

Année 2016

n°

**THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

YOGESPARAN (épouse NAVINAN) Kirushaanthy
Née le 29 Novembre 1985 à Brême (Allemagne)

Présentée et soutenue publiquement le: 07 Juin 2016

**Contraception du post-partum et précarité :
Impact des connaissances et du suivi sur le choix et
l'observance de la méthode contraceptive.**

Président de thèse: Professeur AUBIN-AUGER Isabelle

Directeur de thèse: Docteur BOUJENAH Jeremy

DES de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

Au Professeur Isabelle AUBIN-AUGER pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ma thèse. Je vous exprime toute ma gratitude et mon profond respect. Merci pour vos précieux conseils et vos encouragements.

Au Docteur Jeremy BOUJENAH, directeur de thèse. Merci pour ta disponibilité tout au long de ce travail, ta patience et ta rigueur. Merci pour tes conseils et tes encouragements durant ces deux ans. Ma thèse ne serait pas ce qu'elle est aujourd'hui sans ta présence et ton exigence.

Au Professeur Laurent JACOB et au Professeur Stéphane BRETAGNE, membres du jury. Vous me faites l'honneur d'assister à cette soutenance de thèse et de juger ce travail.

A l'ensemble des professionnels du service de Gynécologie-Obstétrique de l'hôpital Jean Verdier (médecins, internes, sages-femmes et infirmières) sans qui ce travail n'aurait pu aboutir.

A tous mes maîtres de stage pour votre accompagnement et votre formation.

A mes parents pour votre amour, votre éducation et votre soutien tout au long de mon parcours. Je sais que ce jour, vous l'attendiez autant que moi et qu'il restera gravé. C'est un rêve qui se réalise et ce rêve vous appartient. Merci pour tous vos efforts et vos sacrifices. Je ferai tout mon possible pour être à la hauteur de votre confiance.

A mon frère pour ton humour et tous les bons moments que je passe avec toi. Merci pour ta complicité et ton soutien.

A mon mari pour ton amour, ta patience et ton soutien, notamment au cours de ces derniers mois. Ta présence au quotidien m'a été précieuse au cours de cette période. Merci de partager ta vie avec moi et de m'accompagner dans les bons comme les mauvais moments.

A ma famille et à mes amis pour votre présence et votre soutien tout au long de ces années.

LISTE DES ABREVIATIONS

| | |
|----------------|---|
| AAH | Allocation aux adultes handicapés |
| AFSSAPS | Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé |
| AI | Allocation d'insertion |
| AME | Aide médicale d'état |
| AMC | Assurance maladie complémentaire |
| AMM | Autorisation de mise sur le marché |
| API | Allocation parent isolé |
| ASS | Allocation de solidarité spécifique |
| CASO | Centre d'accueil de soins et d'orientation |
| CES | Centre d'Examen de Santé |
| CMU | Couverture maladie universelle |
| DIU | Dispositif intra-utérin |
| DREES | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques |
| EPICES | Evaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé dans les centres d'examens de santé |
| HAS | Haute Autorité de Santé |
| HTA | Hypertension Artérielle |
| INPES | Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé |
| IST | Infection Sexuellement Transmissible |
| IVG | Interruption Volontaire de Grossesse |
| PMI | Protection maternelle et infantile |
| RMI | Revenu minimum d'insertion |
| VIH | Virus de l'immunodéficience humaine |

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| Table des figures et tableaux | 10 |
| Fiche de thèse..... | 11 |
| Introduction..... | 16 |
| Partie 1 : Rappels | 18 |
| I. Notion de précarité | 18 |
| A. Définition | 18 |
| B. Caractéristiques de la précarité..... | 19 |
| C. Mesure de la précarité..... | 20 |
| D. Particularités des populations précaires..... | 21 |
| E. Contraception et précarité | 22 |
| II. Rappels sur la contraception..... | 24 |
| A. Méthodes médicales | 25 |
| 1) La contraception oestroprogestative..... | 25 |
| a. La contraception oestroprogestative orale | 25 |
| b. Le dispositif hormonal transdermique | 25 |
| c. L’anneau vaginal | 25 |
| 2) La contraception progestative..... | 26 |
| a. Contraception microprogestative orale..... | 26 |
| b. Implant sous cutané à l’étonogestrel..... | 26 |
| c. Progestatifs macrodosés..... | 27 |
| d. Dispositif intra-utérin | 27 |
| e. Les progestatifs injectables | 28 |

| | |
|--|-----------|
| B. Méthodes barrières | 29 |
| C. Méthodes naturelles | 29 |
| III. Particularités du post-partum | 31 |
| A. Fécondabilité et sexualité dans le post-partum | 31 |
| 1) En cas d'allaitement maternel..... | 31 |
| 2) En cas d'allaitement artificiel..... | 31 |
| 3) Sexualité dans le post-partum | 31 |
| B. Facteurs influençant la prescription en post-partum..... | 32 |
| 1) Facteurs physiologiques | 32 |
| 2) Facteurs personnels | 32 |
| 3) Facteurs médicaux | 32 |
| Partie 2 : Rationnel de l'étude | 33 |
| I. Echecs de contraception | 33 |
| A. Facteurs d'échec de contraception..... | 33 |
| B. La précarité, facteur potentiel d'un échec de contraception | 34 |
| II. Contraception et post-partum..... | 36 |
| III. Hypothèses et objectifs de notre étude | 38 |
| A. Hypothèses | 38 |
| B. Objectifs | 38 |
| Partie 3 : Matériels et méthodes..... | 39 |
| I. Type d'étude..... | 39 |
| II. Lieu d'enquête..... | 39 |
| III. Critères d'inclusion et d'exclusion..... | 39 |

| | |
|--|-----------|
| IV. Elaboration du questionnaire initial (Annexe 2) | 40 |
| V. Déroulement de l'étude | 41 |
| VI. Critères de jugement | 43 |
| A. Définition du statut de précarité..... | 43 |
| B. Taux de bonnes réponses..... | 45 |
| C. Taux d'observance à 3 mois | 46 |
| D. Analyse des données | 46 |
| Partie 4 : Résultats | 47 |
| I. Caractéristiques de la population | 49 |
| A. Caractéristiques sociodémographiques | 49 |
| B. Suivi gynécologique et contraception..... | 51 |
| 1) Suivi gynécologique..... | 51 |
| 2) Contraception avant la grossesse..... | 52 |
| C. Caractéristiques de la grossesse actuelle | 54 |
| II. Taux de bonnes réponses au questionnaire | 56 |
| III. Facteurs associés aux connaissances de la population sur les méthodes contraceptives | 59 |
| IV. Entretien téléphonique à 3 mois | 60 |
| A. Entretien sur la contraception en maternité..... | 61 |
| B. Contraception du post-partum..... | 61 |
| 1) Pilule microprogestative..... | 61 |
| 2) Pilule oestroprogestative | 62 |
| 3) Préservatif..... | 62 |
| 4) Implant sous cutané..... | 63 |

| | |
|--|-----------|
| 5) Dispositif intra-utérin | 63 |
| 6) Absence de contraception | 63 |
| 7) Bilan sur la contraception à 3 mois | 64 |
| C. Consultation post-natale..... | 64 |
| V. Facteurs associés à l’observance de la contraception à 3 mois | 65 |
| Partie 5 : Discussion | 67 |
| I. Analyse des principaux résultats | 67 |
| A. Caractéristiques de la population d’étude | 67 |
| B. Suivi gynécologique et antécédent de contraception | 68 |
| 1) Suivi gynécologique..... | 68 |
| 2) Antécédent de contraception | 69 |
| C. Réponses aux questionnaires | 70 |
| D. Facteurs associés aux connaissances de la population sur les méthodes contraceptives | 72 |
| E. Entretien en suites de couches | 73 |
| F. Contraception du post-partum | 74 |
| 1) Contraception microprogestative orale | 74 |
| 2) Préservatif..... | 75 |
| 3) Dispositif intra-utérin | 75 |
| 4) Implant sous cutané..... | 76 |
| 5) Absence de contraception | 76 |
| G. Facteurs associés à une bonne observance à 3 mois..... | 77 |
| II. Forces et limites de l’étude | 79 |
| A. Recueil de données..... | 79 |
| B. Barrière linguistique..... | 79 |

| | |
|--|------------|
| C. Faibles effectifs | 80 |
| D. Questionnaires | 80 |
| E. Choix du score de précarité | 80 |
| F. Forces de l'étude..... | 81 |
| III. Perspectives..... | 82 |
| A. Aborder la contraception du post-partum dès la période prénatale | 82 |
| B. Adapter le type d'information en fonction de la patiente..... | 82 |
| C. La présence du partenaire | 83 |
| D. Améliorer le suivi gynécologique et le parcours de soins..... | 84 |
| E. Rôle du médecin généraliste et sa formation | 85 |
| F. Mener l'étude à plus grande échelle..... | 86 |
| Conclusion..... | 87 |
| Annexes..... | 88 |
| Annexe 1: Le score EPICES: L'indicateur de précarité des Centres d'Examens de Santé de l'Assurance Maladie..... | 88 |
| Annexe 2: Questionnaire..... | 89 |
| Annexe 3: Le modèle BERCER de l'OMS..... | 97 |
| Annexe 4: Carte des réseaux de santé périnatalité d'Ile de France | 99 |
| Annexe 5: Tableau de recueil de données..... | 100 |
| Références bibliographiques | 120 |
| Résumé..... | 127 |

Table des figures et tableaux

- Figure 1** : Flowchart
- Tableau 1** : Caractéristiques sociodémographiques de la population
- Tableau 2** : Suivi gynécologique
- Tableau 3** : Antécédent de contraception et grossesses non désirées
- Tableau 4** : Caractéristiques de la grossesse actuelle
- Tableau 5** : Taux de bonnes réponses
- Tableau 6** : Taux de bonnes réponses pour chaque question
- Tableau 7** : Facteurs de risque de bonne réponse
- Tableau 8** : Antécédent de contraception et précarité
- Tableau 9** : Entretien téléphonique à 3 mois
- Tableau 10** : Contraception du post-partum
- Tableau 11** : Etude des facteurs associés à l'observance à 3 mois

Fiche de thèse

Thème : La contraception du post-partum : impact des connaissances et de l'information sur le choix et l'observance du moyen contraceptif chez une population de femmes migrantes et/ou en situation précaire.

Contexte et justification :

La France est l'un des pays européens les plus avancés en matière de contraception. Une contraception est employée par 90.2% des femmes en couple et sans désir d'enfant. Le large choix des méthodes (hormonal, mécanique), des galéniques (transdermique, transmuqueuse, injectable, orale, sous cutanée) et des principes actifs (progestatifs, œstrogènes de synthèse, combinés) actuellement disponible permet à chaque femme de choisir la contraception la plus adaptée.

En tant que professionnels de santé de premier recours, nous sommes aujourd'hui de plus en plus confrontés à des patientes en difficulté, migrantes et/ou en situation de précarité.

La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives.

Les conditions socio-économiques précaires ainsi que l'absence de maniement courant de la langue française peuvent être un frein à la compréhension, au choix et à l'observance de la contraception.

Les données de la littérature concernant la connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives ainsi que les croyances et les idées reçues sur ces dernières sont hétérogènes chez cette population.

Le service de Gynécologie- Obstétrique de Jean Verdier (Bondy) accueille une population composée d'une très forte proportion de patients migrants et/ou en situation précaire. Ces derniers font face à des obstacles:

- économiques (précarité financière)
- linguistiques (impossibilité ou difficulté à communiquer)
- socioculturels (méconnaissance des institutions ou structures locales, mauvaise compréhension des valeurs, traditions, rites du pays d'accueil)
- socio-économiques (bas niveau d'éducation, illettrisme, absence de réseau social de soutien...)

Le post-partum est une période de transition contraceptive.

On constate 5% d'IVG dans les 6 mois du post-partum. Il a été également démontré que les grossesses rapprochées entraînent une augmentation de la morbidité périnatale.

Le choix de la méthode en post-partum dépend habituellement d'un éventuel allaitement, du risque thromboembolique veineux et des pathologies survenues pendant la grossesse.

Après une année d'internat dans cet hôpital et un semestre dans le service de Gynécologie (Urgences - Suites de couches- Planning), j'ai pu noter que les obstacles rencontrés par cette population précise étaient responsables de l'absence d'utilisation, d'une mauvaise utilisation ou encore d'un défaut d'observance du

moyen contraceptif choisi. Ces difficultés ont pour conséquence un recours plus fréquent à l'interruption volontaire de grossesse chez ces patientes.

L'objectif de cette thèse est d'évaluer les connaissances initiales des femmes ayant accouché dans le service et d'étudier l'impact de l'information reçue sur la contraception en suites de couches sur le choix de la méthode contraceptive et sur l'observance.

Hypothèses:

- Les femmes issues d'une population migrante et/ou précaire font face à une méconnaissance des différentes méthodes contraceptives, de leur moyen d'action et de leur utilisation.
- L'information sur la contraception du post-partum n'est pas intégrée de la même manière chez cette population, il en découle une mauvaise compréhension.
- Le choix et l'utilisation d'un moyen contraceptif sont biaisés par les croyances et les idées reçues en fonctions des conditions socio-économiques.
- Le degré d'observance est moindre en post-partum chez cette population par rapport à la population générale.

Questions :

- Quelles sont les connaissances sur la contraception de manière générale chez les femmes issues d'une population migrante et/ou précaire ?
- Quel est le degré d'observance de la contraception choisie après information en post-partum ?
- Quelles sont les principales causes d'arrêt ou de mauvaise observance ?

Méthodologie :

Etude de cohorte prospective observationnelle analytique.

Critère d'inclusion :

Toutes les femmes ayant accouché dans le service de Gynécologie Obstétrique de Jean Verdier de juillet à décembre 2014.

Un questionnaire écrit, anonyme, sera distribué par la sage-femme ou le personnel médical en suites de couches avant que les patientes aient bénéficié de l'information sur la contraception.

Le questionnaire sera composé de deux parties : les données personnelles de la patiente et des questions générales sur les différentes méthodes contraceptives (en particulier la contraception orale, le stérilet et l'implant).

Lors de l'examen de sortie fait par la sage femme ou l'interne, elles bénéficient d'une information sur les méthodes contraceptives adaptées à leur situation et choisissent donc le moyen qui leur paraît le plus adapté.

A 3 mois du post-partum, elles seront contactées par téléphone et un recueil d'informations bref sera réalisé :

- Ont-elles utilisé le moyen contraceptif choisi à la maternité ?
- Si oui, leur paraît-il bien adapté ?
- Si non, pourquoi ne l'ont-elles pas utilisé ?
- Ont-elles utilisé un moyen de remplacement ?
- Y a-t-il eu des oublis ?
- Ont-elles des questions sur la contraception ? Sont-elles satisfaites de l'information reçue en maternité ?

Retombées de la thèse :

- Adapter la prévention primaire et secondaire en matière de contraception et la prise en charge chez cette population de femmes vulnérables.
- Anticiper la contraception par une discussion en consultation chez le médecin généraliste ou le gynécologue pendant la grossesse.
- Evaluer la nécessité indispensable d'un traducteur dans le cadre de l'information.
- Evaluer l'intérêt de la mise en place de sessions informatives sur la contraception dans différentes langues, périodiques, en préconceptionnel ou à divers moments de la grossesse. Ces sessions permettraient à un groupe de femmes donné d'avoir recours à un intervenant spécialisé parlant leur langue (médecin généraliste, gynécologue ou sage femme) afin d'éviter une perte d'information, de faire part de leurs interrogations et d'échanger entre elles.
- Promouvoir l'éducation thérapeutique de ces femmes par le biais de documents adaptés à la population ciblée.
- Les suites de couches constituent une période de transition courte. Les problèmes liés à la précarité sociale ne peuvent donc y être abordés dans toute leur profondeur. La logique économique et logistique pousse les services de maternité à éviter les hospitalisations prolongées. Une consultation dédiée au post-partum devrait pouvoir être assurée par le médecin généraliste ou le gynécologue. Cela permettrait d'adapter le suivi gynécologique de ces femmes afin d'améliorer l'observance et diminuer le nombre de grossesses non désirées.

Rôle de l'interne : Création du questionnaire, recueil des données, exploitation et synthèse des données, rédaction de la thèse.

Introduction

La France est l'un des pays européens les plus avancés en matière de contraception. On estime à 90,2 % la proportion des femmes sans désir d'enfant, sexuellement actives au cours des douze derniers mois avec un partenaire homme, utilisant une méthode contraceptive **(1)**.

Selon l'enquête COCON, seules 5 % des femmes ne souhaitant pas de grossesse, n'utilisent aucun moyen de contraception **(2)**.

En 2005, l'INPES évaluait que 75% des françaises entre 15 et 54 ans, sexuellement actives, utilisaient un moyen de contraception **(3)**.

Depuis la loi de Neuwirth libéralisant la contraception en 1967, les méthodes contraceptives médicales se sont largement multipliées et diversifiées.

Le large choix des méthodes contraceptives (hormonal, mécanique), des galéniques, et des principes actifs actuellement disponibles, permet à chaque femme de disposer du contraceptif le plus adapté pour elle.

Cependant, les échecs de contraception demeurent à un taux élevé : un tiers des grossesses en France restent non prévues et le taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG) est constant depuis 30 ans (autour de 200 000 femmes par an) **(4)**. Celui-ci est un des plus élevés en Europe alors que deux tiers des grossesses non prévues ainsi que la moitié des recours à l'IVG concernent des femmes utilisant une contraception théoriquement efficace.

De plus, certaines populations, en particulier précaire, ont un accès difficile à une contraception adaptée. Les conditions socio-économiques (difficultés d'accès aux soins, obstacles financiers) ainsi que l'absence de maniement de la langue française

peuvent être un frein à la compréhension, au choix et à l'observance de la contraception.

Le post-partum reste une période propice à la prescription d'une contraception adaptée. Le risque d'IVG en post-partum immédiat et à moyen terme ainsi que le risque augmenté de morbidité materno-foetale, en cas de grossesse rapprochée, soulignent l'importance de cette période.

Après avoir rappelé la notion de précarité et son impact sur la santé de la femme, ainsi que les principaux aspects des différents moyens contraceptifs, en particulier durant le post-partum, l'objectif de cette thèse sera d'une part, d'évaluer les connaissances des femmes en post-partum sur la contraception et d'autre part d'étudier l'impact de l'information reçue sur le choix et l'observance de la contraception après leur accouchement, en particulier en cas de précarité.

Partie 1 : Rappels

I. Notion de précarité

A. Définition

Il existe plusieurs définitions très différentes de la précarité. Cette hétérogénéité reflète la difficulté à résumer en une phrase la diversité des situations sociales, médicales ou économiques.

Wresinski a ainsi défini en 1987, la précarité comme l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles, d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences de sévérités variables voire définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, lorsqu'elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances d'assumer à nouveau ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible **(5)**.

En 1998, le Haut Comité de Santé Publique reprend la définition du père Wresinski et affirme que « la précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouche sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale. » **(6)**.

En France, actuellement 12% de la population vit en situation de précarité, six millions de personnes vivent de minimas sociaux, 5,5 millions vivent en dessous du seuil de pauvreté et 1,6 millions sont sans logement **(7)**.

B. Caractéristiques de la précarité

La précarité présente trois caractéristiques majeures: elle est multidimensionnelle, hétérogène et évolutive (8).

- Le cumul de vulnérabilités sociales dans des domaines aussi variés que l'administratif, l'économie, la culture, la situation face à l'emploi, au logement ou à la santé et le niveau d'éducation, caractérise **l'aspect multidimensionnel** de la précarité.

- **L'hétérogénéité du phénomène** réside dans le fait que les facteurs à l'origine de la précarité sont différents pour chaque individu, de même que la façon personnelle de l'appréhender. Malgré une trajectoire commune de précarisation dans le cumul progressif des désavantages sociaux, il n'existe pas qu'une seule forme de précarité.

- Enfin, le caractère instable de la précarité en fait un **phénomène dynamique** et la première étape d'un processus de dégradation statutaire qui s'apparente dans la durée à la pauvreté et mène à l'exclusion sociale.

C. Mesure de la précarité

Plusieurs outils ont été créés pour identifier les populations précaires. Le plus élaboré méthodologiquement, le plus complet et le plus simple d'utilisation est le score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examen de Santé) **(9) (10) (11)**.

Le score EPICES a été créé en 1998 par les Centres d'Examen de Santé (CES) et le Centre Technique d'Appui et de Formation des CES. Il s'agit d'un indicateur individuel de précarité, prenant en compte son caractère multidimensionnel **(Annexe 1)**.

Ce score est établi autour d'un auto-questionnaire basé sur la situation socio-économique de l'individu, sa situation vis-à-vis de l'emploi et du logement, sur le niveau d'étude, la composition familiale et sur son état de santé.

Onze questions binaires ont été retenues, par régression logique, expliquant 90,7% de la variance du facteur précarité, à partir de 42 questions initiales.

A chaque réponse est attribué un coefficient, permettant de positionner l'individu sur un axe allant de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité maximale).

Le seuil de 30 est considéré comme seuil de précarité.

D. Particularités des populations précaires

La précarité a ses spécificités dans le domaine de la santé **(12)**.

Elle expose à une augmentation de la morbidité de la population **(12)**.

Les personnes en situation de précarité consultent moins de médecins que les autres **(8)**.

Le taux d'hospitalisation des personnes précaires est deux fois plus élevé que dans la population générale **(8)**.

Le renoncement aux soins est également un fait très présent dans cette population.

En 2004, dans l'enquête « Santé et Protection sociale », 13% des individus déclaraient avoir renoncé à des soins au moins une fois dans l'année **(13)**.

Des obstacles d'accès aux droits et aux soins des populations précaires persistent dans le système français. En 2011, les CASO (Centres d'accueil, de soins et d'orientation) : centres de consultations de médecins du monde ouverts à toute personne rencontrant des difficultés d'accès aux soins, ont identifié les difficultés suivantes chez leurs patients :

- ✓ La méconnaissance des droits et des structures de soins (26%).
- ✓ La barrière linguistique (26%).
- ✓ Les entraves administratives pour accéder aux droits sociaux de santé (24%).
- ✓ L'obligation de stabilité de résidence pour accéder aux droits et les difficultés d'en fournir la preuve (15 à 19%).
- ✓ Les raisons financières (8%).
- ✓ Le refus de soins toujours présent de la part de certains médecins envers les personnes bénéficiant de la couverture médicale universelle (CMU) ou de L'Aide Médicale d'Etat (AME).
- ✓ L'absence de renouvellement de droits.

E. Contraception et précarité

Les conditions socio-économiques précaires ainsi que l'absence de maniement de la langue française peuvent être un frein à la compréhension, au choix et à l'observance de la contraception.

En situation de précarité, le recours à une contraception, son type et son mode d'utilisation diffèrent d'une population non précaire. On observe :

- ✓ Une utilisation des méthodes contraceptives différentes : on retrouve chez les non utilisatrices de méthodes contraceptives une majorité d'ouvrières, de femmes sans couverture mutuelle, ou ayant un niveau d'étude bas **(14)**. Les disparités sociales concernant l'utilisation de la pilule ou du dispositif intra-utérin (DIU) sont moins nombreuses mais elles existent pour le type de pilule utilisé selon son caractère remboursable ou non **(15)**.
- ✓ Une méconnaissance des différentes méthodes contraceptives : si en moyenne les français connaissent 7 des 11 moyens contraceptifs médicaux utilisés en France, les ouvriers, les personnes à faibles revenus, et celles ayant un niveau d'étude inférieur au baccalauréat n'en connaissent que 6 ou 7 **(16)**. Les baromètres santé 2005 montrent également que les femmes en situation financière difficile, sans emploi ou avec un niveau d'étude bas sont les moins bien informées sur la contraception d'urgence **(17)**.
- ✓ Plus de croyances et d'idées reçues sur les différents moyens contraceptifs : dans l'enquête « les français et la contraception » **(18)**, la croyance en des affirmations erronées sur la sexualité et la contraception est supérieure chez la population précaire par rapport à la population générale. Chez certaines femmes, la culture a un réel impact sur leurs représentations

de la contraception. A titre d'exemple, la majorité des femmes musulmanes se montrent réticentes à utiliser une méthode de contraception qui supprime les menstruations (sacralité de la purification corporelle chaque mois). Même si de nombreuses femmes européennes se montrent tout aussi réticentes à cette idée, elles le justifient par une angoisse ou une nécessité pour elles d'avoir leurs règles afin de confirmer qu'elles ne sont pas enceintes et non par une raison d'ordre culturel. Dans les sociétés où la sexualité ne s'envisage que dans le cadre du mariage, la jeune fille qui ferait la demande d'une contraception avant son union, affronterait ainsi un interdit.

✓ Un recours plus fréquent à l'IVG : si en France, toutes les catégories sociales sont concernées par l'IVG, les difficultés affectives, économiques et sociales importantes, souvent cumulées en cas de précarité, sont associées à la réalisation d'IVG à répétition **(19)**.

II. Rappels sur la contraception

L'OMS définit la contraception comme « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter » **(20)**.

L'HAS (Haute Autorité de la Santé) définit la meilleure contraception comme étant celle que la femme ou le couple choisit de façon libre et éclairée. Le choix de la méthode contraceptive est lié à une meilleure satisfaction et à un meilleur respect des conditions d'utilisation de la méthode **(21)**.

Sur la base de ce constat et des recommandations disponibles, la Direction Générale de la Santé a élaboré une stratégie d'actions en matière de contraception dans le but de réduire le nombre de grossesses non désirées **(22)** :

- L'information et la mobilisation nécessaires, tant du public que des professionnels de santé.

- L'importance d'intégrer les recommandations de la HAS dans le contenu des formations, initiale et continue, des professionnels habilités à prescrire ou à donner des informations en matière de contraception. Il s'agit donc des médecins, des sages-femmes et des pharmaciens.

- L'importance de la consultation de contraception dans le parcours de soins. Elle doit être un temps fort de la prévention des grossesses non désirées et des risques liés à la sexualité.

- Cette stratégie incite également les professionnels à être attentifs au coût de certaines méthodes qui peut, dans certains cas, constituer un frein à une utilisation régulière, et à proposer plus largement des médicaments génériques ou remboursés.

A. Méthodes médicales

1) La contraception oestroprogestative

a. La contraception oestroprogestative orale

Dans le post-partum, les formes normodosées (50 µg) sont contre-indiquées en raison du risque thromboembolique augmenté. Ce risque est moindre avec les minidosées (30 µg).

Pour les patientes n'allaitant pas et prenant un inhibiteur de la lactation, les oestroprogestatifs peuvent être débutés dès le 21^{ème} jour du post-partum.

Pour celles qui ont choisi d'allaiter, il est contre-indiqué de débiter tout de suite une contraception oestroprogestative.

b. Le dispositif hormonal transdermique

Chez la femme qui allaite, ce moyen de contraception doit être débuté six mois après l'accouchement (absence de données sur l'effet du patch et l'allaitement maternel).

c. L'anneau vaginal

Il n'existe pas d'étude spécifique concernant le post-partum. L'OMS émet donc les mêmes précautions que pour le dispositif hormonal transdermique.

2) La contraception progestative

a. Contraception microprogestative orale

Dans le post-partum, la contraception microprogestative est la méthode de référence, notamment en cas d'allaitement maternel. Cette contraception ne majore pas le risque thromboembolique et ne modifie pas la qualité et la quantité de lait maternel. A partir du 21^{ème} jour après l'accouchement, la pilule microprogestative est utilisable chez la femme qui ne présente pas de contre-indication, quelque soit le mode d'allaitement (maternel ou artificiel).

Les progestatifs microdosés ayant une AMM en France sont :

- le désogestrel, progestatif de troisième génération à la dose de 75 µg par jour (Cérazette®). Celui-ci a par ailleurs un effet anti-gonadotrope.
- le lévonorgestrel, progestatif de deuxième génération avec 30 µg par jour (Microval®), le seul remboursé par la Sécurité Sociale.
- l'acétate de noréthistérone, progestatif de première génération avec 60 µg par jour (Milligynon®). Ce sont des progestatifs de synthèse, à très faible dose.

Le Microval® et les génériques de Cérazette® sont remboursés par la Sécurité Sociale.

b. Implant sous-cutané à l'étonogestrel

L'implant peut être prescrit dans le post-partum immédiat car il n'interfère pas avec la lactation et n'entraîne pas de sur-risque thromboembolique. Pour une meilleure tolérance clinique, il est recommandé de le poser dans les 15 jours après

l'accouchement. De plus, il peut être utilisé sans inconvénient pour le nouveau-né. La dose reçue par le nouveau-né correspondant à 0.2% de la dose maternelle quotidienne.

c. Progestatifs macrodosés

Il s'agit des progestatifs de synthèse (comme le Lutényl®, le Lutéran® ou le Surgestone®), considérés comme contraceptifs du fait de leur action anti-gonadotrope (blocage de l'ovulation).

Ils sont administrés du 5ème au 25ème jour du cycle.

Même s'ils sont largement employés dans la pratique courante, ils n'ont pas l'AMM comme contraceptifs.

Ils sont surtout utilisés chez la femme en péri-ménopause, puisqu'ils permettent, outre leur action contraceptive, de lutter contre l'hyperoestrogénie relative.

d. Dispositif intra-utérin

Il s'agit de la méthode contraceptive de 2ème intention en France avec 25% d'utilisatrices. Il est principalement utilisé par des patientes ayant déjà accouché et n'ayant pas de désir immédiat de grossesse en raison d'une longue durée d'action.

- **DIU au cuivre**

On le pose habituellement au-delà de la quatrième semaine de post-partum. Le DIU au cuivre reste pour la période qui suit un accouchement, un moyen contraceptif efficace, peu coûteux, généralement bien toléré et sans problème d'observance. L'OMS décrit, après un an d'utilisation, un taux de continuation de 78 %.

Certaines études ont démontré que la pose réalisée immédiatement après l'accouchement se révèle plus efficace malgré un taux d'expulsion augmenté par rapport à une pose différée (23).

- **DIU hormonal**

L'OMS recommande d'attendre six semaines après l'accouchement avant la pose du Mirena® en cas d'allaitement maternel. Selon l'HAS, les recommandations sont les mêmes que pour le DIU au cuivre.

e. Les progestatifs injectables

Cette méthode est acceptable dans des indications psychosociales, à partir de 6 semaines en cas d'allaitement maternel et du 7^{ème} jour en cas d'allaitement artificiel.

En cas d'allaitement maternel, les recommandations de l'OMS et de l'AFSSAPS sont identiques à celles pour la pilule microprogestative.

En cas d'allaitement artificiel, l'OMS autorise les injections de progestérone dès le post-partum immédiat. L'AFSSAPS les déconseille pendant les 4 premières semaines du post-partum.

B. Méthodes barrières

Il s'agit avant tout du préservatif masculin, mais aussi des spermicides, du diaphragme et du préservatif féminin. Leur efficacité est bonne mais moindre que les méthodes hormonales.

L'utilisation des méthodes barrières est recommandée en cas d'absence de partenaire stable, en suites de couches ou d'IVG, en cas de contraception de relais ou encore en cas de contre-indication à la pilule et au DIU.

C. Méthodes naturelles

Il s'agit essentiellement :

- des méthodes d'abstinence périodique.
- de l'utilisation des courbes de température.
- de la méthode Billings: étude de la glaire.
- de la méthode d'Ogino-Knaus: durée de vie des spermatozoïdes.
- de la méthode du retrait.
- de la Méthode MAMA.

Ce sont des méthodes beaucoup moins efficaces que la contraception hormonale (indice de Pearl compris entre 1 et 9). Elles devraient être réservées uniquement aux femmes connaissant leur cycle, maîtrisant la méthode choisie et acceptant d'assumer une éventuelle grossesse en cas d'échec contraceptif.

L'efficacité des méthodes naturelles pendant le post-partum à l'exception de la MAMA est discutée du fait des lochies et des modifications cervicales qui rendent leur interprétation difficile.

La lactation dans certains conditions peut être contraceptive d'où la pratique fréquente de la **méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée**.

❖ La Méthode de l'Aménorrhée Lactationnelle (MAL) ou Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA) (24) (25) (26)

Cette méthode a un taux d'efficacité supérieur à 98% si les conditions sont respectées.

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 couches 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.

Ces conditions sont difficiles à réunir en pratique, notamment dans les sociétés occidentales où les femmes travaillent. De plus, même quand ces conditions sont respectées, l'efficacité de la MAMA est relative avec un risque de grossesse de 2% à 6 mois et de 7% à un an (27). Si cette méthode est néanmoins choisie par la patiente, il est important de l'encourager à l'associer à une méthode de contraception locale : préservatif ou spermicides.

III. Particularités du post-partum

A. Fécondabilité et sexualité dans le post-partum

1) En cas d'allaitement maternel

Si l'allaitement est exclusif, le retour de couches peut s'effectuer 6 mois après l'accouchement avec néanmoins la présence de cycles anovulatoires ou dysovulatoires. Parfois, même en cas d'allaitement maternel exclusif, une ovulation peut survenir précocement, et ce même avant le retour de couches **(28)**.

2) En cas d'allaitement artificiel

La première ovulation ne survient pas avant le 25ème jour. Le retour de couches vient au plus tôt au 30ème jour. A 6 semaines, 15% des femmes ont ovulé et 40% sont réglées.

3) Sexualité dans le post-partum

La reprise de la sexualité va nécessiter un temps d'adaptation variable (fonction du déroulement de l'accouchement, des sutures et complications éventuelles, de la fatigue). Cela peut s'expliquer par les modifications vaginales et périnéales responsables de sécheresse vaginale, de dyspareunies et de baisse de la libido, mais aussi la présence du nouveau-né, qui devient la première préoccupation maternelle et du couple. En moyenne, la reprise des rapports sexuels semble survenir dans les cinq semaines qui suivent l'accouchement **(29)**.

B. Facteurs influençant la prescription en post-partum

1) Facteurs physiologiques

- Le risque cardio-vasculaire en post-partum
- L'allaitement

2) Facteurs personnels

- La facilité d'utilisation
- Le désir d'un autre enfant
- Les antécédents contraceptifs
- Les indications médicales

3) Facteurs médicaux

- Antécédents médicaux personnels
- Antécédents familiaux
- Interactions médicamenteuses
- Consommation de toxiques
- Pathologies gravidiques (pré éclampsie, HTA gravidique, diabète gestationnel, cholestase, pathologie thromboembolique veineuse)

Partie 2 : Rationnel de l'étude

I. Echecs de contraception

La majorité des grossesses non désirées ont deux causes: l'échec d'une méthode contraceptive ou l'absence d'utilisation de celle-ci.

L'étude des trajectoires contraceptives des femmes ayant recours à une IVG montre que la moitié d'entre elles avaient changé de contraception dans les 6 mois précédant l'échec (2).

A. Facteurs d'échec de contraception

Les facteurs d'échec de la contraception identifiés dans l'enquête réalisée par l'INPES en 2007 sur la contraception en France sont les suivants (18):

- la mauvaise utilisation des moyens contraceptifs : Dans 60,3% des cas, les échecs de contraception sous pilule sont dus à un oubli ou à un retard. Dans 52,9% des cas, les échecs de contraception sous préservatifs sont dus à un retrait ou à une déchirure.
- les difficultés de gestion de la contraception au quotidien.
- l'existence de fausses croyances sur les méthodes contraceptives (infertilité induite par la contraception orale).
- les lacunes concernant la connaissance du cycle féminin.
- les lacunes concernant la connaissance de l'utilisation des moyens contraceptifs.

Les facteurs d'échec de contraception pourraient refléter un manque d'information sur la contraception, la sexualité et le choix contraceptif qui n'est pas toujours en accord avec le mode de vie des femmes et des couples.

B. La précarité, facteur potentiel d'un échec de contraception

En 2005, dans son rapport à la Direction Générale de la Santé, l'observatoire du Samu social de Paris conclut, après une étude réalisée auprès de 30 femmes prises en charge par ses soins, que les femmes sans logement ont les mêmes attentes et besoins que les femmes de la population générale sur le plan affectif et sexuel. Elles doivent néanmoins faire face à plus de situations difficiles du fait de leurs conditions de vie, ce qui explique que la contraception ne fait pas partie de leurs priorités **(30)**.

Ces dernières font face à des obstacles :

- économiques (précarité financière).
- linguistiques (impossibilité ou difficulté à communiquer).
- socioculturels (méconnaissance des institutions ou structures locales, mauvaise compréhension des valeurs, traditions, rites du pays d'accueil).
- socio-économiques (bas niveau d'éducation, illettrisme, absence de réseau social de soutien).

Il existe un moindre recours aux soins et à la contraception dans la population précaire ainsi que des difficultés d'observance en lien avec la précarité sociale des femmes.

On observe :

- ✓ Une utilisation des méthodes contraceptives différentes
- ✓ Une méconnaissance des différentes méthodes
- ✓ Plus de croyances et d'idées reçues sur les différents moyens contraceptifs
- ✓ Un recours plus important à l'IVG

Pourtant, l'accès à la planification familiale par la contraception faciliterait la construction d'un projet de vie plus adapté à leurs ressources permettant à ces femmes de sortir de la précarité, ou du moins d'en limiter les effets.

II. Contraception et post-partum

Le post-partum est une période de changement physiologique pour la femme, durant laquelle se produit un remaniement physique et psychique important. C'est une période de transition contraceptive où l'observance est complexe et où l'accompagnement y est d'autant plus important.

En effet, 5% des interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont lieu dans les six mois du post-partum **(31)**.

Il a été également démontré que les grossesses rapprochées entraînent une augmentation de la morbidité périnatale **(32)**.

Durant les 12 premiers mois suivant un accouchement, 95% des femmes veulent éviter une grossesse dans les 2 ans **(33)**. Or, seul un tiers des femmes en post-partum, sans désir de grossesse, utilisent une méthode contraceptive **(34)**.

Il s'agit pourtant d'un temps médical (arrêt de travail, prise en charge à 100%, consultations mensuelles) pour informer les patientes sur leur future contraception.

La prescription de la méthode en théorie la plus efficace est privilégiée au détriment de celle la plus adaptée à la situation de la femme. La pilule est souvent prescrite chez les femmes les plus jeunes et la pose du dispositif intra-utérin est réservée pour les femmes plus âgées, ayant eu le nombre d'enfants souhaités.

Il est donc primordial pour le professionnel de santé en suites de naissances de trouver le moment opportun pour aborder la contraception. Cette rencontre doit avoir une démarche éducative, d'accompagnement et de conseils adaptée à chaque patiente.

En suites de couches avant la sortie de la maternité, une information et la prescription d'un moyen contraceptif sont proposées aux patientes entre J2 et J3.

L'entretien vise à faciliter l'expression personnelle de chaque patiente, il est personnalisé et prend en compte la patiente dans sa globalité:

- Histoire de la patiente.
- Contraception antérieure (observance et tolérance).
- Circonstances de survenue de la grossesse (désirée ou non, oubli ou échec de contraception).
- Pathologies de la grossesse, accouchement, suites de couches et allaitement.
- Mode de vie (conditions socio-économiques).

Cependant, après l'accouchement, la mère, centrée sur son nouveau-né, est moins réceptive et n'envisage pas une reprise immédiate de sa vie sexuelle. Cette réflexion semble néanmoins indispensable car en fonction du type d'allaitement, une ovulation peut survenir rapidement. De plus, cette contraception pourra être réadaptée lors de la visite post-natale.

III. Hypothèses et objectifs de notre étude

A. Hypothèses

- Les femmes issues d'une population précaire ont une moins bonne connaissance des différentes méthodes contraceptives, de leur mode d'action et de leur utilisation.
- Le suivi gynécologique, l'entretien sur la contraception en maternité et la consultation post-natale influent sur la connaissance des méthodes contraceptives et sur l'observance.
- Le degré d'observance en post-partum est moindre chez la population précaire par rapport à la population générale.

B. Objectifs

L'objectif de cette thèse est d'évaluer dans un premier temps les connaissances initiales sur la contraception des femmes ayant accouché dans le service de Gynécologie-Obstétrique de l'hôpital Jean Verdier.

Dans un deuxième temps, il s'agit d'étudier l'impact de la précarité et de l'information reçue sur la contraception en suites de couches sur le choix et l'observance de la méthode contraceptive.

Partie 3 : Matériels et méthodes

I. Type d'étude

Pour répondre aux objectifs précédemment cités, nous avons réalisé une étude de cohorte prospective observationnelle unicentrique.

II. Lieu d'enquête

Cette étude a été réalisée dans le service de Gynécologie-Obstétrique de l'hôpital Jean Verdier situé à Bondy en Seine-Saint-Denis, maternité de type IIb.

III. Critères d'inclusion et d'exclusion

Cette étude concernait les femmes ayant accouché dans le service de Gynécologie-Obstétrique entre juillet 2014 et décembre 2014.

Ont été incluses :

- Toutes les patientes hospitalisées en suites de couches après leur accouchement, de tout âge et de toutes origines, ayant donné leur consentement pour la participation à l'étude (réponse au questionnaire et rappel téléphonique à trois mois) et ayant remis le questionnaire rempli au personnel du service.

Ont été exclues :

- Les patientes ayant refusé de répondre au questionnaire.
- Les patientes ayant accepté d'y répondre mais dont les questionnaires n'ont pas été remis au personnel du service avant leur sortie de maternité.

- Les patientes ayant une barrière linguistique les empêchant de répondre au questionnaire.

IV. Elaboration du questionnaire initial (Annexe 2)

Un questionnaire écrit a été élaboré afin d'évaluer les connaissances initiales des patientes sur les différentes méthodes de contraception.

La première page informait la patiente sur les buts et le déroulement de l'étude. Elle précisait le caractère anonyme du questionnaire.

La première partie du questionnaire portait sur les données personnelles de la patiente :

- Identité de la patiente
- Lieu de résidence
- Couverture sociale
- Origine
- Statut d'emploi
- Situation familiale

Les données concernant l'identité des patientes sont restées confidentielles et n'ont été utilisées que pour les recontacter.

La deuxième partie du questionnaire portait sur :

- Le suivi gynécologique de la patiente
- Le mode de contraception utilisé avant la grossesse si c'était le cas
- L'existence de grossesses non désirées au cours de sa vie sexuelle
- Le désir de contraception à la sortie de la maternité

- Les connaissances des différentes méthodes contraceptives (contraception oestroprogestative orale, pilule progestative, contraception d'urgence, stérilet, implant, préservatif).

Il s'agissait de questions fermées à réponse(s) simple ou multiples.

V. Déroulement de l'étude

Le questionnaire a été distribué aux patientes dès leur entrée en suites de couches, par la sage-femme, l'infirmière, ou les médecins.

Le questionnaire devait être rempli par la patiente (seule, accompagnée de son mari, de la sage-femme, de l'interne ou de toute autre personne pouvant servir d'interprète) et remis au personnel du service avant l'examen de sortie.

Lors de cet examen réalisé à J2 (2^{ème} jour suivant l'accouchement par voie basse) ou C4 (4^{ème} jour suivant l'accouchement par césarienne) par la sage-femme, l'interne ou le gynécologue, les patientes bénéficiaient d'une information sur les méthodes contraceptives adaptées à leur situation et choisissaient le moyen qui leur paraissait le plus adapté.

En plus des données recueillies dans le questionnaire, d'autres éléments ont été récupérés dans le dossier de chaque patiente incluse. La recherche des autres données a été effectuée à partir du système informatique de la maternité qui contient toutes les informations relatives aux caractéristiques maternelles, au déroulement de la grossesse, à l'accouchement, et aux issues néonatales. Ces données sont collectées et informatisées de façon prospective par la sage-femme, le jour de la naissance, pour toutes les patientes accouchant dans l'établissement. Afin de prévenir les biais de classement, une sage-femme spécialisée dans l'informatisation des données et dans l'analyse épidémiologique, vérifie l'ensemble du codage ainsi

que sa mise en mémoire. Le consentement éclairé pour le recueil et l'utilisation anonyme des données est obtenu pour toutes les patientes s'inscrivant à la maternité.

Les données récupérées via ce système étaient les suivantes :

- Gestité et parité
- Nombre d'interruptions de grossesses et de fausses-couches
- Existence de contre-indications à un traitement oestroprogestatif
- Tabagisme
- Grossesse actuelle spontanée ou obtenue par procréation médicalement assistée
- Pathologies au cours de la grossesse
- Mode d'accouchement
- Mode d'allaitement
- Transfert du nouveau-né

A 3 mois de leur sortie, les patientes ont été contactées par téléphone et un recueil d'informations bref a été réalisé :

- Quel était le moyen contraceptif choisi à la sortie de la maternité ?
- Est-ce qu'il lui a semblé adapté ?
- Si non, pourquoi ?
- A-t-elle utilisé un moyen de remplacement ?
- Y a-t-il eu des oublis ?
- Qui lui a donné l'information sur la contraception en maternité ?

- Etait-elle seule ou accompagnée ?
- Combien de temps a duré l'entretien sur la contraception ?
- A-t-elle été satisfaite de l'information reçue en maternité ?
- A-t-elle bénéficié d'une consultation post-natale ?
- Quel a été le délai entre la sortie de la maternité et cette consultation ?
- A-t-elle des questions sur la contraception ?

VI. Critères de jugement

A. Définition du statut de précarité

Afin de définir le statut de précarité des patientes incluses dans l'étude, nous avons utilisé deux scores, celui de l'équipe du professeur Lombrail et celui de Dr Gosselin Caroline élaborés en 2004.

Le score EPICES bien que validé pour définir une population précaire n'a pas été utilisé en raison de l'absence de réponse possible pour tous les items.

- En 2004, l'équipe du Professeur Lombrail a publié des critères de vulnérabilité sociale explorés par auto questionnaires et validés par entretiens avec des assistantes sociales **(35)**.

Les 5 caractéristiques retenues étaient :

1. Avez-vous la CMU (couverture maladie universelle), CMU complémentaire ou AME (aide médicale d'état)? oui / non
2. Avez-vous une mutuelle santé ou assurance maladie complémentaire ? oui / non

3. Avez-vous du mal à payer vos médicaments ou examens médicaux ?
oui / non

4. Recevez-vous une de ces allocations : le RMI, l'AAH (allocation adulte handicapé), l'API (allocation parent isolé), l'ASS (allocation solidarité spécifique), l'AI (allocation d'insertion), l'allocation de veuvage, le minimum vieillesse ou l'allocation supplémentaire vieillesse ? oui / non

5. Etes-vous à la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois ou d'un 1er emploi ? oui / non

Selon cette étude, une situation de vulnérabilité sociale a été définie selon la règle suivante : « Être concerné par au moins 1 des 5 critères : 1 ou 4 ou 2+3 ou 1+5 ou 3+5 ».

➤ Dans la thèse de Caroline Gosselin en 2004 sur la contraception chez les femmes en situation de précarité dans l'agglomération nantaise, le score suivant a été élaboré **(36)** :

- Nationalité : française = 0 point, étrangère = 2 points
- Mode de vie : maison = 0 pt, foyer d'hébergement, hôtel ou sans logement = 3 pts
- Situation familiale : vie maritale ou concubinage = 0 pt, célibataire = 0 pt, enfants à charge = 1 pt, seule avec enfants = 2 pts
- Activité : travail = 0 pt, chômage = 2 pts, étudiante = 0 pt, sans activité salariée = 1 pt
- Prise en charge : régime obligatoire : sécurité sociale = 0 pt, CMU = 3 pts, AME = 3 pts, pas de prise en charge = 3 pts ; régime complémentaire : mutuelle = 0 pt, CMU = 3 pts, pas de complémentaire = 2 pts

Les femmes ayant obtenu 3 points ou plus sont incluses dans le groupe précaire.

Afin de s'assurer qu'une patiente puisse satisfaire au statut de précaire (et éviter un biais de classement), nous avons évalué le taux de concordance entre les 2 tests sur notre cohorte. Celui-ci était de 100% en raison d'une probable redondance des items. Les patientes ont donc été qualifiées de précaires lorsqu'elles remplissaient les critères aux 2 tests sus-cités.

B. Taux de bonnes réponses

Le critère de jugement principal était le taux de bonnes réponses.

Pour les questions concernant les connaissances de chaque méthode contraceptive, le taux global de bonnes réponses a été exprimé sous forme de pourcentage (4 tranches : 0-25%, 25-50%, 50-75%, 75-100%).

Le seuil de bonne connaissance a été défini par un taux de bonnes réponses aux questions supérieur à 50%.

Une absence de réponse a été considérée comme une mauvaise réponse.

Concernant le mode d'action pour la contraception oestroprogestative orale, la réponse « blocage de l'ovulation » était suffisante pour être considérée comme une bonne réponse.

Concernant le mode d'action pour la pilule progestative, la réponse « blocage de l'ovulation » et/ou « modifications de l'endomètre rendant la nidation impossible » était suffisante pour être considérée comme une bonne réponse.

Les facteurs de risque de mauvaise réponse ont été secondairement analysés.

C. Taux d'observance à 3 mois

Le critère de jugement secondaire était le taux d'observance à 3 mois.

Les facteurs de risque d'une bonne observance ont été ensuite analysés.

D. Analyse des données

Les analyses statistiques et les figures ont été réalisées à l'aide du logiciel Stata (Stata, version 11.0, StataCorp LP, USA, www.stata.com) et BiostaTGV (<http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>).

L'analyse descriptive des données a été réalisée en utilisant le test de Student ou l'analyse de la variance par ANOVA lorsque cela était nécessaire (plus de deux catégories à comparer) pour les variables continues.

Le test du Chi2 (avec corrections de Yates sur le calcul de Chi2 quand les effectifs sont inférieurs à 5) ou le test exact de Fisher a permis lorsque cela était nécessaire (effectif attendu inférieur à 5) d'analyser les variables qualitatives et les tests de Mc Nemar pour les séries appariées. Les analyses multivariées ont été réalisées en utilisant le test du Chi2 à l'aide du logiciel Microsoft Excel.

Les tests bilatéraux avec un $p < 0,05$ étaient considérés comme significatifs.

Partie 4 : Résultats

De Juillet à Décembre 2014, 250 questionnaires ont été distribués dans le service de Suites de Couches. **(Figure 1)**

Aucune patiente n'a refusé de répondre au questionnaire lorsque celui-ci lui a été proposé.

Ont été exclues :

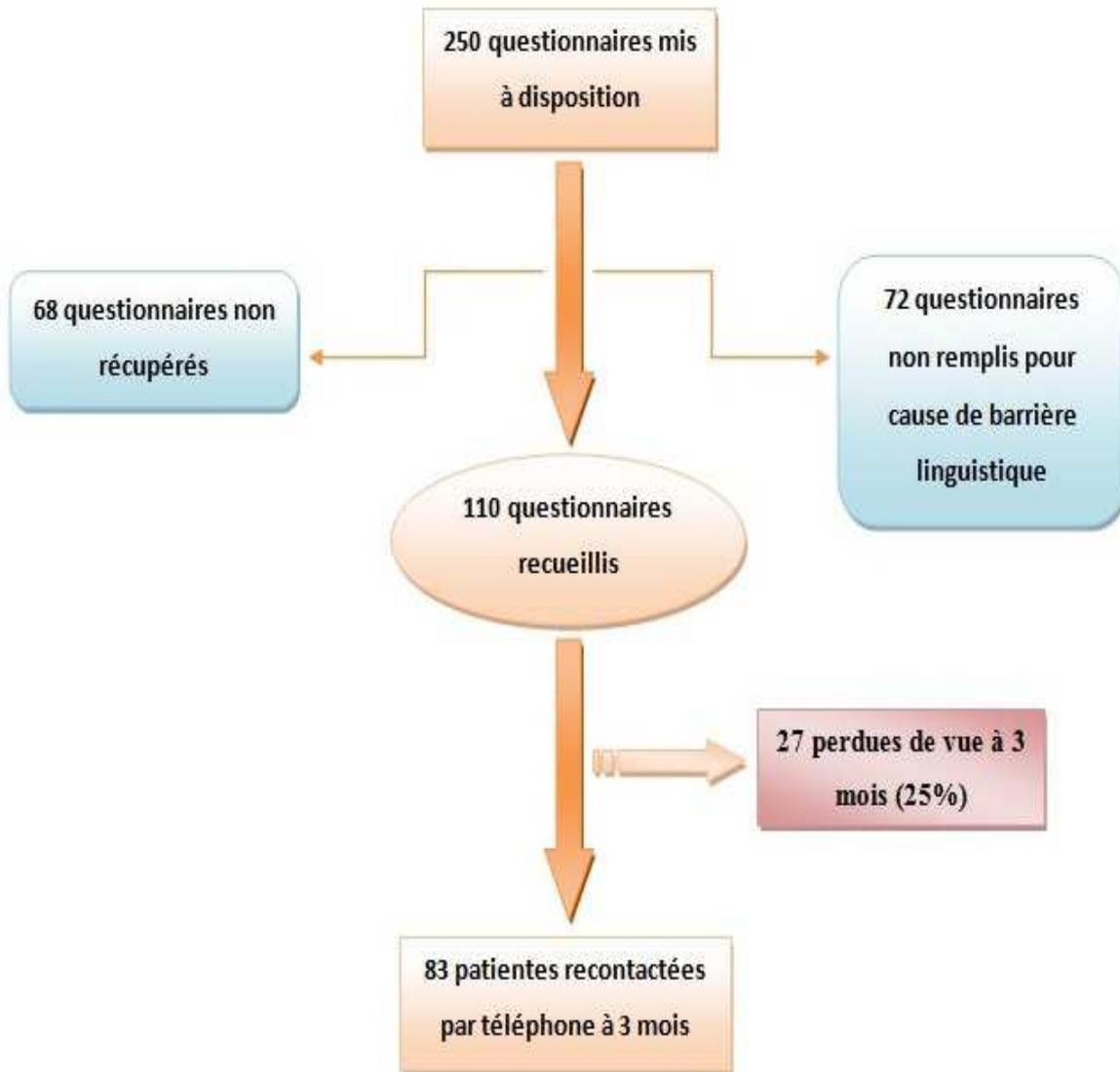
- 68 patientes ayant accepté de répondre mais dont le questionnaire n'a pas été remis au personnel du service.
- 72 patientes du fait d'une barrière linguistique totale.

Au total, 110 questionnaires ont été récupérés sur cette période.

A 3 mois, 83 patientes ont pu être recontactées (75.5%). Aucune grossesse n'est survenue dans les 3 mois.

Cependant, 27 patientes n'ont pas répondu et ont été considérées comme « perdues de vue » (24.5%). Elles n'ont donc pas été incluses dans l'étude.

Figure 1 : Flowchart



I. Caractéristiques de la population

A. Caractéristiques sociodémographiques

Les caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude sont résumées dans le **tableau 1**:

| Caractéristiques sociodémographiques | |
|---|----------|
| Précarité (%) | 39 (47%) |
| Age (ans) | 29,53 |
| Lieu de résidence | |
| Appartement / Maison | 80 (96%) |
| Sans logement | 3 (4%) |
| Couverture sociale | |
| CMU-AME | 22 (27%) |
| Aucune | 2 (2%) |
| SS sans AMC | 8 (10%) |
| SS avec AMC | 51 (61%) |
| Nationalité | |
| France | 55 (66%) |
| Afrique du Nord | 14 (17%) |
| Afrique | 6 (7%) |
| Europe | 6 (7%) |
| Asie | 2 (3%) |
| Amérique | 0 (0%) |
| Travail | |
| Oui | 42 (51%) |
| Non | 41 (49%) |
| Situation familiale | |
| Célibataire | 7 (8%) |
| Concubinage | 23 (28%) |
| Mariée | 53 (64%) |

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques de la population

L'utilisation des deux scores cités précédemment nous a permis de déterminer le statut de précarité de chaque patiente. Ainsi 39 patientes ont été considérées comme précaires, soit 47% de la population.

Les femmes, y compris de nationalité française, étaient pour 52% d'entre elles nées à l'étranger.

B. Suivi gynécologique et contraception

1) Suivi gynécologique

Les données concernant le suivi gynécologique de la population étudiée sont résumées dans le **tableau 2**.

| Suivi gynécologique | N (%) |
|---|--------------|
| Fréquence | |
| <1 fois tous les 5 ans | 10 (12%) |
| tous les 2 à 5 ans | 6 (7%) |
| tous les 1 à 2 ans | 22 (27%) |
| tous les ans | 45 (54%) |
| Par qui? | |
| Gynécologue | 50 (60%) |
| Médecin généraliste | 10 (12%) |
| Planning/pmi | 12 (15%) |
| PASS | 1 (1%) |
| Personne | 10 (12%) |
| Information sur la contraception | |
| Oui | 49 (59%) |
| Non | 34 (41%) |

Tableau 2 : Suivi gynécologique

Concernant le suivi gynécologique, 67 patientes (81%) déclaraient avoir un suivi régulier (tous les ans ou tous les 1 à 2 ans) alors que 16 patientes (19%) étaient peu ou pas suivies.

Les patientes suivies par un gynécologue étaient au nombre de 50 (60%) contre 10 (12%) par un médecin généraliste.

Concernant l'information sur la contraception par le médecin, 49 patientes (59%) déclaraient être satisfaites.

2) Contraception avant la grossesse

Les données concernant les antécédents de contraception, les grossesses non désirées et le désir de contraception à la sortie de la maternité sont résumées dans le **tableau 3**.

| Contraception avant la grossesse | |
|--|----------|
| Oui | 55 (66%) |
| Non | 28 (34%) |
| Type de contraception | |
| Pilule | 40 (48%) |
| Préservatif | 5 (6%) |
| Implant | 4 (5%) |
| Stérilet | 6 (7%) |
| Aucune | 28 (34%) |
| Bonne observance | |
| Oui | 44 (53%) |
| Non | 39 (47%) |
| Contre-indication médicale à un traitement hormonal | |
| Oui | 1 (1%) |
| Non | 82 (99%) |
| Tabac | |
| Oui | 7 (8%) |
| Non | 76 (92%) |
| Grossesses non désirées | |
| Oui | 24 (29%) |
| Non | 59 (71%) |
| IVG | |
| Oui | 20 (24%) |
| Non | 63 (76%) |
| Désir de contraception a la sortie | |
| Oui | 70 (84%) |
| Non | 8 (10%) |
| Ne sait pas | 5 (6%) |

Tableau 3 : Antécédent de contraception et grossesses non désirées

Les patientes utilisant un moyen de contraception avant la grossesse étaient au nombre de 55 (66%) contre 28 (34%) qui n'en utilisaient pas.

Les raisons de l'absence de contraception avant la grossesse relevées dans les questionnaires étaient les suivantes :

- Contre-indication médicale
- Désir de grossesse
- « Ne connaissait pas »
- « N'y a jamais pensé »
- Raison financière
- « Jamais proposée »
- « Pilule=danger pour la santé »

Le mode de contraception le plus utilisé était la pilule (48%).

Concernant l'observance, 44 patientes (53%) déclaraient leur ancienne contraception comme adaptée contre 39 patientes (47%) comme non adaptée.

Concernant les échecs de contraception, 20 patientes (24%) avaient eu recours à une interruption volontaire de grossesse et 4 patientes (5%) avaient poursuivi leur grossesse alors qu'elle n'était pas désirée.

C. Caractéristiques de la grossesse actuelle

Les caractéristiques de la grossesse actuelle sont résumées dans le **tableau 4**.

| Caractéristiques de la grossesse actuelle | |
|--|----------|
| Grossesse spontanée | |
| Oui | 77 (93%) |
| Non | 6 (7%) |
| Mode d'accouchement | |
| Accouchement par voie basse | 66 (80%) |
| Césarienne | 17 (20%) |
| Pathologies au cours de la grossesse | |
| Oui | 22 (27%) |
| Non | 61 (73%) |
| Allaitement | |
| Maternel | 64 (77%) |
| Artificiel | 19 (23%) |
| Transfert nouveau-né | |
| Oui | 11 (13%) |
| Non | 72 (87%) |

Tableau 4 : Caractéristiques de la grossesse actuelle

La grossesse actuelle était spontanée pour 77 patientes (93%).

Concernant le mode d'accouchement, 66 patientes (80%) avaient accouché par les voies naturelles contre 17 patientes (20%) par césarienne.

Au cours de la grossesse, 22 (27%) patientes ont présenté une complication liée à la grossesse:

- Diabète gestationnel
- Thrombopénie secondaire
- Dysthyroïdie (Hypo ou Hyperthyroïdie)
- HTA gravidique
- Placenta prævia
- Séroconversion toxoplasmose
- Menace d'accouchement prématuré

- Infection urinaire
- Cytolyse hépatique
- Découverte VIH
- Pathologies fœtales : hydramnios avec macrocéphalie, retard de croissance intra-utérin

A la naissance, 11 (13%) nouveaux-nés ont été transférés, soit en unité de néonatalogie, soit en réanimation.

II. Taux de bonnes réponses au questionnaire

| Taux de bonnes réponses aux questions (N=83) | |
|--|----------|
| 0-25% | 26 (31%) |
| 25-50% | 40 (48%) |
| 50-75% | 15 (18%) |
| 75-100% | 2 (3%) |

Tableau 5 : Taux de bonnes réponses

Le taux global de bonnes réponses au questionnaire a été défini sous forme de pourcentage pour chaque patiente.

Pour analyser nos résultats, nous avons défini 4 tranches de taux global de bonnes réponses: 0-25%, 25-50%, 50-75% et 75-100%. Les résultats sont présentés dans le **tableau 5**.

Le seuil de bonne connaissance a été fixé arbitrairement à 50% de bonnes réponses. Seules 17 (21%) patientes ont répondu correctement à au moins 50% des questions.

Pour chaque question, le taux de bonnes réponses a été calculé (nombre de patientes ayant bien répondu à la question / nombre de patientes incluses). Les résultats sont présentés dans le **tableau 6**.

| Méthodes contraceptives | Bonnes réponses (/83) |
|---|-----------------------|
| Contraception oestroprogestative orale | |
| Mode d'action | 36 (43%) |
| Mode de prise | 53 (64%) |
| Contre-indications | 18 (22%) |
| En cas d'oubli | 24 (29%) |
| Pilule progestative | |
| Mode d'action | 39 (47%) |
| Mode de prise | 48 (58%) |
| Effets secondaires | 26 (31%) |
| En cas d'oubli | 12 (14%) |
| Contraception d'urgence | |
| Délai Norlevo | 5 (6%) |
| Délai Ellaone | 0 (0%) |
| Efficacité | 18 (22%) |
| Délivrance | 51 (61%) |
| DIU | |
| Mode d'action | 18 (22%) |
| Nulliparité | 23 (28%) |
| Efficacité | 25 (30%) |
| Contre-indications | 22 (26%) |
| Implant | |
| Mode d'action | 32 (39%) |
| Effets secondaires | 38 (46%) |
| Efficacité | 30 (36%) |
| Préservatif | |
| Utilisation | 66 (80%) |
| Grossesse et IST | 48 (58%) |

Tableau 6 : Taux de bonnes réponses pour chaque question

Les questions auxquelles les patientes ont le moins bien répondu (< 25% de bonnes réponses) étaient les suivantes :

- les contre-indications de la contraception oestroprogestative (18 bonnes réponses sur 83 soit 22% de bonnes réponses).
- la conduite à tenir en cas d'oubli de la pilule progestative (12 bonnes réponses soit 14%).
- le délai de prise de Norlevo (5 bonnes réponses soit 6%).
- le délai de prise d'Ellaone (0% de bonne réponse).
- l'efficacité de la contraception d'urgence (18 bonnes réponses soit 22%).
- le mode d'action du dispositif intra-utérin (18 bonnes réponses soit 22%).

III. Facteurs associés aux connaissances de la population sur les méthodes contraceptives

Plusieurs facteurs susceptibles d'être corrélés au pourcentage de bonne ou mauvaise réponse ont été étudiés. Les résultats sont présentés dans le tableau 7.

| | Seuil de bonne réponse < 50% (N=66) | Seuil de bonne réponse > 50% (N=17) | p |
|------------------------------------|--|--|----------|
| Statut de précarité | | | |
| Précaire | 37 (56%) | 2 (12%) | p < 0,05 |
| Antécédent de contraception | | | |
| Oui | 39 (59%) | 16 (94%) | p < 0,05 |
| Suivi gynécologique | | | |
| tous les ans/1 à 2 ans | 52 (79%) | 14 (82%) | NS |
| Parité | | | |
| Primipare | 32 (48%) | 4 (24%) | NS |

Tableau 7 : Facteurs de risque de bonne réponse

Les patientes dites précaires avaient un taux de bonne réponse inférieur à 50% significativement plus important (56% versus 12%, p<0.05). L'antécédent d'utilisation d'une contraception était également statistiquement associé à une meilleure réponse au questionnaire (59% versus 94%, p<0.05).

Le suivi gynécologique et la parité n'étaient pas associés au taux de bonnes réponses au questionnaire.

| | Antécédent de contraception | Pas de contraception | p |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------|----------|
| Statut de précarité | N=55 (66%) | N=28 (34%) | |
| Précaire | 20 (36%) | 19 (68%) | p < 0.05 |
| Non précaire | 35 (64%) | 9 (32%) | p < 0.05 |

Tableau 8 : Antécédent de contraception et précarité

La précarité était statistiquement associée à l'absence de contraception avant la grossesse (Tableau 8).

IV. Entretien téléphonique à 3 mois

| A 3 mois | |
|---------------------------------------|-------------|
| Entretien en suites de couches | |
| Par qui? | |
| Sage-femme | 69 (83%) |
| Gynécologue | 10 (12%) |
| Personne | 4 (5%) |
| Accompagnée/Seule | |
| Accompagnée | 73 (88%) |
| Seule | 10 (12%) |
| Durée entretien (min) | 16,68 |
| Satisfaction | |
| Oui | 74 (89%) |
| Non | 9 (11%) |
| Contraception du post-partum | |
| Implant | 8 (10%) |
| Pilule microprogestative | 41 (49%) |
| Pilule oestroprogestative | 14 (17%) |
| Préservatif | 9 (11%) |
| Stérilet | 2 (2%) |
| Aucune | 9 (11%) |
| Consultation post-natale | |
| Qui? | |
| Pas de consultation post-natale | 19 (23%) |
| Gynécologue | 45 (54%) |
| Médecin généraliste | 1 (1%) |
| PMI | 6 (7%) |
| Sage-femme | 12 (15%) |
| Délai moyen (semaines) | 7,32 |

Tableau 9 : Entretien téléphonique à 3 mois

Les données recueillies à 3 mois par entretien téléphonique sont résumées dans le **tableau 9**.

A. Entretien sur la contraception en maternité

Concernant l'entretien sur la contraception en maternité, l'information a été donnée dans 69 cas (83%) par la sage-femme et dans 10 cas (12%) par le gynécologue. Parmi la population d'étude, 4 patientes (5%) déclaraient n'avoir eu aucune information.

Dans 88% des cas, la patiente était accompagnée pendant l'entretien.

Au décours de l'entretien, 74 (89%) patientes déclaraient être satisfaites de l'information obtenue.

B. Contraception du post-partum

| | Pilule progestative | Pilule oestroprogestative | Préservatif | Implant | DIU |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------------|--------------------|----------------|------------|
| Nombre de patientes | 41 | 14 | 9 | 8 | 2 |
| Méthode adaptée | 27 (66%) | 8 (57%) | 7 (78%) | 5 (62%) | 2 (100%) |
| Méthode non adaptée | 14 (34%) | 6 (43%) | 2 (22%) | 3 (38%) | 0 (0%) |

Tableau 10 : Contraception du post-partum

1) Pilule microprogestative

La contraception la plus fréquemment choisie et utilisée dans le post-partum était la pilule microprogestative (41 patientes soit 49%).

Dans 27 cas, cette méthode était adaptée. Neuf patientes ont changé de contraception lors de l'arrêt de l'allaitement (2 pour un stérilet en cuivre, 2 pour un stérilet hormonal et 5 pour une pilule oestroprogestative).

Dans 14 cas, cette méthode était inadaptée. Les raisons fréquemment évoquées étaient :

- Les oublis fréquents suite à une fatigue, au travail et au bébé.
- Les saignements
- Les vertiges
- La prise de poids
- La perte de libido

Parmi ces 14 patientes, 4 ont décidé d'utiliser un dispositif intra utérin au cuivre, 3 une pilule oestroprogestative et 1 l'injection trimestrielle de progestatifs.

2) Pilule oestroprogestative

Parmi 83 patientes, 14 soit 17% avaient choisi cette méthode. Dans 8 cas, cette méthode était adaptée.

Parmi les 6 patientes l'ayant déclarée comme inadaptée, 3 ne l'avaient pas prise pour absence de rapport. Les autres raisons évoquées étaient les oublis fréquents et les saignements. Une patiente envisageait l'implant comme moyen de remplacement et une autre patiente voulait changer de molécule.

3) Préservatif

Au sein de notre population, 9 patientes soit 11% ont renoncé à un traitement hormonal et choisi la contraception par préservatif.

Dans 7 cas, la méthode était déclarée comme adaptée.

Dans 2 cas sur 9, la méthode était inadaptée. Une femme a choisi le préservatif car a eu des difficultés de conception auparavant. Une autre femme l'a choisi en raison de difficultés financières.

4) Implant sous cutané

Parmi 83 patientes, 8 soit 10% avaient choisi la contraception par implant.

Dans 3 cas sur 8, l'implant n'était pas adapté à la patiente du fait des effets secondaires comme la prise de poids ou les spotting. Pour ces raisons, 2 patientes avaient décidé de passer au stérilet en cuivre.

5) Dispositif intra-utérin

Parmi la population étudiée, 2 patientes avaient choisi le dispositif intra-utérin qu'elles avaient posé à 6 semaines et déclaraient cette méthode comme adaptée.

6) Absence de contraception

Neuf patientes n'ont utilisé aucune contraception (11%).

Les raisons de l'absence de contraception évoquées en post-partum étaient les suivantes :

- Peur des effets secondaires
- Difficulté de conception
- Pas d'adhérence aux traitements hormonaux
- Pas d'envie
- Pas de partenaire
- Pas de rapport

L'implant était envisagé comme moyen de remplacement dans 2 cas.

7) Bilan sur la contraception à 3 mois

Au total, parmi 83 patientes, 74 patientes (89%) ont bénéficié d'une contraception en post-partum.

Elle est déclarée comme adaptée dans 49 cas (66%). Parmi ces 49 patientes, 9 (18%) ont décidé de changer soit pour reprendre leur pilule habituelle, soit pour passer au stérilet pour une raison de pratique.

Elle est déclarée comme inadaptée dans 25 cas (34%). Parmi ces 25 patientes, 12 ont décidé de la changer (48%) et 13 la conservent dans l'attente d'un avis médical ou d'information complémentaire (52%).

C. Consultation post-natale

Concernant la consultation post-natale, 64 patientes (77%) déclaraient en avoir bénéficié. Un gynécologue, une sage-femme, la PMI et le médecin généraliste ont été consultés par respectivement 45, 12, 6, et 1 patiente(s).

Les questions posées par les patientes au décours de l'entretien téléphonique à 3 mois étaient les suivantes :

- Questions sur le patch
- Questions sur la ligature des trompes
- Existence d'une pilule à prendre après chaque rapport ?
- Questions sur le stérilet
- Alternatives possibles à la pilule
- Saignements sous stérilet
- Absence de règles après accouchement : risque de grossesse ?

V. Facteurs associés à l'observance de la contraception à 3 mois

| | Observance | Non observance | p |
|------------------------------------|------------|----------------|----------|
| | N=49 (59%) | N=34 (41%) | |
| Statut de précarité | | | |
| Précaire | 23 (47%) | 16 (47%) | NS |
| Antécédent de contraception | | | |
| Oui | 34 (69%) | 13 (38%) | p < 0.05 |
| Suivi gynécologique | | | |
| tous les ans/1 à 2 ans | 46 (94%) | 26 (76%) | p < 0.05 |
| Seuil de bonne réponse | | | |
| <50% | 36 (73%) | 30 (88%) | NS |
| Mode d'accouchement | | | |
| AVB | 40 (82%) | 26 (76%) | NS |
| Pathologie de la grossesse | | | |
| Oui | 13 (27%) | 9 (26%) | NS |
| IVG antérieure | | | |
| Oui | 11 (22%) | 9 (26%) | NS |
| Parité | | | |
| Primipare | 22 (45%) | 14 (41%) | NS |
| Durée entretien | | | |
| <15 min | 20 (41%) | 16 (47%) | NS |
| Consultation post-natale | | | |
| Oui | 40 (82%) | 24 (71%) | p < 0.05 |

Tableau 11 : Etude des facteurs associés à l'observance à 3 mois

A 3 mois, 49 patientes avaient été observantes (59%) contre 34 non observantes (41%).

Parmi les facteurs étudiés, l'utilisation d'une contraception avant la grossesse, le suivi gynécologique régulier (tous les ans ou tous les 1 à 2 ans) et la participation à une consultation post-natale sont associés statistiquement à une bonne observance de la contraception en post-partum ($p < 0.05$). L'analyse de la corrélation entre ces 3 variables significatives en analyse univariée ne retrouve pas de forte dépendance significative entre l'utilisation d'une contraception, le suivi gynécologique et la participation à la consultation post natale (coefficient de corrélation $0 < r < 0.5$ et $p > 0.05$, test de corrélation Pearson).

Partie 5 : Discussion

I. Analyse des principaux résultats

A. Caractéristiques de la population d'étude

Les deux scores précédemment cités nous ont permis de déterminer le statut de précarité de chaque patiente. Parmi 83 patientes, 39 (47%) étaient considérées comme précaires, soit presque la moitié de notre population d'étude. Les patientes, y compris de nationalité française, étaient pour 52% d'entre elles nées à l'étranger. Ceci s'explique par la situation géographique de l'hôpital Jean Verdier qui accueille une majorité de patients migrants au sein de l'établissement, souvent en situation de précarité. L'étude qualitative de J. Mossuz Lavau en 2002 portant sur 928 femmes en situation de précarité, et évaluant un programme national de réduction des risques sexuels **(37)**, retrouvait une surreprésentation des femmes étrangères, notamment musulmanes, parmi les femmes en situation de précarité. Dans la thèse de C. Gosselin de 2004 portant sur la contraception chez les femmes en situation de précarité dans l'agglomération nantaise, l'auteur soulignait que la moitié des femmes précaires étaient étrangères et que 97% des femmes étrangères étaient précaires **(36)**.

Dans notre enquête, 4% des femmes n'avaient pas de logement contre 11% dans la thèse sus citée **(36)**. Les difficultés de logement, telles que l'hébergement dans un foyer, un hôtel ou chez des proches n'ont pas été spécifiées dans notre questionnaire contrairement à la thèse de C. Gosselin.

D'autre part, 41 patientes (49%) étaient sans emploi. Cette précarité économique limite l'accès au soin pour ces patientes.

Concernant la couverture sociale, 61% des patientes disposaient d'une prise en charge par l'Assurance Maladie associée à une mutuelle complémentaire mais 39% n'avaient pas de mutuelle privée complémentaire : 10% disposait de la prise en charge par l'assurance maladie seule, 27% de la CMU ou de l'AME et 2% n'avaient aucune couverture. Dans la thèse de C. Gosselin, une proportion plus importante de patientes disposant de la CMU (38%) ou ne disposant d'aucune prise en charge (10%) était observée. Cette différence peut être expliquée par une prédominance de femmes en situation de précarité (59%) et par la spécificité des centres d'investigation tels que la PASS, le planning familial, Médecins du monde, dans son travail.

B. Suivi gynécologique et antécédent de contraception

1) Suivi gynécologique

Concernant le suivi gynécologique, 81% (67 patientes) des patientes déclaraient avoir un suivi régulier (tous les ans ou tous les 1 à 2 ans). Dans l'étude Fécond (38), publiée en 2010, 12.2% des femmes âgées de 20 à 24 ans n'avaient pas de suivi gynécologique.

La proportion plus élevée de femmes peu ou pas suivies dans notre étude pourrait s'expliquer par une proportion plus grande de femmes en situation de précarité.

Dans notre travail, 50 patientes (60%) étaient suivies par un gynécologue contre 10 (12%) par un médecin généraliste et 13 (16%) en PMI, au planning ou à la PASS.

Dans l'enquête Fécond, il existait une relation significative entre le type de suivi et le milieu social : les catégories socio-professionnelles favorisées étaient plus suivies

par un gynécologue que les autres (82% contre 73%). A l'inverse dans notre étude, les femmes en situation de précarité étaient plus souvent amenées à consulter un gynécologue car elles consultaient essentiellement dans les hôpitaux publics pour la gratuité des soins.

2) Antécédent de contraception

Dans notre étude, 66% (55 patientes) des patientes utilisaient un moyen de contraception avant la grossesse contre 91.7% dans l'enquête périnatale **(39)**. Cette différence s'explique par la difficulté d'accès à la contraception chez les patientes précaires. Cette différence est également observée dans la thèse de C. Gosselin où 70% des patientes ont déclaré utiliser une contraception.

La pilule est le mode de contraception le plus employé dans notre étude. D'autres études publiées confirment ce résultat **(14) (40)**. Cela peut s'expliquer par le jeune âge des femmes incluses dans l'étude qui évoluent suivant le modèle contraceptif classique décrit dans l'étude Fécond : préservatif en début d'activité sexuelle, pilule puis dispositif intra-utérin.

Dans 34% des cas, les patientes n'utilisaient pas de contraception. Parmi celles qui en utilisaient une, nous avons relevé une mauvaise observance dans 47% des cas. L'absence ou une mauvaise utilisation d'une contraception aboutissaient à des échecs: 20 (24%) patientes ont eu recours à une interruption volontaire de grossesse et 4 (5%) ont poursuivi leur grossesse alors qu'elle n'était pas désirée.

Le recours à l'IVG est stable au cours de ces dernières années. Dans une étude réalisée auprès de 3000 femmes, une grossesse sur 3 était non prévue en France. Parmi ces grossesses non prévues, 35% étaient expliquées par l'absence de

contraception. En cas d'échec de contraception, 21% surviennent sous pilule, 9% avec un DIU, 12% avec des préservatifs et 23% avec des méthodes naturelles **(40)**.

Les femmes en situation de précarité semblent avoir recours de manière plus importante à l'IVG que les femmes non précaires bien qu'aucune série n'ait rapporté le taux d'IVG pour les patientes en situation de précarité.

Nos résultats et ceux de la littérature soulignent l'importance d'une contraception adaptée en cas de précarité.

C. Réponses aux questionnaires

Seules 17 (21%) patientes ont répondu correctement à au moins 50% des questions dans notre étude. Ces résultats peuvent s'expliquer par un défaut d'information ou un manque de connaissances sur la contraception.

Pourtant, d'après l'enquête BVA-INPES réalisée en 2007 **(18)**, une bonne connaissance des méthodes contraceptives était constatée dans l'échantillon national représentatif de la population française âgée de 15 à 75 ans.

Dans cette enquête, la pilule et le préservatif masculin étaient connus par 97% des Françaises. Le dispositif intra-utérin était connu par 93% des femmes. Le diaphragme et le préservatif féminin étaient cités par 75% des femmes. La plupart des autres moyens étaient connus par environ un Français sur deux : spermicides 52%, patch 48%, implant 44% et anneau vaginal 44%.

Les questions portant sur la contraception d'urgence sont les moins bien maîtrisées par les patientes. Une étude réalisée en 2005 a estimé que seules 11.7% des femmes de 15 à 54 ans connaissaient le délai d'efficacité de 72 heures pour prendre la pilule du lendemain et que 25% ne savaient pas qu'il était inutile d'avoir une

ordonnance pour se la procurer **(3)**. L'étude de l'INPES-BVA confirme ce défaut de connaissances sur la contraception d'urgence **(18)**.

Il est pourtant recommandé que les femmes soient informées lors de la prescription d'une contraception des modalités d'utilisation et d'accès à la contraception d'urgence **(41)**.

La conduite à tenir en cas d'oubli de pilule était également peu connue (29% de bonnes réponses pour la pilule oestroprogestative, 14% de bonnes réponses pour la pilule progestative).

L'étude EPILULE a montré que 25% des patientes se sentaient peu informées sur la conduite à tenir en cas d'oubli alors que plus de la moitié d'entre elles ont oublié en moyenne deux comprimés au cours des 6 derniers mois **(42)**. Cette même étude a montré que 43% des patientes connaissaient le mode d'utilisation d'une pilule progestative **(42)**.

Nos résultats et ceux de la littérature soulignent l'importance d'une information adaptée lors de la prescription d'une contraception, en particulier sur la contraception d'urgence.

D. Facteurs associés aux connaissances de la population sur les méthodes contraceptives

Le statut de précarité et l'utilisation d'une contraception antérieure étaient significativement associés au taux de bonnes réponses au questionnaire.

Les patientes précaires avaient en effet moins bien répondu au questionnaire. Les patientes en situation de précarité avaient une moins bonne connaissance des différentes méthodes contraceptives, de leur mode d'action et de leur utilisation. Ce résultat est concordant avec l'étude menée par J.Gennai en 2012 sur la contraception et la précarité chez des femmes consultant en PMI. Dans son étude, elle constate une relation inverse entre le niveau de précarité et de connaissance **(43)**.

Les patientes ayant un antécédent de contraception avaient une meilleure réponse au questionnaire, possiblement expliquée par une information déjà apportée lors d'une première consultation gynécologique.

Les résultats retrouvaient de plus une association entre la précarité et l'absence de contraception antérieure. Ce résultat est concordant avec l'étude Fécond **(38)** qui retrouve une proportion plus grande de femmes n'ayant pas recours à la contraception parmi celles « confrontées à une situation financière difficile, peu ou pas diplômées, ou vivant en milieu rural » (6,8% des ouvrières contre 1,6% des cadres).

Cependant le suivi gynécologique et la parité n'étaient pas associés de manière significative aux taux de bonne réponse au questionnaire, probablement en raison du manque d'effectifs.

Nos résultats et ceux de la littérature confirment l'impact négatif de la précarité sur l'accès aux soins et donc sur la prescription d'une contraception.

E. Entretien en suites de couches

Concernant l'entretien sur la contraception en maternité, l'information a été donnée dans 69 cas (83%) par la sage-femme contre 10 cas (12%) par le gynécologue. Au sein de la population d'étude, 4 patientes (5%) déclaraient n'avoir eu aucune information.

Dans 88% des cas, la patiente était accompagnée, souvent par son mari, pendant l'entretien. La présence d'une tierce personne (en particulier le conjoint) augmenterait l'adhésion au traitement, en particulier en cas de contraception **(44)**.

La durée moyenne de l'entretien dans notre étude est de 16,68 min. D'après les recommandations, un entretien complet devrait durer vingt minutes **(21)**.

Au décours de l'entretien, 74 (89%) patientes déclaraient être satisfaites de l'information obtenue. Cela peut s'expliquer par le fait de participer à une étude conduisant à un meilleur suivi, ce qui peut constituer un biais.

Dans l'étude de Fanello portant sur la satisfaction de l'entretien **(45)**, 75.4% des patientes avaient jugé l'information satisfaisante.

Dans l'enquête de 2008 de la DREES sur la satisfaction des patientes en maternité, 20 % n'étaient pas satisfaites de leur séjour en suites de naissances, des conseils et accompagnements proposés **(46)**.

Afin de proposer une contraception adaptée aux caractéristiques médicales et au choix de la patiente, l'OMS et l'HAS ont proposé une démarche standardisée lors de la consultation **(47)**.

L'entretien doit ainsi être mené avec des outils comme le counseling (démarche de conseil et d'accompagnement) ou la démarche éducative.

L'OMS préconise de diviser l'entretien et le suivi en six étapes (méthode BERGER) **(Annexe 3) (21) (44) (48) (49)**.

En pratique, la réalisation de l'entretien en suites de naissances n'est pas toujours aisée et adaptée. En effet, entre la charge de travail dans les maternités et la disponibilité des patientes, le moment optimal reste parfois difficile à trouver. De plus, ce temps regroupe également les conseils de puériculture et de retour à domicile. Avec les sorties précoces, cet entretien a lieu relativement tôt après l'accouchement ce qui laisse peu de temps de réflexion aux femmes.

Nos résultats incitent à rechercher le moment le plus approprié avant, pendant la grossesse ou après l'accouchement, pour informer sur la contraception du post-partum.

F. Contraception du post-partum

1) Contraception microprogestative orale

Dans notre étude, la pilule microprogestative était le moyen contraceptif le plus fréquemment choisi et utilisé dans le post-partum (49%). Il s'agit de la méthode de référence prescrite durant cette période car compatible à la fois avec l'allaitement et le risque thromboembolique. Ce résultat est concordant avec les études réalisées en 2013 sur la contraception du post-partum (choix d'une pilule microprogestative dans 41% des cas dans l'étude d'E.Pourtier **(50)** et dans 46.6% des cas dans celle de M.Flaux **(51)**). L'allaitement maternel a été choisi par 77% de notre population. Ce chiffre s'explique à la fois par la promotion de l'allaitement maternel en suites de couches et par le bénéfice économique de cette pratique, en particulier en cas de précarité.

2) Préservatif

Au sein de notre population, 9 (11%) patientes ont renoncé à un traitement hormonal et choisi la contraception par préservatif. Dans l'étude de M.Floux, 22% ont choisi le préservatif masculin **(51)**. Cette différence peut être expliquée par un taux plus important de renoncement à la reprise d'une contraception en post-partum dans son étude.

Le préservatif est également choisi dans certains cas, en raison de son coût moins élevé par rapport aux autres méthodes. La reprise précoce de l'activité sexuelle étant discutée dans le post-partum, les femmes préfèrent parfois choisir le préservatif à la sortie de la maternité et attendent la consultation post-natale pour choisir une contraception hormonale.

3) Dispositif intra-utérin

Le dispositif au cuivre est la méthode non hormonale la plus utilisée en France et dans le monde **(52)**.

Dans notre étude, seulement 2% des patientes ont eu recours à cette méthode.

La mauvaise connaissance peut en partie expliquer ce résultat. De plus, il existe possiblement un frein culturel de la part des patientes mais aussi des médecins. Dans une étude de pratique française publiée en 2014, l'ensemble des médecins généralistes, interrogés dans le cadre de l'étude, savaient que le dispositif intra-utérin pouvait être posé chez une patiente nullipare mais ne le prescrivaient néanmoins pas dans cette situation. Les réticences évoquées étaient la crainte des maladies inflammatoires pelviennes, le caractère intrusif du DIU, la défiance de certains gynécologues à le prescrire chez ces patientes, ainsi que le difficile changement des habitudes de prescription. De plus, les difficultés éventuellement

rencontrées lors de la pose ainsi que le temps passé n'incitaient pas à promouvoir cette méthode (53).

4) Implant sous cutané

Dans notre population d'étude, 8 (10%) avaient choisi la contraception par implant. Ce résultat est supérieur à ceux retrouvés dans d'autres études (6% dans l'étude d'E.Pourtier (50) et 1.3% dans l'étude de M.Flaux (51)). Cette discordance peut être expliquée par une meilleure connaissance de l'implant dans notre population, d'autant plus que dans le service de l'hôpital Jean Verdier, la pose à la sortie de la maternité est plus facilement proposée aux patientes. Ce résultat est concordant avec l'étude de J.Gennai réalisée en 2012 (43) qui retrouvait une utilisation croissante de l'implant avec le degré de précarité : 15.6% des femmes en situation de précarité ou de grande précarité ont utilisé l'implant contre 3.3% des femmes non précaires ou de précarité modérée. Chez les femmes en situation de précarité, l'implant semble être mieux toléré et plus utilisé que le stérilet en raison d'une meilleure acceptation de ce dispositif par des patientes soucieuses d'éviter tout corps étranger dans leur utérus.

5) Absence de contraception

Dans notre étude, 9 patientes n'ont pas souhaité de contraception en post partum, soit 11%.

Les raisons évoquées étaient la peur des effets secondaires, la difficulté de conception pour la grossesse antérieure, et la mauvaise adhérence aux traitements hormonaux. L'absence de partenaire ou de reprise des rapports sexuels étaient également des raisons fréquemment retrouvées. Ceci peut s'expliquer par l'instabilité

de la vie conjugale au sein de la population précaire, retrouvée également dans la thèse de C. Gosselin **(36)**.

G. Facteurs associés à une bonne observance à 3 mois

Dans notre étude, parmi 83 patientes, 34 n'ont pas été observantes à 3 mois soit 41%.

Une étude réalisée en 2013 sur l'observance de la contraception à quatre mois du post-partum **(51)** retrouvait un taux à 76.1%, soit inférieur à celui observé (86.4% à 4 mois du post-partum) dans une étude similaire réalisée en 2011 au CHU de Limoges **(54)**.

Les principales causes de non observance relevées dans notre étude sont : l'absence de reprise des rapports sexuels, la fréquence des oublis et les effets secondaires. Ces résultats sont concordants avec l'étude réalisée en 2013 par ML. Oster sur l'influence de la précarité sur l'observance de la contraception **(55)** et l'étude de M. Flaux **(51)**.

Parmi les facteurs étudiés, l'utilisation d'une contraception avant la grossesse, le suivi gynécologique régulier (tous les ans ou tous les 1 à 2 ans) et la participation à une consultation post-natale sont significativement associés à une meilleure observance de la contraception en post-partum ($p < 0.05$). Ces facteurs, indépendants dans notre étude, soulignent que les patientes ayant un accès aux soins et une information médicale en gynécologie, que ce soit en pré ou post natal, sont plus observantes pour une contraception en post-partum.

Les autres facteurs étudiés notamment la précarité et le taux de bonne réponse aux questionnaires ne sont pas associés à l'observance à 3 mois. Les patientes

précaires ont moins bien répondu que les non précaires aux questionnaires distribués avant l'entretien sur la contraception. Pourtant elles n'ont pas été moins observantes à 3 mois.

Nos résultats suggèrent que les patientes en situation de précarité n'ont pas de mauvaise observance à partir du moment où elles ont reçu une information claire et un suivi régulier.

II. Forces et limites de l'étude

A. Recueil de données

Le recueil de données a été une des principales limites de l'étude.

L'absence de compréhension des objectifs de l'étude et la barrière linguistique pour une grande proportion de femmes accouchant dans le service ont limité notre recueil.

La courte durée de séjour en maternité et les multiples préoccupations ne laissaient pas vraiment le temps aux nouvelles mamans de s'intéresser à une étude de ce type et de remplir un questionnaire en si peu de temps. Pourtant nombreuses sont les femmes qui ont souligné et apprécié l'importance de ce travail.

Des fiches de rappel ont été mises en avant dans les bureaux respectifs des professionnels du service ainsi que des sessions d'information régulières afin d'améliorer le recrutement.

B. Barrière linguistique

Il existe un biais de recrutement dans cette étude. Les patientes ayant une barrière linguistique et ne pouvant remplir le questionnaire ont été exclues. Elles étaient au nombre de 72. Or il s'agissait d'un groupe de patientes potentiellement en situation de vulnérabilité et donc précaires. Du fait de cette barrière linguistique, ces femmes ont probablement un manque d'accès à l'information et à l'utilisation d'une contraception.

C. Faibles effectifs

L'exclusion des patientes ayant une barrière linguistique et les difficultés rencontrées à récupérer les questionnaires ont été à l'origine d'un faible effectif. Cela témoigne d'un manque de puissance pouvant expliquer les résultats non significatifs.

D. Questionnaires

La longueur du questionnaire et la compréhension des questions auraient pu être une limite aux patientes ne maîtrisant pas la langue. Les questionnaires remplis de façon incomplète sont peu nombreux. Les questions posées ont donc été claires et compréhensibles pour une grande majorité des patientes. Les termes de « contraception oestroprogestative orale » ou de « pilule progestative » pouvaient être confondus. La contraception est plus souvent connue sous les termes de pilule classique ou pilule continue. Ceci a pu constituer un biais sur les réponses aux questions concernant les deux types de pilule.

Le choix des questions fermées permettait une bonne reproductibilité des données.

E. Choix du score de précarité

Il existe très peu d'études sur la santé des femmes en situation de précarité et notamment sur leurs vécus et usages de la contraception.

Les déterminants de la précarité sont nombreux et il n'existe pas de consensus international, ni français pour identifier les populations précaires.

Le score de précarité EPICES publié en 2006 dans le BEH et validé sur un échantillon de 200 000 personnes, n'a pas été utilisé dans notre étude en raison de l'absence de réponse possible pour tous les items.

C'est pour cette raison que nous avons utilisé les scores du Pr Lombrail (35) et de C. Gosselin (36) qui semblent utiliser des critères de précarité assez bien définis. Ces deux scores s'intéressent aux déterminants sociaux (logement, situation familiale), économiques (travail, perception d'allocations) en plus de la couverture sociale. De plus, la bonne concordance entre les 2 tests sur la définition du statut de précarité a limité un biais de classement.

F. Forces de l'étude

Il s'agit de la première étude de ce type réalisée chez les patientes accouchant au CHU de Jean-Verdier, évaluant leurs connaissances sur la contraception et leur observance par la suite. Ces femmes, pour la plupart en situation vulnérable et donc à la recherche de soins adaptés à leur situation, ont plus facilement accepté de participer à une étude les concernant. Aucune patiente n'a refusé de répondre au questionnaire lorsqu'il lui a été proposé ce qui limite le biais de sélection.

Le nombre de questionnaires exploitables et un nombre limité de perdues de vue à 3 mois (27 sur 110 soit 25%) nous ont permis d'obtenir des résultats significatifs.

III. Perspectives

A. Aborder la contraception du post-partum dès la période prénatale

L'HAS recommande d'aborder la contraception du post-partum dès la période prénatale **(21) (41)**. Cela permet aux femmes d'être déjà sensibilisées sur le sujet avant l'accouchement. En effet, nous avons constaté que l'information reçue en maternité n'était pas intégrée de la même façon pour toutes les femmes ayant accouché. Leurs préoccupations ne concernent pas toujours la sexualité. L'entretien sur la contraception du post-partum leur semble être une information parmi tant d'autres sur une période relativement courte.

L'entretien prénatal précoce (en début de grossesse) pourrait être l'occasion pour le couple d'aborder le sujet avec le professionnel de santé (médecin généraliste, gynécologue ou sage-femme). Il permet d'identifier les besoins et les attentes du couple en matière de contraception, leurs connaissances, et d'en adapter le discours et l'information.

Si la grossesse en cours résulte d'un échec de contraception, il faut envisager avec la femme d'autres méthodes plus adaptées à son mode de vie.

B. Adapter le type d'information en fonction de la patiente

En fonction du niveau de compréhension de la patiente, il serait intéressant de mettre à disposition des plaquettes d'information courte et illustrées, sur la contraception. Elles permettraient de mieux visualiser ce qui peut leur paraître abstrait au premier abord et de les aider dans leur réflexion et leur choix. L'objectif serait donc de promouvoir l'éducation thérapeutique de ces femmes.

Pour les patientes ayant une barrière linguistique, la mise en place d'un interprète pourrait être envisageable. Le service de suites de couches de l'hôpital Jean Verdier travaille notamment avec des interprètes à distance (servant d'intermédiaire par téléphone entre le professionnel de santé et la patiente). Cette méthode n'est pas toujours évidente, ni pour la patiente, ni pour le professionnel de santé. Parfois un proche ou un membre de la famille pouvant traduire est d'une grande aide sur le plan relationnel. Cependant, la présence d'un intermédiaire pour aborder un sujet intime n'est pas toujours bien vécue par la patiente.

Il serait intéressant d'évaluer l'intérêt de la mise en place de sessions périodiques à visée informative sur la contraception dans différentes langues, en préconceptionnel ou à divers moments de la grossesse. Il s'agirait de réunions de groupe abordant les thèmes de la contraception, la reprise de la sexualité, la contraception d'urgence et la consultation post-natale. Ces sessions permettraient en groupe réduit d'avoir recours à un intervenant spécialisé parlant la langue des patientes (médecin généraliste, gynécologue, sage-femme, interne en médecine). Ces réunions pourraient réduire le risque d'une perte d'information et permettre un échange d'expériences en matière de contraception et de vie gynécologique entre les patientes. En effet chaque femme appréhende de façon personnelle la contraception selon son éducation, son entourage et sa famille, sa culture ou sa religion.

C. La présence du partenaire

La présence du partenaire est essentielle lors de l'entretien sur la contraception du post-partum. Un désir de grossesse est idéalement le fruit d'une réflexion menée par le couple. Le choix d'une contraception devrait rentrer dans cette même logique. Lorsque le partenaire est présent, il a accès aux mêmes informations que la femme

et le choix de la méthode contraceptive est plus aisé si les deux membres du couple y adhèrent.

De plus, dans certaines cultures, les femmes sont victimes d'un manque d'autonomie et de difficultés d'acceptation de la part de leur partenaire qui est le seul à décider.

D. Améliorer le suivi gynécologique et le parcours de soins

Améliorer le parcours de soins des femmes vulnérables permettrait de promouvoir des soins de qualité, d'améliorer l'observance de leur contraception et diminuer ainsi le nombre de grossesses non désirées.

Pour ces femmes qui consultent peu, le séjour en maternité devrait permettre de s'assurer que la consultation post-natale, au cours de laquelle l'observance et la tolérance de la contraception seraient évaluées, est bien programmée.

Le développement de réseaux ou de partenariats de santé permet de favoriser l'accès aux soins et la coordination entre l'hôpital, le gynécologue ou le médecin généraliste et la patiente. Ces réseaux permettent de dépister des situations à risque en donnant l'occasion aux femmes d'échanger sur leurs difficultés de vie et sur leurs représentations autour de la santé. Ces réseaux sont de plus en plus présents en Ile de France (Solidarité Paris Maman - SOLIPAM, Réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie - REVHO, Réseau Pédiatrique du Sud et Ouest Francilien - RPSOF, Réseau de Périnatalité du Sud de l'Ile de France - Périnat IF Sud, Réseau de Santé Périnatal Parisien - RSPP, Maternité en Yvelines et pays associés - MYPA, Naître dans l'Est Francilien – NEF.) **(Annexe 4)**.

E. Rôle du médecin généraliste et sa formation

La place centrale du médecin généraliste dans le parcours de soins coordonnés lui octroie un large accès à la population, qui se répartit de façon égalitaire entre les différentes catégories socioprofessionnelles, contrairement au spécialiste. Il devient alors un témoin privilégié des inégalités de santé. Le suivi au long cours des patients lui permet d'apprécier leur état de santé, leurs conditions de vie et leur histoire personnelle et sociale.

Dans les zones défavorisées où les besoins de santé sont plus importants, les médecins généralistes sont moins nombreux avec une plus grande charge de travail **(56)**. On pourrait alors penser que les médecins ont tendance à accorder moins de temps aux questions de prévention et d'éducation thérapeutique, en particulier en gynécologie. Une consultation longue n'est pas toujours possible mais des temps consacrés à la prévention pourraient être accordés de manière périodique. La contraception devrait faire l'objet d'une consultation dédiée.

Selon l'enquête BVA de 2008, 70% des femmes étaient suivies par un gynécologue (47% par un gynécologue médical, 23% par un gynécologue-obstétricien) contre 15% par un médecin généraliste **(18)**. Selon le rapport Epilule, 57% des patients étaient suivies par un gynécologue contre 39% **(42)**.

Le suivi gynécologique des femmes est donc essentiellement assuré par le gynécologue et cette activité représente une faible part de l'activité du médecin généraliste. Le Collège national des gynécologues et obstétriciens rappelait en 2006 que « les spécialistes de gynécologie-obstétrique n'ont pas pour vocation de voir toutes les femmes pour les problèmes de contraception, les examens systématiques et de dépistage, ou les thérapeutiques les plus courantes » **(57)**. En effet, l'évolution

de la démographie médicale tend vers une baisse du nombre de gynécologues médicaux au profit de l'augmentation des motifs gynécologiques en consultation de médecine générale dans les années à venir.

Or, la plupart des médecins généralistes proposent d'emblée la pilule car ils ne maîtrisent pas les gestes courants de gynécologie, tels que la pose ou le retrait d'implant ou de DIU (58).

Il est donc important que les médecins généralistes soient formés à ce type de geste ainsi qu'à la contraception. De même, il paraît important d'informer les patientes sur les compétences de leur médecin généraliste. Une affiche dans la salle d'attente informant les patientes de la possibilité d'un suivi gynécologique au cabinet peut être une solution.

F. Mener l'étude à plus grande échelle

Notre étude présente des limites du fait de son faible effectif. De plus elle a été menée dans un seul centre de la Seine Saint Denis. Il serait intéressant de mener cette enquête à plus grande échelle au sein de multiples centres de l'Île de France afin d'obtenir de meilleurs résultats sur la contraception chez les femmes en situation de précarité. Cela pourrait ainsi permettre un meilleur accompagnement de ces femmes en difficulté en leur apportant une information et des soins adaptés.

Conclusion

Le post-partum ne semble pas toujours être un moment propice à l'intégration d'informations sur la contraception car la jeune mère a d'autres préoccupations.

Notre étude a montré que les femmes en situation de précarité sont moins informées que celles de la population générale sur l'utilisation des méthodes contraceptives, leur mode d'action et leur efficacité. Les conditions socio-économiques défavorables, les représentations erronées et la barrière linguistique notamment compliquent l'utilisation optimale d'une méthode contraceptive chez ces femmes. Cependant, à trois mois de l'accouchement, la précarité n'a pas d'impact sur l'observance en raison de l'accompagnement et de l'information reçue en post-partum.

Des interventions adaptées aux besoins des patientes précaires et à leur niveau de connaissance et de compréhension pourraient donc permettre une meilleure prise en charge. De plus, une consultation précoce, en anténatal, dédiée uniquement à la contraception, permettrait d'anticiper la survenue de grossesses non désirées.

Le médecin généraliste, témoin privilégié des inégalités de santé, joue un rôle important dans la prise en charge des patientes en situation de précarité, d'où l'importance d'une formation continue. Des actes périodiques de prévention et de suivi peuvent contribuer à l'amélioration des soins chez cette population spécifique.

Enfin, la mise en place de réseaux de santé permet de faciliter leur accès aux soins, de filtrer les situations à risques et donc d'améliorer le choix et l'observance de la contraception.

Annexes

Annexe 1: Le score EPICES: L'indicateur de précarité des Centres d'Examens de Santé de l'Assurance Maladie

| N° | Questions | Oui | Non |
|----|--|--------------|-----|
| 1 | Rencontrez-vous parfois un travailleur social ? | 10,06 | 0 |
| 2 | Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ? | - 11,83 | 0 |
| 3 | Vivez-vous en couple ? | - 8,28 | 0 |
| 4 | Êtes-vous propriétaire de votre logement ? | - 8,28 | 0 |
| 5 | Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ? | 14,80 | 0 |
| 6 | Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ? | - 6,51 | 0 |
| 7 | Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ? | - 7,10 | 0 |
| 8 | Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ? | - 7,10 | 0 |
| 9 | Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ? | - 9,47 | 0 |
| 10 | En cas de difficultés, il y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ? | - 9,47 | 0 |
| 11 | En cas de difficultés, il y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ? | - 7,10 | 0 |
| | Constante | 75,14 | |

Calcul du score : Il faut impérativement que toutes les questions soient renseignées.
Chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Annexe 2: Questionnaire

Madame, Mademoiselle,

Dans le cadre de ma thèse de Docteur en Médecine Générale, je réalise une étude sur les connaissances des patientes sur les différents modes de contraception. Cette étude concerne particulièrement les patientes accouchant dans le service de maternité de l'hôpital Jean Verdier.

Par la suite, vous recevrez au cours de votre séjour une information sur la contraception. Cela vous permettra de choisir librement votre contraception.

Vous serez recontactés par téléphone dans 3 mois afin de savoir si vous avez été satisfaites de l'information reçue en maternité et si le mode de contraception choisi vous convient ou non.

Les données personnelles concernant votre identité resteront confidentielles et ne seront utilisées que pour vous recontacter.

Je vous remercie par avance de prendre quelques instants au cours de votre séjour pour répondre à ce questionnaire afin de me permettre d'avancer dans mon travail et d'améliorer le suivi et l'éducation de nos patientes en matière de contraception.

Le personnel médical et paramédical restera à votre disposition pour vous aider à répondre à ce questionnaire.

DONNEES PERSONNELLES DE LA PATIENTE

- Nom :
- Prénom :
- Age :
- Téléphone fixe :
- Téléphone portable:

- Lieu de résidence :
 - € Maison, appartement particulier, foyer d'hébergement
 - € Sans logement

- Couverture sociale :
 - Sécurité sociale sans assurance maladie complémentaire
 - Sécurité sociale avec assurance maladie complémentaire
 - CMU ou Aide Médicale de l'Etat
 - Aucune

- Nationalité :
 - Française
 - Europe (hors France)
 - Afrique du Nord
 - Asie

- Pays de naissance :
- Année d'arrivée en France :

- Travail :
 - Oui
 - Non
 - A la recherche d'un emploi
 - Etudiant

- Situation familiale :
 - Mariée
 - Concubinage
 - Célibataire
 - Veuve
 - Divorcée

- Barrière linguistique :
 - Oui
 - Non

SUIVI GYNECOLOGIQUE ET CONTRACEPTION

- Suivi gynécologique :
Tous les ans
Tous les 1 à 2 ans
Tous les 2 à 5 ans
<1 fois tous les 5 ans

- Qui effectue le suivi ?
Gynécologue
Médecin généraliste
Planning familial / PMI
Sage-femme
PASS

- Souhaitez-vous une contraception à la sortie de la maternité?
Oui
Non

- Aviez-vous une contraception avant la grossesse ?
Oui
Non

- Si oui, laquelle ?
Pilule
Stérilet
Implant
Préservatifs
Autres

- Vous convenait-t-elle ?
Oui
Non

- Si non, pourquoi ?
Vous aviez un désir de grossesse
Vous rencontriez des problèmes d'argent
Vous présentiez une contre-indication médicale
Vous étiez contre pour raison religieuse ou autre
Vous ne connaissiez pas
Vous n'y avez jamais pensé
On ne vous l'a jamais proposée

- Avez-vous déjà eu une ou plusieurs grossesses non désirées qu'elles aient été poursuivies ou non ?
Oui
Non
- Connaissez- vous ?
Pilule oestroprogestative
Pilule progestative
Stérilet ou Dispositifintra-utérin
Anneau vaginal (Nuvaring)
Implant
Préservatif masculin
Préservatif féminin
Patch ou timbre (Evra)
Diaphragme/Cape
Spermicide
Contraception d'urgence
Méthodes de retrait
Courbe de température
- Votre médecin vous donne-t-il suffisamment d'informations sur la contraception ?
Oui
Non

Contraception oestroprogestative orale

- 1) Mode d'action :
Blocage de l'ovulation
Modifications de la glaire cervicale
Modifications de l'endomètre rendant la nidation impossible
- 2) Elle doit être prise à heure régulière :
Vrai
Faux
Je ne sais pas
- 3) Un arrêt d'une semaine entre 2 plaquettes est nécessaire :
Vrai
Faux
Je ne sais pas

- 4) Il est déconseillé voire contre-indiqué de fumer avec ce type de pilule :
Vrai
Faux
Je ne sais pas
- 5) Il est contre-indiqué de prendre cette pilule si vous avez des antécédents personnels ou familiaux de thrombose veineuse ou artérielle (phlébite par exemple) :
Vrai
Faux
Je ne sais pas
- 6) Prendre cette pilule diminue le risque de cancer du sein :
Vrai
Faux
Je ne sais pas
- 7) Prendre cette pilule diminue le risque de cancer de l'ovaire et du corps de l'utérus :
Vrai
Faux
Je ne sais pas
- 8) Un oubli de pilule expose à un risque de grossesse au bout de :
3 h
6 h
12 h
24 h
- 9) Que faire en cas d'oubli de moins de 12h?
Vous prenez le comprimé oublié et poursuivez la plaquette normalement jusqu'à la fin
Vous prenez le comprimé oublié, poursuivez la plaquette normalement jusqu'à la fin et utilisez en plus des préservatifs
Vous prenez la contraception d'urgence ou pilule du lendemain s'il y a eu un rapport sexuel récent
Vous arrêtez la plaquette
- 10) Que faire en cas d'oubli de plus de 12h ?
Vous prenez le comprimé oublié et poursuivez la plaquette normalement jusqu'à la fin
Vous prenez le comprimé oublié, poursuivez la plaquette normalement jusqu'à la fin et utilisez en plus des préservatifs
Vous prenez la contraception d'urgence ou pilule du lendemain s'il y a eu un rapport sexuel récent
Vous arrêtez la plaquette

11) Si vous vomissez dans les 4h suivant la prise du comprimé, il faut le considérer comme un oubli :

Vrai

Faux

Je ne sais pas

Pilule progestative (Microval par ex)

1) Mode d'action :

Blocage de l'ovulation

Modifications de la glaire cervicale

Modifications de l'endomètre rendant la nidation impossible

2) Peut-on avoir des saignements en dehors des règles ou un arrêt des règles avec cette pilule ?

Oui

Non

Je ne sais pas

3) Elle se prend tous les jours à heure fixe :

Vrai

Faux

Je ne sais pas

4) Un arrêt d'une semaine entre 2 plaquettes est nécessaire ?

Vrai

Faux

Je ne sais pas

5) Un oubli expose à un risque de grossesse au bout de :

3h

6h

12h

24h

Contraception d'urgence

1) Après un rapport non protégé, quel est le délai maximum pour prendre NORLEVO ?

2) Après un rapport non protégé, quel est le délai maximum pour prendre ELLAONE ?

3) Elle est efficace à 100% si elle est prise dès le lendemain :

Vrai

Faux

Je ne sais pas

4) Elle est gratuite pour les mineures :
Vrai
Faux
Je ne sais pas

5) Elle est délivrée sans ordonnance :
Vrai
Faux
Je ne sais pas

Stérilet ou Dispositif intra-utérin

1) Mode d'action :
Blocage de l'ovulation
Modifications de la glaire cervicale
Modifications de l'endomètre rendant la nidation impossible

2) Peut-on le poser chez une femme nullipare (n'ayant jamais eu d'enfant) ?
Vrai
Faux
Je ne sais pas

3) Il est efficace :
1an
3 ans
5 ans

4) Il est contre-indiqué en cas d'antécédents de GEU ou d'infection des trompes (salpingite) ?
Vrai
Faux
Je ne sais pas

Implant (Implanon ou Nexplanon)

1) Mode d'action : il agit en délivrant en continu un progestatif :
Vrai
Faux
Je ne sais pas

2) Des perturbations des cycles menstruels sont fréquemment observées (saignements, arrêt des règles) :

Vrai

Faux

Je ne sais pas

3) Il est efficace :

1 an

3 ans

5 ans

Préservatif

1) Est-il conseillé d'utiliser le préservatif à chaque rapport ?

Oui

Non

2) A quel moment faut-il le mettre?

Avant tout rapport

Pendant l'acte

Avant la pénétration

3) Le préservatif est la seule contraception qui protège de la grossesse et des maladies sexuellement transmissibles?

Vrai

Faux

Je ne sais pas

Annexe 3: Le modèle BERCER de l'OMS

Le modèle « BERCER » de l'OMS propose un déroulement de la consultation et du suivi en 6 étapes : Bienvenue, Entretien, Renseignement, Choix, Explication et Retour.

Bienvenue

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

Entretien

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

Renseignement

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

Choix

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

Explication

Discussion autour de la méthode choisie et de son emploi : démonstration (au mieux, apprentissage avec manipulation par la consultante elle-même) ; réflexion sur les possibilités d'établir une prise de la pilule en routine, information sur les effets secondaires et la conduite à tenir, renseignements sur les possibilités de rattrapage en cas de problème (indiquer les lieux et les conditions dans lesquels la femme peut

se procurer une contraception d'urgence). La délivrance de documents écrits peut représenter une aide. Enfin, les raisons médicales qui peuvent justifier le retour de la consultante sont abordées.

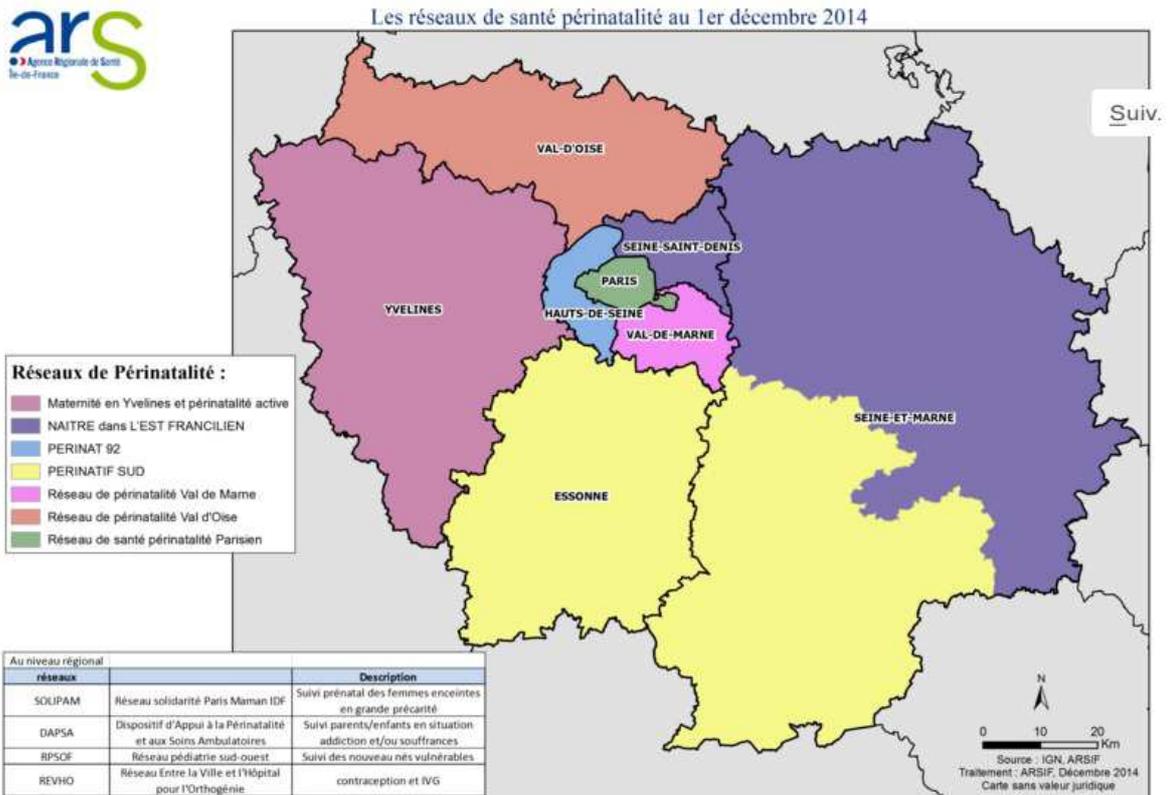
Retour

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

INPES, Comment aider une femme à choisir sa contraception ? Repères pour votre pratique, 2013, 4 p.

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf>

Annexe 4: Carte des réseaux de santé périnatalité d'Ile de France



Carte Reseaux IDF Déc2014

<http://www.ffrsp.fr/module-Contenus-viewpub-tid-2-pid-32.html>

Annexe 5: Tableau de recueil de données

Données personnelles de la patiente

| Patient | Age | Lieu de résidence | Couverture sociale | Nationalité | Pays de naissance | Travail | Situation familiale |
|---------|-----|-------------------|--------------------|-------------|-------------------|---------|---------------------|
| P1 | 30 | Appartement | SS+AMC | France | France | oui | Concubinage |
| P2 | 34 | Appartement | SS+AMC | France | France | oui | Mariée |
| P3 | 32 | Appartement | SS+AMC | France | France | oui | Mariée |
| P4 | 30 | Appartement | SS+AMC | France | France | oui | Mariée |
| P5 | 27 | Appartement | SS+AMC | France | France | oui | Mariée |
| P6 | 30 | Appartement | SS+AMC | France | Turquie | oui | Mariée |
| P7 | 31 | Appartement | SS+AMC | France | France | oui | Concubinage |
| P8 | 38 | Appartement | SS+AMC | France | France | non | Mariée |
| P9 | 24 | Appartement | SS+AMC | France | France | oui | Célibataire |
| P10 | 36 | Appartement | SS+AMC | France | France | oui | Concubinage |
| P11 | 35 | Appartement | SS+AMC | France | Europe | oui | Concubinage |
| P12 | 30 | Appartement | SS+AMC | France | France | oui | Mariée |
| P13 | 24 | Appartement | SS+AMC | France | France | oui | Mariée |
| P14 | 25 | Appartement | SS+AMC | France | France | non | Concubinage |
| P15 | 35 | Appartement | CMU-AME | Afrique | Afrique | non | Mariée |
| P16 | 26 | Appartement | SS+AMC | Europe | Turquie | oui | Mariée |
| P17 | 28 | Appartement | CMU-AME | France | France | non | Mariée |
| P18 | 34 | Appartement | SS+AMC | France | France | oui | Mariée |
| P19 | 32 | Appartement | SS+AMC | France | France | oui | Concubinage |
| P20 | 25 | Appartement | CMU-AME | France | France | non | Concubinage |
| P21 | 34 | Appartement | SS+AMC | Afr du Nord | Maroc | oui | Mariée |
| P22 | 27 | Appartement | SS+AMC | France | France | non | Mariée |
| P23 | | Appartement | SS+AMC | France | France | oui | Concubinage |
| P24 | 29 | Appartement | SS+AMC | France | France | non | Concubinage |
| P25 | 23 | Appartement | SS-AMC | Afrique | Congo | non | Concubinage |
| P26 | 26 | Appartement | SS+AMC | France | France | non | Mariée |
| P27 | 28 | Appartement | SS+AMC | France | France | oui | Concubinage |
| P28 | 34 | Appartement | SS+AMC | France | Afrique du nord | oui | Célibataire |
| P29 | 24 | Appartement | SS+AMC | France | France | oui | Concubinage |
| P30 | 26 | Appartement | SS+AMC | France | France | oui | Mariée |
| P31 | 36 | Appartement | SS+AMC | France | Maroc | oui | Mariée |
| P32 | 34 | Appartement | SS+AMC | France | France | non | Célibataire |
| P33 | 26 | Appartement | SS+AMC | France | Tunisie | oui | Mariée |
| P34 | 32 | Appartement | SS-AMC | France | France | non | Célibataire |
| P35 | 29 | Appartement | SS+AMC | France | France | oui | Mariée |
| P36 | 27 | Appartement | SS+AMC | Afr du Nord | Algérie | non | Mariée |
| P37 | 33 | Appartement | SS+AMC | Afr du Nord | Algérie | oui | Mariée |
| P38 | 32 | Appartement | CMU-AME | France | France | non | Concubinage |

| | | | | | | | |
|-----|----|---------------|---------|-------------|-----------------|-----|-------------|
| P39 | 29 | Appartement | SS-AMC | France | France | oui | Mariée |
| P40 | 37 | Appartement | SS-AMC | France | Sénégal | non | Concubinage |
| P41 | 33 | Appartement | SS+AMC | Afr du Nord | Maroc | non | Mariée |
| P42 | 24 | Appartement | CMU-AME | Afr du Nord | Afrique du nord | non | Célibataire |
| P43 | 33 | Appartement | SS+AMC | France | France | oui | Mariée |
| P44 | 39 | Appartement | SS+AMC | France | France | oui | Mariée |
| P45 | 35 | Appartement | SS+AMC | Europe | Portugal | oui | Mariée |
| P46 | 22 | Appartement | SS-AMC | France | France | non | Célibataire |
| P47 | 28 | Appartement | SS+AMC | France | France | oui | Mariée |
| P48 | 34 | Appartement | SS+AMC | Afr du Nord | Comores | oui | Concubinage |
| P49 | 28 | Appartement | SS-AMC | Afr du Nord | Tunisie | non | Mariée |
| P50 | 36 | Appartement | SS+AMC | France | Afrique du nord | oui | Mariée |
| P51 | 29 | Appartement | CMU-AME | France | France | non | Concubinage |
| P52 | 23 | Appartement | 0 | France | France | oui | Mariée |
| P53 | 29 | Appartement | CMU-AME | Europe | Europe | non | Concubinage |
| P54 | 25 | Appartement | CMU-AME | France | France | non | Concubinage |
| P55 | 24 | Appartement | SS+AMC | France | Madagascar | oui | Mariée |
| P56 | 31 | Appartement | CMU-AME | Afrique | Madagascar | non | Mariée |
| P57 | 25 | Appartement | CMU-AME | France | France | non | Concubinage |
| P58 | 38 | Appartement | CMU-AME | France | Afrique du nord | non | Mariée |
| P59 | 23 | Appartement | SS+AMC | Afr du Nord | Maroc | non | Mariée |
| P60 | 29 | Appartement | SS+AMC | Afr du Nord | Maroc | non | Mariée |
| P61 | 24 | Appartement | SS+AMC | France | Afrique du nord | non | Mariée |
| P62 | 29 | Appartement | SS+AMC | France | Afrique | oui | Mariée |
| P63 | 27 | Appartement | CMU-AME | Afr du Nord | Maroc | non | Mariée |
| P64 | 28 | Appartement | SS+AMC | Afr du Nord | Algérie | non | Mariée |
| P65 | 41 | Appartement | SS+AMC | France | France | non | Mariée |
| P66 | 30 | Appartement | CMU-AME | Asie | Ile Maurice | non | Mariée |
| P67 | 33 | Appartement | CMU-AME | Afrique | Haïti | non | Mariée |
| P68 | 16 | Appartement | CMU-AME | France | France | oui | Célibataire |
| P69 | 38 | Appartement | SS-AMC | Afr du Nord | Maroc | oui | Mariée |
| P70 | 22 | Appartement | CMU-AME | France | France | non | Concubinage |
| P71 | 30 | Appartement | CMU-AME | Europe | Roumanie | oui | Mariée |
| P72 | 28 | Appartement | CMU-AME | Afr du Nord | Egypte | non | Mariée |
| P73 | 29 | Appartement | SS-AMC | France | Mayotte | oui | Mariée |
| P74 | 19 | Appartement | CMU-AME | France | France | non | Concubinage |
| P75 | 31 | Appartement | CMU-AME | Asie | Philippines | non | Concubinage |
| P76 | 36 | Appartement | SS+AMC | France | Afrique du nord | oui | Mariée |
| P77 | 36 | Appartement | SS+AMC | Afrique | Cote d'Ivoire | non | Mariée |
| P78 | 31 | Appartement | CMU-AME | France | Srilanka | oui | Mariée |
| P79 | 18 | Appartement | CMU-AME | Afr du Nord | Maroc | non | Mariée |
| P80 | 22 | Sans logement | SS+AMC | Europe | Serbie | oui | Concubinage |
| P81 | 22 | Sans logement | SS+AMC | Afrique | Mali | non | Mariée |
| P82 | | Appartement | SS+AMC | Europe | Maroc | non | Mariée |
| P83 | 26 | Sans logement | 0 | France | Mali | non | Mariée |

Suivi gynécologique et contraception avant la grossesse

| Patient | Fréquence | Par qui? | Information sur la contraception |
|---------|--------------------|---------------------|----------------------------------|
| P1 | tous les ans | gynécologue | oui |
| P2 | tous les ans | gynécologue | oui |
| P3 | tous les ans | gynécologue | oui |
| P4 | tous les ans | gynécologue | oui |
| P5 | tous les ans | médecin généraliste | oui |
| P6 | tous les ans | gynécologue | oui |
| P7 | tous les 2 à 5 ans | gynécologue | oui |
| P8 | tous les 2 à 5 ans | médecin généraliste | oui |
| P9 | tous les ans | planning/pmi | non |
| P10 | tous les ans | gynécologue | non |
| P11 | tous les ans | gynécologue | oui |
| P12 | tous les ans | gynécologue | oui |
| P13 | tous les ans | gynécologue | oui |
| P14 | tous les 1 à 2 ans | médecin généraliste | oui |
| P15 | tous les 1 à 2 ans | gynécologue | non |
| P16 | tous les 2 à 5 ans | médecin généraliste | oui |
| P17 | tous les ans | gynécologue | oui |
| P18 | tous les ans | gynécologue | non |
| P19 | tous les ans | gynécologue | oui |
| P20 | tous les ans | gynécologue | non |
| P21 | tous les ans | planning/pmi | oui |
| P22 | tous les ans | gynécologue | oui |
| P23 | tous les ans | gynécologue | oui |
| P24 | tous les ans | gynécologue | oui |
| P25 | tous les ans | planning/pmi | oui |
| P26 | tous les ans | gynécologue | oui |
| P27 | tous les ans | gynécologue | oui |
| P28 | tous les ans | gynécologue | non |
| P29 | tous les ans | gynécologue | oui |
| P30 | tous les ans | gynécologue | oui |
| P31 | tous les 1 à 2 ans | gynécologue | oui |
| P32 | tous les ans | gynécologue | oui |
| P33 | tous les 1 à 2 ans | gynécologue | non |
| P34 | tous les 1 à 2 ans | gynécologue | non |
| P35 | tous les ans | gynécologue | non |
| P36 | tous les ans | médecin généraliste | non |
| P37 | tous les ans | planning/pmi | oui |
| P38 | tous les 2 à 5 ans | médecin généraliste | non |
| P39 | tous les 1 à 2 ans | gynécologue | oui |

| | | | |
|-----|------------------------|---------------------|-----|
| P40 | tous les 1 à 2 ans | gynécologue | non |
| P41 | tous les 2 à 5 ans | médecin généraliste | oui |
| P42 | tous les ans | 0 | oui |
| P43 | tous les ans | gynécologue | oui |
| P44 | <1 fois tous les 5 ans | gynécologue | non |
| P45 | tous les 1 à 2 ans | gynécologue | oui |
| P46 | tous les ans | planning/pmi | non |
| P47 | <1 fois tous les 5 ans | 0 | oui |
| P48 | tous les 1 à 2 ans | planning/pmi | oui |
| P49 | tous les 1 à 2 ans | gynécologue | non |
| P50 | tous les ans | médecin généraliste | non |
| P51 | tous les 2 à 5 ans | planning/pmi | non |
| P52 | tous les 1 à 2 ans | planning/pmi | oui |
| P53 | tous les ans | médecin généraliste | oui |
| P54 | tous les 1 à 2 ans | gynécologue | oui |
| P55 | <1 fois tous les 5 ans | 0 | non |
| P56 | tous les 1 à 2 ans | gynécologue | non |
| P57 | tous les 1 à 2 ans | planning/pmi | oui |
| P58 | tous les ans | gynécologue | oui |
| P59 | tous les ans | gynécologue | non |
| P60 | tous les ans | gynécologue | oui |
| P61 | tous les 1 à 2 ans | gynécologue | non |
| P62 | tous les ans | gynécologue | non |
| P63 | <1 fois tous les 5 ans | gynécologue | oui |
| P64 | tous les ans | gynécologue | non |
| P65 | <1 fois tous les 5 ans | gynécologue | non |
| P66 | <1 fois tous les 5 ans | 0 | non |
| P67 | tous les ans | gynécologue | non |
| P68 | <1 fois tous les 5 ans | 0 | non |
| P69 | tous les ans | planning/pmi | oui |
| P70 | tous les 1 à 2 ans | gynécologue | oui |
| P71 | tous les 1 à 2 ans | 0 | oui |
| P72 | tous les 1 à 2 ans | médecin généraliste | non |
| P73 | tous les 1 à 2 ans | PASS | non |
| P74 | tous les 1 à 2 ans | gynécologue | oui |
| P75 | tous les ans | 0 | non |
| P76 | tous les ans | planning/pmi | non |
| P77 | tous les ans | gynécologue | non |
| P78 | tous les 1 à 2 ans | gynécologue | oui |
| P79 | tous les 1 à 2 ans | planning/pmi | oui |
| P80 | tous les ans | gynécologue | oui |
| P81 | <1 fois tous les 5 ans | 0 | non |
| P82 | <1 fois tous les 5 ans | 0 | non |
| P83 | <1 fois tous les 5 ans | 0 | oui |

Contraception avant la grossesse et grossesses non désirées

| Patient | Contraception avant grossesse | Adaptée? | Si non, raison? | Grossesses non désirées? | Désir de contraception à la sortie de maternité |
|---------|-------------------------------|----------|----------------------------|--------------------------|---|
| P1 | pilule | oui | | non | oui |
| P2 | pilule | oui | | non | oui |
| P3 | préservatif | oui | | non | non |
| P4 | préservatif | oui | | non | oui |
| P5 | pilule | oui | | non | oui |
| P6 | pilule | oui | | non | oui |
| P7 | pilule | non | | oui | oui |
| P8 | pilule | oui | | oui | oui |
| P9 | pilule | non | Contre-indication médicale | oui | non |
| P10 | pilule | oui | | non | oui |
| P11 | pilule | non | | oui | non |
| P12 | 0 | | désir de grossesse | non | oui |
| P13 | pilule | oui | | oui | oui |
| P14 | pilule | oui | | non | oui |
| P15 | stérilet | oui | | oui | oui |
| P16 | pilule | oui | | non | oui |
| P17 | stérilet | non | | non | oui |
| P18 | stérilet | oui | | oui | oui |
| P19 | pilule | non | prise de poids | non | oui |
| P20 | préservatif | oui | | non | oui |
| P21 | stérilet | oui | | non | oui |
| P22 | pilule | oui | | non | oui |
| P23 | stérilet | oui | | oui | oui |
| P24 | 0 | | | oui | oui |
| P25 | implant | oui | | non | non |
| P26 | pilule | oui | | non | oui |
| P27 | pilule | oui | | non | oui |
| P28 | 0 | | | oui | oui |
| P29 | implant | oui | | non | oui |
| P30 | pilule | oui | | non | oui |
| P31 | pilule | oui | | non | oui |
| P32 | préservatif | oui | | oui | oui |
| P33 | 0 | | désir de grossesse | non | oui |
| P34 | pilule | oui | | oui | oui |
| P35 | 0 | | désir de grossesse | non | oui |
| P36 | 0 | | | non | oui |
| P37 | implant | oui | | oui | oui |
| P38 | pilule | oui | | oui | oui |
| P39 | pilule | oui | | non | oui |

| | | | | | |
|-----|-------------|-----|---|-----|-------------|
| P40 | 0 | | désir de grossesse | non | oui |
| P41 | pilule | non | | non | oui |
| P42 | pilule | oui | | non | oui |
| P43 | 0 | | | non | oui |
| P44 | pilule | oui | | non | oui |
| P45 | pilule | oui | | non | ne sait pas |
| P46 | pilule | oui | | non | oui |
| P47 | pilule | oui | | non | oui |
| P48 | pilule | oui | | oui | oui |
| P49 | pilule | oui | | non | oui |
| P50 | pilule | oui | | non | oui |
| P51 | 0 | | | non | oui |
| P52 | 0 | | | non | oui |
| P53 | pilule | oui | | non | oui |
| P54 | 0 | | désir de grossesse | non | non |
| P55 | 0 | | ne connaissait pas et n'y a jamais pensé | oui | oui |
| P56 | 0 | | | non | oui |
| P57 | 0 | | désir de grossesse | oui | oui |
| P58 | 0 | | | non | non |
| P59 | pilule | non | financier | oui | oui |
| P60 | pilule | oui | | non | oui |
| P61 | préservatif | non | Contre-indication médicale | oui | oui |
| P62 | pilule | oui | | non | oui |
| P63 | 0 | | | non | oui |
| P64 | 0 | | jamais proposée | non | oui |
| P65 | 0 | | pilule=danger pour la santé | oui | oui |
| P66 | 0 | | | non | ne sait pas |
| P67 | 0 | | désir de grossesse | non | oui |
| P68 | 0 | | n'y a jamais pensé | oui | oui |
| P69 | 0 | | | non | non |
| P70 | pilule | oui | | non | oui |
| P71 | pilule | non | désir de grossesse | non | oui |
| P72 | stérilet | oui | | oui | oui |
| P73 | 0 | | | non | oui |
| P74 | 0 | | | non | oui |
| P75 | pilule | oui | | non | ne sait pas |
| P76 | implant | non | | oui | oui |
| P77 | 0 | | désir de grossesse | oui | oui |
| P78 | 0 | | ne connaissait pas | non | ne sait pas |
| P79 | pilule | oui | | non | oui |
| P80 | 0 | | | non | oui |
| P81 | pilule | non | | non | oui |
| P82 | 0 | | | non | ne sait pas |
| P83 | pilule | oui | | non | non |

Données récupérées dans le dossier

| Patient | Gestité/Parité | IVG/FCS | CI médicale à un traitement OP | Tabac |
|---------|----------------|-------------|--|-------|
| P1 | G1P0 | 0 | 0 | 0 |
| P2 | G1P0 | 0 | 0 | 0 |
| P3 | G2P1 | 0 | 0 | 0 |
| P4 | G5P1 | 3 FCS | 0 | 0 |
| P5 | G3P0 | 2 FCS | 0 | oui |
| P6 | G2P1 | 0 | 0 | 0 |
| P7 | G4P1 | 2IVG | 0 | 0 |
| P8 | G5P2 | 2 FCS | 0 | 0 |
| P9 | G2P0 | 1 IVG | 0 | 0 |
| P10 | G2P1 | 0 | 0 | 0 |
| P11 | G5P3 | 1 IVG | 0 | 0 |
| P12 | G3P2 | 0 | 0 | 0 |
| P13 | G4P1 | 1 IVG/1 FCS | 0 | 0 |
| P14 | G3P1 | 1 FCS | 0 | 0 |
| P15 | G3P1 | 1 IVG | 0 | 0 |
| P16 | G3P2 | 0 | 0 | oui |
| P17 | G5P3 | 1 FCS | Ac APL avec mutation hétérozygote MTHFR | 0 |
| P18 | G3P0 | 1 IVG/1 FCS | 0 | 0 |
| P19 | G1P0 | 0 | 0 | 0 |
| P20 | G1P0 | 0 | 0 | 0 |
| P21 | G5P4 | 0 | 0 | 0 |
| P22 | G1P0 | 0 | 0 | 0 |
| P23 | G4P1 | 2 IVG | 0 | 0 |
| P24 | G3P1 | 1 IVG | 0 | oui |
| P25 | G1P0 | 0 | 0 | 0 |
| P26 | G1P0 | 0 | 0 | 0 |
| P27 | G1P0 | 0 | 0 | 0 |
| P28 | G2P0 | 1 IVG | 0 | 0 |
| P29 | G1P0 | 0 | 0 | 0 |
| P30 | G3P1 | 1 FCS | 0 | 0 |
| P31 | G4P2 | 1 FCS | 0 | 0 |
| P32 | G4P0 | 3 IVG | 0 | oui |
| P33 | G1P0 | 0 | 0 | 0 |
| P34 | G5P2 | 1 IVG/1 GEU | 0 | 0 |
| P35 | G3P2 | 0 | 0 | 0 |
| P36 | G1P0 | 0 | 0 | 0 |
| P37 | G2P0 | 1 IVG | 0 | 0 |
| P38 | G9P7 | 1 FCS | 0 | 0 |
| P39 | G2P1 | 0 | 0 | 0 |
| P40 | G1P0 | 0 | 0 | oui |
| P41 | G1P0 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | |
|-----|------|-------------|---|-----|
| P42 | G1P0 | 0 | 0 | 0 |
| P43 | G1P0 | 0 | 0 | 0 |
| P44 | G4P3 | 0 | 0 | 0 |
| P45 | G2P1 | 0 | 0 | 0 |
| P46 | G1P0 | 0 | 0 | 0 |
| P47 | G2P1 | 0 | 0 | 0 |
| P48 | G4P2 | 1 FCS | 0 | 0 |
| P49 | G2P1 | 0 | 0 | 0 |
| P50 | G4P2 | 1 FCS | 0 | 0 |
| P51 | G2P1 | 0 | 0 | 0 |
| P52 | G2P1 | 0 | 0 | oui |
| P53 | G2P1 | 0 | 0 | 0 |
| P54 | G3P1 | 1 FCS | 0 | 0 |
| P55 | G4P1 | 2 IVG | 0 | 0 |
| P56 | G2P1 | 0 | 0 | 0 |
| P57 | G4P1 | 1 IVG/1 FCS | 0 | 0 |
| P58 | G1P0 | 0 | 0 | 0 |
| P59 | G2P0 | 1 IVG | 0 | 0 |
| P60 | G1P0 | 0 | 0 | 0 |
| P61 | G2P0 | 1 IVG | 0 | 0 |
| P62 | G3P0 | 2 FCS | 0 | 0 |
| P63 | G1P0 | 0 | 0 | 0 |
| P64 | G1P0 | 0 | 0 | 0 |
| P65 | G7P1 | 5 IVG | 0 | 0 |
| P66 | G2P0 | 1 FCS | 0 | 0 |
| P67 | G2P1 | 0 | 0 | 0 |
| P68 | G2P0 | 1 IVG | 0 | 0 |
| P69 | G1P0 | 0 | 0 | 0 |
| P70 | G3P2 | 0 | 0 | 0 |
| P71 | G1P0 | 0 | 0 | 0 |
| P72 | G5P3 | 1 FCS | 0 | 0 |
| P73 | G4P2 | 1 FCS | 0 | 0 |
| P74 | G3P0 | 2 FCS | 0 | oui |
| P75 | G2P1 | 0 | 0 | 0 |
| P76 | G5P2 | 2 IVG | 0 | 0 |
| P77 | G3P0 | 2IVG | 0 | 0 |
| P78 | G4P2 | 1 FCS | 0 | 0 |
| P79 | G2P1 | 0 | 0 | 0 |
| P80 | G2P1 | 0 | 0 | 0 |
| P81 | G3P1 | 1 FCS | 0 | 0 |
| P82 | G1P0 | 0 | 0 | 0 |
| P83 | G4P2 | 1 FCS | 0 | 0 |

| Patient | Grossesse spontanée/ PMA | Mode d'accouchement | Pathologies au cours de la grossesse | Allaitement | Transfert Nouveau-né |
|---------|-----------------------------|---------------------|--------------------------------------|-------------|----------------------|
| P1 | 0 | AVB | diabète gestationnel | maternel | oui |
| P2 | 0 | AVB | 0 | maternel | 0 |
| P3 | 0 | AVB | 0 | maternel | 0 |
| P4 | 0 | césarienne | 0 | maternel | 0 |
| P5 | 0 | AVB | 0 | artificiel | 0 |
| P6 | 0 | AVB | 0 | maternel | 0 |
| P7 | 0 | AVB | 0 | artificiel | 0 |
| P8 | 0 | AVB | 0 | maternel | 0 |
| P9 | 0 | AVB | 0 | maternel | 0 |
| P10 | 0 | AVB | 0 | maternel | 0 |
| P11 | 0 | AVB | 0 | maternel | 0 |
| P12 | 0 | AVB | 0 | artificiel | 0 |
| P13 | 0 | AVB | 0 | artificiel | 0 |
| P14 | 0 | AVB | 0 | maternel | 0 |
| P15 | 0 | césarienne | 0 | maternel | 0 |
| P16 | 0 | AVB | 0 | maternel | 0 |
| P17 | 0 | césarienne | diabète gestationnel | maternel | 0 |
| P18 | 0 | césarienne | 0 | maternel | 0 |
| P19 | INDUCTION | AVB | 0 | artificiel | 0 |
| P20 | 0 | AVB | 0 | maternel | 0 |
| P21 | 0 | AVB | 0 | maternel | 0 |
| P22 | 0 | AVB | 0 | artificiel | oui |
| P23 | 0 | césarienne | 0 | maternel | 0 |
| P24 | 0 | AVB | 0 | artificiel | 0 |
| P25 | 0 | AVB | thrombopénie secondaire | maternel | 0 |
| P26 | 0 | AVB | 0 | maternel | 0 |
| P27 | 0 | césarienne | 0 | maternel | 0 |
| P28 | 0 | AVB | 0 | maternel | 0 |
| P29 | 0 | AVB | 0 | maternel | 0 |
| P30 | 0 | AVB | 0 | artificiel | 0 |
| P31 | 0 | césarienne | diabète gestationnel | maternel | 0 |
| P32 | 0 | AVB | 0 | maternel | 0 |
| P33 | 0 | césarienne | séroconversion toxoplasmose | maternel | oui |
| P34 | 0 | césarienne | hydramnios, macrocéphalie | maternel | oui |
| P35 | 0 | AVB | 0 | maternel | 0 |
| P36 | 0 | AVB | 0 | maternel | oui |
| P37 | 0 | AVB | 0 | maternel | 0 |
| P38 | 0 | AVB | 0 | artificiel | 0 |
| P39 | 0 | césarienne | hypothyroïdie | maternel | 0 |
| P40 | ICSI | césarienne | HTA gravidique | maternel | 0 |
| P41 | 0 | AVB | thrombopénie secondaire | maternel | 0 |
| P42 | 0 | AVB | thrombopénie secondaire | maternel | 0 |

| | | | | | |
|-----|-----------|------------|--|------------|-----|
| P43 | FIV | AVB | 0 | maternel | 0 |
| P44 | 0 | césarienne | 0 | artificiel | 0 |
| P45 | INDUCTION | AVB | 0 | maternel | 0 |
| P46 | 0 | AVB | 0 | maternel | oui |
| P47 | 0 | AVB | 0 | artificiel | 0 |
| P48 | 0 | AVB | 0 | maternel | 0 |
| P49 | 0 | AVB | 0 | artificiel | 0 |
| P50 | 0 | AVB | diabète gestationnel | maternel | 0 |
| P51 | 0 | AVB | 0 | maternel | 0 |
| P52 | 0 | AVB | 0 | artificiel | 0 |
| P53 | 0 | AVB | 0 | maternel | oui |
| P54 | 0 | AVB | 0 | artificiel | 0 |
| P55 | 0 | AVB | 0 | maternel | 0 |
| P56 | 0 | AVB | diabète gestationnel | maternel | 0 |
| P57 | 0 | AVB | 0 | maternel | 0 |
| P58 | ICSI | césarienne | diabète gestationnel/thrombopénie secondaire | maternel | oui |
| P59 | 0 | AVB | diabète gestationnel | maternel | 0 |
| P60 | 0 | AVB | 0 | maternel | 0 |
| P61 | 0 | AVB | 0 | artificiel | 0 |
| P62 | 0 | AVB | 0 | maternel | 0 |
| P63 | 0 | AVB | 0 | maternel | oui |
| P64 | 0 | AVB | 0 | maternel | 0 |
| P65 | 0 | AVB | MAP | artificiel | 0 |
| P66 | 0 | césarienne | placenta praevia | maternel | 0 |
| P67 | 0 | AVB | 0 | maternel | 0 |
| P68 | 0 | AVB | pyélonéphrite | maternel | 0 |
| P69 | 0 | AVB | diabète gestationnel/hypothyroïdie | maternel | 0 |
| P70 | 0 | AVB | 0 | artificiel | 0 |
| P71 | 0 | AVB | diabète gestationnel/hypothyroïdie/RCIU | maternel | 0 |
| P72 | 0 | AVB | 0 | maternel | 0 |
| P73 | 0 | AVB | 0 | maternel | 0 |
| P74 | ICSI | césarienne | cytolysé hépatique/hyperthyroïdie | artificiel | 0 |
| P75 | 0 | AVB | menace d'acct prématuré | maternel | 0 |
| P76 | 0 | AVB | 0 | artificiel | 0 |
| P77 | 0 | césarienne | VIH/cytolysé hépatique | maternel | oui |
| P78 | 0 | césarienne | 0 | maternel | 0 |
| P79 | 0 | AVB | 0 | maternel | oui |
| P80 | 0 | AVB | 0 | maternel | 0 |
| P81 | 0 | AVB | 0 | maternel | 0 |
| P82 | 0 | AVB | 0 | maternel | 0 |
| P83 | 0 | AVB | 0 | maternel | 0 |

Taux de bonne réponse aux questions

| Bonnes réponses aux questions | | | |
|-------------------------------|---------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Patient | Nombre de bonnes réponses | Taux de bonnes réponses | Tranches bonnes réponses |
| P1 | 20 | 74% | 75-100% |
| P2 | 20 | 74% | 75-100% |
| P3 | 17 | 63% | 50-75% |
| P4 | 17 | 63% | 50-75% |
| P5 | 16 | 59% | 50-75% |
| P6 | 16 | 59% | 50-75% |
| P7 | 16 | 59% | 50-75% |
| P8 | 16 | 59% | 50-75% |
| P9 | 16 | 59% | 50-75% |
| P10 | 16 | 59% | 50-75% |
| P11 | 15 | 56% | 50-75% |
| P12 | 15 | 56% | 50-75% |
| P13 | 15 | 56% | 50-75% |
| P14 | 15 | 56% | 50-75% |
| P15 | 14 | 52% | 50-75% |
| P16 | 14 | 52% | 50-75% |
| P17 | 14 | 52% | 50-75% |
| P18 | 13 | 48% | 25-50% |
| P19 | 13 | 48% | 25-50% |
| P20 | 13 | 48% | 25-50% |
| P21 | 13 | 48% | 25-50% |
| P22 | 13 | 48% | 25-50% |
| P23 | 12 | 44% | 25-50% |
| P24 | 12 | 44% | 25-50% |
| P25 | 12 | 44% | 25-50% |
| P26 | 12 | 44% | 25-50% |
| P27 | 12 | 44% | 25-50% |
| P28 | 11 | 41% | 25-50% |
| P29 | 11 | 41% | 25-50% |
| P30 | 11 | 41% | 25-50% |
| P31 | 11 | 41% | 25-50% |
| P32 | 11 | 41% | 25-50% |
| P33 | 11 | 41% | 25-50% |
| P34 | 10 | 37% | 25-50% |
| P35 | 10 | 37% | 25-50% |
| P36 | 10 | 37% | 25-50% |
| P37 | 10 | 37% | 25-50% |
| P38 | 10 | 37% | 25-50% |
| P39 | 10 | 37% | 25-50% |
| P40 | 10 | 37% | 25-50% |
| P41 | 10 | 37% | 25-50% |

| | | | |
|-----|---|-----|--------|
| P42 | 9 | 33% | 25-50% |
| P43 | 9 | 33% | 25-50% |
| P44 | 9 | 33% | 25-50% |
| P45 | 9 | 33% | 25-50% |
| P46 | 9 | 33% | 25-50% |
| P47 | 8 | 30% | 25-50% |
| P48 | 8 | 30% | 25-50% |
| P49 | 7 | 26% | 25-50% |
| P50 | 7 | 26% | 25-50% |
| P51 | 7 | 26% | 25-50% |
| P52 | 7 | 26% | 25-50% |
| P53 | 7 | 26% | 25-50% |
| P54 | 7 | 26% | 25-50% |
| P55 | 6 | 22% | 0-25% |
| P56 | 6 | 22% | 0-25% |
| P57 | 6 | 22% | 0-25% |
| P58 | 5 | 19% | 0-25% |
| P59 | 5 | 19% | 0-25% |
| P60 | 5 | 19% | 0-25% |
| P61 | 4 | 15% | 0-25% |
| P62 | 4 | 15% | 0-25% |
| P63 | 4 | 15% | 0-25% |
| P64 | 3 | 11% | 0-25% |
| P65 | 3 | 11% | 0-25% |
| P66 | 3 | 11% | 0-25% |
| P67 | 3 | 11% | 0-25% |
| P68 | 2 | 7% | 0-25% |
| P69 | 2 | 7% | 0-25% |
| P70 | 2 | 7% | 0-25% |
| P71 | 1 | 4% | 0-25% |
| P72 | 1 | 4% | 0-25% |
| P73 | 1 | 4% | 0-25% |
| P74 | 0 | 0% | 0-25% |
| P75 | 0 | 0% | 0-25% |
| P76 | 1 | 4% | 0-25% |
| P77 | 0 | 0% | 0-25% |
| P78 | 0 | 0% | 0-25% |
| P79 | 9 | 33% | 25-50% |
| P80 | 7 | 26% | 25-50% |
| P81 | 7 | 26% | 25-50% |
| P82 | 0 | 0% | 0-25% |
| P83 | 5 | 19% | 0-25% |

A 3 mois : contraception du post-partum et observance

| Patient | Contraception post-partum | Adaptée? | Si non, raison? |
|---------|--|----------|---|
| P1 | pilule microprogestative | non | |
| P2 | Préservatif | oui | |
| P3 | pilule microprogestative | oui | |
| P4 | pilule microprogestative | oui | |
| P5 | pilule microprogestative | oui | |
| P6 | pilule microprogestative | oui | |
| P7 | pilule oestroprogestative | non | Saignements |
| P8 | pilule oestroprogestative | oui | |
| P9 | pilule microprogestative | non | oublis fréquents (fatigue, travail, bébé) |
| P10 | pilule microprogestative | oui | |
| P11 | pilule microprogestative | oui | |
| P12 | pilule microprogestative | oui | |
| P13 | pilule microprogestative | oui | |
| P14 | pilule microprogestative | oui | |
| P15 | pilule microprogestative | non | Saignements |
| P16 | pilule microprogestative | oui | |
| P17 | Stérilet | oui | |
| P18 | pilule microprogestative | oui | |
| P19 | pilule oestroprogestative | non | oublis fréquents |
| P20 | pilule oestroprogestative | non | |
| P21 | Stérilet | oui | |
| P22 | pilule oestroprogestative | non | non utilisée car pas de rapport |
| P23 | pilule microprogestative | non | Saignements |
| P24 | pilule microprogestative | non | Vertiges |
| P25 | Préservatif | oui | |
| P26 | pilule microprogestative | oui | |
| P27 | pilule oestroprogestative | oui | |
| P28 | pilule microprogestative | non | oublis fréquents (fatigue, travail, bébé) |
| P29 | pilule microprogestative | oui | |
| P30 | Implant | non | non posé car effets secondaires |
| P31 | pilule microprogestative | oui | |
| P32 | pilule oestroprogestative | oui | |
| P33 | pilule microprogestative | oui | |
| P34 | 0 | non | pas de rapport |
| P35 | pilule microprogestative puis implant | non | oublis++ puis métrorragies++ |
| P36 | pilule oestroprogestative | oui | |
| P37 | Implant | oui | |
| P38 | 0 | non | peur des effets secondaires |
| P39 | Implant | non | prise de poids+spotting |
| P40 | pilule microprogestative | non | Saignements |
| P41 | 0 | non | |

| | | | |
|-----|---------------------------|-----|--|
| P42 | pilule oestroprogestative | non | pas de rapport |
| P43 | 0 | non | difficulté de conception |
| P44 | pilule oestroprogestative | non | pas de rapport |
| P45 | 0 | non | n'adhère pas aux traitements hormonaux |
| P46 | Préservatif | oui | |
| P47 | 0 | non | pas d'envie |
| P48 | pilule microprogestative | oui | |
| P49 | pilule microprogestative | oui | |
| P50 | 0 | non | Diabète |
| P51 | pilule microprogestative | non | veut ses règles |
| P52 | pilule microprogestative | oui | |
| P53 | pilule microprogestative | oui | |
| P54 | pilule microprogestative | non | Métrorragies |
| P55 | pilule microprogestative | oui | |
| P56 | pilule microprogestative | oui | |
| P57 | Implant | oui | |
| P58 | pilule microprogestative | oui | |
| P59 | pilule microprogestative | oui | |
| P60 | Préservatif | oui | |
| P61 | 0 | non | |
| P62 | Implant | oui | |
| P63 | pilule microprogestative | oui | |
| P64 | Préservatif | non | |
| P65 | pilule microprogestative | non | oublis fréquents, boutons, perte de libido, prise de poids |
| P66 | Préservatif | non | difficulté de conception |
| P67 | pilule microprogestative | non | oublis fréquents |
| P68 | Implant | oui | |
| P69 | pilule oestroprogestative | oui | |
| P70 | Préservatif | oui | |
| P71 | pilule oestroprogestative | oui | |
| P72 | pilule microprogestative | oui | |
| P73 | pilule microprogestative | oui | |
| P74 | Préservatif | oui | |
| P75 | pilule oestroprogestative | oui | |
| P76 | Implant | oui | |
| P77 | Préservatif | oui | |
| P78 | Implant | non | Saignements |
| P79 | pilule microprogestative | non | |
| P80 | pilule microprogestative | oui | |
| P81 | 0 | non | pas de partenaire |
| P82 | pilule microprogestative | non | prise de poids |
| P83 | pilule oestroprogestative | oui | |

| Patient | Moyen de remplacement? | Oublis? |
|---------|--------------------------------|--------------|
| P1 | | fréquents |
| P2 | | 0 |
| P3 | | 0 |
| P4 | | 0 |
| P5 | stérilet au cuivre | 0 |
| P6 | stérilet hormonal | 0 |
| P7 | | 0 |
| P8 | | 0 |
| P9 | | fréquents |
| P10 | Adepal (pilule habituelle) | 0 |
| P11 | | 0 |
| P12 | Trinordiol (arrêt allaitement) | 0 |
| P13 | | 0 |
| P14 | stérilet au cuivre | 0 |
| P15 | stérilet au cuivre | 0 |
| P16 | | 0 |
| P17 | | |
| P18 | stérilet hormonal | 0 |
| P19 | implant | fréquents |
| P20 | Minidril | fréquents |
| P21 | | |
| P22 | | non utilisée |
| P23 | stérilet | fréquents |
| P24 | stérilet | 0 |
| P25 | | 0 |
| P26 | | 0 |
| P27 | | 0 |
| P28 | | fréquents |
| P29 | | 0 |
| P30 | stérilet au cuivre | |
| P31 | | 0 |
| P32 | | 0 |
| P33 | | 0 |
| P34 | | non utilisée |
| P35 | | fréquents |
| P36 | | 0 |
| P37 | | |
| P38 | | |
| P39 | stérilet | |
| P40 | Optilova | 0 |
| P41 | | |
| P42 | | non utilisée |
| P43 | | |
| P44 | | non utilisée |
| P45 | | |

| | | |
|-----|------------------------------|-----------|
| P46 | | 0 |
| P47 | | |
| P48 | | 0 |
| P49 | Leeloo car arrêt allaitement | rare |
| P50 | implant | |
| P51 | pilule oestroprogestative | 0 |
| P52 | | 0 |
| P53 | | 0 |
| P54 | | 0 |
| P55 | | 0 |
| P56 | | 0 |
| P57 | | |
| P58 | | 0 |
| P59 | Leeloo car arrêt allaitement | rare |
| P60 | | 0 |
| P61 | | |
| P62 | | 0 |
| P63 | pilule oestroprogestative | 0 |
| P64 | | fréquents |
| P65 | stérilet en cuivre | fréquents |
| P66 | | |
| P67 | Minidril | fréquents |
| P68 | | 0 |
| P69 | | 0 |
| P70 | | 0 |
| P71 | | 0 |
| P72 | | rare |
| P73 | | 0 |
| P74 | | 0 |
| P75 | | 0 |
| P76 | | |
| P77 | stérilet au cuivre | 0 |
| P78 | | |
| P79 | injection tous les 3 mois | fréquents |
| P80 | | 0 |
| P81 | | |
| P82 | | 0 |
| P83 | | 0 |

Entretien en maternité

| Patient | Par qui? | Seule ou accompagnée? | Durée de l'entretien |
|---------|-------------|-----------------------|----------------------|
| P1 | sage femme | seule | 5 |
| P2 | sage femme | seule | 20 |
| P3 | sage femme | seule | 10 |
| P4 | sage femme | seule | 15 |
| P5 | sage femme | seule | 30 |
| P6 | sage femme | seule | 15 |
| P7 | sage femme | seule | 15 |
| P8 | gynécologue | seule | 10 |
| P9 | sage femme | seule | 10 |
| P10 | sage femme | mari | 15 |
| P11 | sage femme | seule | 15 |
| P12 | sage femme | seule | 10 |
| P13 | sage femme | seule | 10 |
| P14 | sage femme | seule | 15 |
| P15 | 0 | seule | 0 |
| P16 | sage femme | seule | 30 |
| P17 | sage femme | mari | |
| P18 | sage femme | seule | 30 |
| P19 | sage femme | seule | 30 |
| P20 | sage femme | seule | 5 |
| P21 | sage femme | seule | 10 |
| P22 | sage femme | seule | 20 |
| P23 | sage femme | seule | 10 |
| P24 | sage femme | seule | 5 |
| P25 | sage femme | seule | 10 |
| P26 | sage femme | seule | 10 |
| P27 | sage femme | seule | 20 |
| P28 | sage femme | seule | 10 |
| P29 | sage-femme | seule | 15 |
| P30 | sage-femme | voisine | 5 |
| P31 | sage-femme | seule | 15 |
| P32 | sage-femme | seule | 15 |
| P33 | sage-femme | mari | 20 |
| P34 | sage-femme | seule | 25 |
| P35 | 0 | seule | 0 |
| P36 | sage-femme | seule | 30 |
| P37 | sage-femme | mari | |
| P38 | 0 | seule | 0 |
| P39 | sage-femme | seule | 5 |
| P40 | 0 | seule | 0 |
| P41 | sage-femme | seule | 15 |

| | | | |
|-----|-------------|-------|----|
| P42 | gynécologue | seule | 30 |
| P43 | sage-femme | seule | 10 |
| P44 | sage-femme | seule | 30 |
| P45 | sage-femme | seule | 10 |
| P46 | gynécologue | seule | 30 |
| P47 | sage-femme | seule | 20 |
| P48 | sage-femme | seule | 30 |
| P49 | gynécologue | seule | 30 |
| P50 | sage-femme | seule | 30 |
| P51 | sage-femme | seule | 30 |
| P52 | sage-femme | mari | 15 |
| P53 | sage-femme | seule | 15 |
| P54 | sage-femme | seule | 15 |
| P55 | sage-femme | seule | 15 |
| P56 | sage-femme | seule | 30 |
| P57 | sage-femme | seule | 3 |
| P58 | gynécologue | seule | 5 |
| P59 | sage-femme | seule | 15 |
| P60 | sage-femme | mère | 30 |
| P61 | sage-femme | mari | |
| P62 | sage-femme | seule | 10 |
| P63 | sage-femme | seule | 5 |
| P64 | gynécologue | seule | 15 |
| P65 | sage-femme | seule | 30 |
| P66 | sage-femme | mari | 10 |
| P67 | sage-femme | mari | 15 |
| P68 | sage-femme | seule | 15 |
| P69 | gynécologue | seule | 10 |
| P70 | sage-femme | seule | 15 |
| P71 | sage-femme | seule | 10 |
| P72 | gynécologue | seule | 15 |
| P73 | gynécologue | seule | 5 |
| P74 | sage-femme | seule | 10 |
| P75 | sage-femme | seule | 10 |
| P76 | sage-femme | seule | |
| P77 | sage-femme | seule | 60 |
| P78 | sage-femme | seule | 15 |
| P79 | gynécologue | seule | 60 |
| P80 | sage-femme | seule | 10 |
| P81 | sage-femme | seule | 15 |
| P82 | sage-femme | seule | 30 |
| P83 | sage-femme | seule | 30 |

Consultation post-natale et satisfaction sur l'entretien en maternité

| Patient | Consultation post-natale | Délai | Satisfaction sur l'information reçue | Questions sur la contraception? |
|---------|--------------------------|-------|--------------------------------------|--|
| P1 | Gynécologue | 4 | Non | 0 |
| P2 | Gynécologue | 12 | Oui | 0 |
| P3 | Gynécologue | 6 | Oui | 0 |
| P4 | Gynécologue | 10 | Oui | 0 |
| P5 | Gynécologue | 6 | Oui | 0 |
| P6 | Gynécologue | 4 | Oui | 0 |
| P7 | Pmi | 6 | Oui | 0 |
| P8 | 0 | | Oui | 0 |
| P9 | sage femme | 6 | Oui | 0 |
| P10 | 0 | | Oui | 0 |
| P11 | 0 | | Oui | alternative pilule |
| P12 | Gynécologue | 6 | Oui | 0 |
| P13 | Gynécologue | 8 | Oui | 0 |
| P14 | Gynécologue | 6 | Oui | 0 |
| P15 | Gynécologue | 6 | Non | saignements sous stérilet? |
| P16 | Gynécologue | 6 | Oui | 0 |
| P17 | Gynécologue | 8 | Oui | 0 |
| P18 | Pmi | 8 | Oui | |
| P19 | 0 | | Oui | 0 |
| P20 | Gynécologue | 6 | Oui | 0 |
| P21 | Gynécologue | 6 | Oui | 0 |
| P22 | Pmi | 8 | Oui | 0 |
| P23 | Gynécologue | 8 | Non | stérilet |
| P24 | 0 | | Oui | 0 |
| P25 | Gynécologue | 6 | Oui | 0 |
| P26 | 0 | | Oui | 0 |
| P27 | Gynécologue | 6 | Oui | 0 |
| P28 | sage femme | 6 | Oui | |
| P29 | sage-femme | 6 | Oui | 0 |
| P30 | Pmi | 6 | Non | 0 |
| P31 | Gynécologue | 8 | Oui | 0 |
| P32 | Gynécologue | 20 | Oui | 0 |
| P33 | Pmi | 12 | Oui | 0 |
| P34 | sage femme | | Oui | |
| P35 | Gynécologue | 6 | Non | 0 |
| P36 | Gynécologue | 8 | Oui | 0 |
| P37 | Gynécologue | 8 | Oui | absence de règles après l'accouchement |
| P38 | 0 | | Non | pilule |
| P39 | 0 | | Oui | implant et stérilet |

| | | | | |
|-----|---------------------|----|-----|---------------------------------------|
| P40 | 0 | | Non | 0 |
| P41 | Gynécologue | 4 | Oui | implant et stérilet au cuivre |
| P42 | sage-femme | 4 | Oui | Prise de pilule après chaque rapport? |
| P43 | Gynécologue | 4 | Oui | 0 |
| P44 | 0 | | Oui | 0 |
| P45 | 0 | | Oui | stérilet sans hormone |
| P46 | 0 | | Oui | 0 |
| P47 | 0 | | Oui | 0 |
| P48 | 0 | | Oui | 0 |
| P49 | Gynécologue | 12 | Oui | 0 |
| P50 | 0 | | Oui | 0 |
| P51 | Gynécologue | 10 | Oui | 0 |
| P52 | Gynécologue | 10 | Oui | 0 |
| P53 | Gynécologue | | Oui | ligature des trompes |
| P54 | Gynécologue | 6 | Oui | 0 |
| P55 | sage-femme | 6 | Oui | 0 |
| P56 | Gynécologue | 6 | Oui | 0 |
| P57 | sage-femme | 8 | Oui | 0 |
| P58 | Gynécologue | 12 | Non | 0 |
| P59 | 0 | | Oui | 0 |
| P60 | Gynécologue | 8 | Oui | 0 |
| P61 | Pmi | | Non | |
| P62 | sage-femme | 8 | Oui | 0 |
| P63 | 0 | | Oui | 0 |
| P64 | 0 | | Oui | 0 |
| P65 | Gynécologue | 6 | Oui | 0 |
| P66 | Gynécologue | 6 | Oui | 0 |
| P67 | Gynécologue | 8 | Oui | 0 |
| P68 | Gynécologue | 6 | Oui | alternative car prise de poids |
| P69 | médecin généraliste | 4 | Oui | 0 |
| P70 | Gynécologue | 12 | Oui | 0 |
| P71 | Gynécologue | 3 | Oui | 0 |
| P72 | Gynécologue | 12 | Oui | 0 |
| P73 | Gynécologue | 12 | Oui | 0 |
| P74 | sage-femme | 4 | Oui | Patch |
| P75 | Gynécologue | 6 | Oui | 0 |
| P76 | Gynécologue | 4 | Oui | 0 |
| P77 | Gynécologue | 12 | Oui | 0 |
| P78 | Gynécologue | 6 | Oui | 0 |
| P79 | Gynécologue | 8 | Oui | 0 |
| P80 | 0 | | Oui | 0 |
| P81 | sage-femme | 6 | Oui | 0 |
| P82 | sage-femme | 8 | Oui | Patch |
| P83 | sage-femme | 3 | Oui | 0 |

Références bibliographiques

1. INPES. *Baromètre santé 2010. Equilibres n°76*, nov 2011.
2. *Etude COCON*, Unité INSERM-INED, U 569, 2000.
3. Lydié N, Léon C, *Contraception, pilule du lendemain et interruption volontaire de grossesse*. In Guilbert. P ; Gautier. A, Baromètre santé 2005.
4. *Les interruptions volontaires de grossesse en 2013, Etudes et résultats*, DREES, n°924, juillet 2015.
5. J. Wresinski, *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*. Paris, Journal Officiel, 1987, p 14.
6. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*, HCSP, éd. ENSP, fév. 1998.
7. Maric M, Grégoire E, Leporcher L, *La prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de santé* (document de travail), Série études et recherches, n°81, DREES, Novembre 2008, 127p, p.11-47.
8. Lebas Jacques, Chauvin Pierre. *Précarité et Santé*. Paris : Flammarion, 1998, 299p, p.3-70, 119-143, 209-218.
9. *Le score EPICES : l'indicateur de précarité des Centres d'examens de santé de l'Assurance Maladie. Rapport d'étude*. Janvier 2005. Saint Etienne : Cetaf, 2005.
10. Guéguen R, Sass C et al. *In The EPICES score: An individual index of material and social deprivation related to health status. Part 1: setting up the score*. 2005.
11. Sass C, Dupré C, Dauphinot V et al. *In the EPICES score: An individual index of material and social deprivation related to health status. Part 2: Evaluation in a population of 197 389 subjects*. 2005.

http://www.cetaf.asso.fr/protocoles/precarite/Epices_Sass_II.pdf

12. Chauvin P, Parizot I et al. *Etude Précar : trajectoires de précarité, états de santé et accès aux soins, Rapport final*. Juillet 1999, 131p, p. 6-80.
13. Allonier C, Guillaume S, Rochereau T, Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES). *Enquête Santé et Protection sociale 2004 : premiers résultats (en ligne)*. Bulletin d'information en économie de la santé, questions d'économie de la santé n°110, juillet 2006, 6 p, p.4. Disponible sur : <http://irdes.fr>.
14. Leridon H, Oustry P, Bajos N et l'équipe COCON. *Médicalisation croissante de la contraception en France. Population et sociétés*. Bulletin mensuel d'information de l'INED, n°381 Juillet-Août 2002, 4p.
15. Fédération laïque de Centres de Planning Familial (FLCPF). *Grossesses non désirées : Quelles stratégies en termes de prévention ? (Colloque)*. 28 Avril 2003, 54p, p. 4-16.
16. Institut National de la Prévention et de l'Education à la Santé (INPES). *Les Français et la contraception (en ligne)*. 2 mars 2007, 47p, p.13-47. Disponible sur: http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/français_et_contraception.pdf.
17. Institut National de la Prévention et de l'Education à la Santé (INPES). *Baromètre Santé 2005 : Attitudes et comportements de santé*, 593p, p 329-354.
18. *Enquête BVA INPES. Contraception : Que savent les Français ? Dossier de Presse*. Juin 2007.
19. *Enquête « Contraception et prévention des cancers féminins chez les femmes en situation de précarité en France »*, Médecins du monde, mars 2013.
20. Département de reproduction santé, Organisation mondiale de la santé. *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, 3 ème éd 2005.

21. Haute Autorité de santé. *Recommandations pour la pratique clinique*. 2005.
22. *Stratégies d'action en matière de contraception*, Direction Générale de la Santé, Janvier 2007.
23. Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF et al. *Immediate post-partum insertion of intrauterine devices*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 5. Art. No.: CD003036.
24. Van der Widjen C, Manion C, *Lactational amenorrhoea method for family planning*, Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 10. Art. No.: CD001329.
25. Vekemans M, *Post partum contraception: the lactational amenorrhea method*, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 1997 Jun; 2(2):105-11.
26. McNeilly AS, Tay CC, Glasier A, *Physiological mechanisms underlying lactational amenorrhea*, *Annals of the New York Academy of Science*, 1994 Feb 18;709:145-55.
27. Robin G, Massart P, Graizeau F et al. *La contraception du post-partum : état des connaissances*. *La Revue Sage-Femme*, 2010 ; 9 : 31-43.
28. Labbok MH, *Postpartum Sexuality and the Lactational Amenorrhea Method for Contraception*, *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 2015, 58(4), 915-927.
29. Sok C, Sanders JN, Saltzman HM, Turok DK, *Sexual Behavior, Satisfaction and Contraceptive Use Among Postpartum Women*, *Journal of Midwifery Womens Health*. 2016 Mar; 61(2):158-65.

30. Brunet L, Carpentier S, Laporte A et al. *Féminité, accès aux soins, maternité et risques vécus par les femmes en grande précarité. Une contribution à l'amélioration de leur santé gynécologique*, 2005, Paris, Rapport à la Direction Générale de la Santé, Observatoire du Samu social de Paris, 106 p.
31. Mulet F. *Guide de la contraception*. Propriété de l'association GYNOVE (Angers), 2006.
32. Dedecker F, Graesslin O, Ceccaldi PF, Baudelot E, Montilla F, Derniaux E et al. *Grossesses rapprochées : facteurs de risque et conséquences périnatales. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. Vol 35, pp. 28-34 ; janvier 2006.
33. Ross and Winfrey, *Contraceptive use, intention to use, and unmet need during the extended postpartum period*, Intl FP Perspectives, 2001.
34. *Risques de grossesse en post-partum : place de la contraception d'urgence (Vocation Sage-femme, Vol 2004, N° 0025 - novembre 2004 pp. 25-26)*.
35. Lombrail.P, Pascal.J, *Elaboration d'un outil de repérage des usagers en situation de vulnérabilité sociale consultant à l'hôpital. La Presse Médicale*, 2004, 33, n°11, pp710-715.
36. Gosselin.C, *La contraception chez les femmes en situation de précarité dans l'agglomération nantaise : étude auprès de 93 patientes*, Thèse de Médecine Générale, Université de Nantes, 2004.
37. Mossuz-Lavau J, *Une politique de réduction de risques sexuels pour les femmes en difficulté de prévention*. Paris : Direction générale de la Santé/Division Sida.174p.
38. Akouka C, *Etude FECOND : le modèle contraceptif français doit évoluer. Contact Sages-femmes*, n°33, oct. 2012.

39. Blondel B, Kermarrec M, *Enquête nationale périnatale 2010 : Les naissances en 2010 et leurs évolutions depuis 2003*. INSERM. Mai 2011.
40. Bajos N, *Usage massif de la pilule en France, mais toujours 30% de grossesses non prévues en France*, 10 nov 2004, Nouvel Observateur.
41. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé et Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme*, 2004.
42. Renaud Ménière. *De la connaissance du bon usage de la contraception : apport de l'étude nationale EPILULE 2003 auprès de 2802 patientes en médecine générale*. Thèse de Médecine Générale, Université de Nancy 1, 2004 ; 97p.
43. Gennai J, *Contraception et précarité : enquête auprès de femmes consultant en centre de protection maternelle et infantile (Mémoire)*, UFR de Médecine de l'Université de Montpellier 1, 2012.
44. Nciri M. *La communication dans la relation médecin-malade. Espérance médicale*. 16(164) : 582-585.
45. Fanello S, Parat-Pateu V, Dagnone C et al. *La contraception du post-partum: les recommandations médicales, le point de vue des femmes*. *Journal de Gynecol Obstet Biol Reprod*. Paris : 2007 ; 36(4) : 369-374.
46. Collet M. *Etudes et résultats. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesses et du déroulement de l'accouchement*, DREES, 2008,660.
47. HAS, Service des bonnes pratiques professionnelles, *Conduite pratique de la contraception chez l'homme et la femme*, Avril 2013.

48. Glasier AF, Logan J, McGlew TJ. *Who gives advices about postpartum contraception? Contraception*. 1996 ; 53 (4) : 217-20.
49. Département de reproduction santé OMS, *Critères de recevabilité pour adoption et utilisation continue de méthodes contraceptives*, 3^{ème}ed 2005.
50. E. Pourtier, *La contraception du post-partum : satisfaction des patientes sur l'entretien contraceptif en suites de naissances* (Mémoire), Université d'Auvergne Clermont 1, 2013.
51. Flaux M, *Observance de la contraception du post-partum* (Mémoire), UFR de Médecine de Grenoble, Mai 2013.
52. Robin G, Letombe B, *Contraceptions non hormonales. La Revue du Praticien*. 2008.
53. 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, Nov 2014.
54. Emereau M, *L'Observance de la contraception prescrite et/ou conseillée au cours de premiers mois du post-partum* (Mémoire), UFR de médecine de Limoges, 2011.
55. ML Oster, *Influence de la précarité sur l'observance de la contraception* (Mémoire), Université Paris Descartes, avril 2013.
56. Juilhard JM 2007, *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la démographie médicale*, 86p.

57. Gatin B, *Le CNGOF ouvre ses portes aux généralistes. Panorama du médecin*, nov 2006, 5038 :65.

58. Royer-Baranger L, *Etat des lieux des apprentissages des pratiques gynécologiques des internes de médecine générale en stage ambulatoire : enquête auprès des internes en stage praticien et SASPAS de mai à octobre 2010*. Thèse de médecine générale, Université d'Angers, Mai 2011.

Contraception du post-partum et précarité : impact des connaissances et du suivi sur le choix et l'observance de la méthode contraceptive.

Résumé

Objectifs de l'étude : Les conditions socio-économiques précaires ainsi que la barrière linguistique peuvent être responsable d'une part d'une limitation de l'accès à la contraception et d'autre part d'une moins bonne connaissance de son mode d'action et de son utilisation.

Le post-partum est une période propice à la prescription d'une contraception adaptée afin de favoriser son observance.

Le but de cette étude est d'évaluer les connaissances initiales des femmes sur la contraception et d'étudier l'impact de la précarité et de l'information reçue sur la contraception en maternité sur le choix de la méthode contraceptive et sur l'observance.

Matériel et méthodes : Etude de cohorte prospective unicentrique réalisée dans le service de Gynécologie-Obstétrique de l'hôpital Jean Verdier situé en Seine Saint Denis. De juillet à décembre 2014, un questionnaire évaluant les connaissances sur la contraception a été distribué aux patientes ayant accouché dans le service. Les patientes ont été recontactées à 3 mois afin d'évaluer la satisfaction et l'observance de leur contraception.

Le critère de jugement principal était le taux de bonnes réponses au questionnaire et le critère de jugement secondaire le taux d'observance à 3 mois. Les facteurs associés au taux de bonne réponse et à l'observance à 3 mois ont été secondairement analysés.

Résultats : Sur 250 questionnaires distribués, 110 ont été analysés. A 3 mois, 83 patientes ont été recontactées. Le taux de bonne réponse était supérieur à 50% pour 17 patientes seulement (21%). Le taux d'observance à 3 mois était de 59%. La précarité concernant 47% de la population d'étude était significativement associée à un taux de bonne réponse inférieur à 50% ($p < 0.05$). Elle n'était cependant pas associée de façon significative à une moins bonne observance ($p > 0.05$).

Conclusion : La précarité a un impact négatif sur l'accès à la contraception et sur la connaissance des différentes méthodes contraceptives. Un suivi rapproché et une information adaptée aux patientes en situation précaire pourrait améliorer leur observance et ainsi limiter les échecs de contraception.

Mots- Clés : *Contraception, post-partum, précarité, observance*