais la pilule avant, ils nous disent juste si on veut reprendre celle d'avant » (E 1).

Les questions des professionnels sont fermées.

« Il m'a dit pilule ? Forcément, j'ai dit oui ... » (E 1).

L'évocation du sujet apparaît trop brève selon la patiente.

« Ben la gynéco me l'a déjà évoqué et m'a juste demandé ce que je voulais après, quoi, ça n'a pas été plus loin » (E 14).

La reconnaissance du grade de chaque intervenant n'est pas une évidence pour les patientes interrogées (E 1.6).

« Ca devait être un médecin ou un truc comme ça » (E 1).

La multiplicité des interlocuteurs entraîne une confusion dans l'esprit de la nouvelle maman (E 7).

7. Sujet tabou

Une femme souligne que la contraception ne concerne que son couple. Pour elle, le sujet ne doit être évoqué qu'au sein de son foyer (E 10). D'autres femmes disent ne pas en parler, éviter le sujet (E 7), avoir été éduquées avec de la retenue sur la contraception (E 3). La timidité, la gêne, la pudeur, la réserve, la peur de s'exprimer devant autrui, la discrétion sont des termes cités pour justifier l'absence de dialogue (E 5.12). L'utilisation de gestes et de phrases incomplètes, notamment pour désigner l'acte sexuel, atteste de la sensibilité du sujet.

« On fait ça sous.... » (E 1).

C. Conséquences

1. Avant la grossesse

Les conséquences du manque d'information sont :

L'orientation vers des médecines parallèles (E 10)

La recherche des réponses par soi-même (E 1)

L'autogestion (E 5)

L'idéalisation d'une méthode (E 4)

« Je pensais que c'était l'idéal, ben, tout compte fait moi je peux pas » (E 4).

Le rejet des méthodes paraissant inconnues (E 10.18)

« J'avais pas m'lancer dans quelque chose que je n'connais pas non plus, je sais pas comment ça va marcher » (E 18).

Un choix binaire (E 4.6), les deux méthodes les plus populaires étant le préservatif et la pilule.

Auto-interprétation des effets secondaires (E 5)

2. Sur la pilule

La prise de contraceptif apparaît non justifiée (par exemple lors de l'absence de rapport sexuel) (E 3). La méthode choisie n'est jamais remise en cause (E 1.9.7.11.18).

« Ben parce qu'une fois qu'on est dans le parcours, ben... on suit, on réfléchit pas... une fois que la pilule est commencée, on remet pas en cause, 'fin moi je n'ai pas remis en cause... donc voilà, j'ai pas remis en cause la contraception non » (E 11).

La contraception est vécue comme une obligation.

« Contraindre mon corps à prendre quelque chose » (E 4).

Le retard de fécondité est incriminé à la pilule (E 4.6).

« C'était la justification de ce trop d'hormones qui fait que j'ai eu du mal à avoir un enfant ? » (E 11).

La prescription concernant une pilule semble imposée (E 1.3.4.9.10.11.14), parallèlement à l'absence d'exposition des autres techniques contraceptives existantes sur le marché (E 4). La prescription initiale n'est pas expliquée (E 1).

« On me demandait pas vous avez le choix de contraception, on m'a pas proposé autre chose » (E 4).

« J'ai dû prendre la pilule, j'ai pas eu le choix, mais j'ai jamais souhaité la prendre, pour moi c'est, ... voilà c'est quelque chose euh... dans lequel j'ai pas confiance en fait » (E 10).

Les patientes regrettent d'avoir introduit une contraception jeune (E 11). La précocité de la prescription ne soulève pas de questions sur le traitement, car il existe un manque de recul certain lié à l'immaturité (E 4).

3. Dans le post-partum

- *A court terme*

La prescription semble imposée (E 1.4). Les questions restent en suspens (E 1.9).

Le choix est fait au hasard (E 18).

« Ben si on connaît pas toutes les contraceptions qu'ils nous disent, on ferme les yeux, on fait au hasard, on choisit, et puis voilà » (E 18).

Le retour à domicile et la reprise d'une vie de couple apparaissent comme des facteurs de stress par manque de préparation à la contraception (E 11).

« Je pars un peu vers l'inconnu, je sais vraiment pas » (E 7).

Le discours contraceptif est mal interprété.

« On me fait peur ! » (E 16).

Les patientes sont dans l'incompréhension (E 8.9).

- *A moyen terme*

La grossesse rapprochée (E 5), non désirée (E 12) ou la réalisation d'une IVG dans le post-partum (E 17) sont les conséquences les plus notables.

- *Des questions en suspens*

Quelle conduite à tenir en cas d'oubli (E 1)?

Quels sont les risques encourus (E 4)?

Quelle est l'influence de la pilule sur le cycle menstruel (E 17)?

La disponibilité de la pilule n'est pas une évidence.

« Je vais aller la chercher où ? » (E 1).

D. Transmission de l'information

1. Origine et influence

- *Médiatique*

La polémique est connue par nos patientes (E 4.16) mais n'aurait pas d'impact sur leur choix (E 6.11). La source retrouvée est la télévision (E 5).

- *Les professionnels*

L'avis du spécialiste ou du médecin traitant (E 5) prime sur les autres professionnels.

« J' préfère aller voir les spécialistes, tout ça, eux vont vraiment expliquer, et tout ça, et vraiment, et pis ils vont vous expliquer simplement, et, ils vont nous dire la vérité, surtout, comme ça on sera plutôt rassurée, et, on verra vraiment, euh, ce qui va et ce qui ne va pas, plutôt que d'écouter les ragots à la télé » (E 18).

Le professionnel qui fournit l'information n'est pas objectif.

« Moi je serais vous, je ferai... » (E 5).

Certains médecins utilisent leur droit de «véto».

« Moi j'ai rencontré des gynécos qui m'ont dit que c'était pas une super bonne chose de prendre la pilule, quoi, voilà, que c'était pas anodin » (E 10).

Le propre vécu du personnel de santé influence la patiente. (E 7)

« Y'a une sage femme aussi qui est passée, elle a dit qu'elle avait un implant, et qu'elle était super tranquille, je pense que l'implant, c'est bien. » (E 6).

L'interne de la maternité fournit une information dans le post-partum. Son travail est valorisé, et les patientes en sont satisfaites (E 4.6). Une patiente rejette l'idée de recevoir l'information d'un interne de médecine générale (E 1).

La sage-femme passe de manière pluri-quotidienne dans la chambre de la nouvelle maman (E 7) et son travail est valorisé.

« 'Fin elle m'a quand bien aidée pour répondre aux questions que je me posais » (E 1).

Elle propose un point sur la contraception de manière spontanée (E 6).

« 'Fin en fait j'ai même pas réfléchi, c'est la sage-femme qui m'a proposée pleins de solutions » (E 17).

Les compétences sont reconnues (E 7.18).

« Y'a les sages-femmes, qui nous soutiennent bien, elles informent bien donc euh... (E 18).

« Les sages-femmes, elles peuvent donner les contraceptions maintenant » (E 7).

A contrario, une patiente avoue ne pas avoir pensé avoir recours à une sage femme (E 1).

- *L'entourage*

Le cercle d'amies (E 7.9.11) d'une patiente influence son choix.

« Par rapport à ce que les gens disent, je me dis ça doit être vrai... faut pas prendre celle là, faut prendre celle là » (E 1).

L'avis de la maman prime (E 1).

La satisfaction d'une personne de l'entourage encourage la prise du même genre de contraception (E 5). Au contraire, une mauvaise expérience décourage (E 6).

- *Le conjoint*

Le conjoint influence sa compagne en fonction de sa formation professionnelle.

« Il est infirmier aussi, donc, euh, enfin des longues études et... il m'accompagnait aussi à mes rendez-vous » (E 14).

La préférence du conjoint est exprimée (E 16), justifiée comme une solution de facilité.

« Je pense qu'à un moment, tu aurais bien aimé que je parte dans tout ce qui est chimie, la pilule ça t'aurait bien arrangé ! » (E 10).

Le conjoint est convaincu et encourage sa compagne de poser l'implant.

« Ben là, c'est même lui qui m'a dit ben là, oui, met un implant, met aussi un implant c'est plus prudent aussi car lui ben, rapport à mon âge, y'a peur de me perdre ou un truc comme ça, ben y'a peur que je me mal nourrisse ou que quand j'accouche ben que ça ... comme on m'a dit que là que c'était une grossesse à haut risque le deuxième, c'est quand même inquiétant ! Donc il m'a dit, on l'a fait, comme ça, t'as plus de problème, c'est le principal ! » (E 12).

- *L'éducation*

Une patiente reconnaît être influencée par son éducation (E 10).

« Ben forcément on a toujours notre éducation, on est dans le milieu éducatif, c'est pour ça on sait bien à quel point l'éducation a... ; ça conditionne énormément notre vie » (E 10).

Il existe un conflit de générations, car les mamans les plus âgées ont le sentiment d'avoir été mieux informées que les plus jeunes. Elles jugent également prendre le sujet plus au sérieux.

« Les jeunes, ils prennent beaucoup ça, y'en a qui prennent ça comme la facilité, tandis que nous non » (E 9).

- *Les génériques*

La multiplicité des noms et l'existence de génériques n'aident pas nos patientes à avoir les idées claires (E 7).

- *Le remboursement*

Seule une patiente avoue de pas vouloir payer sa pilule (E 1).

- *Le packaging*

La conception alléchante de la boîte influence la prise de la pilule.

2. Les conséquences

- *Négatives*

L'identification aux problèmes d'autrui, la projection sur soi des effets secondaires,

« Il suffit qu'y a eu quelqu'un qu'y a eu quelque chose, on va penser que ça va occasionner les mêmes choses » (E 4), la comparaison des pratiques sexuelles (E 3.10) et des parcours contraceptifs (E 18) sont liés à la transmission orale de l'information. L'expérience

des autres sert de base de connaissance à nos patientes.

« Moi j'ai une autre amie aussi qui a pris le préservatif pendant ses deux années de mariage, et elle a eu aucun problème, euh... et dès qu'elle a arrêté le préservatif, elle a voulu tomber enceinte, elle est tombée enceinte, en fait j'ai surtout regardé chez les autres, donc je me suis dit ben moi ça va être pareil » (E 16).

Les informations restent superficielles, sans approfondissement (E 7.10).

« Je veux dire, on en parle avec des amies, comme ça, on en parle mais on en parle pas vraiment » (E 7).

Les informations du professionnel sont remises en cause suite à l'avis d'un tiers (E 1). « On m'a dit que c'était mieux » (E 1).

Le discours du spécialiste ne domine pas les autres discours.

« Après on dit peut être que la gynéco elle m'a prescrit cette pilule mais peut-être que ce n'est pas la mieux adaptée pour moi, et pourquoi je prendrais pas celle-là plutôt que l'autre euh... ça fait peur » (E 16).

Les patientes n'ont pas confiance dans la contraception (E 1).

« Voilà c'est quelque chose euh... dans lequel j'ai pas confiance en fait » (E 10).

La multiplicité des sources n'est pas favorable à une information objective (E 16).

« Qu'est qu'on peut croire, qu'est ce qu'on peut pas croire » (E 18).

Il ressort un sentiment de répétition des informations négatives (E 4).

« C'est quand on voit des personnes qui mettent deux ans pour en avoir un, alors je me suis dit pourquoi moi j'en aurai un tout de suite alors que pour moi, c'était vraiment impossible, impossible... » (E 16).

- *Sur la pilule*

La pilule n'a plus la préférence dans le cœur de plusieurs femmes (E 3.5.8.10).

Certaines pilules ont la préférence de la société contrairement à d'autres (E 16).

« Une que je pense qu'elle est efficace c'est CERAZETTE, avec celle là j'ai jamais entendu de problèmes » (E 1).

« Diane 35 n'est pas bonne » (E 4).

Les effets secondaires sont généralisés (E 4) et entraînent le rejet d'un type de pilule.

« J'ai eu plusieurs filles de ma famille qui sont tombées enceintes avec la même pilule, TRIELLA. En changeant de pilule, elles ont eu plus jamais le même problème. » (E 1).

« On a tous le même avis vis-à-vis des pilules » (E 4).

La pilule apparaît être une technique aléatoire (E 1.9), indigne de confiance. La pilule est efficace sur autrui (E 3). Les sentiments les plus fréquemment exprimés sont l'inefficacité, l'absence de fiabilité (E 1.14.15), et la nocivité.

« Qu'on en prenne ou qu'on en prenne pas ça change rien » (E 1).

« Ce qui me fait un peu peur c'est qu'aucune contraception n'est fiable à 100% » (E 14).

« C'est efficace mais pas, ... c'est efficace mais pas,... pas bon pour la santé » (E 8).

« On entend parler que la pilule, c'est plus tellement au top, quoi, euh, c'est plus... c'est plus l'idéal, que c'est pas une contraception fiable, euh, donc, moi... » (E 18).

La mauvaise expérience d'autrui n'incite pas à utiliser une pilule (E1.4.16).

« J'ai des amies qui ont, ben j'ai une amie qui a pris la pilule pendant 6 ans ça fait un an qu'elle a arrêté, elle a toujours pas ses règles donc elle ovule toujours pas ; après j'en ai une autre encore, ça fait 2 ans qu'elle a arrêté et elle a toujours pas d'enfant, elle attend toujours » (E 16).

- *Sur l'implant*

La visualisation sur autrui décourage.

« La dame, on le voyait à travers ! » (E 6).

- *Positives*

Malgré la divergence d'opinion, certaines patientes ont confiance.

« Bizarrement ça me... j'ai confiance en un produit ou je me dis y'a des petits problèmes... après je me dis c'est contrôlé ! Je fais confiance, ben... c'est quand même, tout est procéduré, suivi, euh... comme on met un produit sur le marché, on fait pas (claquement de doigts) vas y je mets un produit sur le marché, y'a quand même des études qui sont faites avant donc je fais confiance, peut-être je

devrais pas mais je fais confiance. Y'a des gens qui font du travail pour que nous on puisse consommer, fin la consommation... je fais confiance ! » (E 17).

La confrontation des idées et le mélange des opinions permettent la prise de recul sur l'ensemble des informations fournies (E 1). Le but est de se faire sa propre opinion (E 5) et de faire son choix (E 7).

La société est « ouverte » : la contraception est un sujet accessible aux femmes qui le désirent.

« J'étais dans une génération, j'ai 27 ans, il y a un peu près dix ans, ils en parlaient, enfin ça commençait à en parler ouvertement » (E 5).

Le fait de discuter avec l'entourage encourage à une meilleure observance thérapeutique et un meilleur suivi médical (E 9).

« On va même prendre nos rendez-vous chez le gynécologue en même temps... » (E 9).

- *Sur la pilule*

Les risques exposés dans la presse liés à la prise de la pilule sont considérés comme acceptables.

« Ben les pilules on a déjà pas entendu de gros gros problèmes liés à la pilule, donc c'est que ça a fait ses preuves et ça fait longtemps. Voilà ! Après y'a eu des problèmes mais pas de gros problèmes, je veux dire, à part une grossesse, je veux dire, j'ai pas entendu quelqu'un qui me dise j'ai une tumeur ou quoi, peut-être ça arrive mais je ne sais pas et dans ces cas là ne me le dites pas ! (rires) 'fin les problèmes de santé graves liés à la pilule. » (E 17).

La mauvaise publicité de l'association tabac-pilule incite à l'abstinence tabagique (E 17).

Trois patientes se sentent protégées par leur méthode contraceptive (E 1.6.8) et acceptent la notion de risque (E 6.8). Elles n'ont jamais eu de soucis avec leur contraception.

III. Les attentes des patientes

A. En matière de contraception

1. Les critères à respecter

Le contraceptif idéal se situe entre les méthodes naturelles et médicamenteuses.

« Je préfère un truc plus médical, mais pas trop » (E 16).

Le contraceptif doit respecter la physiologie féminine ou au contraire améliorer la qualité de vie de nos patientes.

« Si en plus je suis protégée, en plus, j'ai plus de règles ben c'est magnifique ! » (E6). Un contraceptif ne doit pas être intrusif (E 4.9.10). Le traitement au long cours est favorisé, qu'il soit stable (E 9) et non contraignant (E 10).

2. Le choix

Le choix revient à la patiente, après une période de réflexion (E 6.10.17).

3. Les objectifs

La tranquillité est l'objectif principal de la prise d'un contraceptif (E 7). Il doit exister un intérêt à prendre ce traitement (E 1).

« Juste des rapports sans qu'il a des projets bébé sans projet avenir tout ça » (E 1).

4. La balance bénéfico-risque

Les patientes attendent un contraceptif ayant un indice de Pearl acceptable, en fonction de leur projet de vie. Dans le cas du choix d'une méthode moins efficace, l'éventualité d'une grossesse doit être évoquée, et acceptée.

« Si j'ai un 2^{ième}, j'ai un 2^{ième} » (E 5).

Afin de choisir la méthode la moins iatrogène possible (E 4), elles demandent de connaître tous les effets secondaires de la méthode (E 7).

5. Dans le post-partum

Les patientes attendent un contraceptif fiable et adapté (E 3.9). La prise d'un traitement contraceptif est évoquée même en l'absence de rapport sexuel.

« Même si j'ai pas de rapports pendant 2 mois, je prends une contraception, et je sais pas pourquoi je la reprendrais » (E 1).

Un contraceptif est désiré en sachant la date de la prochaine grossesse. Cette prise de traitement ne doit pas retarder le projet familial.

« Pour être sûre que d'ici 2 ans, je retombe enceinte » (E 1).

Après avoir obtenu une échelle d'efficacité, le désir d'essayer plusieurs méthodes contraceptives est exprimé (E 1). La reproduction du modèle antérieur est exigée lorsque ce dernier était bien adapté (E 4.13.18). Parfois, la remise en cause de la contraception habituelle est souhaitée (E 1). Dans le premier mois suivant l'accouchement, l'introduction de la contraception hormonale apparaît trop précoce (E 16), l'interaction avec l'allaitement inquiète (E 4).

B. Une consultation dédiée à la contraception

Les femmes expriment : le besoin d'être rassurées (E 1), de dialoguer de manière récurrente (E 4.7.8), de voir les systèmes proposés et de développer les techniques de pose. Un bilan des connaissances apparaît nécessaire.

« En m'demandant, au début, savoir si j'connais d'autres moyens que la pilule » (E 4).

Les informations fournies par l'entourage demandent une vérification (E 9).

« Généralement les copines, c'est pas les bons conseils, c'est pas des personnes mûres quoi ! » (E 17).

Avec les intervenants, elles souhaitent parler de contraception sans tabou ni gêne (E 6). Elles souhaitent une information claire et précise (E 4.18) et une énumération des diverses méthodes contraceptives, même celles qu'elles rejettent (E 10). La patiente aimerait intégrer son conjoint dans la prise en charge (E 4). La contraception en cours doit être régulièrement remise en cause (E 4).

C. A quel moment parler de la contraception ?

Un rendez-vous est souhaité en cas de symptômes (E 9) et de besoin particulier (E 7.9.15). Les moments privilégiés rapportés sont multiples, considérés comme des étapes clés de la vie d'une femme : avant le début des relations sexuelles, pendant l'adolescence, lors des ménarches, à la majorité, lors d'un mariage (E 16), d'une prise en charge pour un motif adjacent (une réduction mammaire) (E 9), avant une grossesse programmée (E 1), lors des grossesses (E 11) et du post-partum (E1.3.4.5.7.11.16.18) ou une fois l'allaitement terminé (E 4.8).

« Le meilleur moment pour parler contraception c'est quand on commence les rapports et après les grossesses » (E 1).

D. Les attentes en matière de support

Certaines patientes préfèrent un support : une vidéo (E 8), des publicités (E 5), un diaporama projeté avec d'autres femmes (E 11), ou des brochures écrites (E

1.12.16.18). D'autres n'en voient pas l'utilité, et préfèrent l'entretien simple (E 1.4.9).

« Juste à l'oral, c'est suffisant pour tout retenir » (E 1).

Certaines femmes jugent important l'utilisation de supports mais uniquement chez les jeunes (E 9). Un complément écrit de l'information orale est souhaitable (E 7.14), pour trouver des réponses aux questions silencieuses.

« Je pense que pour certaines personnes qui n'osent peut-être pas poser les questions oui, je pense qu'il faut les deux, c'est bien les deux » (E 6).

Le support écrit est insuffisant, l'oral reste privilégié (E 6).

« Oui, c'est toujours intéressant à prendre, visuel auditif pour vraiment qu'on comprenne bien la chose fin, le principe... donc vraiment... pas un texte qu'on nous raconte et puis ben voilà, c'est plus intéressant visuellement et « auditivement », fin ça se dit même pas, mais bon, pour dire ouais d'accord c'est mieux ça ou ça ! Donc euh voilà » (E 15).

Une patiente souhaite lire la notice du médicament avant la prescription (E 17).

E. Les attentes en termes d'interlocuteur

1. Les critères de choix

La patiente choisit un professionnel médical, reconnu, compétent et réel (E 1.4.8), ressemblant et pratiquant conformément à ses attentes (E 10). Il doit avoir de l'expérience professionnelle et personnelle (E 18), plus âgé qu'elle-même (E 9.15), et qualifié de sérieux (E 4), de compétent (E 7). Certaines souhaitent un professionnel dédié au sujet.

« J'aurai aimé un professionnel que pour la contraception. » (E 1).

2. Le sexe de l'interlocuteur

Deux patientes sont indifférentes au sexe de leur médecin (E 6.8). D'autres patientes confient être mal à l'aise avec un professionnel masculin (E 1.9).

« Et du coup celui qui est passé hier, j'ai pas osé parler pilule tout ça » (E 1).

Le rejet est justifié par la différence de comportement (E 1.6). La projection, l'identification, les similitudes, sont des arguments pour justifier la préférence féminine (E 1.10).

« Pour moi, une fille, ça met plus à l'aise du fait qu'on est faites pareilles » (E 1).

3. La place du gynécologue

a) Privilégiée

Le gynécologue apparaît être l'interlocuteur privilégié par la majorité de nos patientes (E1.3.4.5.9.10.11.13.14.16.17.18). Ses compétences sont mises en valeur (E 1) en comparaison à d'autres professionnels de santé.

« Je pense que le gynécologue serait un peu plus...fin il saurait répondre un peu plus aux questions qu'on se pose qu'un simple médecin... » (E 1).

Les patientes expriment pouvoir poser leur questions, obtenir des réponses (E 1.11) et bénéficier d'un suivi particulier(E 3).

b) Son rôle

Son rôle est de fournir l'information sur la contraception et suivre les grossesses (E 10).

« Bien sûr, il va pas tout nous décrire au niveau contraception » (E 18).

c) Les points négatifs

Les longs délais de consultation sont rapportés par nos patientes, laissant les patientes dans l'incertitude le temps d'avoir le rendez-vous (E 14).

L'incompatibilité « médecin-malade » est rapportée chez deux patientes. L'humour, la distance, n'étaient pas appréciés par la consultante (E 15).

« Mon ancien gynécologue, que j'ai arrêté de voir, ben je me sentais... je n'étais pas à l'aise avec ce gynéco là donc j'en ai pris un autre... » (E 15).

La patiente rejette les autres professionnels de santé.

« Les autres, j'ai pas confiance » (E 1).

4. Le médecin traitant

a) Privilégié

L'avis du médecin traitant est important aux yeux de la patiente (E 5), ses conseils également (E 1). Ses patientes lui font confiance.

« On l'a depuis des années et c'est vrai que je peux parler de n'importe quoi avec lui » (E 6).

Ses compétences sont reconnues, comme celles des gynécologues, en matière de contraception (E 17).

« J'ai pas besoin de la gynéco elle va faire quoi elle ! Mon médecin est aussi capable que ma gynéco ! » (E 17).

Il peut répondre aux questions auxquelles le gynécologue n'a pas répondu (E 1.3.4.6.12.15).

b) Non privilégié

A contrario, certaines patientes confient n'avoir jamais eu l'occasion d'aborder le sujet de la contraception avec leur médecin (E 11.14.15.16), se sentir gênées vis-à-vis de lui (E 12).

« J'en parlais pas trop non plus, sans quoi c'était un peu compliqué d'en parler à mon médecin, j'avais une boule.... » (E 12).

Ses compétences sont mises en doute (E 1), il est jugé incompetent dans le domaine contraceptif (E 4.15.16).

« Un médecin, c'est plus pour ce qui est maladie » (E 1).

Une patiente avoue ne lui en parler qu'en ultime recours (E 9), d'autres relatent ne pas le considérer comme confident (E 4.18).

c) Les points négatifs

Après une consultation chez le médecin traitant, les questions sont en suspens. Ce dernier utilise des réponses stéréotypées. Il a recours à un discours dramatisant (E 1). Le médecin, lui-même, suggère à ses patientes de n'aborder le sujet qu'en cas de besoin (E 9), il se dévalorise (E 4).

« Il a déjà dit, moi j'ai pas les réponses, moi j'suis médecin traitant, j'touche à tout, j'ai pas des idées précises sur certains points » (E 4).

Il est considéré trop proche de ses patientes (E4).

« Pour moi le médecin traitant c'est un ami avant tout » (E4).

Lorsqu'il est consulté pour un autre motif, le généraliste n'a pas le temps d'évoquer les méthodes contraceptives (E 6). Les personnes concernées par la contraception sont jeunes, par conséquent moins en consommation de soins. Les consultations de médecine générale sont rares, et lorsqu'elles ont lieu, le motif est précis et non gynécologique (E 14).

d) Sujet accessoire

Lors d'un changement de médecin, la contraception choisie n'apparaît pas dans le dossier médical (E 7). Elle ne fait pas partie de l'interrogatoire ou des antécédents (E 15). Les patientes confient oublier d'en parler (E 8). Le renouvellement annuel de l'ordonnance du spécialiste a pour conséquence directe l'absence de consultation dédiée chez le généraliste (E 17).

« Et mon médecin traitant, avant, il faisait des renouvellements mais maintenant ma gynéco elle fait des renouvellements à l'année donc j'en parle plus du tout avec lui.... Vu que j'y vais tous les ans chez ma gynéco pour le frottis, pour les seins, pour les examens habituels quoi ! Donc j'ai plus

d'occasion d'en parler avec mon médecin traitant. Du coup comme ma gynéco fait tout, j'ai pas besoin d'en parler avec mon médecin ! » (E 17).

e) Qui aborde le sujet ?

En fonction des patientes, c'est au médecin d'aborder le sujet (E 7). Pour d'autres, c'est à la patiente d'évoquer le sujet, en cas de besoin (E 6).

« S'il fait son rôle de médecin, c'est à lui d'en parler. » (E 7).

F. La séance d'informations à la maternité

Les patientes attendent :

D'avoir une discussion sur l'ensemble des méthodes de contraception (E 1.5.6.7).

D'obtenir une première information de la part d'un médecin, et de refaire le point par la suite avec une sage-femme (E 6).

D'être rassurées sur les difficultés rencontrées durant le post-partum (E 7), et sur leur bon état de santé (E 1).

D'obtenir une information claire et adaptée à leur demande ou à leur refus (E 1) à un moment particulier (E 6).

De remettre à jour leurs connaissances.

« Savoir les évolutions de la contraception qui a eu, les autres formes de contraception, peut-être en reparler » (E 7).

De bénéficier d'une réunion d'informations dédiée à la contraception. L'intérêt de cette séance est de remettre en cause la contraception antérieure (E 1) et d'essayer éventuellement d'autres méthodes.

« Une réunion d'informations sur toutes les méthodes contraceptives à la sortie de la maternité, c'est vrai que c'est ce qu'il y a de plus facile enfin pour la maman » (E 14).

D'obtenir rapidement une conduite à tenir pour envisager un retour à domicile le plus paisible possible.

« Qu'on se prépare à reprendre une contraception avant qu'on est sorti » (E 1).

D'être informées des interlocuteurs existants en cas de besoin.

« Je voudrais juste savoir vers qui je dois me tourner si j'ai une question » (E 1).

Aborder la contraception masculine (E 2).

Des moyens pour prévenir les IST (E 1).

G. La consultation post-natale

Les patientes souhaitent obtenir un rendez-vous dans le mois suivant l'accouchement (E 4.15). Les objectifs sont de réévaluer les informations reçues à la

maternité (E 3.11.13.17), de remettre en cause la contraception choisie (E 9), de l'adapter au mieux (E 9.13) afin d'éviter une grossesse non désirée (E 3.5.13.15), de prescrire une contraception lorsque celle-ci était rejetée initialement.

« Au début je voulais rien prendre » (E 5).

Cette consultation permet une période de réflexion après la sortie de la maternité (E 1.6.9.13.18), une fois les étapes importantes passées : le retour à domicile, la fin de l'allaitement, la rééducation périnéale (E 14).

IV. Spécificités aux divers moments de la vie génitale

A. L'adolescence

1. Constat a posteriori

Les patientes rapportent des regrets sur le manque d'informations durant l'adolescence (E 4). Elles s'estiment chanceuses quand aucun écueil n'a été rencontré (E 3.17).

« Donc par bonheur, j'ai pas eu de problèmes quand j'étais jeune fille mais j'aurai pu quoi ! » (E 17).

Cette période est définie comme une période de découverte et d'apprentissage (E 5). Certaines patientes expriment la satisfaction d'avoir été informées par leurs parents (E 9).

2. Le cadre familial

a) Interlocutrice féminine

La place de la mère est privilégiée (E 3.7.15) suivie par les sœurs (E 6.15) et les cousines (E 1). Les patientes ne donnent pas de place au père dans ce domaine (E 3). La mère est valorisée par son expérience. Les patientes reproduisent un modèle ayant fait ses preuves (E 6). La maman souhaite transmettre ses valeurs (E 6).

Malgré tout, les mamans ont des difficultés à se projeter sur l'éducation sexuelle de leur fille car l'âge des premiers rapports est de plus en plus précoce (E 6.17). Les patientes interrogées estiment que leur fille aura besoin d'une information contraceptive mais à un moment jugé opportun par la mère elle-même (E 16).

« Elles sont plus dévergondées que nous....(rire) » (E 9).

« Elle a le temps, elle est jeune, elle n'a que 13 ans, c'est encore un bébé ! (rire) » (E 17).

b) L'éducation

- *Points positifs*

Si le sujet est évoqué au moins une fois au sein du cadre familial, la contraception devient un sujet moins tabou. Les patientes obtiennent alors un minimum d'information (E 3) notamment sur les bases de l'éducation sexuelle.

« Là, à 19 ans vous savez que si vous faites l'amour la 1^{ère} fois, vous savez » (E 3).

Les craintes sont levées pour l'âge adulte (E 6). Les patientes jugent alors leur famille ouverte d'esprit (E5).

Les origines socioculturelles et géographiques conditionnent l'éducation des jeunes filles. Une de nos patientes se détache du poids des traditions (E 3) et une autre

rapporte reproduire un « modèle ancestral » (E 9).

Le modèle parental resterait une base pour les mamans actuelles. Elles reproduisent de manière consciente ou inconsciente un modèle contraceptif parental (E 1).

L'autonomie contraceptive est acquise vers la majorité.

« Après à 19 – 20 ans, vous vous débrouillez vous-même, vous passez pas par votre mère » (E 3).

- *Points négatifs*

La souffrance est rapportée en cas d'absence d'information au sein du cercle familial. Les raisons de ce manque sont multiples : séparation (E 3), décès (E 12)...

« Moi ma mère, elle m'en a jamais parlé, j'aurai bien aimé qu'elle m'en parle. Je pense que c'est les générations, ma mère elle m'a éduquée comme elle a été éduquée, moi j'ai éduqué ma fille pas comme j'ai été éduqué, plus cool quand même ! Fin voilà quoi, je préfère être plus cool avec mes enfants car moi j'osais pas en parler à ma mère de trucs comme ça et des fois j'aurais aimé lui en parler. » (E 17).

La mère ne veut pas que sa fille prenne la pilule (E 8).

B. La planification familiale

1. Définition

La planification familiale relève d'une organisation contraceptive (E 11). La majorité des patientes rapporte l'envie d'espacer les naissances d'au moins deux ans (E 1.11.15.17). Le nombre souhaité d'enfants est connu par la plupart des mamans (E 1.2.3.4.5.7.8.10.11.14.15.16.17).

2. Construction d'un projet de vie

a) Les objectifs

Le projet est atteint lorsque le couple a obtenu la descendance souhaitée : mixte (E 1.12.13) ou unisexe (E 6).

« Lui de toute façon, il voulait que des garçons » (E 6).

b) Le conjoint

- *La place du conjoint*

Cette place est mal définie voire inexistante.

« La place qu'il a dans ma contraception, hum (blanc), j'sais pas » (E 7).

Le conjoint reçoit une information directement de sa compagne (E 1.7).

« Ben il est d'accord. Il a pas d'avis, pas du tout, il va me suivre... » (E 13).

- *L'absence de discussion*

L'absence de discussion dédiée est justifiée par le fait d'être célibataire (E 3.4). La prise de contraceptif est antérieure à la rencontre (E 1). Les femmes ont un discours féministe (E 10).

« C'est un peu ma vie, c'est un peu mon corps, je gère... » (E 5).

« Il sait que de toute façon il sait que je ferai ce que j'ai envie à la fin, donc (rire), ça ne sert à rien d'en parler » (E 6).

Il existe des disparités dans les couples : soit le conjoint délègue à sa partenaire (E 7.8.16), soit, par manque de confiance, la patiente prend l'entière responsabilité de sa contraception (E 1). Certains couples n'ont jamais discuté de leur contraception (E 4.8). Deux patientes en ont vaguement parlé (E 1.7). Seul un couple en parle régulièrement (E 5).

La femme souhaite discuter de la contraception et de son projet de vie. Le conjoint n'est pas réceptif (E 4). Le sujet est pris à la légère par le partenaire. La femme a besoin d'une écoute de qualité, d'une discussion sérieuse. Le partenaire est désintéressé du sujet (E3.6.15.17).

« Il m'dit c'est plus la partie à toi » (E 7).

« Il m'dit : « C'est un truc de fille, je lui fais confiance ». » (E 16).

Deux patients rapportent n'avoir évoqué la contraception qu'à des moments clés de leur vie (E 1.7).

« On en a surtout parlé c'est au moment où on voulait un enfant » (E 1).

- *Intérêt d'une discussion de couple*

Le partenaire rejette les méthodes contraceptives hormonales (E 5) ou au contraire, il contraint sa partenaire à prendre une pilule (E 2.10). L'intérêt de connaître l'opinion de chacun est de construire un projet commun (E 4). Il faut adapter la contraception au souhait du partenaire, en fonction de ses préférences, de son ressenti et de ses allergies (E 4). Il peut conforter sa partenaire dans son choix (E 5.7) et instaurer un climat de confiance. Le respect des choix au sein du couple est fondamental (E 5.10.16). L'intégration du conjoint a pour objectif de ne pas remettre en cause la méthode contraceptive une fois le projet établi (E 1).

- *Le post-partum*

Dans cette période, la maman souhaite que le papa prenne ses responsabilités (E 4). Le couple désire un contraceptif adapté au mode de vie (E 9). La contraception

du post-partum ne s'adresse pas uniquement à la maman. Les femmes souhaitent aborder parallèlement le sujet de la contraception masculine (E 2). Si une grossesse non désirée survient dans le post-partum, la décision d'interrompre cette grossesse est déjà prise par les parents (E 2).

Le délai pour obtenir la future grossesse est exprimé en années (E 1.16).

« Donc ouaih, le but c'est d'en avoir un encore après mais pas maintenant ! » (E 17).

Une patiente ne débute pas de contraception et accepte le risque d'une grossesse rapprochée (E 8). D'autres femmes expriment le souhait de rediscuter du projet de vie une fois l'accouchement terminé.

« Est ce que j'ai la capacité pour un autre bébé ? » (E 8).

c) La famille recomposée

La séparation et la reconstruction familiale sont des moments compliqués dans la planification familiale (E 9). Ce temps de vie entraîne une réévaluation du projet (E 6).

« Parce que lui en a deux, parce qu'on est une famille recomposée, et moi j'en ai deux du mien, là c'est le nôtre » (E 17).

d) En fonction de l'âge

Dès le plus jeune âge, les femmes rapportent une organisation de leur vie génitale. La contraception débute souvent avant la majorité (E 11). D'ailleurs, certaines femmes ont le sentiment d'avoir toujours été sous contraceptif.

« J'ai toujours pris un contraceptif » (E 4).

Ensuite, le schéma évolue. Chaque moment de vie a sa contraception. Les moments de célibat seront sans contraceptif. A la rencontre d'un partenaire occasionnel, c'est le préservatif qui sera de rigueur (E 3). Lors de l'apparition de problèmes de santé, elles souhaitent réévaluer leur contraceptif (E 9). A un certain âge, les femmes relatent l'envie de changer de contraceptif et prennent du recul (E 4). Toute conversation sur le sujet leur paraît plus abordable (E 12).

e) En fonction de l'expérience

L'expérience personnelle d'IVG fait changer d'opinion (E 4.17.18).

« Ben le problème c'est que moi je croyais tout savoir. Je croyais que je savais, tu peux pas être enceinte avec ça, tu peux pas avoir tes règles en étant enceinte, c'est pas vrai, tu peux pas faire un déni de grossesse c'est pas vrai ! En fait, c'est n'importe quoi, quand on voit des femmes qui... c'est n'importe quoi ! Ben non en fait non c'est pas n'importe quoi ! C'est un manque de tolérance de ma

part, c'est pas naturel ça ne peut pas ! Donc voilà, quand je vois des trucs à la télé, les infanticides ou quoi, je me disais c'est n'importe quoi, ton corps y'est fait pour savoir, il te lance des appels, des signaux, et en fait quand j'ai vu que j'ai fait l'IVG, ben j'ai bien vu que ... c'était pas... même si c'est que 2 mois, mon corps il m'a pas lancé de signal spécial comme quoi j'étais enceinte ! Il m'a juste envoyé mes règles en me disant c'est bon mais en fait non...et tout ça parce que je pensais savoir ! En fait non ! Voilà, et je ne savais rien... » (E 17).

f) Révision du projet initial

La perte d'un jumeau (E 4),

« J'attendais des jumeaux, à la base, mais au bout de 3 mois de grossesse j'en ai perdu un ; donc dans un sens, psychologiquement, il m'en manquait un. » (E 4).

la notion d'horloge biologique,

« Moi j'en voulais 4 à la base...mais bon à 39 ans le premier... c'est déjà un cas compliqué...je reste sur 1... faudrait vraiment que....mais un c'est bien.... Je pense que ça va être le chouchou » (E 9).

la naissance multiple,

« J'vais m'arrêter là, (rire), après des triplés comme ça, euh, je pense que je vais m'arrêter là ! » (E 6).

le divorce et le remariage avec un partenaire sans enfant (E 6) entraîne la révision du projet.

Après l'accouchement, les femmes souhaitent discuter de leur projet.

« Est ce que j'ai la capacité pour un autre bébé ? » (E 8).

La raison prime sur le désir d'enfants.

« On ne s'interdit pas d'en faire un deuxième mais après il y a aussi la question de l'âge ; surtout de mon point de vue, c'est-à-dire qu'il y a un moment, moi je me dis, il faut faire attention, parce qu'avoir des enfants très tard, c'est bien, mais, pour les accompagner, comment ; du moins, il faut aussi être en capacité de proposer une vraie éducation à son enfant, c'est-à-dire que quand on calcule, moi j'ai 37 ans, elle vient de naître, quand elle en aura 20, j'en aurai 57, mon mari 66, euh, à un moment il faut aussi faire attention à ça, c'est-à-dire, ben il faut penser à l'enfant et à son avenir du moins je pense que ça c'est ... et puis à notre capacité, du moins, à vivre la maternité, à vivre la crise d'adolescence, à se dire bien c'est bien beau de vouloir un enfant mais c'est pas un enfant de parents qui ont la vingtaine ou la trentaine, donc il faut aussi penser qu'on ne récupère pas, on n'a plus le même métabolisme, que quand on était plus jeune en fait, puis je me dis bon, même si aujourd'hui, on a des enfants de plus en plus tard, je crois qu'il faut quand même penser à l'enfant, être enfant de « vieux », c'est aussi une responsabilité ; vis-à-vis de son enfant quoi, donc du coup moi je trouve que c'est déjà un peu limite, d'avoir un enfant à nos âges » (E 10).

g) Spécificité du post-partum

En cas de grossesse non désirée dans le post-partum, une patiente dit avoir déjà décidé d'interrompre cette grossesse (E 2). Le désir d'une prochaine grossesse est exprimé, dans un lointain futur.

« Donc ouaih, le but c'est d'en avoir un encore après mais pas maintenant ! » (E 17).

Le post-partum est l'occasion de prendre de bonnes résolutions.

« Ben peut-être plus la suivre... Faire des prises de sang plus régulières... Et voir ben déjà, dès que j'ai une gastro, dès que j'ai quelque chose ou quoi...voir si ça pourrait pas jouer non plus sur...sur la contraception... » (E 9).

3. Les centres de planification familiale

Peu de femmes connaissent les centres de planification familiale (E 3). Une seule fréquente et valorise la mission de santé publique (E 5).

« Moi j'ai préféré et franchement c'était bien » (E 5).

Ces centres font l'objet de nombreuses idées reçues.

« C'est pas forcément ma place d'aller au planning familial au jour d'aujourd'hui, c'est plus ma place. Ben je pense que c'est plus pour des personnes, des jeunes, des plus jeunes qui ont pas forcément de ressources ou qui n'ont pas forcément les infos que moi je peux avoir ou l'autonomie que je peux avoir » (E 14).

Des freins sont cités : la nécessité d'accompagnement par un tiers majeur (E 17) et le manque d'accompagnement psycho-social (E 10).

« Ils nous parlent du planning familial mais il faut une personne majeure, fin à l'époque c'était comme ça, je m'en rappelle toujours donc euh... » (E 17).

« On donne des moyens de contraception mais il n'y a pas tout l'accompagnement psychologique, affectif, humain, le pourquoi ils en arrivent là, c'est ça en fait et pour moi ça n'a pas de sens, si c'est juste l'accompagnement sur une méthode de contraception, on ... on passe à côté » (E 10).

4. L'Interruption Volontaire de Grossesse

a) Constatations

Le passé sert d'exemple aux patientes. L'objectif est de ne plus avoir à prendre de décision d'IVG.

« J'ai pas eu mes règles après, là je me suis inquiétée, j'étais presque à 12 semaines quoi, et c'est là que franchement j'ai dit pilule qu'on veut ou qu'on veut pas ! C'est là qu'on se dit que même en faisant attention ça arrive vite ! Et vu le contexte familial, je pouvais pas le garder, et je m'étais pas tromper car j'ai divorcé peu de temps après. Voilà. C'était l'IVG. Voilà » (E 17).

En l'absence de contraception et de désir de grossesse, la patiente a subi une IVG (E 18).

L'IVG est vécue comme un échec de contraception a posteriori (E 9). Dans un intervalle de temps court, cette patiente a subi une deuxième IVG (E 9).

« Le deuxième, je suis tombée enceinte presque tout de suite après » (E 9).

« C'est un échec de contraception oui, mais on s'en rend compte après quand on est plus mûre... » (E 9).

b) Justifications

La patiente se jugeait trop jeune pour gérer une grossesse et un enfant (E 9). La situation socioprofessionnelle du couple est jugée instable. La raison médicale de l'IVG proprement dite est évoquée une fois.

« Donc le deuxième là c'est pareil, là on avait fait une échographie et en fait il y avait comme un genre de tâche... donc là je me suis dit non, je me suis dit enfant trisomique et je me suis dit, là c'est bon je le fais enlever direct » (E 9).

c) Conséquences

L'acte d'IVG n'est pas vécu comme anodin. Les conséquences psychologiques sont exprimées clairement.

« Pour moi, ça laisse une profonde blessure dans le corps de la femme et dans son psychisme mais... après je pense qu'on ne parle pas assez de ce que ça provoque ! » (E 10).

L'infertilité secondaire est interprétée par la patiente (E 9).

« Je me mettais en tête que c'est parce que je m'étais fait avortée, c'est parce que j'étais punie... » (E 9).

5. Grossesse non désirée

a) Définition

La grossesse non désirée est classiquement exprimée par nos patientes par le terme de « grossesse non prévue » (E 14.15.16.18), comme une « surprise » (E 9.16) ou une « fatalité ».

« On m'avait dit que je pouvais pas en avoir » (E 9).

Une patiente l'exprime comme un échec de contraception (E 14).

« Quand je suis tombée enceinte du dernier, il avait 5 mois, donc il était encore petit et puis au départ, moi j'étais un peu perdue, donc pour moi c'est un échec de contraception » (E 14).

b) Justifications

- *Chez une primipare*

L'absence de contraception (E 3.15.17.18) sur un terrain familial fragile est apportée.

« C'est ma faute, j'ai joué avec le feu ! Je savais que mon couple n'allait pas, pourquoi j'ai continué à faire sans rien ? En disant c'est rien, ça va pas arriver maintenant. En fait non, on se fait trop confiance, et la nature, ben des fois... voilà j'aurais pu éviter ça si j'étais protégée. » (E 17).

La période de changement de méthode contraceptive est un moment de vulnérabilité (E 5.15).

« Vu que j'avais arrêté entre deux le patch, le temps que je mette en place l'implant euh...y'a eu un laps de temps et comme j'ai pas fait attention, du fait de plus avoir de règles j'ai pas, je savais plus vraiment la date de ma période... » (E 15).

Les erreurs dans la pratique de la méthode contraceptive sont fréquentes (E 5).

« J'avais calculé et tout ça et pour moi je ne pouvais pas tomber enceinte à cette période là » (E 5).

La grossesse non désirée survient suite à un « accident de préservatif » (E 10) ou sous pilule (E 14). L'idée d'avoir recours à une IVG est rejetée (E 9.10).

« J'ai pas pu j'ai gardé... » (E 9).

Le moment est jugé inopportun (E 17) ou la situation socioprofessionnelle jugée inadaptée (E 14).

« C'est une grossesse désirée... pas pour l'instant, on y pensait, c'est arrivé. » (E 17).

- *Dans le post-partum*

La patiente refusait la contraception du post-partum (E 5), la connaissance des risques était insuffisante (E 14).

« Donc en plus, j'allaitais; je n'ai pas eu le retour de couche donc voilà, on a été très surpris que j'étais enceinte, ça a été la grande surprise » (E 14).

La consultation post-natale est trop tardive (E 14).

c) Conséquences

Au sein du couple, les patientes rapportent des conflits, des séparations (E 9.14).

« Je suis célibataire, on est toujours en bon terme par rapport au bébé, mais on n'est plus ensemble, mais ça se passe très bien comme ça donc euh on verra par la suite (rire) » (E 15).

L'annonce de la grossesse entraîne une méfiance accrue, de la part du père, pour la relation future (E 3). Il est face à une situation difficilement gérable (E 9).

« Et puis après le conflit car y'a fallu annoncer ça au papa, on s'est séparé hein direct... c'était un peu l'embrouille car lui il a cru que je voulais le coincer » (E 9).

Un délai de réflexion apparaît fondamental pour les futurs parents (E 5). La première phase exprimée par la mère est un moment de déni (E 9) suivi par une phase d'acceptation.

« Le temps d'encaisser ! » (E 9).

Au sein de la relation mère-enfant, la perception du nouveau-né est parfois négative. (E 9). L'accouchement est vécu comme une période compliquée (E 3).

« Ca fait comme... ça va être méchant... mais ça fait comme un martien au début ! » (E 9).

Pour la mère, l'âge avancé est source d'inquiétudes (E 4). Elle hésite entre

poursuivre cette grossesse ou l'interrompre (E 9). Elle est face à ses responsabilités (E 9). La grossesse non désirée est de diagnostic plus tardif (E 5).

Au sein de la famille, les conflits s'exacerbent également et sont sources de stress pour la future maman (E 9). Chacun des membres de la famille doit se faire une place.

« Ma mère elle pensait que j'allais avoir un bébé toute seule donc elle a voulu gérer, elle a voulu prendre le rôle de la mère comme si c'était c'est elle qui allait devenir maman, donc forcément conflit...de ma mère de pas la laisser gérer comme elle gérait d'habitude...donc je peux comprendre qu'au bout de 39 ans, voir sa fille qui se rebiffe ben un petit peu ça doit pas être agréable non plus quoi mais bon là c'est quand même moi qui suis... qui suis maman comme maintenant et pas elle ! » (E 9).

6. Infertilité

a) Définition

C'est la difficulté de réaliser le projet familial.

« Ca fait bien 6 ans qu'on était en essai bébé, et pas moyen ! » (E 6).

b) Explications

Les patientes sont au courant de la pathologie. Le terme médical est vulgarisé.

« Et en fait j'ai les trompes qui se sont bouchées » (E 6).

c) Conséquences

L'infertilité a pour conséquences le rejet de la contraception (E 6) ou au contraire la poursuite d'un traitement par crainte d'une grossesse non désirée (E 9).

« Vu que ça peut se déboucher du jour au lendemain, je préfère prévenir que guérir » (E 6).

Le diagnostic d'infertilité a un retentissement psychologique. La femme concernée abandonne son projet familial (E 9).

C. La grossesse

1. La conception

a) Dans un cadre défini

Le contexte socio-économique est favorable (E 9). Les aînés de la fratrie sont autonomes (E 5). L'amour est présent au sein du couple (E 9).

« Fin on travaille, on peut avoir des enfants je veux dire ! » (E 17).

L'arrêt de la contraception est programmé (E 1). Le désir d'enfants est clairement exprimé par le conjoint mais cela reste une décision de couple (E 4). Le couple rejette l'idée de l'hyper-programmation (E 5).

b) Les conséquences de la programmation

- *Fonction du délai d'obtention d'une grossesse*

Le délai de conception, entre l'arrêt de la contraception et le diagnostic de grossesse, est court (E 5.10). Si ce délai s'allonge, il est source de souffrance.

« Comment je vais dire ça ? Ca devenait une obsession, il fallait à tout prix...à chaque fois que je passais dans les rayons » (E 9).

- *Comparaison à l'entourage*

La grossesse est vécue comme une chance.

« Du moins, autour de nous, on a aussi des gens qui n'arrivent pas à avoir d'enfants, donc, déjà en avoir un c'est déjà un très beau cadeau » (E 10).

2. Constatation

Le contrôle de la vie génitale est un critère d'indépendance et d'autonomie.

« J'ai toujours décidé de mes grossesses » (E 4).

La grossesse est l'occasion d'une première consultation à visée gynécologique (E 9.15.16), pour faire le point sur les connaissances (E 16).

« Dès que je suis tombée enceinte, on m'a dit d'aller à la PMI parce que justement je savais pas, comme j'avais jamais vu de gynéco, je savais pas comment ça se passait, donc on m'a dirigé vers une clinique c'était plus large. Et je me suis dit, en fait, je savais rien du tout, je ne connaissais rien, je m'suis dit ben je vais avoir un enfant et je ne connais rien, y'avait plein de choses que je savais pas » (E 16).

La grossesse est la seule occasion pour le couple de consulter ensemble (E 4).

La majorité des patientes interrogées bénéficiait d'une contraception hormonale avant la grossesse (E 1.2.4.5.7.9.11). Une seule patiente se protégeait par un moyen mécanique (E 10).

V. Spécificités par méthodes contraceptives

A. La pilule

1. Le paradoxe

a) *Souveraineté de la pilule*

La contraception évoque en priorité la prise d'une pilule (E 1).

« Ben en général, quand on parle de contraception, ce qui vient le plus, c'est la pilule » (E 16).

« Y'a pas 36 solutions » (E 4).

La pilule fait office de référence en matière contraceptive, c'est la norme (E 4.9).

« Pilule, basique ! » (E 17).

Elle représente le modèle contraceptif (E 1). Les autres techniques sont peu connues.

« Ben en général, quand on parle de contraception, ce qui vient le plus c'est la pilule, comme le stérilet, moi avant j'en avais jamais vu, je ne savais même pas ce que c'était, au début je pensais que c'était un grand truc mais ma gynéco elle m'a montré ce que c'était tout petit, comme les implants, je savais même pas que ça existait, on m'en a parlé y'a pas longtemps, les patchs aussi, je savais pas » (E 16).

b) *Pourquoi la pilule est prioritaire ?*

La pilule est la méthode contraceptive la plus efficace (E 4.5) et la plus populaire (E 13.16.17). Les pensées du professionnel sont interprétées.

« Je pense que le gynéco doit se dire à cet âge là, on va pas commencer à parler d'autre chose » (E 4).

La pilule était le seul moyen contraceptif sur le marché.

« Ben dans le temps, de toute façon je pense qu'y avait que la pilule » (E 6).

c) *Le rejet des hormones*

La pilule est associée à la notion de danger (E 4.10) : c'est contre-nature (E 5.14).

L'époque actuelle est en faveur du naturel (E 5). La pilule, ainsi que les autres contraceptifs hormonaux, sont rejetés (E 4.5.10.16).

2. Avant la grossesse

a) *La première prescription*

- *L'âge*

Avant la majorité dans la plupart des cas (E1.4.5.6.9), à l'adolescence (E 3.4).

« Quand on est jeune, c'est la pilule, point barre » (E 4).

« J'ai toujours pris la pilule, donc euh... » (E 6).

« Ahhhhhh pouffff, ça fait des années... » (E 9).

Une patiente explique avoir bénéficié d'une information globale, lors de la prescription de sa première pilule (E 5). Une autre n'a eu aucune information et n'a posé aucune question (E 4).

- *Le prescripteur*

Le médecin traitant est le premier prescripteur de pilule (E 4.5), sur simple demande (E 2).

- *Justification*

La période de début des rapports sexuels est propice à l'introduction d'une pilule (E 1).

« Si je voulais avoir des rapports, si je me sentais prête » (E 1).

La pilule est prescrite pour une raison autre que contraceptive (E 1.4.5.9.10.11.5).

« C'était plus au niveau acné et tout ça, c'était pas vraiment de la contraception » (E 5).

A contrario, une patiente informe qu'elle n'a jamais su pourquoi elle prenait une contraception hormonale (E 9).

- *Les contre-indications*

Une patiente sait pourquoi elle n'a pas bénéficié de prescription de pilule.

« Ben je prenais rien j'étais tellement nerveuse que je prenais rien, j'étais « déprimée » par rapport au décès de mes parents et tout pour ça qu'ils m'ont dit la pilule y'était pas question j'étais trop nerveuse ! » (E 12).

b) Le traitement chronique

Les patientes refusent le changement si la pilule prescrite est bien tolérée (E 1). C'est une question d'habitude (E 17). C'est une contraception prescrite au long cours (E 3.4). Une patiente a poursuivi ses prises de pilule après une chirurgie bariatrique, même sur un terrain d'infertilité (E 9).

c) Les circonstances d'arrêt

L'aménorrhée sous pilule est un facteur de stress pour les patientes. La crainte de la grossesse sous pilule existe.

« Parce que je sais que quand j'avais eu le problème de mes règles, je l'avais déjà arrêté en me disant comme j'avais pas mes règles, je pensais être enceinte, donc j'avais été voir, consulter donc c'était pas ça mais par la suite j'ai pas repris de contraception, donc ce qui a fait le grand laps de

temps, donc non c'était pas un échec de contraception, c'était moi qui avait arrêté, qui ait pas fait attention » (E 15).

La prise de poids est mal vécue.

« J'ai perdu un peu de poids et je me sentais mieux » (E 5).

L'absence de relation sérieuse ne justifie pas la prise quotidienne d'un traitement (E 3).

Les prises quotidiennes sont vécues comme contraignantes (E 3.5.14).

« Parce que la pilule c'est plus parce que c'est chiant, faut pas l'oublier » (E 6).

« Plus avoir à me dire le soir, tient j'ai oublié ma pilule » (E 7).

Il y a un désir de grossesse (E 13).

Suite à la polémique, les risques apparaissent au premier plan. La pilule est arrêtée (E 4). Le courant de pensée anti-médicament n'épargne pas la pilule.

« A la base, je suis pas à prendre facilement des médicaments, donc ça joue aussi » (E 14).

La pilule ne répond pas aux attentes de la patiente.

« Bon mes règles elles étaient toujours aussi douloureuses » (E 5).

La pilule ne convient pas (E 4.5.9), les effets secondaires sont insupportables (E 4).

3. Les connaissances

a) Conduite à tenir en cas d'oubli ou de pathologie intercurrente

Seule une patiente connaît la conduite à tenir (E 1.2.17). Il faut intégrer la notion de rapport.

« J'avais pas de rapport à ce moment là, j'ai continué sans me poser de questions » (E 1).

La pérennisation des symptômes amènera à consulter (E 9). La protection par moyen mécanique est connue (E 9.17).

b) La notion de risques

Les facteurs de risque cardio-vasculaires sont globalement connus (E 10).

« Je sais que je n'fume pas, je n'bois pas, euh, j'ai moins de risques, peut être moins... moins de risques d'avoir des problèmes avec ma pilule que quelqu'un qui fume » (E 4).

Une patiente tient compte des recommandations pour prévenir les risques liés à la prise d'une pilule (E 16). Une autre n'y prête pas attention.

« Même mon médecin, y me demandait lorsqu'il me la prescrivait, vous fumez ? Oui, ben y faut pas fumer en prenant la pilule (rire)... ça ne m'a jamais trop rien fait » (E 6).

« Qu'on nous dit mais qu'on ne veut pas entendre » (E 4).

Une patiente connaît le risque de grossesse sous pilule (E 1). La pilule reste un médicament (E1.4.8.14).

La notion d'oubli existe (E 1.6), une autre affirme ne jamais l'oublier (E 2).

« Voilà quoi, je me suis dit c'est un...c'est un peu nous... On rentrait tard, on était jeune, on sortait... Voilà quoi, vous faites la fête, la pilule... Deux heures du matin vous n'y pensez plus, donc là.... » (E 9).

c) Les effets secondaires

Ils sont connus et expérimentés (E 3 .6).

« Des petites choses qui rendent parfois la vie franchement désagréable » (E 3).

4. Explications du choix dans le post-partum

a) Les motivations

La reprise du modèle antérieur (E 1.2), avec le même nom de pilule (E 1) est envisagée. Les techniques de prise sont connues et comprises (E 16).

« Ben je dois la prendre 28 jours sur 28. En continu. Au 21^{ième} jour après l'accouchement à heure fixe et voilà. Ce que je sais sur cette pilule, c'est qu'il faut pas oublier de la prendre à heure fixe c'est à heure fixe, c'était super important » (E 17).

La facilité de prise, d'introduction et d'arrêt est mise en avant (E 1.17). La patiente ne souhaitant plus d'enfants s'autorise une contraception hormonale.

« Y'aura des hormones parce que... je ne voudrais pas d'autres enfants donc si j'ai des problèmes, c'est pas grave...voilà ! » (E 11).

La patiente a confiance en cette méthode (E 2). La fiabilité apparaît être une qualité (E 17). La justification médicale de la prescription est mise en avant.

« On m'a dit que c'était la pilule la mieux adaptée, parce que j'allaitais et que je fumais, qu'il fallait que je prenne celle là. » (E 1).

C'est le modèle contraceptif de l'entourage (E 9).

Les patientes prennent leurs responsabilités.

« J'ai confiance en un produit ou je me dis y'a des petits problèmes... après je me dis c'est contrôlé ! Après je me dis si on fait bien fin voilà, moi on m'a dit tu prends pas la pilule si tu fumes ben j'ai pas réussi à arrêter de fumer donc j'ai arrêté la pilule après voilà les patientes elles sont au courant que prendre la pilule et continuer de fumer c'est pas bon et qu'elles continuent de le faire ben voilà après faut pas venir après s'étonner quoi ! Fin moi je pars de ce principe là, on te prévient, tu le fais quand même après viens pas pleurer c'est tout... Voilà » (E 17).

Le professionnel informe, avec subjectivité, en jouant sur le risque de grossesse.

« Non on m'a parlé que de la pilule. Je crois que c'était une sage-femme, oui je crois que c'est une sage-femme, y'a une personne qui est passée hier et elle m'a demandée si... ben si j'allais faire après, quel moyen j'allais choisir après l'accouchement et si j'allais prendre la pilule, ben on pouvait me faire une ordonnance. Oui on m'a expliqué que la pilule et on m'a dit que le 2^{ième} enfant ça va très

vite, après c'est tout ; et puis c'était dur si je viens d'accoucher maintenant et si y'a un 2^{ème} enfant tout de suite après, ça va être difficile pour moi, donc j'ai dit non, moi j'en veux pas un tout de suite, de toute façon et y m'ont dit, ben vous pouvez réfléchir mais sachez que nous on peut vous faire une ordonnance de pilule » (E 16).

L'objectif est d'éviter une seconde grossesse non désirée (E 2) ou de se protéger d'une grossesse (E 5). Les autres méthodes ne conviennent pas au couple (E 3). La démarche de prescription est passive.

« Je sais pas, c'est la gynéco qui va décider, qui va voir » (E 13).

b) Le rejet

L'association allaitement-pilule (E 4.14), les hormones, l'âge avancé (E 4), les antécédents d'effets secondaires (E 5) ne motivent pas la prise d'une contraception dans le post-partum (E 4.11).

« Je ne veux plus être embêtée avec des hormones » (E 4).

La crainte de la stérilité est retrouvée chez plusieurs patientes ayant encore un désir d'enfants (E 4.8.11).

« Oui, c'est juste ça; en avoir un après, moi j'aimerais bien en avoir un dans 5 ans, donc je me suis dit, d'ici là, 5 ans c'est loin, donc si je prends la pilule pendant 5 ans, mon corps y va vraiment bien s'habituer » (E 16).

Le retard de la planification familiale est incriminé à la pilule (E 11).

« J'ai un doute quand même... oui un doute ouais.... Est-ce que ça a dérégulé ? Après je sais pas, c'est peut-être des bêtises ce que je dis mais j'ai pas envie de recommencer » (E 11).

5. Les freins

a) Les idées reçues

La patiente s'autorisera une contraception hormonale lorsqu'elle aura eu le nombre de grossesses souhaitées (E 8). Plusieurs patientes rapportent l'idée d'une gradation dans la puissance des pilules (E 9). Elles craignent de prendre une pilule jugée « trop forte ».

b) Le manque de connaissances

Les modalités de prises, le prescripteur, les autres techniques ne sont pas connus (E 1.2.8.10.13.18).

c) Sentiment d'imposition

La patiente a le sentiment de ne pas avoir le choix.

« Il m'a mis l'ordonnance » (E 1).

d) Les craintes

Les patientes craignent les effets secondaires (telle une prise de poids) (E 1), les conséquences d'une prise hormonale chronique (E 16), la reproduction d'une expérience douloureuse (E 11).

« J'voudrais bien prendre la pilule parce que pour moi maintenant c'est le moyen le plus sûr mais je sais pas encore, encore une fois, j'ai peur que ça dérègle tout. » (E 16).

L'inefficacité de la pilule entraîne l'usage d'une double protection (E 9).

Les sources ont différentes origines : de la patiente elle-même, de l'entourage, des médias... (E 5).

L'inadaptation au mode de vie du post-partum, et en particulier à l'allaitement, inquiète les mamans.

« Elle m'a juste dit ben vu que vous allaitez donc euh, donc si vous prenez la pilule, vous inquiétez pas, c'est une pilule compatible avec l'accouchement, euh, pardon avec l'allaitement ; et si vous arrêtez l'allaitement, vous pouvez passer une autre pilule, en moi, je me suis dit, ben comment je vais faire si je prends une pilule compatible avec l'allaitement et que j'arrête entre deux, si je passe à une autre pilule, ben je me suis dit déjà si j'en prends une déjà si je suis dérégulée, et si entre deux, je change encore, et on m'a dit que si je devais en prendre une, c'était dans 3 semaines je pense, que je pourrai la commencer dans 3 semaines » (E 16).

6. Les conséquences

Les patientes prennent le traitement prescrit sans conviction et remettent en doute la validité de la prescription (E 1). La divergence d'avis entraîne une ambivalence de la pensée.

« En fait y'a que la pilule qui m'intéresse, ben... mais je sais pas si je vais la prendre, bon ben tout compte fait, ouais, je pense que je vais la prendre » (E 16).

Le bénéfice n'est pas mis en valeur (E 14). La patiente garde l'ordonnance de prescription sans retirer le traitement à la pharmacie. Elle adapte elle-même les prises, en fonction de ses besoins (E 1).

B. Le stérilet

1. Explications du choix dans le post-partum

a) Les motivations

Le choix est déjà fait avant l'accouchement (E 5.14.18), sans information préalable (E 3). Le stérilet apparaît être la méthode contraceptive la plus adaptée.

« Je crois que c'est la meilleure des solutions pour moi. » (E 3).

Le stérilet est souhaité par la patiente car proposé par la maternité (E 4). L'avis du professionnel prime (E 5).

Une expérience positive, personnelle ou de l'entourage, encourage l'utilisation de cette technique (E 1.4.5.18).

« J'ai beaucoup d'amies qui portent des stérilets » (E 3).

« Oui parce que j'en ai déjà posé un, c'est peut-être aussi pour ça que je préfère le stérilet, parce que je sais comment ça se pose comment, ça s'enlève, euh, et puis voilà quoi, j'sais comment ça marche, j'suis peut-être plus rassurée, à ce niveau, et puis voilà quoi » (E 18).

C'est une alternative aux méthodes hormonales (E 5.18). L'efficacité, la fiabilité, la facilité de pose et de retrait, et la tranquillité d'esprit sont mis en avant (E 3.5.14.18).

« Je pouvais l'enlever quand je voulais » (E 5).

Le stérilet n'influence pas le délai d'obtention d'une grossesse une fois retiré (E 5).

b) Les connaissances

- *Des effets secondaires*

La possibilité de métrorragies est connue et acceptée (E 3).

- *De la technique*

Les connaissances de la technique de pose sont superficielles (E 3.11).

c) Le rejet

L'intervention d'un tiers est contraignante (E 1).

« Le stérilet, faut aller se le faire enlever » (E 1).

La balance bénéfice-risque est inversée aux yeux de la patiente. La mobilité, les infections et le risque de grossesse sont les risques craints (E 4.7.11.15).

« Le stérilet après, moi j'ai déjà entendu que ça bouge ou ça peut, donc je pense que c'est plus pour ça que je pars sur l'implant » (E 6).

Les effets secondaires forcent le retrait prématuré (E 4.5.17). Le renouvellement d'une mauvaise expérience n'est pas souhaitable.

« J'avais la poitrine gonflée, tous les signes de grossesse, envie de vomir le matin, tous les symptômes de la femme enceinte donc on l'a retiré » (E 4).

Le refus de l'introduction d'un corps étranger est un motif de rejet (E 9.14.16).

Le conjoint ne souhaite pas la pose d'un stérilet chez sa compagne (E 14).

2. Information

a) Justification de l'importance de l'information

Initialement, la patiente rejette le stérilet. Une fois informée, le principe est accepté (E 5).

b) Origine de l'information

L'information est ancienne (E 3). Elle provient du gynécologue (E 17), du médecin traitant (E 4), d'une sage femme (E 14) ou de l'entourage (E 3).

3. Les freins

a) Les idées reçues

La multiparité est un critère pour choisir le stérilet.

« Le stérilet, on m'avait dit que je pouvais en mettre à partir de 3 enfants » (E 1).

b) Le manque de connaissances

La date de pose est fonction du retour de couches (E 5), ou inconnue aux yeux des patientes ayant choisi cette méthode contraceptive (E 3.18).

« On ne peut pas le poser après la grossesse, tout de suite je pense, y'a peut être un temps. J'en sais rien, (rire), je sais pas ; honnêtement je sais pas » (E 4).

« Pour moi faut déjà que l'utérus ait repris une forme, ben sa forme initiale » (E 3).

Seule une patiente fournit une date de pose exacte (E 14).

La durée d'efficacité est inconnue (E 18).

c) Les contraintes du stérilet

Le délai de pose contraint à débiter temporairement une autre méthode contraceptive (E 14.18).

d) Les craintes

L'absence de fiabilité certaine est exprimée.

« Oui, surtout par rapport au suivi et tout ça, ce qui me fait un peu peur avec le stérilet c'est qu'aucune contraception n'est fiable à 100% mais que... je sais qu'il y a quand même des femmes qui sont tombées enceintes sous stérilet quand même, donc ça me fait un peu peur mais, oui un petit peu, le suivi, euh, être sûre que je le supporte aussi, donc un petit peu tout ça, quoi » (E 14).

La patiente craint subir la même intolérance que sous méthode hormonale.

« J'espère juste de ne pas avoir d'effet secondaire comme avec les pilules, avec un stérilet » (E 3).

4. Les conséquences

La possibilité de bénéficier d'un stérilet n'est pas une certitude (E 1). La question de l'efficacité, en comparaison à d'autres techniques, est soulevée (E 1). Le professionnel ne détaille pas les autres méthodes, une fois le choix du stérilet évoqué (E 18).

« Les autres méthodes, ben, pas trop, ...(sourire) on est parti sur ça, sur le stérilet, après j'ai pas su, je sais pas » (E 18).

5. Les souhaits

Un suivi médical rapproché pour rassurer la patiente porteuse d'un stérilet (E 14).

Le respect du choix d'un contraceptif non hormonal est souhaité (E 5).

Les patientes ont besoin de voir un échantillon (E 1.16), et d'être confortées dans leur choix (E 14).

C. L'implant

1. Explications du choix dans le post-partum

a) Le choix

Préalablement à toute information, l'implant est évoqué dans le pré-partum, avec l'espoir d'une bonne tolérance (E 6).

« En espérant que j'ai pas de... de... (merde) de mauvaises, comment on dit, de mauvaises réactions, et que ça se passe bien » (E 6).

La possibilité de sortir de la maternité l'esprit libre est valorisée.

« Si en plus je peux me faire poser un implant avant la sortie, ce serait magnifique » (E 6).

Toute l'équipe est à l'unisson pour proposer l'implant contraceptif (E 12).

L'efficacité, le côté pratique, la tranquillité, la sécurité, la prudence, la facilité, la fiabilité et l'absence d'oubli sont des qualités valorisant l'implant (E 6.7.12).

« J' préfère jouer la sécurité en mettant l'implant » (E 7).

b) Les connaissances

La technique de pose, de retrait et la durée sont connues (E 6.7.11.12).

« Et ben, c'est dans le bras, c'est un genre de piqûre en fait, ils injectent, en fait, une petite... euh, je ne sais comment on appelle ça, un petit implant, qui reste là, à la peau » (E 6).

Le médecin traitant a les compétences pour le prescrire et le poser (E 7).

c) L'influence

La mauvaise expérience d'autrui n'influence pas le choix de la maman.

« Mon amie, elle ne l'a pas supporté, et je partirai quand même sur l'implant donc, euh... » (E 6).

L'entourage encourage la pose de l'implant (E 7).

d) Le rejet

La présence d'un corps étranger sous cutanée et la technique de pose sont rédhibitoires (E 9).

« L'implant, avoir un truc sous la peau, non ! » (E 1).

« Quand j'ai vu la tige, qu'il fallait faire une petite incision, j'ai complètement repoussé l'idée là » (E 1).

L'implant est moins populaire et paraît donc moins fiable (E 6).

« Parce qu'il n'y a pas beaucoup de personnes qui l'utilisent ; donc pour moi c'est que ça ne marche pas peut-être, donc je sais pas » (E 16).

« C'est pas un truc que j'adhère, ça ne me dit rien, ça reste neuf, voilà nouveau, c'est comme si... comme si c'est comme on disait y'a une nouvelle technique de vaccination, j'irai pas, parce qu'on, que c'est nouveau, y'a pas de recul, c'est de la méfiance, ouaih... » (E 17).

L'implant délivre des hormones (E 4).

La similitude de la pose entre chez l'homme à chez l'animal ne plaît pas.

« Ben déjà l'implant, c'est un implant quoi ! C'est un implant dans ma peau quoi ! Fin non, c'est ça qui me dérange en fait, et puis on peut faire des rejets avec... fin non j'aime pas, c'est un corps étranger, je suis pas un chien quoi, fin voilà quoi, les chiens on met des puces et moi non, fin j'aime pas c'est tout, ça se voit en plus, en plus ça se sent donc non j'aime pas » (E 17).

2. Les freins

a) L'imposition

La prescription de l'implant est imposée par le service.

« C'est pour ça que là ils m'ont dit de mettre un implant. L'implant, il va aller le chercher et ils vont le mettre ici. C'est pour ça, pendant 3 ans, j'aurai plus d'enfants, parce que là, un an d'écart c'est un peu difficile pour eux.... Sans quoi ça va ! ça va ! Je vais mettre un implant, c'est la sage femme qui m'a dit » (E 12).

b) Les idées reçues

Les personnes pouvant bénéficier du dispositif sont mal identifiées.

« J'ai l'impression que l'implant, c'était pour des personnes de plus de 30 ans ou 40 ans, on en parle pas aux jeunes » (E 16).

Le retrait du dispositif est douloureux.

« Bon je sais que ça fait mal quand on l'enlève donc j'ai pas trop envie... » (E 15).

Le corps peut rejeter le dispositif (E 17).

c) Le manque d'informations

L'implant n'est pas évoqué dans les techniques de contraception du post-partum (E 16).

« On a jamais parlé de ce qui était implant » (E 7).

La conduite à tenir, le lieu et la technique de pose d'un implant sont douteux (E 1.7).

« C'est dans le bras, c'est ça ? » (E 12).

Dans le post-partum, le délai de pose est inconnu.

« Je crois qu'il faut attendre, on peut pas le poser tout de suite après un accouchement, peut-être 3 ou 6 mois, je sais plus » (E 6).

3. Les conséquences

Les questions fondamentales sont en suspens.

« Savoir si y'a des règles, si les règles elles apparaissent, ou elles n'apparaissent pas » (E 7).

Le dispositif n'étant pas matérialisé, l'imaginaire ne coïncide pas à la réalité (E 7).

« C'est un petit... une espèce de petit tube, non ? » (E 7).

4. Le souhait

Un délai de réflexion est souhaité. Une fois la décision prise, une pose rapide est demandée (E 6.7). Avant la pose, les patientes visualiseront le dispositif (E 1.7).

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

1. Explications du choix dans le post-partum

a) Le choix

C'est une préférence culturelle (E 8). Malgré l'absence de fiabilité, la méthode de l'allaitement contraceptif est essayée (E 16).

b) Le rejet

Le bénéfice secondaire de l'allaitement n'est pas accepté par une patiente.

« Ben l'allaitement comme méthode contraceptive, moi ça me paraît un peu... ça fait quand même peser un poids sur l'allaitement qui n'est pas celui là, j'sais pas, si on allaite, c'est pas pour avoir un... par rapport à la relation mère-enfant, par rapport au fait de nourrir son enfant, c'est pas pour qu'il y ait une ... (rire), ça protège par rapport au fait d'avoir un enfant dans le couple » (E 10).

2. L'influence

La nouvelle maman reçoit de sa propre mère les consignes de l'allaitement contraceptif (E 8).

3. Le manque de connaissances

L'allaitement contraceptif est énigmatique. L'allaitement est nutritif pour le bébé et contraceptif pour la maman. Ces avantages sont mis en avant. Les conditions pour favoriser la réussite sont inconnues (E 10).

« Euh elle fait un allaitement naturel, euh, pas de tétine pour mon enfant, pas de ... ? Vous connaissez, comment on dit...

La tétine ?

Oui la tétine, euh, rester la sexuel un mois, un mois, rester le sexe avec mon mari, un mois

Ne pas faire pendant un mois, d'accord

Oui... euh, un mois, euh, et pis donner le sein de mon bébé toute la nuit, toute la nuit » (E 8).

La fiabilité est une fausse certitude.

« Je ne peux pas avoir d'enfant, logiquement quand on allaite » (E 4).

E. Le préservatif

1. Les circonstances d'utilisation avant la grossesse

Le préservatif est utilisé lors d'aventures sans lendemain (E 3), au début d'une relation (E 1.4), ou lors d'un rejet des techniques hormonales (E 10.16). La protection contre les IST justifie son utilisation (E 1).

2. Explications dans le post-partum

a) Le choix

Le préservatif apparaît être un choix pour effectuer la transition entre l'accouchement et l'introduction d'une autre méthode contraceptive (E 3.4.9.10.11.16). C'est la seule alternative aux hormones (E 3).

« Une contraception sans hormone, y'en a pas beaucoup en fait donc j'ai pensé tout de suite préservatif »(E 11).

L'efficacité immédiate de la méthode est valorisée.

« On peut être dans l'instantané, profiter de l'instant présent » (E 10).

b) Le rejet

Le préservatif déplaît à l'un ou l'autre des partenaires (E 1).

La crainte de la récurrence « d'accident de parcours » est exprimée.

« Je sais qu'une fois y'avait un préservatif qui avait percé, enfin qui avait craqué... » (E 4).

L'intolérance au latex et le ressenti différent de l'acte sexuel sont rapportés (E 10).

3. Les freins

a) Le manque de connaissances

La durée de la période de transition est inconnue (E 2.4).

b) Le conjoint

Le conjoint rejette les méthodes mécaniques.

« Pour lui, c'est plus dur de mettre un préservatif, c'est moi qui le forçait à mettre des préservatifs parce qu'il n'aimait pas ça! » (E 4).

4. Les souhaits

Une double protection est souhaitable (E 4). Chacun des membres du couple doit faire des compromis.

« C'est comme ça, y'a des petits sacrifices à faire aussi » (E 3).

F. Coïtus interruptus

Cette technique est évoquée par un seul couple. La situation est inconfortable.

« C'est compliqué de lui faire comprendre qu'on peut pas juste faire attention, se retirer, et puis tout va bien, c'est compliqué... » (E 3).

G. Les méthodes naturelles

Les méthodes naturelles sont utilisées avant la grossesse. Aucune des patientes n'a l'intention de reprendre une technique semblable dans le post-partum.

1. Constatation

Les méthodes naturelles, comme le calcul du cycle, sont utilisées sans connaissances approfondies. Le risque de grossesse est inconnu.

« Ah non, j'ai pas fait de recherche spécialement pour ça ; non, j'savais que l'ovulation c'était 14 jours après et puis c'est tout, mais j'ai pas cherché à en savoir plus. Je savais juste qu'il y avait une ovulation après les règles... Que des fois aussi il y avait certains signes, dont la fièvre et tout ça mais après sinon, j'ai pas cherché à en savoir plus ; parce que je me suis dit, un bébé ça vient pas tout de suite ; c'est quand on voit des personnes qui mettent 2 ans pour en avoir un, alors je me suis dit pourquoi moi j'en aurai un tout de suite alors que ; pour moi, c'était vraiment impossible, impossible... » (E 16).

Parfois, la technique naturelle est utilisée en acceptant l'idée d'une grossesse non désirée.

« La limite, c'est que s'il arrivait quelque chose, c'était pas un drame en soi. » (E 17).

Les connaissances de la physiologie féminine sont erronées.

« J'attendais la fin de mes règles et 14 jours après, pour moi, j'étais en ovulation ...Mais je savais pas que...euh, comment, que les spermatozoïdes de l'homme pouvaient rester plusieurs jours dans la femme, et ça je ne savais pas » (E 16).

2. Le rejet

Il y a des défauts incompatibles avec la pratique de méthodes naturelles.

« Euh, ben, moi au départ j'étais plus pour les méthodes naturelles mais comme je ne me connais pas assez, je ne suis pas assez assidue ; au départ, c'est ce que je voulais, c'était être... travailler plus dans les méthodes naturelles justement mais comme j'étais pas assidue avec moi-même , je ne me connais pas assez bien je suis pas assez régulière, savoir tel jour, j'ai mes règles tel jour, j'ai vite abandonné, j'aurais préféré être dans les méthodes naturelles plutôt que voilà en contraception surtout que moi j'ai fait une phlébite et en plus j'allaite donc je suis pas très chaude pour prendre un contraceptif alors que j'allaite même si il y en a qui sont fait exprès » (E 14).

L'hyper-programmation de la relation sexuelle et l'observation quotidienne sont des motifs expliquant le rejet.

« Ben y'a, mais y'a aussi un, du moins, on peut être dans l'instantané, on décide pas le matin, ben si on est plutôt abstinent ou si on va plutôt avoir un rapport ou pas, on peut se dire, bon ben là,... on peut être aussi profiter de l'instant présent, en fait, davantage, de se dire bon ben dès le matin, il faut vérifier etc... » (E 10).

Ces méthodes sont tentantes mais contraignantes.

« Je suis désolée, normalement j'irai plutôt, ben y'a pas à être désolée, c'est que vraiment au vu de ce que je dis, j'aurai plutôt tendance à aller vers les méthodes naturelles mais en même temps, dans les méthodes naturelles, y'a quelque chose qui ne va pas, donc, euh, bon » (E 10).

3. Les conséquences

La survenue d'une grossesse doit être acceptable.

« Moi, je calculais en fonction de mes ovulations et je pense qu'un jour enfin un mois où j'ai ovulé plus tôt et donc après ben voilà ce qui m'est arrivée. Ben je me suis trompée dans mes calculs on va dire ; ben je calculais bien mais peut-être que j'ai ovulé plus tôt, je sais pas comment ça s'est passé ; on prenait le préservatif, mais quand j'étais, comment dire, quand j'étais pas à risque, je n'en prenais pas, et le jour où on l'a pas pris ben j'étais à risque donc voilà » (E 16).

La grossesse non désirée est source de conflit pour la cellule familiale.

« Mon mari, il m'a dit : je te croyais avec ta méthode de calcul ! » (E 16).

L'absence de fiabilité et le risque d'erreur encouragent l'utilisation d'une combinaison de moyens.

« J'ai acheté deux fois le test, pour voir si ça concordait, je l'ai fais deux fois et ça marchait, donc c'est que j'ovulais à ce moment là quoi, donc on faisait attention à ce moment là. Ca a l'air efficace fin.... » (E 17).

4. L'influence

La formation aux méthodes naturelles est transmise oralement, par l'entourage.

« J'ai retenu ce que les filles elles m'ont dit, mais, ... » (E 10).

L'information ne provient pas de professionnels de santé.

« Ah non pas du tout, j'ai vu sur internet, sur un forum, j'ai dit je vais essayer. » (E 17).

H. La ligature des trompes

1. La définition

C'est une méthode irréversible (E 4.6) où la part d'imaginaire est importante (E 5).

« C'est con ce que je vais dire, on fait un nœud » (E 4).

C'est un acte contre-nature. L'action transitoire de l'homme est acceptée (E 4). C'est une opération chirurgicale, non hormonale, respectant la physiologie féminine. Il y a deux manières de procéder. La technique est inconnue (E 4).

« J'sais même pas si on incise » (E 4).

2. Les explications du choix

Le choix est exprimé avec certitude (E 4).

« Je suis certaine, je ne plus avoir d'enfants » (E 4).

La mixité de la descendance, l'âge mûr, et le moment idéal sont des critères justifiant le choix (E 4.6).

« Pour moi, je peux me permettre de demander une ligature de trompe maintenant, chose que je n'aurai pas pensé à 30 ans » (E 4).

3. Qui informe ?

Le gynécologue informe de la procédure (E 4). La patiente complète son information sur internet (E 4).

4. La conduite à tenir

La consultation post-natale aura lieu en couple.

« Il va venir dans 6 semaines. Le gynéco a demandé à ce qu'il soit présent » (E 4).

5. Les souhaits

Après plusieurs discussions, une prise en charge rapide est souhaitée (E 4).

« Moi j'aimerais que, dans 4 mois, j'voudrais bien me faire opérer » (E 4).

La patiente a besoin d'un jugement extérieur (E 4).

6. L'influence

Les amies et les collègues du même âge, ayant une expérience favorable de la ligature des trompes, encouragent la femme ne désirant plus d'enfants (E 4).

7. Les craintes

L'irréversibilité inquiète (E 9.11). Les femmes craignent de regretter (E 4.6).

8. Le manque de connaissances

La ligature des trompes n'est pas vécue comme un moyen de contraception (E 6).

La notion de réversibilité est apportée.

« Une méthode où on peut revenir en arrière » (E 4).

9. Le rejet

Cette méthode est inconnue (E 11). L'incertitude, concernant le projet familial et l'avenir, défavorise la méthode (E 6.11). Le risque de divorce est soulevé (E 4).

« On connaît pas la vie, donc dans 10 ans, peut-être que je voudrais un autre enfant.... Donc non » (E 11).

Cette méthode est considérée comme violente (E 10).

I. La vasectomie

1. L'origine de l'information

Le gynécologue conseille l'opération.

« C'était pas à moi de me faire opérer, c'était à mon mari, c'est moins contraignant pour un homme que pour une femme l'opération » (E 4).

2. Le rejet

L'opération est radicale (E 10). Le partenaire est contre (E 4).

« On touche pas aux bijoux » (E 1).

J. L'anneau vaginal

L'anneau vaginal n'est pas envisagé dans le post-partum. Une patiente l'évoque, mais n'ayant reçue aucune information, rejette cette technique contraceptive.

« N'étant pas informée, j'avais pas m'lancer dans quelque chose » (E 18).

K. Le diaphragme

Le diaphragme est évoqué comme méthode contraceptive. Aucune des patientes ne sollicite cette technique dans le post-partum.

1. Le manque de connaissances

La technique de pose est inconnue.

« Comment ça se positionnait dans le vagin ? Et tout » (E 4).

2. Le rejet

La notion de corps étranger est rejetée (E 4).

« J'sais pas c'est intrusif, c'est marrant, pour moi c'est intrusif » (E 4).

Le manque de démocratisation n'est pas en faveur de son utilisation (E 4).

3. Les craintes

La crainte de l'introduction définitive est exprimée.

« J'aurai eu peur que le diaphragme y rentre, qui ne ressorte plus ! » (E 4).

L. Le patch cutané

La patiente ayant choisi le patch avant la grossesse, souhaite réitérer son expérience.

« J'aimerais bien retenter le patch parce que ça allait très bien, bon à part l'éruption cutanée, des rougeurs, vraiment là, à l'endroit où y'avait le patch mais sinon, à part ça, ça se passait très bien (rire), donc j'aimerais bien repartir sur le patch..... » (E 15).

1. Les connaissances de la technique d'utilisation

La technique de pose est expliquée correctement (E 15).

2. L'influence

Le patch cutané n'est pas populaire. La patiente choisissant cette méthode ne peut en discuter avec l'entourage (E 15).

3. Les motivations

L'efficacité contraceptive prime sur l'absence de remboursement (E 15). Le patch est une bonne alternative à la pilule (E 15).

« La pilule, je l'oubliais trop souvent, donc je l'ai arrêtée, fin, j'en ai parlé à mon ancien gynéco, et il m'a dit qu'il conseillait le patch, mais que c'était pas remboursé, j'ai dit je préfère quand même payer mais ne pas tomber enceinte, je préfère pas tomber enceinte donc ça a commencé par là... » (E 15).

4. L'origine de l'information

L'information ne provient pas d'un professionnel de santé (E 15).

5. Les motifs d'arrêt

L'intolérance cutanée est à l'origine de l'arrêt du patch. Cet arrêt est à l'origine d'une grossesse non désirée (E15).

DISCUSSION

I. Les limites et les biais

A. Une étude qualitative

Cette étude dresse un état des lieux exhaustif des connaissances de la contraception dans le post-partum. Ces résultats sont un échantillon de la population de la maternité de Valenciennes. L'étude est effectuée de septembre à novembre 2014.

B. Des entretiens semi-dirigés

Malgré l'anonymisation, l'enregistrement des entretiens peut constituer un frein dans le dialogue. La conséquence directe est la création d'un biais d'information. Les patientes sont sélectionnées le jour de la sortie de maternité, pour laisser un temps d'action à l'équipe médicale. L'entretien est réalisable ce jour-là. Il existe donc un biais de sélection. Le biais de recrutement existe car les patientes mineures sont exclues pour des raisons éthiques. La « petite taille » de l'échantillon est à noter aussi pour généraliser les données de l'étude. Les patientes interrogées rapportent des faits antérieurs, créant un biais de mémorisation. L'expérience passée est évoquée à un moment où de nombreux changements se produisent.

L'investigateur de l'étude s'identifiait comme interne en médecine générale. Par conséquent, l'expression du vécu, du ressenti et de l'avenir peut être exprimée avec retenue. La manière dont l'investigateur relance les entretiens semi-dirigés constitue un biais d'investigation, les patientes interrogées peuvent être influencées.

Deux entretiens ont été effectués en présence du conjoint, deux autres dans une chambre double. Cela constitue des biais externes.

La grande variabilité de la durée des entretiens est liée au caractère même de la femme interrogée. La barrière de la langue peut limiter la longueur de l'entretien. Au contraire, certaines femmes prennent du plaisir à partager leur expérience et à participer à un travail de recherche médicale.

C. L'analyse des entretiens

Par définition, l'analyse qualitative engendre un biais d'interprétation. Ce biais est réduit par la retranscription intégrale des entretiens, et par la triangulation des données. Pour cette raison, les entretiens ne sont pas « censurés ». Le langage oral est retranscrit « ad integrum », pour tenter de laisser apparaître l'intonation prise, modifiant parfois la compréhension de l'idée apportée.

II. La force de l'étude

A. Le choix de la méthode

Le choix d'effectuer une étude qualitative sur ce sujet est original. Ce travail est informatif, observationnel. Il a pour but d'analyser la compréhension de l'information reçue dans le post-partum, et d'obtenir un état des lieux des différentes attentes en matière de contraception.

B. Le respect des critères de scientificité

Le cadre méthodologique est strictement respecté, renforçant la validité de l'étude. Chaque entretien est analysé au fur et à mesure, un par un. Le codage est double, permettant de confronter les deux analyses. Cette technique a permis d'obtenir une saturation des données au seizième entretien. Deux entretiens supplémentaires sont réalisés sans apporter d'idées nouvelles.

C. Des patientes authentiques

Les entretiens sont réalisés dans la chambre de la maman. Ce lieu est connu par la patiente, un terrain de confiance s'installe. La sincérité des entretiens et les variétés de parcours sont frappantes. Les patientes se confient sur leur vécu et sur leur ressenti à la suite d'une discussion avec un professionnel. Ces confidences sont encouragées par l'anonymat garanti. Le fait de demander leur avis dans le domaine médical n'est pas courant. Les patientes se sentent valorisées. Durant l'entretien, la

sérénité s'installe. Les confidences exprimées rappellent les qualités nécessaires d'un médecin généraliste : l'écoute, la compréhension, la confiance, l'empathie...

III. Principaux résultats

A. Les connaissances

Dans la littérature, les femmes connaissent en moyenne sept moyens de contraception (22). Dans cette étude, les patientes n'ont pas de connaissances aussi larges. La pilule est le moyen évoqué en premier, ce qui est cohérent avec les données d'étude quantitative (23). Par ailleurs, la distinction entre pilule estroprogestative et microprogestative n'est pas claire. Le préservatif et le stérilet sont cités secondairement. Rares sont les femmes connaissant d'avantage de moyens contraceptifs.

Concernant la physiologie féminine, les connaissances du cycle féminin sont maigres. De nombreuses erreurs sont constatées. La date du retour de couche, la date d'ovulation, la date de la reprise d'un contraceptif sont floues. Les femmes interrogées ont pourtant reçu une information.

Concernant la poursuite ou non des menstruations avec la contraception choisie, le prescripteur ne transmet pas l'information à la patiente sur la possibilité d'une aménorrhée secondaire (24).

B. L'information

1. Le manque d'informations

L'information sur la contraception, en particulier dans le post-partum, fait défaut. Certaines femmes rapportent avoir bénéficié d'une information, mais incomplète, ne répondant pas à leurs attentes. Il apparaît que des patientes ne connaissent pas le terme « contraception ». Le dialogue sera introduit en demandant « Que souhaitez-vous comme contraception ? ». Cette discussion est alors impossible, les deux interlocuteurs n'utilisant pas le même registre. Le passage des différents professionnels du service est systématique mais le rôle de chacun n'est pas bien défini. Si la patiente prévoit de dialoguer avec son gynécologue pour recevoir une information lors du post-partum, sa déception est prévisible.

L'ensemble des méthodes contraceptives existantes doit être apporté de manière claire, et adapté à la patiente concernée. Elle doit faire son choix en connaissant les effets secondaires et les contraintes de la méthode choisie (25). L'observance dans le post-partum pourrait être améliorée (26).

2. Justification du manque d'informations

Pour les femmes non satisfaites de leur information, le post-partum n'est pas le moment idéal pour discuter de la contraception (28). Dans la littérature, d'autres auteurs attestent ce constat (29). En fonction des patientes, ce moment est situé avant la naissance, après la sortie de la maternité, lors d'une consultation dédiée chez le généraliste ou lors de la consultation post-natale. Parfois, la récurrence de séances d'information est demandée. Une information fournie au bon moment, et répétée, ne sera que mieux interprétée et comprise.

Le séjour à la maternité est un moment où de nombreux interlocuteurs se croisent (internes en médecine générale, sages-femmes, gynécologues, puéricultrices, infirmières...). Chaque intervenant sur la contraception a un avis propre et une sensibilité de la situation différente. La diversité des avis et des conseils n'aide pas la patiente à créer un état des lieux objectif des moyens contraceptifs. Les délais des séjours à la maternité de plus en plus courts, ne sont pas en faveur d'une démarche éducative (30).

Enfin, la pratique des professionnels ne laisse pas le choix de la contraception à la future utilisatrice. Le médecin prescripteur applique, a priori, une procédure sans conviction et impose une pilule en première intention (31). Ce manque de conviction, réduit l'impact de l'information et participe à sa mauvaise utilisation, lui faisant perdre de son efficacité.

3. Les conséquences du manque d'informations

a) Une prescription jugée inutile

La durée moyenne du post-partum est de six semaines, et se termine par le retour des menstruations (ou retour de couches). Ce moment marque la reprise d'une activité ovarienne. Cependant, il existe un risque d'ovulation pendant le post-

partum. L'information sur ce risque est cruciale, justifiant l'introduction d'une méthode contraceptive dès la sortie de la maternité (32).

b) Un choix par dépit

Une meilleure connaissance de la totalité des moyens contraceptifs ainsi que du fonctionnement de la physiologie féminine est en faveur d'un choix éclairé. Dans le post-partum, les patientes sont inondées d'informations, de doutes et d'éléments techniques de différentes origines. Il n'y a pas de place pour une démarche de projection, utile pour un choix contraceptif (29).

c) Inadéquation de la prescription

Le post-partum est une période de profonds changements : l'occasion pour les patientes de prendre de nouvelles résolutions. Les professionnels de santé ont tendance à prescrire une méthode contraceptive déjà pratiquée, peut-être par facilité. Or, 40% des patientes manifestent l'envie de changer de méthode après l'accouchement (33).

La majorité des patientes (92.4%) quitte la maternité avec une contraception. Lors de la visite post-natale, seulement 70.9% des patientes ont un traitement en cours. Si les effets secondaires et les contraintes de la méthode choisie étaient réexpliqués, l'observance serait certainement meilleure (34).

4. L'origine de l'information

Chaque patiente reçoit une information d'un tiers non professionnel de santé. Une étude a démontré que le réseau social (les amis, les mères et les partenaires) étaient les principales sources à l'origine des mythes concernant la contraception. Internet est également une source d'information supplémentaire. L'information fournie n'est pas objective et encourage le mésusage des méthodes contraceptives. Les expériences et les opinions émanant de ces sources, influencent la décision concernant le choix de la méthode contraceptive. Ce constat est plus marqué si les femmes sont jeunes et appartiennent à des minorités culturelles (35).

C. Les attentes des patientes

1. La « consultation contraception »

Un modèle de déroulé de consultation-type est conseillé par l'OMS (36). Ce modèle n'est pas repris par les prescripteurs du post-partum. Pourtant, les attentes des patientes sont évoquées à chaque phase.

Lors de la *phase de bienvenue*, les patientes n'ont pas l'identification des interlocuteurs. La confidentialité et la relation de confiance ne peuvent être établies.

La *phase d'entretien* est un moment de recueil d'informations sur la femme, sur ses désirs et ses problèmes. La notion de planification familiale a toute sa place à ce moment-là. Les connaissances du projet familial permettront au prescripteur une adaptation de la contraception choisie.

La *phase de renseignement* sert à la délivrance d'une information hiérarchisée et compréhensible par la patiente elle-même. Si un support doit être fourni, c'est la phase la plus propice.

Après réception de l'information, le *choix* revient à la patiente.

La *phase d'explication* demande une démonstration de la contraception choisie si elle a lieu d'être. Dans le cas du choix d'une pilule, les conduites à tenir en cas d'oubli et de pathologie intercurrente, sont à évoquer.

Le *retour* est la dernière étape de ce modèle. Le suivi est fondamental. Dans le cas du post-partum, ce suivi sera fait par le médecin généraliste ou le gynécologue lors de la consultation post-natale. Les objectifs sont de réévaluer la méthode, de vérifier son adaptation au mode de vie et d'affirmer ou non la satisfaction de la patiente.

Dans tous les cas, la consultation est une démarche individuelle. Ce modèle est un repère aidant le prescripteur, à répondre au mieux aux attentes de la patiente.

2. L'interlocuteur

Le sexe masculin de l'interlocuteur est parfois gênant. La préférence féminine est exprimée, sans rejeter le sexe opposé.

La plupart des femmes souhaite que le gynécologue fournisse l'information dans le post-partum. Les longs délais de consultation sont un frein majeur. Pourtant, l'interlocuteur prioritaire apparaît être le médecin traitant. Son rôle est primordial

dans la contraception, étant le premier consulté lors d'un changement dans les conditions de vie de la femme.

Les médecins, eux-mêmes, rapportent le statut masculin comme étant un frein. Cela entraîne une difficulté à aborder le sujet de la sexualité (37). Selon le baromètre « médecins généralistes 2009 » de l'INPES, la prévention liée à la vie affective et sexuelle est considérée, par les médecins généralistes, comme faisant le moins parti de leur rôle (38). Dans le cas où celui-ci ne peut recevoir les patientes, il est important de les informer. Les consultations PMI, la planification familiale ou encore les sages-femmes peuvent tenir ce rôle. Pour promouvoir la pose d'un contraceptif, ne serait-il pas important de proposer des formations aux médecins le désirant ? Un annuaire des médecins généralistes compétents pourraient être remis dans les maternités. L'objectif serait d'orienter au mieux les patientes.

Le généraliste est consulté pour des « maladies » tandis que le gynécologue est « le médecin des femmes », de l'intimité (39). La consultation gynécologique apparaît être plus légitime pour discuter de la sexualité (40).

La prescription d'une contraception au long cours, par le gynécologue, n'encourage pas le dialogue avec le médecin traitant. Il n'est pas sollicité pour le renouvellement. Par ailleurs, ces consultations nécessitent du temps. Il est plus rapide de renouveler une prescription de pilule que de revoir avec la patiente, si cette contraception correspond bien à ses attentes du moment (41).

3. Le support

L'information orale est souhaitée par la majorité des patientes. D'autres types de support sont demandés pour compléter l'information reçue. Le besoin de visualiser par écrit atteste le besoin de connaissances, rassure, et affirme ou non la bonne compréhension. L'avantage d'un support est de rattraper les questions sensibles, celles que les patientes n'auraient pas osé poser.

4. Le moment idéal

Si le moment du post-partum n'est pas le meilleur, il est indispensable de proposer un « bilan contraception » lors des consultations post-natales. Le délai

proposé devant être compatible avec la pose d'un stérilet et être antérieur à la date théorique de reprise de rapport sexuel.

5. Le respect de la physiologie féminine

Près de 66% des femmes souhaitent supprimer les menstruations. Ce souhait est majoritairement exprimé chez des femmes n'ayant pas de contraception orale. Les femmes connaissant bien leur corps, ont une vision positive de ces menstruations. Elles ont tendance à vouloir garder ce schéma naturel. L'acceptation d'une aménorrhée thérapeutique doit être évoquée lors d'une prescription. Les différences culturelles, sociales, d'accès à l'information et l'expérience personnelle influenceront le choix (42).

D. Spécificités aux divers moments de la vie génitale

1. L'adolescence

Lors de la première prescription de contraception, près de 41.4 % des jeunes filles rapportent un manque d'information sur l'ensemble des méthodes contraceptives existantes. 21.1 % regrettent cette absence d'information (43). La pilule est le moyen de contraception le plus populaire, et par conséquent, le plus demandé au médecin traitant. Durant l'adolescence, 14.1 % des jeunes filles sous pilule, vont utiliser un autre moyen contraceptif. Lors de la première prescription, le médecin traitant doit évoquer l'ensemble des méthodes existantes. Lors du renouvellement d'ordonnance, il doit réévaluer ce choix et l'adéquation au mode de vie, tout en respectant la volonté de la patiente.

2. Le cadre familial

La contraception devrait être évoquée au sein du cadre familial. Le médecin traitant peut aider à débiter un dialogue et peut demander aux parents de consulter l'adolescente seule (la carte vitale des parents étant nécessaire). Le fait d'évoquer la contraception n'incite pas à avoir des rapports sexuels plus jeune (44).

3. La planification familiale

Les femmes évoquent une carence de l'information en matière de contraception et un défaut d'utilisation. La contraception du post-partum prescrite n'est pas adaptée à leur mode de vie (45).

L'INPES rappelle qu'il est important de s'attarder sur l'adéquation entre la méthode contraceptive choisie et le mode de vie de la patiente (46). Dans le post-partum, ni la question de la planification familiale, ni la question de la reprise d'une activité sexuelle ne sont abordées par le prescripteur. Les patientes évoquent peu le sujet spontanément.

Les recommandations éditées par l'HAS sur la « Sortie de la maternité après accouchement » n'évoquent pas la contraception. Il est conseillé une consultation post-natale. Cette consultation, six à huit semaines après l'accouchement, évoquera le choix contraceptif (47). En fonction du mode d'accouchement, 60 % des femmes auront repris une activité sexuelle (48). Il est important de rediscuter du moment opportun de la consultation du post-partum. Ce rendez-vous sera dédié aux questions liées à la contraception et à la planification familiale (29).

La planification familiale doit être perçue comme une régulation et non comme une limitation.

4. Le conjoint

Le conjoint n'est pas intégré dans la démarche contraceptive. Or, pour construire un projet de vie stable et fiable, correspondant au couple, il faut que chacun ait sa place. Un sondage réalisé par le CSA, indique que 91 % des Français estiment que la contraception est l'affaire de tous (49). Ce n'est plus uniquement une affaire de femmes. Les hommes et les femmes sont prêts à partager, en théorie, la responsabilité de la contraception. De plus, 61 % des Français se disent prêts à adopter une pilule masculine (49).

Parmi les hommes hétérosexuels actifs, 5% ont déclaré qu'ils avaient eu une grossesse accidentelle avec une partenaire au cours des 5 dernières années. Les hommes rapportent que 20% des grossesses récentes sont involontaires. Ces chiffres doivent encourager des programmes de planification familiale intégrant pleinement les hommes (50). Cette démarche est d'autant plus importante que les chiffres de déclaration d'avortements, au sein des couples, sont probablement sous-estimés.

5. Les grossesses non désirées

Sept grossesses sur les dix-huit ne sont pas désirées. Quatre femmes n'avaient pas de moyen de contraception. Une autre était dans le post-partum de la précédente grossesse, et rapportait un manque d'information sur l'importance de la contraception à cette période. La période de changement de contraceptif est une période de vulnérabilité rapportée par la sixième patiente. La dernière patiente rapporte une grossesse sous pilule.

Chaque année en France, près de 350 000 grossesses ne sont pas désirées (51). Ce constat fait suite au manque d'information et à la difficulté d'accès à une contraception gratuite. Les femmes considérant la grossesse actuelle comme non désirée, ont un risque de grossesses ultérieures non désirées (52). La contraception post-natale doit être intégrée dans une démarche globale. Le sujet doit être considéré comme une priorité.

« Il y a le bon moment et les bonnes conditions pour avoir un rapport sexuel, comme il y a le bon moment et les bonnes conditions pour avoir un enfant et pour chacun de ces moments il y a la bonne contraception. »(53)

Le sujet tabou, une démarche de prescription passive, et une première prescription sur un terrain d'immaturité, sont des facteurs de risque de grossesse non désirée, voire d'avortement. La faute sera attribuée au médecin prescripteur (54).

6. La grossesse

Les soins péri-conceptionnels, lorsqu'ils sont fournis, sont des soins « d'opportunité » apportés lors d'une consultation pour un autre motif. Or, il est démontré qu'une consultation pré-conceptionnelle est importante pour une démarche de prévention, d'information, de supplémentation vitaminique efficace (55). Souvent la grossesse sera l'occasion de consulter pour un motif gynécologique.

E. Spécificités par méthodes contraceptives

1. La pilule

a) *Le paradoxe de la prescription de pilule*

Dès la question de la contraception évoquée, la pilule est au premier plan. D'après le baromètre de l'INPES, les contraceptifs oraux sont les plus utilisés en France (55.5 % des femmes en âge de procréer utilisent une pilule contraceptive) (7). La pilule est nettement préférée aux autres méthodes contraceptives.

Parallèlement à ce constat, l'ère actuelle est en faveur de l'« antihormone ». Le désamour envers la pilule entraîne une baisse de la consommation, de 14 % en 10 ans. Cette baisse concerne les plus jeunes femmes (moins 27 % pour les 20/29 ans). Pour expliquer ce rejet plus ou moins brutal, les femmes rapportent craindre une prise au long cours de contraception hormonale, sans apporter de justification objective. Cette peur est entretenue par de nombreux médias. Il existe, entre autre, des ouvrages édités par des professionnels de santé, dénonçant le manque d'informations concernant la méthode contraceptive choisie. L'aura de ces ouvrages est importante car il confirme ce que les femmes souhaitent entendre, c'est-à-dire que la pilule est dangereuse. « La pilule n'est pas un bonbon mais une association d'hormones apportées à l'organisme, à des taux nettement supérieurs à ceux que fabriquent normalement les ovaires. Les femmes n'ont pas été averties clairement sur le fonctionnement réel de la pilule. » (56).

Le risque est d'avantage mis en avant par rapport au bénéfice de la prise d'un contraceptif. Dans l'étude, seules trois patientes rapportent être protégées par leur pilule. Si la contraception est évoquée comme une innovation, elle sera vécue comme positive. Au contraire, elle peut être vécue comme négative en cas de difficultés d'utilisation ou de contrainte, lorsqu'elle n'a pu être choisie (53).

Une autre explication trouve son origine dans le passé des femmes. La première prescription de pilule n'est souvent pas justifiée. Les patientes rapportent avoir débuté très jeune, voire trop jeune, une contraception. Parfois, elles rapportent une prescription pour de mauvaise raison, oubliant presque qu'il s'agit d'un médicament. Cette prescription était une étape quasi « obligatoire » pour le passage à la vie

d'adulte. L'importance est donc d'apporter une information aux jeunes découvrant la sexualité (51). L'information entourant la première prescription est fondamentale.

b) La place de la pilule dans le post-partum

De nombreuses idées préconçues émaillent la prescription de la pilule. La pilule est rejetée car les patientes craignent retarder leur projet de planification familiale. Or, 80% des femmes sont enceintes un an après l'arrêt de la pilule (57). Ce lien entre infertilité et pilule explique le rejet de la prescription dans le post-partum.

L'absence d'informations sur le passage des hormones dans le lait maternel génère des craintes également. Le passage des hormones dans le lait maternel est de 0.1% de la dose de progestatif et de 0.05 % de la dose d'estrogène. Lorsque le nouveau né est nourri par une mère ne recevant pas de contraception hormonale et ayant une reprise de la fonction ovarienne, les quantités de stéroïdes retrouvés dans le lait sont similaires. Il est conseillé de prendre la pilule, le soir, avant ou juste après une tétée. Le pic d'activité plasmatique est atteint 2 à 3 heures après l'ingestion. Il est important de préciser qu'aucune étude n'a démontré d'interaction sur la croissance du nourrisson en cas d'utilisation de pilule pendant l'allaitement (58).

Par ailleurs, une prise de poids est constatée chez 30 % des femmes utilisatrices de pilule. Seules 8 % d'entre elles abandonneront cette méthode suite à cet effet secondaire (59).

La pilule est un sujet contradictoire. Les femmes avouent craindre cette méthode contraceptive mais en même temps, refusent le changement. En effet, 30% des femmes sont fidèles à la même spécialité de pilule et l'utilisent plus de dix ans (60).

Toutes ces idées préconçues sont exprimées également par des femmes n'utilisant pas la pilule.

Dans le post-partum, il est important de faire un bilan sur l'état des connaissances et des idées reçues afin de répondre aux inquiétudes et d'encourager une prise de contraceptif quel qu'il soit.

2. Le stérilet

Le stérilet est toujours victime d'idées reçues aujourd'hui. Pour la population générale, il est autorisé uniquement chez les multipares d'âge mûr. Cette idée n'encourage pas les nouvelles mamans à envisager sa pose dans le post-partum.

La notion « d'introduction de corps étranger », le fait d'imaginer un dispositif « géant » sont des raisons apportées pour rejeter ce type de contraception. La méconnaissance de la technique de pose est un frein. Une étude a démontré que la majorité des jeunes filles envisagerait un DIU, si ces obstacles ne ralentissaient pas sa diffusion (61).

Le caractère intrusif du DIU, la difficulté du changement des habitudes, l'absence de fiabilité et le risque d'effets secondaires entachent la réputation du stérilet. Une récente étude a démontré que ces freins existent du côté des patientes mais également du côté des médecins. Les professionnels interrogés savent que le DIU peut être posé chez la plupart des femmes (37). Ces derniers ne le prescrivent pas couramment. Pourtant les patientes sont demandeuses, notamment depuis la polémique concernant les pilules. Les médecins rapportent des difficultés techniques de pose, et un côté chronophage (37).

Le souhait d'un stérilet sans hormone est privilégié. Les dispositifs au cuivre restent la méthode non hormonale la plus utilisée en France et dans le monde (62).

3. L'implant et le patch cutané

L'implant et le patch sont jugés comme étant trop modernes. Les femmes sont très peu informées de ces nouvelles méthodes contraceptives. Concernant l'implant, les femmes craignent le côté « intervention médicale » et l'absence de contrôle personnel sur cette méthode. Elles sont effrayées par le côté « hyper-médicalisation » de la contraception et par le fait que le contrôle est extérieur à elle-même. L'implant a la connotation d'être destiné à des femmes ne « gérant pas » leur contraception (53). La marginalisation de ces méthodes n'encourage pas sa démocratisation.

4. La MAMA

La technique de l'allaitement maternel à visée contraceptive est peu connue. Dans l'étude, une patiente souhaite pratiquer cette technique, mais n'a reçu aucune information pour sa mise en œuvre. Or, une étude américaine préconise que cette technique doit être incluse dans la gamme de services disponibles, en matière de santé maternelle et infantile et de planification familiale (63).

L'allaitement, dans son efficacité contraceptive, est associé à d'anciennes représentations. L'indice de Pearl est de 2 si les recommandations strictes sont respectées. A titre de comparaison, la pilule estroprogestative a un indice de Pearl théorique à 0.1. En pratique corrigée, cet indice de Pearl s'élève à 6-8. Ainsi, il est préconisé de profiter de l'allaitement pour potentialiser d'autres outils contraceptifs moins efficaces (comme par exemple le diaphragme...) (29).

5. Les méthodes de stérilisation

Une étude a démontré que 13 % des accouchées pourraient bénéficier d'une stérilisation, si trois critères empiriques étaient respectés : âge supérieur ou égal à trente ans, plus de quatre enfants vivants à charge, enfants vivants des deux sexes. Une fois l'information délivrée, seulement 5.5 % des femmes accepteraient cette méthode (64). 56.5 % des femmes n'ont jamais entendu parler de stérilisation. Les informations erronées et le refus exprimé par le conjoint (17 % des conjoints) sont des freins à la diffusion de ce genre de méthode (64).

Les deux méthodes de stérilisation : tubaire par clips et ligature des trompes ont des efficacités équivalentes (65).

CONCLUSION

Malgré une bonne diffusion de la contraception dans notre pays, le taux d'interruptions volontaires de grossesse, en particulier dans le post-partum, reste élevé.

Au terme de ce travail, il apparaît justifié de sensibiliser le corps médical à l'importance de l'information sur la contraception.

Tout d'abord, le terme contraception est à redéfinir, auprès des patientes, pour débiter un dialogue sur un fondement solide. Ensuite, l'ensemble des méthodes contraceptives devrait être exposé pour favoriser un choix objectif.

Le rôle du médecin généraliste est fondamental. Il est en première ligne pour organiser la planification familiale de chacune des patientes. Le conjoint doit être intégré au maximum à cette démarche. Chacune des demandes contraceptives s'inscrit dans un projet de vie, s'adaptant à l'organisation de la vie génitale. De plus, l'amélioration des connaissances dans le domaine contraceptif et la lutte contre les idées reçues sont des sujets pouvant être améliorés en médecine de ville. La qualité des renseignements fournis favorisera une meilleure utilisation de la contraception.

Pour les professionnels intéressés, une formation plus approfondie concernant les méthodes locales pourraient être discutée. L'uniformisation des pratiques à l'ensemble des professionnels diminuerait certainement la confusion des femmes concernées.

Pour optimiser la prise en charge, des axes de progression ressortent de l'étude :

Un « bilan contraceptif » pourrait être proposé à différentes périodes de la vie génitale. Il faut insister sur la première prescription, celle qui conditionne la réussite du futur parcours contraceptif.

Concernant le post-partum, une consultation dédiée doit être proposée précocement, permettant d'anticiper la survenue d'une grossesse non désirée. Il faut ainsi apprécier l'urgence de la demande contraceptive, les attentes de chacune, le contexte social et les représentations culturelles. La décision doit intégrer la patiente dans sa globalité. La planification familiale, notamment à ce moment particulier de la vie des jeunes mamans, doit être abordée. C'est l'occasion de modifications du cadre de vie et potentiellement de changement contraceptif.

L'information concernant la contraception du post-partum est principalement fournie à la maternité. Or, les séjours à la maternité sont de plus en plus courts. Ce moment n'est donc pas idéal mais nécessaire pour fournir une ordonnance de sortie. La démarche de projection demandée par un choix contraceptif a peu de place à ce moment particulier de la vie des femmes. Lors de la sortie, un annuaire des professionnels compétents dans le domaine pourraient être fournis, comme il en existe pour les sages-femmes.

En fonction de la demande, un support pourrait être proposé. Il reprendrait les grandes lignes de la contraception du post-partum : les différents choix contraceptifs existants, les modalités de pose ou d'administration, les effets indésirables, l'interaction avec l'allaitement, la conduite à tenir en cas d'oubli... Une fois ces grands axes développés, l'acceptabilité de la méthode choisie serait meilleure et les idées reçues corrigées.

Ce travail conclut que la contraception idéale est l'aboutissement d'une décision partagée.

Une des perspectives d'amélioration de la prescription contraceptive dans le post-partum pourrait s'étudier en fonction des modalités de prise en charge du nouveau-né.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. HAS. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
2. OMS. Stratégie de programmation pour la planification familiale du post-partum [Internet]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/99116/1/9789242506495_fre.pdf?ua=1
3. Risques de grossesse en post-partum : place de la contraception d'urgence. Vocations sage-femmes. 2004. [Internet]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/172960/article/risques-de-grossesse-en-post-partum-place-de-la-contraception-durgence>
4. HAS. Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. 2013. [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf
5. Aranda A. Pourquoi une interruption volontaire de grossesse dans l'année qui suit un accouchement? [Mémoire]. Université Henri Poincaré, Nancy I. École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz. 2009
6. OMS. Contraception [Internet]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/contraception/fr>
7. INPES. Contraception : Les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? [Internet] 2011. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf>
8. HAS. Fiche contraception du postpartum. [Internet] 2013. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-postpartum.pdf>
9. Méthode Billings : tout savoir sur la méthode Billings [Internet]. Disponible sur: <http://contraception.comprendrechoisir.com/comprendre/methode-billings>
10. Test d'ovulation : infos sur les tests d'ovulation [Internet]. Disponible sur: <http://contraception.comprendrechoisir.com/comprendre/test-ovulation>
11. Stérilisation par méthode ESSURE [Internet]. Disponible sur: <http://www.chirurgie-gynecologie.fr/page-chirurgie-gyn/sterilisation-essure.html>
12. La stérilisation à visée contraceptive [Internet]. Disponible sur: <http://www.choisirsacontraception.fr/moyens-de-contraception/la-sterilisation-a-visee-contraceptive.htm>
13. Legifrance. Stérilisation à visée contraceptive [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichSarde.do?reprise=true&page=1&idSarde=SARDOBJT000007118078&ordre=null&nature=null&g=ls>

14. Perinat. Contraception d'urgence [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.perinat-france.org/portail-grand-public/grossesse/contraception/contraception-d-urgence-400-862.html>
15. Contraception - CHU de Dijon [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.chu-dijon.fr/page.php?url=decouvrez-aussi%2Fespace-sante%2Fcontraception&pagebreak=2>
16. ARS. L'atlas régional et territorial de santé en Nord-Pas-de-Calais [Internet] 2011. Disponible sur: http://www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/PRS/PRS_13Janv/atlas_regional_santenpdc2011-opt2.pdf
17. Planning familial Nord pas de calais [Internet] 2014. Disponible sur: <http://www.planning-familial-npdc.org/>
18. INED. Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception [Internet] 2011. Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/176/telechargement_fichier_fr_2011.06.09.contraception.na226_0.fr.pdf
19. HAS. Fiche contraception et conditions de prescription [Internet] 2013. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/fiche_contraception_conditions_prescription.pdf
20. Kakai H. Contribution à la recherche qualitative. Université de Franche-Comté. Fev 2008
21. Coté L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine . [Internet]. Pédagogie Médicale. Mai 2002.
22. Mesurolle M, Mercier T. La contraception du post-partum [Thèse d'exercice] Université du droit et de la santé de Lille. 2012.
23. sante.gouv.fr. Quelle contraception choisir ? [Internet] 2015. Disponible sur: <http://www.jeunes.gouv.fr/interministeriel/sante-et-bien-etre/sexualite/article/quelle-contraception-choisir>
24. Revue Médicale Suisse [Internet] 2015. Disponible sur: <http://www.titan.medhyg.ch/mh/formation/print.php3?sid=33542>
25. HAS - Focus sur la contraception [Internet] 2014. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1710831/fr/contraception
26. Blangis F. et al. La contraception du post-partum : à propos de 600 patientes dont 129 revues à la consultation post-natale. Gynécologie Obstétrique et Fertilité. Août 2013.
27. ARS. L'atlas régional et territorial de santé en Nord-Pas-de-Calais [Internet] 2011. Disponible sur: http://www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/PRS/PRS_13Janv/atlas_regional_santenpdc2011-opt2.pdf
28. DANNEELS J. La contraception du post-partum : les stratégies d'information, le point de vue des femmes [Mémoire] Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines. Département de maïeutique. Avril 2014
29. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Contraception du post-partum. Mises à jour de 2006

30. ARS. Plan stratégique régional de santé du Nord-Pas-de-Calais. Document d'orientation stratégique [Internet] 2011. Disponible sur: http://www.ars.nordpasdecalais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/ARS_pdf/PSRS_NPDC2011.pdf
31. Desjeux C. La pilule hormonale féminine : De la fécondité « féminine » à la fécondité « conjugale ». [Thèse d'exercice] Revue de l'association française de sociologie. Janvier 2008
32. Robin G. Massart P. Graizeau F. Guérin du Masgenet B. La contraception du post-partum: état des connaissances. La Revue Sage-Femme. 2010
33. Cwiak C. Gellasch T. Zieman M. Peripartum contraceptive attitudes and practices. Contraception. February 2004.
34. Blangis F. et al. La contraception du post-partum : à propos de 600 patientes dont 129 revues à la consultation post-natale. Gynécologie Obstétrique et Fertilité. Août 2013.
35. Yee L. and al. The role of the social network in contraceptive decision-making among young, african american and latina women. Journal of Adolescent Health. october 2010
36. INPES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique [Internet] 2015. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/04/dp041207.pdf>
37. Méheut-Ferron C. Freins à la prescription du DIU chez la nullipare : étude qualitative auprès de 12 médecins haut-normands. [Mémoire] Université de Rouen. UFR Médecine et Pharmacie. Novembre 2014.
38. INPES. Baromètre santé médecins généralistes 2009. [Internet]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>
39. Amsellem-Mainguy Y. Enjeux de la consultation pour la première contraception. Jeunes femmes face aux professionnels de santé. Santé Publique. février 2011
40. Amsellem-Mainguy Y. Enjeux de la consultation pour la première contraception. Jeunes femmes face aux professionnels de santé. Santé Publique. février 2011
41. Amsellem-Mainguy Y. Enjeux de la consultation pour la première contraception. Jeunes femmes face aux professionnels de santé. Santé Publique. février 2011
42. Renteria S. Les règles n'ont plus la cote : une question de contraception ou de choix ? Revue médicale suisse. 2008
43. Le Denmat C. Evaluation des connaissances et des craintes des jeunes filles à propos de la contraception pour l'amélioration de l'information et de la prescription en médecine générale. Proposition d'un guide d'aide à la prescription de la pilule [Thèse d'exercice] Université de Paris 6. Faculté de médecine Pierre et Marie Curie. octobre 2011
44. Moreau C. Trussel J. Michelot F. Bajos N. The effect of access to emergency contraceptive pills on women's use of highly effective contraceptives: results from a french national cohort study. Am J Public Health. march 2009
45. Rondepierre L. Quand le pré partum rencontre le post partum [Mémoire] Université Paris

- Descartes. Ecole de Sage-Femmes Baudelocque. février 2011
46. INPES. Contraception : Les françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ? [Internet] 2015. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/11/dp111026.pdf>
 47. HAS - Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés [Internet] 2015. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveau-nes
 48. Elliott SA. Watson JP. Sex during pregnancy and the first postnatal year. *Journal of Psychosomatic Research*. march 1985
 49. Sondage CSA. La contraception, une affaire de couple pour 9 Français sur 10 - Terrafemina [Internet] septembre 2012. Disponible sur: <http://www.terrafemina.com/vie-privée/famille/articles/17666-la-contraception-une-affaire-de-couple-pour-9-francais-sur-10.html>
 50. Kagesten A. Bajos N. Bohet A. Moreau C. Male experiences of unintended pregnancy: characteristics and prevalence. *Hum Reprod*. janvier 2015
 51. Etat de Santé : La contraception, une information qui passe mal ? Ludovic Fossard. Magazine de la chaîne parlementaire [Internet] 2015. Disponible sur: <http://vodeo.lefigaro.fr/documentaire/etat-de-sante-la-contraception-une-information-qui-passe-mal?>
 52. Mc Keating A. et al. A longitudinal study of unplanned pregnancy in a maternity hospital setting. *Int J gynaecol obstet*. February 2015.
 53. Bajos N. Ferrand M. et al. De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues. Inserm. 2002
 54. Bertolus H. Le couple et la contraception. Privat. 1967
 55. Delvoe P. La consultation préconceptionnelle. Cours de l'ULB. 2014. Disponible sur: <http://www.herstal.be/vivre-herstal/enfance-et-education/petite-enfance/la-consultation-preconceptionnelle.pdf>
 56. Les femmes devraient-elles encore prendre la pilule contraceptive ? Interview du Pr Henri Joyeux [Internet] 2015. Disponible sur: <http://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Nouvelles/Fiche.aspx?doc=pilule-contraceptive-dangers-alternatives>
 57. La prise de la pilule affecterait temporairement les ovaires et la fertilité [Internet] 2015. Disponible sur: <http://www.eurekasante.fr/actualites/actualites-grossesse-allaitement/51260-la-prise-de-la-pilule-affecterait-temporairement-les-ovaires-et-la-fertilite.html>
 58. Truitt ST. Fraser AB. Grimes DA. Gallo MF. Schulz KF. Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003

59. Lê MG. Laveissière MN. Pélissier C. Facteurs associés à la prise de poids chez les femmes utilisant des contraceptifs oraux : enquête par sondage réalisée en 2001 auprès de 1665 femmes. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*. Mars 2003.
60. Laveissière MN. Pélissier C. Lê MG. La contraception orale en France en 2001 : résultats d'une enquête par sondage portant sur 3609 femmes âgées de 15 à 45 ans. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*. Mars 2003.
61. Lenglet M. Le dispositif intra-utérin : méthode contraceptive envisageable pour les jeunes nullipares ? Étude auprès de 351 lycéennes Haut-Normandes [Mémoire] 2013. Université de Rouen. UFR Médecine et Pharmacie.
62. Robin G. Letombe B. Contraceptions non hormonales. *La Revue du Praticien*. 2008.
63. Hight-Laukaran V. and al. Multicenter study of the Lactational Amenorrhea Method (LAM): II. Acceptability, utility, and policy implications. *Contraception*. June 1997.
64. Falfoul A. and al. La stérilisation volontaire dans le post partum immédiat: enquête préliminaire d'acceptabilité dans une maternité de Tunis. *Médecine du Maghreb*. 1990.
65. Rodriguez MI. Seuc A. Sokal DC. Comparative efficacy of postpartum sterilisation with the titanium clip versus partial salpingectomy: a randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. August 2012.

ANNEXES

Annexe 1 : Efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS (2011)

Efficacité des méthodes contraceptives selon l'OMS 2011 (1)

Méthode de planification familiale	Taux de grossesses de la première année		Taux de grossesses sur 12 mois
	Utilisation correcte et régulière	Taïle qu'utilisèe couramment	Taïle qu'utilisèe couramment
Implants	0,05	0,05	
Vasectomie	0,1	0,15	
DIU au lévonorogestrel	0,2	0,2	
Stérilisation féminine	0,5	0,5	
DIU au cuivre	0,6	0,8	2
MAMA (pendant 6 mois)	0,9	2	
Injectables mensuels	0,06	3	
Injectables progestatifs	0,3	3	2
Contraceptifs oraux combinés	0,3	8	7
Pilules progestatives	0,3	8	
Patch combiné	0,3	8	
Anneau vaginal combiné	0,3	8	
Préservatifs masculins	2	15	10
Méthode d'ovulation	3		
Méthodes des Deux Jours	4		
Méthode des Jours Fixes	5		
Diaphragmes avec spermicides	6	16	
Préservatifs féminins	5	21	
Autres méthodes de connaissance de la fécondité		25	24
Retrait	4	27	21
Spermicides	18	29	
Capes cervicales	26*, 9**	32*, 16**	
Pas de méthode	85	85	85

* Taux de grossesses pour les femmes qui ont accouché.

** Taux de grossesses pour les femmes qui n'ont jamais accouché.

Clé :	0-0,9	1-9	10-25	26-32
	Très efficace	Efficace	Modérément efficace	Moins efficace

Annexe 2 : Indice de Pearl et efficacité pratique des contraceptifs

tableau 1 : efficacité des méthodes de contraception (source : OMS, 2000)

MÉTHODES	Grossesses pour 100 femmes au cours de la 1 ^{ère} année d'utilisation	
	Utilisation correcte et constante	Utilisation incorrecte ou/et inconstante
<i>DE CONTRACEPTION</i>		
-Implants*	0.1	0.1
-Vasectomie*	0.1	0.15
-Progestatifs injectables retards*	0.3	0.3
-Stérilisation féminine*	0.5	0.5
-DIU*	0.6	0.8
-Micropilules progestatives pures* (pendant l'allaitement)	0.5	2
-Allaitement avec aménorrhée** (post-partum < 6 mois seulement)	0.5	2
-Contraceptifs oraux combinés**	0.1	6-8
-Préservatif masculin***	3	14
-Préservatif féminin***	5	21
-Coït interrompu***	4	19
-Diaphragme avec spermicide***	6	20
-Abstinence périodique	1-9	20
-Spermicides***	6	26
-Pas de méthode contraceptive	85	85

*méthodes très efficaces

** méthodes relativement efficaces

*** méthodes peu efficaces

Exemple : indice de Pearl = 2 : 2 femmes sur 100 utilisant la méthode contraceptive analysée pendant un an ont été enceintes dans l'année.

Canevas d'entretien

(Les questions en gras sont les questions principales, les sous-questions sont des questions de relance, utilisées donc uniquement en cas de besoin)

1. Comment se sont déroulées la grossesse et la naissance ?

2. Que veut dire pour vous « contraception » ?

A quoi ça sert la contraception ?

Qu'est ce que vous pouvez me citer comme méthode contraceptive ?

3. Quelle était votre contraception avant la grossesse ?

Est-ce que vous avez déjà eu une contraception avant ?

(Est-ce que c'était une grossesse sous contraception ?)

(Désir d'enfant ?)

4. Comment comptez-vous gérer la contraception à présent ?

Une pilule ?

Des préservatifs ?

Quand est ce que vous allez reprendre une contraception ?

Laquelle ?

5. Combien d'enfants souhaitez-vous avoir ?

6. Comment avez-vous choisi ? Quelle information avez-vous reçu ?

Avec l'aide de qui ?

Quand est ce que vous avez choisi ?

Qu'est ce que vous a décidé ?

Est-ce qu'il y a d'autres personnes ?

7. Quelle est la place mari/conjoint par rapport à votre contraception ?

Il a déjà donné son avis ?

Il vous a déjà accompagnée ?

Vous avez déjà pris des décisions ensemble ?

8. Avez-vous déjà eu un échec de contraception ?

9. Qu'avez-vous compris de la contraception ? Avez-vous des questions ?

10. A quel moment trouvez vous adapté de parler de contraception ? Sous quelle forme ?

Annexe 5 : Lettre d'information

groupement des Hôpitaux
de l'Institut Catholique de Lille

LETTRE D'INFORMATION DESTINEE AUX PERSONNES PARTICIPANT AU PROTOCOLE : INFORMATION ET COMPREHENSION DE LA CONTRACEPTION

Gestionnaire : Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille (GHICL)

Titre de l'étude : Information et compréhension de la contraception.

Madame, Mademoiselle,

Vous venez d'accoucher au CHU de Valenciennes au sein du service de Gynécologie et il vous est proposé de participer à une recherche visant à décrire la compréhension des patientes sur la contraception post-partum (après l'accouchement).

Nous vous proposons de lire attentivement cette note d'information qui essaie de répondre aux questions que vous seriez susceptible de vous poser.

Avant de prendre votre décision de participation, vous pourrez disposer d'un délai de réflexion pour prendre connaissance de ce document.

Vous êtes libre de participer ou non à cette étude et en cas de participation, vous pourrez à tout moment durant l'étude vous adresser à votre médecin pour lui poser toute question complémentaire.

1. Quel est l'objectif de ce protocole de recherche ?

L'objectif est d'estimer le niveau d'information et de compréhension de la contraception des femmes à J3 après un accouchement.

2. Quelle est la méthode de ce protocole de recherche ?

Un interne en gynécologie vous interrogera sur la contraception (connaissances et moyens de contraception), suite à votre accouchement. Pendant cette entretien un enregistrement audio sera réalisé afin d'améliorer la qualité de recueil des résultats. L'enregistrement sera détruit après l'analyse.

Des données vous concernant seront également recueillies directement dans votre dossier médical.

L'ensemble des données recueillies seront anonymisées.

3. Quelle sera la durée de votre participation ?

Votre participation durera le temps de l'entretien avec l'interne (à savoir 90 minutes maximum).

4. Quels sont les bénéfices attendus ?

En ce qui vous concerne, vous bénéficierez de la prise en charge habituelle de toute patiente ayant accouché. Votre participation nous permettra de :

- Mettre en évidence le meilleur moment, le meilleur support et le meilleur « interlocuteur » pour discuter avec les femmes venant accoucher de leur contraception « idéale ».
- Améliorer l'information donnée par les professionnels de santé.
- Adapter la future contraception dans le projet de vie de la Femme.

5. Quels sont les effets indésirables possibles ?

Compte-tenu que cette étude se fera sur un simple entretien, il n'y a aucun effet indésirable possible.

6. Quels sont vos droits en tant que participant à ce protocole de recherche?

Vous avez le droit d'avoir communication, au cours ou à l'issue de la recherche, des informations vous concernant.

Vous détenez le droit de refuser de participer à une recherche ou de retirer votre non-opposition à tout moment sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

Vous avez le gage que l'anonymat des données est respecté puisque le traitement des données sera réalisé dans des conditions de confidentialité définies par la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (CNIL). Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

Si une modification du protocole de l'étude donne lieu à une modification de la lettre d'information, vous en serez informé et le formulaire de non opposition sera de nouveau soumis à votre accord et signature.

7. A qui devez-vous vous adresser en cas de questions ou de problèmes ?

Vos contacts dans l'étude (titre, nom, prénom, adresse) :
MASSON MALFOIS Charlotte Interne de médecine générale Service de gynécologie, Maternité Monaco Avenue de Monaco 59300 Valenciennes

Enfin, cette recherche est déclarée auprès de la CNIL.

Formulaire de non-opposition

Je soussignée (Nom et prénom) _____	
<input type="checkbox"/> Ne m'oppose pas à l'utilisation de mes données et à l'enregistrement de ma voix dans le cadre de cette recherche	
<input type="checkbox"/> M'oppose à l'utilisation de mes données et à l'enregistrement de ma voix dans le cadre de cette recherche	
Fait à _____, le / /	Signature :

Annexe 6 : Retranscription des entretiens

Cf. CD ci joint

Annexe 7 : Avis du comité d'éthique

Avis du comité interne d'éthique de la recherche médicale (CIER) du GHICL

Numéro d'ordre de l'avis : 2015/01/04

Intitulé de la recherche : Contraception et IVG

Investigateur ou responsable du projet : Mme Malfois, thèse de médecine inscrite à la FMM

Promoteur : CHU Valenciennes

Lieu où se déroule la recherche : CHU Valenciennes

Documents sur lesquels le comité (protocole, document d'information et/ou de consentement remis aux sujets participants...) : résumé, protocole, lettre d'information, consentement et résumé CIER

Date de réunion du comité d'éthique : 08/01/2015

Personnes ayant délibéré :

- ✓ Le président de la CME du GHICL: Dr Baumelou
- ✓ Le doyen de la FMM et/ou le vice doyen chargé de la recherche : Pr Gosset
- ✓ Le responsable du DRM et/ou le coordinateur des études cliniques : Dr Lansiaux et Mme Demilly
- ✓ Le directeur du centre d'éthique médicale ou son représentant : Mr Boitte
- ✓ Un expert médical : Pr Charkaluk
- ✓ Une sage-femme : Mme Luiset
- ✓ Un psychologue du GHICL : Mme Boucher
- ✓ Un représentant des usagers et de la qualité de prise en charge : Mr Lampe

Avis du comité d'éthique du GHICL

- ✓ **Avis favorable sans restriction** : sujet jugé très intéressant par les membres du CIER. Pas de remarques particulières.
- Demande de précisions et de modifications** (avis temporaire)
- Avis défavorable** :

Le président du comité d'éthique du GHICL

Nom : E. Baumelou

Date : 29.1.15

Signature :



Le président de la CME du GHICL

Nom : A. Decoster

Date : 29.1.15

Signature :



Annexe 8 : Accord de la CNIL

RÉCÉPISSÉ

**DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À
UNE MÉTHODOLOGIE DE
RÉFÉRENCE**

Numéro de déclaration

1757302 v 0

du 09-04-2014

Madame DHONDT Sarah
CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES
DSIO
AVENUE DESANDROUINS
59300 VALENCIENNES

A LIRE IMPERATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez effectué une déclaration de votre traitement à la CNIL et que votre dossier est formellement complet. Vous pouvez mettre en œuvre votre traitement. Cependant, la CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. En tout état de cause, vous êtes tenu de respecter les obligations prévues par la loi et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Organisme déclarant

Nom : CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES

Service :

Adresse : AVENUE DESANDROUIN CS 50479

Code postal : 59322

Ville : VALENCIENNES

N° SIREN ou SIRET :

265906735 00013

Code NAF ou APE :

8610Z

Tél. : 0327143333

Fax. :

Traitement déclaré

Finalité : MR1 - Recherches biomédicales

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 9 avril 2014
Par délégation de la commission



Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

AUTEUR : MALFOIS - MASSON Charlotte

Date de Soutenance : Mardi 12 Mai 2015

Titre de la Thèse : La contraception du post-partum : Approche qualitative de l'information reçue, de l'état des lieux des connaissances et de l'attente des patientes.

Thèse - Médecine - Lille 2015

Cadre de classement : Médecine

DES et spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : Contraception, post-partum, planification familiale, médecine générale

Contexte : Le manque d'informations et la mauvaise compréhension des méthodes contraceptives constituent un frein essentiel au choix d'une contraception adaptée. Ce constat est d'autant plus surprenant qu'il survient dans la période du post-partum, période apparaissant être idéale (arrêt de travail, prise en charge à 100%, consultations mensuelles...) pour former nos patientes à leur future contraception.

Méthode : Une étude qualitative, unicentrique, est réalisée, par entretiens semi-dirigés, durant la période de septembre à novembre 2014. Les personnes interrogées étaient choisies au hasard et de manière consécutive, le jour de la sortie de la maternité.

Résultats : La saturation des données a été obtenue en 18 entretiens. Cette étude révèle qu'il existe des lacunes sur les connaissances du moyen contraceptif choisi et utilisé, ainsi que sur la physiologie féminine. L'information reçue n'est pas objective et n'est pas assimilée. Un projet de vie est établi, de manière plus ou moins consciente, par chacune des patientes, mais n'est pas pris en compte dans le choix contraceptif du post-partum. Les patientes ont des attentes bien définies en matière de support et d'interlocuteur. Les représentations erronées et les idées reçues sont des freins majeurs au choix objectif d'un moyen contraceptif.

Conclusion : Le post-partum est une période fondamentale pour la diffusion d'une information contraceptive. Le relai avec la médecine de ville est important pour vérifier la compréhension et l'adaptation au projet de vie. La prise en charge globale des patientes doit, notamment, intégrer la planification familiale.

Composition du Jury :

Président : Pr Raymond GLANTENET

Asseseurs : Pr Philippe DERUELLE, Dr Sophie CATTEAU-JONARD, Dr Hervé QUIQUEMPOIS

Directrice de thèse : Dr Judith OLLIVON