

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE



ANNEE : 2017

Nº 058

LA CONTRACEPTION DU POST-PARTUM : *ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES DANS TROIS MATERNITES DE REFERENCE DE DAKAR (SENEGAL)*

MEMOIRE

**POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES (D.E.S.)
EN GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE**

PRÉSENTÉ ET SOUTENU PUBLIQUEMENT

Le 11 / 02 / 2017

Par

Docteur Eric Armand KAMGUE

Né le 20 Juin 1978 à Mbo (Cameroun)

MEMBRES DU JURY

Président du jury :	Mme	Mariame	BA GUEYE	Professeur
Membres du jury :	M.	Philippe Marc	MOREIRA	Professeur
	M.	Assane	SYLLA	Maître de Conférences Agrégé
	Mme	Marie Edouard	FAYE DIEME	Maître de Conférences Agrégé
Directeur de mémoire :	M.	Philippe Marc	MOREIRA	Professeur
Co-directeur :	M.	Omar	GASSAMA	Assistant – Chef de clinique

**Que Dieu tout puissant soit loué et béni pour m'avoir donné le courage, la
force et la patience d'achever ce modeste travail.**

DEDICACES

Je dédie ce mémoire à tous les membres de ma famille

❖ **A mes parents, Monsieur Fossouo Jean-Nicot et Madame Moko Lucienne :**

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...

Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le respect, la reconnaissance...

❖ **A mes frères et soeurs, Agnès, Duval, Audric, Lindsey et Maxime :**

En témoignage de mon affection fraternelle, de ma profonde tendresse et reconnaissance. Je vous souhaite une vie pleine de bonheur et de succès et que Dieu, le tout puissant, vous protège et vous garde.

❖ **A ma chère et tendre épouse, Docteur Nathalie CHISSEUC :**

Aucune dédicace ne saurait exprimer tout l'amour que j'ai pour toi. Ta joie et ta gaieté me comblent de bonheur. Ce travail est aussi le tien et tu le sais.

❖ **A ma fille, Ann-Shirley KAMGUE :**

Tu es pour moi une source de bonheur et de satisfaction. Ta mère et moi nous t'aimons beaucoup et avons espoir que tu t'inspireras de ce travail dans les années à venir.

REMERCIEMENTS

C'est pour moi un réel plaisir de remercier toutes les personnes qui m'ont, de près ou de loin, d'une manière ou d'une autre, permis, par leur collaboration, leur soutien et leur avis judicieux, de mener à bien ce travail.

Mon co-directeur : Dr. Omar GASSAMA

Pour tout ce que vous m'avez apporté en termes de conseils, corrections, disponibilité et enthousiasme, veuillez recevoir nos sincères remerciements et gratitude.

Mon statisticien : Mr. Ibrahima MALL

Pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail, je vous saurai gré.

Ma belle-famille :

*Mr et Mme CHISSEUC ; Firmin, Raoul, Christelle et Hervé CHISSEUC.
Trouvez ici l'expression de mon indéfectible attachement.*

Mes amis :

*Félix DEFFO, Gnaza TCHINDEBE, Philippe TACHE, Jean-Marie KEMEGNE,
Armand CHUINTE, Patrick SOH, Pamela NITCHEU, Danielle DJOMO.
En souvenir des moments agréables que nous avons passés ensemble.*

Toute la promotion D.E.S. Gynécologie et Obstétrique 2016.

Toutes les équipes du Centre Hospitalier National de Pikine, du Centre de Santé Nabil Choucair et du Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du Jury,
Professeur Mariame BA GUEYE

Cher maître,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de présider de jury. Nous ne pourrions jamais vous témoigner avec exactitude ce que nous ressentons car il n'y a pas de mots pour le faire. Votre compétence, votre disponibilité permanente et votre sens social très élevé font de vous un maître exemplaire.

Par vos conseils et vos encouragements, votre courtoisie et votre gentillesse, votre facilité à transmettre votre savoir, vous forcez le respect et l'admiration.

Soyez assuré de notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et directeur du mémoire,
Professeur Philippe Marc MOREIRA

Cher maître,

Pour ce travail que vous avez initié, supervisé et suivi de bout en bout dans toutes ses phases, veuillez recevoir mes sincères remerciements et gratitude.

Votre sens élevé du respect de la personne et votre goût du travail bien fait font de vous une référence sûre pour nous et les générations futures.

Aucun mot ne pourra traduire mon profond respect, mon estime, mon attachement, mon immense gratitude et ma respectueuse admiration. Vous incarnez la grandeur de l'homme par votre générosité, votre disponibilité et votre professionnalisme.

Permettez-nous de vous exprimer l'assurance de notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et Juge,
Professeur Marie Edourd FAYE DIEME

Cher maître,

Vous nous avez marqué par votre contact facile et votre disponibilité. A ces qualités humaines, s'ajoute la rigueur scientifique hors du commun, faisant de vous un modèle dans la recherche.

Vous avez accepté de juger ce modeste travail dans lequel nous vous prions de trouver l'expression de notre profonde reconnaissance et nos sincères remerciements.

A notre Maître et Juge,
Professeur Assane SYLLA

Cher maître,

Nous vous remercions d'avoir accepté d'être membre de notre jury.

Soyez assuré de nos sincères remerciements. Nous avons été frappés par votre courtoisie, votre spontanéité et votre engagement.

Ces qualités font de vous un maître sûr et respecté.

LISTE DES ABREVIATIONS

CEPED	: Centre Population et Développement
CHNP	: Centre hospitalier national de Pikine
CSNC	: Centre de santé Nabil Choucair
CSPMS	: Centre de santé Philippe Maguilen Senghor
DIU	: Dispositif intra-utérin
DMPA	: Dépôt médroxyprogestérone acetate
FSH	: Follicle stimulating hormone
GATPA	: Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement
GEU	: Grossesse extra-utérine
GnRH	: Gonadotrophine releasing hormone
HELLP	: Hemolysis elevated liver enzymes low platelets counts
LH	: Luteinizing hormone
LH-RH	: Luteinizing hormone – releasing hormone
MAMA	: Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
NET-EN	: Norethisterone Enanthate
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PF	: Planification familiale
PFPP	: Planification familiale du post-partum
PNAPF	: Plan national d'action pour la planification familiale
SR	: Santé de la reproduction

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	: Taux d'expulsion du DIU en fonction du moment de la pose.....	25
Tableau II	: Dispositifs intra-utérins libérant un progestatif	43
Tableau III	: Infrastructures, équipement et ressources humaines des trois maternités.....	58
Tableau IV	: Répartition de l'échantillon selon les structures sanitaires.....	60
Tableau V	: Répartition de l'échantillon selon les structures sanitaires.....	61
Tableau VI	: Répartition des patientes selon le passé contraceptif.....	71
Tableau VII	: Répartition des patientes selon le terme de la grossesse au moment de l'accouchement	74
Tableau VIII	: Répartition des complications survenues au cours de l'accouchement par type.....	74
Tableau IX	: Répartition des patientes selon le moment d'information sur la contraception du post-partum	76
Tableau X	: Croisement entre méthode prescrite et méthode choisie	77
Tableau XI	: Répartition des prestataires selon les méthodes utilisables après un accouchement.....	81
Tableau XII	: Répartition des prestataires selon leurs préférences en matière de contraception du post-partum	82
Tableau XIII	: Repartition des prestataires selon les éléments qui leur semblent indispensables dans le choix d'une contraception du post-partum.....	83
Tableau XIV	: Répartition des prestataires selon les canaux de communication utilisés en matière de contraception.....	84
Tableau XV	: Relation entre la contraception du post-partum et l'âge	87
Tableau XVI	: Relation entre la contraception du post-partum et la parité	88
Tableau XVIII	: Relation entre la planification familiale du post-partum et le statut marital	89

Tableau XVIII	: Relation entre la contraception du post-partum et le lieu d'accouchement	90
Tableau XIX	: Relation entre la contraception du post-partum et le niveau d'instruction.....	91
Tableau XX	: Relation entre la contraception du post-partum et le désir de grossesse	92
Tableau XXI	: Relation entre la contraception du post-partum et caractère spontanée de la grossesse.....	93
Tableau XXII	: Relation entre la contraception du post-partum et existence de pathologies au cours de la grossesse.....	94
Tableau XXIII	: Relation entre la contraception et la voie d'accouchement	94
Tableau XXIV	: Association entre l'utilisation d'une méthode contraceptive et l'information pendant les consultations prénatales.....	95
Tableau XXV	: Association entre l'utilisation d'une méthode contraceptive et l'information pendant la préparation à l'accouchement	96
Tableau XXVI	: Association entre l'utilisation d'une méthode contraceptive et l'information en salle pendant l'accouchement	97
Tableau XXVII	: Association entre l'utilisation d'une méthode contraceptive et l'information dans les suites de couches.....	98

LISTE DES FIGURES

Figure 1	: Graphique de la température basale	15
Figure 2	: Préservatif masculin	18
Figure 3	: Préservatif féminin	19
Figure 4	: Spermicide avec applicateur.....	21
Figure 5	: Cape cervicale	22
Figure 6	: Dispositif intra-utérin au cuivre avec son inserteur	23
Figure 7	: Insertion du DIU à la pince	27
Figure 8	: Insertion manuel du DIU	27
Figure 9	: Insertion du Dispositif Intra-Utérin.....	30
Figure 10	: Anneau vaginal.....	35
Figure 11	: Différents types d'implants sous-cutanés.....	41
Figure 12	: Progestatif injectable	43
Figure 13	: DIU hormonal	44
Figure 14	: Ligature section des trompes (stérilisation tubaire)	46
Figure 15	: Vasectomie bilatérale	47
Figure 16	: Répartition des patientes selon les Structures sanitaires	65
Figure 17	: Répartition des prestataires selon la structure sanitaire	66
Figure 18	: Répartition des patientes selon l'âge.....	67
Figure 19	: Répartition des patientes selon le Statut matrimonial	67
Figure 20	: Répartition des patientes selon la profession	68
Figure 21	: Répartition des patientes selon le niveau d'instruction	69
Figure 22	: Répartition des patientes selon la parité.....	70
Figure 23	: Répartition des patientes selon le suivi de la grossesse	72
Figure 24	: Répartition des pathologies survenues au cours de la grossesse.....	73
Figure 25	: Répartition des patientes selon l'information reçue sur les effets secondaires de certaines méthodes contraceptives.....	78
Figure 26	: Répartition des prestataires selon la catégorie professionnelle.....	79
Figure 27	: Répartition des prestataires selon l'ancienneté	79
Figure 28	: Répartition des prestataires selon l'activité quotidienne.....	80
Figure 29	: Répartition des prestataires selon le moment qu'ils pensent être approprié pour le counseling en matière de planification familiale	85

Figure 30 :	Répartition des prestataires selon le moyen qu'ils pensent être le plus fiable pour sensibiliser sur la planification familiale	86
Figure 31 :	Répartition des prestataires selon les acteurs qu'ils pensent être les plus appropriés pour communiquer sur la planification familiale	87

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : RAPPELS SUR LA CONTRACEPTION DU POST-PARTUM.....	4
I. POST-PARTUM.....	5
I.1. Définition	5
I.2. Aspect anatomique	5
I.3. Aspect échographique et radiologique	7
I.4. Aspect hormonal	8
I.5. Aspect biologique.....	9
I.6. Fécondabilité dans le post-partum	10
I.7. Sexualité dans le post-partum	10
II. CONTRACEPTION DU POST-PARTUM.....	11
II.1. Définition	11
II.2. Efficacité de la contraception.....	11
II.3. Méthodes naturelles	11
II.3.1. Méthodes MAMA (méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée)	11
II.3.2. Méthode Ogino	13
II.3.3. Méthode de température	14
II.3.4. Méthode de Billings.....	15
II.3.5. Tests d'ovulation	16
II.3.6. Retrait ou coït interrompu.....	17
II.4. Méthodes barrières	17
II.4.1. Préservatif masculin (condom).....	17
II.4.2. Préservatif féminin (fémidon)	18
II.4.3. Diaphragme	19
II.4.4. Spermicides	20
II.4.5. Cape cervicale	21
II.5. Méthodes mécaniques : dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre.....	22
II.5.1. Indications	23
II.5.2. Contre-indications	24

II.5.3.	Technique de pose d'un DIU	24
II.5.3.1.	Moment de l'insertion	24
II.5.3.2.	Technique d'insertion et incidents	25
II.5.3.2.1.	Insertion pendant la phase post-placentaire.....	25
II.5.3.2.2.	Insertion dans le post-partum immédiat	28
II.5.3.2.3.	Insertion dans le post-partum tardif.....	29
II.5.3.2.4.	Insertion dans le post-partum prolongé	29
II.5.4.	Acceptabilité et complications.....	30
II.5.4.1.	Inconvénients.....	30
II.5.4.2.	Complications.....	31
II.6.	Méthodes hormonales	32
II.6.1.	Œstroprogestatifs	32
II.6.1.1.	Mécanisme d'action.....	33
II.6.1.2.	Différentes formes	33
II.6.1.2.1.	Formes orales	33
II.6.1.2.2.	Formes non orales	34
II.6.1.3.	Prescription d'un œstroprogestatif	35
II.6.1.3.1.	Consultation.....	35
II.6.1.3.2.	Bilan clinique	36
II.6.1.4.	Contre-indications aux contraceptifs œstroprogestatifs	37
II.6.1.4.1.	Contre – indications absolues.....	37
II.6.1.4.2.	Contre – indications relatives	37
II.6.1.5.	Que faire en cas d'oubli de pilule ?.....	37
II.6.1.6.	“Petits ennuis” sous pilule	38
II.6.1.7.	Complications des contraceptions œstroprogestatives	38
II.6.1.7.1.	Maladies cardiovasculaires.....	38
II.6.1.7.2.	Autres risques	39
II.6.2.	Progestatifs	40
II.6.2.1.	Contraception microdosée orale	40
II.6.2.2.	Implant sous cutané	41
II.6.2.3.	Progestatifs injectables	42
II.6.2.4.	Dispositif intra-utérin hormonal	43
II.6.3.	Contraception hormonale masculine	44
II.7.	Méthode chirurgicale (stérilisation à visée contraceptive).....	45

II.7.1. Méthodes	45
II.7.1.1. Stérilisation tubaire.....	45
II.7.1.2. Vasectomie bilatérale	46
II.7.2. Aspect juridique.....	47
II.8. Contraception d'urgence ou de rattrapage	48
II.8.1. Contraceptif hormonal	48
II.8.2. Dispositif intra-utérin (DIU).....	49
III. RECOMMANDATIONS POUR LE CHOIX D'UNE METHODE CONTRACEPTIVE DANS LE POST-PARTUM	49
III.1. Eléments à prendre en compte dans le choix d'une méthode contraceptive.....	49
III.2. Cas particuliers des grossesses pathologiques	50
III.2.1. Grossesse extra-utérine (GEU).....	50
III.2.2. Hypertension artérielle gravidique et ses complications	50
III.2.3. Cholestase et cytolyses hépatiques	51
III.2.4. Diabète gestationnel	51
III.2.5. Thrombose veineuse profonde.....	51
III.2.6. Chorioamniotite	52
III.2.7. Après une césarienne	52
III.3. Entretien contraceptif.....	52
III.3.1. Définition.....	52
III.3.2. Directives pour l'entretien contraceptif.....	53
III.3.2.1. Counseling.....	53
III.3.2.2. Démarche éducative	54
III.3.3. En pratique.....	55
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE	56
I. OBJECTIFS	57
I.1. Objectif principal	57
I.2. Objectifs spécifiques	57
II. METHODOLOGIE.....	57
II.1. Cadre d'étude	57
II.2. Type d'étude.....	59
II.3. Période d'étude.....	59
II.4. Population d'étude	59
II.4.1. Les patientes	59

II.4.2. Les prestataires	61
II.5. Collecte des données	62
II.5.1. Les patientes	62
II.5.1.1. Interview	62
II.5.1.2. Durée de l'interview	62
II.5.1.3. Items	62
II.5.2. Les prestataires	63
II.5.2.1. Interview	63
II.5.2.2. Durée de l'interview	63
II.5.2.3. Items	63
II.6. Traitement des données.....	64
II.7. Limites de l'étude.....	64
III. RESULTATS.....	65
III.1. Résultats descriptifs	65
III.1.1. Effectifs	65
III.1.1.1. Patientes.....	65
III.1.1.2. Prestataires.....	65
III.1.2. Patientes.....	66
III.1.2.1. Caractéristiques générales	66
III.1.2.1.1. Âge	66
III.1.2.1.2. Statut matrimonial	67
III.1.2.1.3. Profession	68
III.1.2.1.4. Niveau d'instruction	68
III.1.2.1.5. Gestité et parité.....	69
III.1.2.1.6. Passé contraceptif.....	70
III.1.2.2. Données de la dernière grossesse et de l'accouchement	71
III.1.2.2.1. Suivi prénatal.....	71
III.1.2.2.2. Terme de la grossesse.....	73
III.1.2.2.3. Accouchement	74
III.1.2.2.4. Nouveau-né	75
III.1.2.3. Contraception	75
III.1.2.3.1. Fréquence d'utilisation chez les accouchées interviewées.....	75
III.1.2.3.2. Moment d'information sur la contraception du post-partum	76
III.1.2.3.3. Avis du conjoint	76

III.1.2.3.4. Respect du choix contraceptif	77
III.1.2.3.5. Information sur les effets secondaires	78
III.1.3. Prestataires	78
III.1.3.1. Caractéristiques générales	78
III.1.3.1.1. Profil professionnel	78
III.1.3.1.2. Sex ratio.....	79
III.1.3.1.3. Expérience professionnelle.....	79
III.1.3.1.4. Champ d'activité.....	80
III.1.3.1.5. Formation en contraception.....	80
III.1.3.2. Connaissances, attitudes et perception vis-à-vis de la contraception du post-partum.....	81
III.1.3.2.1. Connaissances des méthodes contraceptives utilisables dans le post-partum.....	81
III.1.3.2.2. Préférence par rapport aux méthodes contraceptives	81
III.1.3.2.3. Critères de choix d'une méthode.....	82
III.1.3.2.4. Canaux de communication	83
III.1.3.2.5. Moment approprié pour l'information (ou counseling)	84
III.1.3.2.6. Moyens de communication appropriés pour la planification familiale.....	85
III.1.3.2.7. Acteurs appropriés pour la communication sur la planification familiale.....	86
III.2. Résultats analytiques	87
III.2.1. Âge.....	87
III.2.2. Parité.....	88
III.2.3. Statut marital.....	88
III.2.4. Lieu d'accouchement.....	89
III.2.5. Niveau d'instruction	90
III.2.6. Désir de grossesse.....	91
III.2.7. Caractère spontané ou induit de la grossesse.....	92
III.2.8. Pathologie pendant la grossesse	93
III.2.9. Voie d'accouchement	94
III.2.10. Moment du counseling	95
III.2.10.1. Consultation prénatale	95
III.2.10.2. Préparation à l'accouchement.....	95

III.2.10.3. Salle d'accouchement	96
III.2.10.4. Suite de couches	97
III.2.11. Synthèse.....	98
IV. DISCUSSION	99
IV.1. Fréquence d'utilisation de méthodes de PF post-partum	99
IV.2. Caractéristiques générales des patientes et leurs influences sur la planification familiale.....	100
IV.2.1. Age.....	100
IV.2.2. Statut marital.....	101
IV.2.3. Niveau d'instruction	101
IV.2.4. Parité.....	102
IV.2.5. Passé contraceptif	102
IV.2.6. Désir de grossesse.....	103
IV.2.7. Pathologie pendant la grossesse	103
IV.2.8. Voie d'accouchement	103
IV.2.9. Allaitement	104
IV.2.10. Lieu d'accouchement.....	104
IV.3. Contraception et perceptions des prestataires	104
IV.3.1. Acteurs appropriés pour le counseling	104
IV.3.2. Moment d'information dans le post-partum	104
IV.3.3. Nécessité de l'accord du conjoint.....	107
IV.3.4. Méthodes contraceptives dans le post-partum.....	107
IV.3.5. Choix de la méthode de contraception	109
IV.3.6. Information sur les effets secondaires	109
IV.3.7. Canaux de communication utilisés	110
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	111
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	111
ANNEXE.....	111

INTRODUCTION

La planification familiale du post-partum constitue un axe important dans la lutte contre la mortalité maternelle. Pourtant, on estime à 225 millions, dans les pays en développement, le nombre de femmes qui souhaiteraient éviter ou espacer les grossesses mais qui n'utilisent aucune méthode de contraception [80]. Les raisons de l'absence d'utilisation de la contraception sont nombreuses : le choix limité des méthodes; l'accès limité à la contraception, en particulier chez les jeunes, les groupes de population les plus pauvres ou les couples non mariés; la crainte d'effets secondaires; l'opposition culturelle ou religieuse; la médiocre qualité des services disponibles; l'à priori des utilisateurs et des professionnels; et les obstacles fondés sur le sexe [80]. En milieu urbain, 77% des femmes ayant une activité sexuelle et non mariées présentent des besoins non satisfaits en contraception contre 80% des femmes en milieu rural [72].

Si la planification familiale (PF) est importante tout au long de la vie génésique de l'individu et du couple, la planification familiale du post-partum (PFPP) est axée, elle, sur la prévention des grossesses non désirées ou très rapprochées durant les 12 premiers mois qui suivent l'accouchement. La PFPP a un rôle important à jouer dans les stratégies visant à réduire les besoins non satisfaits de planification familiale. Les femmes qui se trouvent dans la période du post-partum comptent parmi celles qui ont le plus besoin des services de planification familiale. Or, bien souvent, elles ne bénéficient pas des prestations nécessaires pour prolonger l'intervalle entre les naissances ou éviter les grossesses non désirées et leurs conséquences. La PFPP s'adresse aux femmes qui veulent avoir d'autres enfants (espacement des grossesses) et à celles qui ont désormais le nombre d'enfants souhaité et veulent éviter de futures grossesses (prévention des grossesses) [10].

Sur la base des données disponibles à travers la littérature, il apparaît que les questions liées à la PFPP sont très peu documentées au Sénégal. Si l'analyse des politiques et programmes ne laisse apparaître aucune mention explicite de la

PFPP, en revanche, les données informent sur l'importance qui est accordée à la PF en général dans la politique globale de santé de la reproduction (SR) et dans les politiques et programmes de développement. S'inscrivant dans la perspective de réduction des besoins non satisfaits durant la période du post-partum, le gouvernement du Sénégal, à travers l'adoption du Plan National d'Action pour la Planification Familiale (PNAPF), s'est résolument engagé dans une politique de repositionnement de la PF qui s'est fixé comme objectif d'augmenter le taux de prévalence contraceptive de 12% en 2012 à 27% en 2015. Ainsi, on peut affirmer un engagement très fort des autorités publiques en faveur de la fourniture des services du post-partum accessibles et adaptés aux besoins des populations [51].

Pour avoir une idée des pratiques en matière de planification familiale dans le post-partum, nous avons mené une étude chez un échantillon de femmes accouchées récentes et de prestataires. Le but était de faire un état des lieux, dans trois maternités de référence de la région de Dakar, de ces pratiques contraceptives.

Nous avons adopté le plan suivant :

- dans une première partie, nous avons fait un rappel sur les méthodes contraceptives dans le post-partum ;
- dans une deuxième partie, nous avons présenté notre méthodologie de travail, nos résultats que nous avons discutés, avant de conclure et de formuler quelques recommandations.

**PREMIERE PARTIE : RAPPELS SUR LA
CONTRACEPTION DU POST-PARTUM**

I. POST-PARTUM

I.1. Définition

Du grec ancien **post** (« après, derrière ») et latin **partus** (« mise bas ») ; le post-partum désigne la période débutant 2 heures après la délivrance et se terminant au retour des règles (retour de couches).

Sa durée est variable puisque celle-ci est dépendante du mode et de la durée de l'allaitement mis en place. Le retour de couches survient en moyenne six semaines après l'accouchement [46, 64].

I.2. Aspect anatomique

Le corps utérin, immédiatement après la délivrance, a le volume d'un utérus gravide de 4 mois et demi, pèse entre 1500 et 1700 g et mesure 20 à 30 cm. Il involue très rapidement pendant les 2 premières semaines, puis plus lentement pour ne retrouver un état prégravidique (70 g, 7 à 8 cm) qu'au bout de 2 mois. Le mode d'accouchement, la parité, le poids de l'enfant n'ont pas d'influence sur cette involution [39].

Sur le plan histologique, l'œdème interstitiel disparaît, les fibres musculaires néoformées se hyalinisent et les fibres musculaires hypertrophiées reprennent leur longueur initiale ; ainsi, à la septième semaine du post-partum, la moitié interne du myomètre s'est atrophiée et la moitié externe a retrouvé son aspect normal.

Le segment inférieur disparaît en 2 jours et s'incorpore dans la zone de jonction corps-col.

Le col se reconstitue en 1 semaine : il retrouve sa longueur de 1,5 à 2 cm, sa consistance ferme ; il est fermé à l'orifice interne, perméable à l'orifice externe (jusqu'au 20^{ème} jour). Il n'est plus punctiforme comme chez la nullipare, mais allongé transversalement en rapport avec les déchirures commissurales de

l'accouchement. Un ectropion (éversion de la muqueuse endocervicale) est fréquemment visible et persiste pendant une durée de 6 mois à 1 an ; il ne faut en aucun cas l'électrocoaguler [39].

La reconstitution de l'endomètre s'effectue en trois étapes principales [43] :

- ❖ **Une phase de régression**, du 1^{er} au 5^{ème} jour. On note sur une muqueuse utérine abrasée dont les culs-de-sac glandulaires sont intacts, des cellules déciduales en voie de lyse, de nombreux leucocytes et dans la zone placentaire, de nombreux vaisseaux trombosés, en voie de dégénérescence hyaline.
- ❖ **Une phase de régénération cicatricielle**, du 6^{ème} au 25^{ème} jour. Il se produit une extension en surface de l'épithélium, à partir des culs-de-sac glandulaires. Dès le 16^{ème} jour, l'épithélium, riche en mitose et en glandes ramifiées, recouvre presque toute la surface utérine, le chorion est riche en histiocytes et le stroma est bien vascularisé. C'est à cette période que se produit le tarissement des lochies.
- ❖ **Une phase de régénération par prolifération**, après le 25^{ème} jour. L'endomètre cicatrisé prolifère. Si la femme n'allait pas, l'épithélium présente vers le 45^{ème} jour un aspect prolifératif identique à celui d'un cycle normal. En cas de lactation, l'endomètre se maintient en état de repos.

Le vagin retrouve une bonne trophicité au moment de la stimulation hormonale, soit à partir du vingt-cinquième jour en l'absence d'allaitement maternel [39, 57].

Le périnée va retrouver progressivement sa tonicité, en rapport avec la qualité de l'accouchement, la présence ou non de déchirures ou d'épisiotomie. La rééducation périnéale prescrite lors de la visite post-natale et effectuée six à huit semaines après l'accouchement, pourra y contribuer [76, 77].

I.3. Aspect échographique et radiologique

L'image radiologique montre un utérus augmenté dans tous ses diamètres avec une disjonction symphysaire supérieure à 0,6 cm (40%) ou des sacro-iliaques (7%), du sang est souvent présent (60%) dans la cavité, voire du gaz (20%) (surtout pendant les 3 premiers jours). La présence très fréquente d'une image de gaz chez les femmes asymptomatiques ne permet pas de confirmer l'hypothèse d'une endométrite comme l'avaient supposé les premières études, y compris lorsque ces images sont tardives, 3 semaines après l'accouchement [32, 81].

Sur le plan échographique, les images sont superposables à celles obtenues par la tomodensitométrie. À partir du 28^{ème} jour, les dimensions de l'utérus sont comparables aux limites supérieures de l'utérus non gravide. La ligne de vacuité utérine correspondant à une ligne hyperéchogène n'est constamment visible qu'au 28^{ème} jour ; auparavant, la cavité est dite «réelle», probablement par hématométrie (80% des cas à la deuxième semaine du post-partum), et se traduit en échographie par une zone anéchogène d'épaisseur variable, cernée de deux traits hyperéchogènes, image parfois hétérogène et limitée au tiers inférieur de la cavité utérine (20% pendant la première semaine du post-partum) [17, 78].

L'étude de la vascularisation utérine par doppler couleur [70] montre, au cours de la grossesse, la disparition de l'incisure (notch) prédiastolique au plus tard à la 26^{ème} semaine d'aménorrhée, le développement d'une vascularisation à basse pulsatilité et d'un flux diastolique continu, tous ces changements étant témoins d'un système de basses résistances périphériques. Au cours du postpartum, les résistances vasculaires évoluent en trois phases :

- ✓ dans les 2 jours suivant l'accouchement, le système à hautes résistances vasculaires réapparaît rapidement et l'index de pulsatilité au niveau des artères utérines augmente significativement (passant d'une valeur moyenne de 0,7 à 1,2), le notch prédiastolique réapparaît (non pas tant en raison de la

disparition du trophoblaste que de la diminution brutale de taille de l'utérus et des fréquentes contractions) ;

- ✓ pendant la période d'involution utérine, l'index de pulsatilité utérine reste stable jusqu'à la sixième semaine du post-partum ;
- ✓ dans une troisième phase, il augmente au moins jusqu'à la 14^{ème} semaine du post-partum (1,75).

Le flux diastolique permanent persiste encore à cette même date. Pour certains auteurs, la pathologie des suites de couches, hémorragique ou infectieuse, s'accompagnerait d'une persistance du système de résistances vasculaires basses.

I.4. Aspect hormonal

Les œstrogènes s'effondrent le lendemain de l'accouchement. Leur taux va progressivement augmenter sous l'influence de la follicle stimulating hormone (FSH), à partir du 25^{ème} jour si la femme n'allait pas, vers le 35^{ème} – 45^{ème} jour en cas de lactation.

La progestérone baisse pendant les 10 jours après l'accouchement et ne réapparaît au plus tôt qu'après le 40^{ème} jour.

Les gonadotrophines hypophysaires sont basses, le test à la luteinizing hormone-releasing hormone (LH-RH) négatif pendant 25 jours après l'accouchement, puis il apparaît une remontée progressive de la FSH, précédant le pic ovulatoire de LH (qui ne se produit jamais avant le 40^{ème} jour après l'accouchement) [39].

La prolactine augmente aussitôt après l'accouchement (100 à 150 ng/mL), de façon plus importante si la femme allaite (la succion provoque des pics prolactiniques dont l'amplitude décroît avec le temps), mais commence à diminuer dans tous les cas après le 15^{ème} jour, aboutissant alors à des taux de 20 à 30 ng/mL qui se normalisent en 4 à 6 semaines [39].

En ce qui concerne la taille de la glande pituitaire, celle-ci augmente régulièrement au cours de la grossesse (+ 120%, sans dépasser 10 mm en imagerie par résonance magnétique [27]) et est à son maximum au troisième jour du post-partum (seul moment où la taille peut dépasser ces 10 mm) ; ensuite, ses dimensions diminuent pour revenir à la normale en 6 mois.

I.5. Aspect biologique

On assiste à une normalisation progressive et lente (3 mois) des principaux paramètres biologiques modifiés au cours de la grossesse : glycémie et tolérance aux hydrates de carbone, constantes lipidiques (triglycérides, cholestérol, lipoprotéines) [39].

Une tendance à l'hypercoagulabilité persiste pendant 2 semaines ; le fibrinogène est 2 fois plus élevé et ne retrouve ses valeurs normales qu'en 3 à 4 semaines. Les autres facteurs sont également concernés, surtout le complexe prothrombinique. L'activité fibrinolytique est augmentée et se normalise en 15 jours. L'activine A, à son maximum à 36 semaines d'aménorrhées, diminue progressivement mais reste le témoin d'un état d'hypercoagulabilité dans ces premiers 15 jours [30].

L'équilibre précaire entre ces deux systèmes peut donner lieu soit à une coagulation intravasculaire disséminée, soit à des phénomènes de thromboses, ce qui justifie, chez les femmes à risques, la mise en route d'une anticoagulation préventive, poursuivie au moins 6 semaines après l'accouchement. La protéine C-réactive ne permet pas une surveillance de la pathologie infectieuse des suites de couches puisque l'on assiste à une élévation physiologique pouvant aller jusqu'à un facteur dix [24].

I.6. Fécondabilité dans le post-partum

Dans la période du post-partum, l'endomètre cicatrise puis se régénère jusqu'au 45^{ème} jour, suivi d'un cycle ovulatoire ou non. La reprise ovulatoire sera différente en fonction du type d'allaitement puisque ce dernier influe sur le système hypothalamo-hypophysaire.

En l'absence d'allaitement, une ovulation peut se produire dès le 21^{ème} jour du post-partum [46, 64].

En cas d'allaitement artificiel sans administration d'antagoniste de la prolactine, la première ovulation peut se produire à partir du 25^{ème} jour du post-partum. Si la femme a reçu un antagoniste de la prolactine pour inhiber la montée de lait, alors son ovulation peut être plus précoce : le retour de couches se fait entre le 21^{ème} et le 32^{ème} jour du post-partum dans les trois quarts des cas et vers le 45^{ème} jour dans un quart des cas avec un premier cycle le plus souvent anovulatoire dans ces deux configurations (ovulation dans 6% des cas) [18, 29].

En cas d'allaitement maternel exclusif, l'ovulation se fera plus tardivement, la durée d'anovulation et d'aménorrhée étant directement liée à la fréquence et la durée des tétées. Si l'allaitement est non exclusif, l'ovulation est possible dès le 43^{ème} jour du post-partum. A 6 mois, 65% des femmes qui allaitent auront ovulé et 85% auront eu un retour de couches [65].

I.7. Sexualité dans le post-partum

Selon une étude de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la reprise des rapports sexuels survient en moyenne six à huit semaines après l'accouchement. En effet, l'activité sexuelle est reprise par 32% des femmes à un mois, 62% à deux mois, 81% à trois mois et 89% à six mois. Huit semaines après l'accouchement, 71% des patientes ont eu des rapports sexuels. [6, 8].

II. CONTRACEPTION DU POST-PARTUM

II.1. Définition

La contraception du post-partum (PFPP) est définie comme la prévention des grossesses non désirées et des grossesses très rapprochées durant les 12 premiers mois qui suivent l'accouchement [10].

II.2. Efficacité de la contraception [64, 65]

L'efficacité d'une méthode contraceptive se mesure par l'Indice de Pearl (IP): R , qui est le nombre de grossesses « accidentelles » x 1200 / nombre total de mois d'exposition. À titre d'exemple, $R = 2$ veut dire que 2 femmes sur 100 soumises à la méthode pendant 1 an ont été enceintes au cours de cette période d'exposition.

II.3. Méthodes naturelles

Selon l'OMS, les méthodes naturelles de planification familiale sont les méthodes basées sur l'identification des jours où la femme est féconde. Elles utilisent soit un calcul de jours, soit une observation des signes cliniques de fertilité (les sécrétions cervicales et/ou la courbe des températures).

II.3.1. Méthodes MAMA (méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée)

Principes : L'allaitement a un effet contraceptif jusqu'à 6 mois après l'accouchement si les conditions suivantes sont réunies :

- ❖ allaitement maternel exclusif ;
- ❖ allaitement jour et nuit, 6 à 10 tétées par jour ;
- ❖ pas plus de 6 heures entre chaque tétée la nuit, pas plus de 4 heures le jour ;
- ❖ aménorrhée persistante ;

L'OMS recommande de changer de moyen de contraception en cas de retour des règles, réduction de la fréquence et de la durée des tétées et enfin passage à la diversification [6, 23, 73].

Efficacité : Cette méthode de planification familiale naturelle s'est révélée très efficace, et ceci autant dans les pays industrialisés que dans ceux en développement.

Une femme entre en période fertile lorsqu'elle a son retour de couches ou qu'elle a une sensation d'humidité ou de la glaire à la vulve. Pendant l'allaitement complet, jusqu'à 6 mois, une ovulation fertile avant le retour de couches est peu fréquente, puisque le taux pratique de grossesses est de 1% ou moins.

Les femmes qui restent en aménorrhée et qui allaitent encore complètement ou partiellement après les six premiers mois peuvent toujours se trouver en état de faible fécondité si elles suivent les comportements optimaux recommandés en matière d'allaitement maternel : dans ce cas, on n'observe que 4% à 8% de grossesses jusqu'à la fin du douzième mois [75].

Sur la base des connaissances actuelles il n'est pas possible de prévoir quelles femmes auront une aménorrhée prolongée pendant une longue période après la délivrance, et celles qui auront un retour de couches comparativement précoce. La seule chose connue de manière certaine est que, pour n'importe quelle femme, la durée de l'aménorrhée de lactation des grossesses précédentes est fortement prédictive de la durée de l'aménorrhée de lactation de la grossesse actuelle [73].

II.3.2. Méthode Ogino

La méthode Ogino se base sur trois principales données :

- ❖ il existe une seule ovulation par cycle. Cette ovulation a lieu en moyenne le 14^{ème} jour précédent les menstruations suivantes. La phase lutéale, dans un cycle ovulatoire normal, aurait toujours la même durée ;
- ❖ la survie des spermatozoïdes serait de 3 jours; donc trois jours avant l'ovulation un rapport sexuel peut être fécond ;
- ❖ l'ovule dégénère dans les 48 heures suivant son expulsion; les 2 jours qui suivent l'ovulation seraient donc possiblement fertiles.

Les recherches ultérieures ont permis d'apporter par la suite des modifications à ces données [57] :

- ✓ dans quelques rares cas, deux ovulations peuvent se produire, mais à 24 heures d'intervalle au maximum. La fécondation des deux ovules peut aboutir à la naissance de jumeaux ;
- ✓ la phase post-ovulatoire dure de 11 à 16 jours ;
- ✓ l'ovulation a lieu le 14^{ème} jour du cycle dans 18% des cycles seulement. Elle a lieu habituellement entre le 12^{ème} et le 17^{ème} jour précédant les menstruations suivantes ;
- ✓ les spermatozoïdes peuvent survivre jusqu'à 7 jours, notamment au niveau des cryptes de l'endocol ;
- ✓ la durée de vie de l'ovule et sa fécondabilité est de 12 à 24 heures [21, 64].

Principes : Selon la formule d'Ogino, une femme estime le début de sa période fertile en soustrayant 18 jours du plus court des 6 à 12 cycles précédents. Elle estime la fin de sa période fertile en soustrayant 11 jours du cycle le plus long.

Par prudence, Ogino préconise d'ajouter un jour au début et à la fin de la période fertile « effective » qui passe du 11^{ème} au 16^{ème} jour, au 10^{ème} au 17^{ème} jour pour un cycle de 28 jours. L'intervalle, ainsi défini, est modifié selon la longueur des cycles suivants [21].

Le couple peut utiliser le Collier du cycle dont les perles de couleurs différentes indiquent les jours féconds et non féconds d'un cycle, ou alors il peut marquer les jours sur un calendrier ou utiliser une autre forme d'aide-mémoire [26].

Efficacité : Les échecs sont nombreux, connus sous le nom de « bébés Ogino », surtout chez les femmes ayant des cycles irréguliers. L'OMS donne pour l'efficacité théorique un index de Pearl de 9 [21].

II.3.3. Méthode de température

Principes : Il existe une différence significative entre la moyenne des températures corporelles de base de la première phase du cycle menstruel et la moyenne des températures corporelles de base de la seconde phase. Cette différence est généralement de l'ordre d'un demi-degré centigrade.

La présence d'un décalage de la température et sa stabilisation à un niveau haut permet d'affirmer que l'ovulation a eu lieu.

Le couple est considéré comme infertile à partir du troisième matin de suite de température haute et stable jusqu'aux règles suivantes [21, 46, 65].

La température sera prise :

- ✓ au réveil avant tout lever, à jeun ;
- ✓ avec le même thermomètre médical ordinaire ;
- ✓ par voie rectale pendant 3 minutes (ou éventuellement par voie buccale pendant 5 minutes avec un thermomètre spécial) ;
- ✓ approximativement toujours à la même heure ;

- ✓ s'il y a plus d'une heure de différence par rapport à l'habitude dans l'heure de prise de température, le noter : par exemple +1h, -2h...

Tout événement susceptible de modifier la température (maladie ou prise de médicament, changement de vie ou d'horaire) doit être reporté afin de pouvoir être pris en compte dans l'interprétation [46].

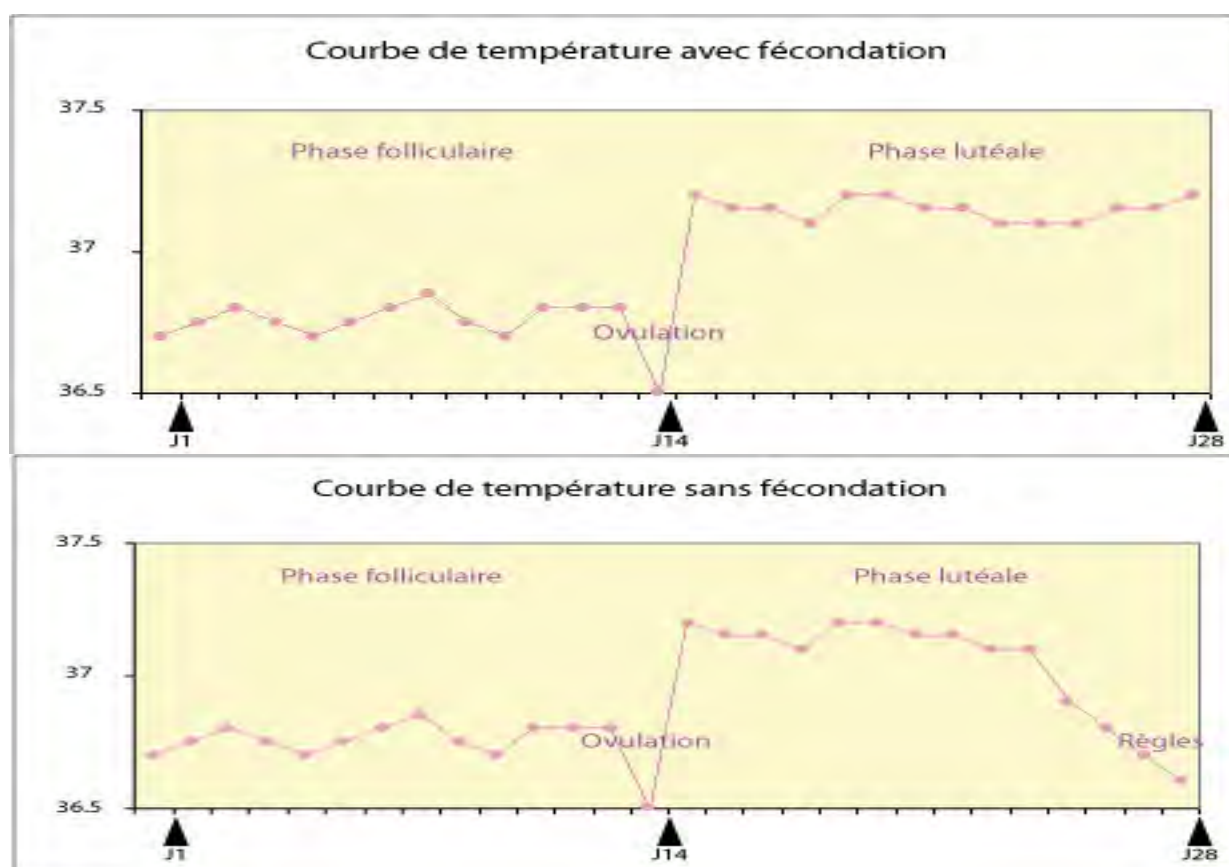


Figure 1: Graphique de la température basale [41]

Efficacité : Quand elle est pratiquée de manière stricte, cette méthode est efficace. L'OMS donne un index de Pearl de 1 pour l'efficacité théorique [21].

II.3.4. Méthode de Billings

Principes : La méthode Billings repose sur l'observation d'une part, de l'aspect visuel qualitatif de la glaire cervicale (couleur : jaune, blanche, transparente ; consistance : pâteuse, élastique, filante) et d'autre part, de la sensation que la femme perçoit à la vulve (sèche, humide, mouillée ou lubrifiée) [57, 65, 76].

L'objectif pour la femme est de « sentir » et de repérer la présence d'une sécrétion ou de percevoir un écoulement, un glissement [21].

Efficacité : De nombreux essais de la méthode ont été réalisés. Il n'est pas toujours facile d'harmoniser les résultats des différentes études. L'OMS donne un indice de Pearl de 3 en ce qui concerne l'utilisation théorique.

II.3.5. Tests d'ovulation

Les premiers home-tests ou tests domestiques de prédiction de l'ovulation furent introduits sur le marché en 1986 [25].

Ces tests font appel à un petit moniteur électronique portatif et à des bâtonnets diagnostiques (test d'urine) jetables. Les tests urinaires détectent dans les premières urines du matin une quantité subitement accrue de l'hormone lutéinisante (LH) et d'un métabolite urinaire de l'œstrogène, l'estrone-3-glucuronide (E3G). Cette augmentation précède de 36 heures l'ovulation.

Le test positif indique donc que l'ovulation aura lieu dans les 36 heures. La durée de vie de l'ovule est de 24 heures. D'où la nécessité de compter 3 jours pleins (72 heures) avant la période post-ovulatoire inféconde.

Son utilisation est recommandée pour les femmes dont les cycles menstruels sont compris entre 23 et 35 jours. En cas de traitement hormonal, d'accouchement, d'interruption de grossesse ou d'allaitement récent, les utilisatrices doivent attendre au moins deux cycles menstruels naturels de 23 à 35 jours consécutifs avant son utilisation.

Le test ne doit pas être utilisé en cas d'insuffisance hépatique ou rénale, de syndrome des ovaires polykystiques préalablement diagnostiqué ou de symptôme de ménopause ou pré-ménopause. La tétracycline et tous les traitements hormonaux affectant le cycle menstruel peuvent interférer avec les résultats des tests [25, 65].

II.3.6. Retrait ou coït interrompu [26]

L'homme retire son pénis du vagin de sa partenaire et éjacule à l'extérieur du vagin et ainsi, le sperme ne rentre pas dans les parties génitales extérieures. Le principe de cette méthode consiste à empêcher les spermatozoïdes de pénétrer dans le corps de la femme.

L'efficacité dépend de l'utilisatrice : le risque de grossesse est le plus élevé quand l'homme ne retire pas son pénis du vagin avant d'éjaculer lors de chaque rapport sexuel. C'est l'une des méthodes les moins efficaces telle qu'elle est utilisée couramment avec environ 27 grossesses pour 100 femmes dont le partenaire utilise le retrait, pendant la première année.

II.4. Méthodes barrières

II.4.1. Préservatif masculin (condom)

Les préservatifs masculins :

- ❖ assurent une bonne protection contre les infections sexuellement transmissibles ;
- ❖ se présentent avec ou sans réservoir, opaque ou transparent, de différentes couleurs ;
- ❖ doivent être placés sur la verge en érection avant toute pénétration (nécessité d'un apprentissage) ;
- ❖ doivent être retirés juste après l'éjaculation en le maintenant contre la base de la verge pour éviter tout reflux de sperme ;

L'indice de Pearl est de 0,6 à 6,8% (amélioré lorsqu'il est utilisé conjointement avec un spermicide) [37, 65].



Figure 2: Préservatif masculin [26]

II.4.2. Préservatif féminin (fémidon)

C'est un préservatif de forme oblongue, lubrifié sur les 2 faces, fermé au niveau de l'extrémité interne. L'anneau interne est placé au fond du vagin. L'anneau externe repose au niveau de l'orifice vulvaire. Il est très efficace contre les infections sexuellement transmissibles. L'acceptabilité est supérieure à 50% mais nécessite une période d'apprentissage. Il est adapté aux femmes qui ont une vie sexuelle irrégulière et espacée [57, 58]. Il est de manipulation délicate du fait du maniement intra-vaginal, notamment dans les semaines qui suivent l'accouchement. Il n'existe pas de données épidémiologiques sur son utilisation dans les post-partum [58].

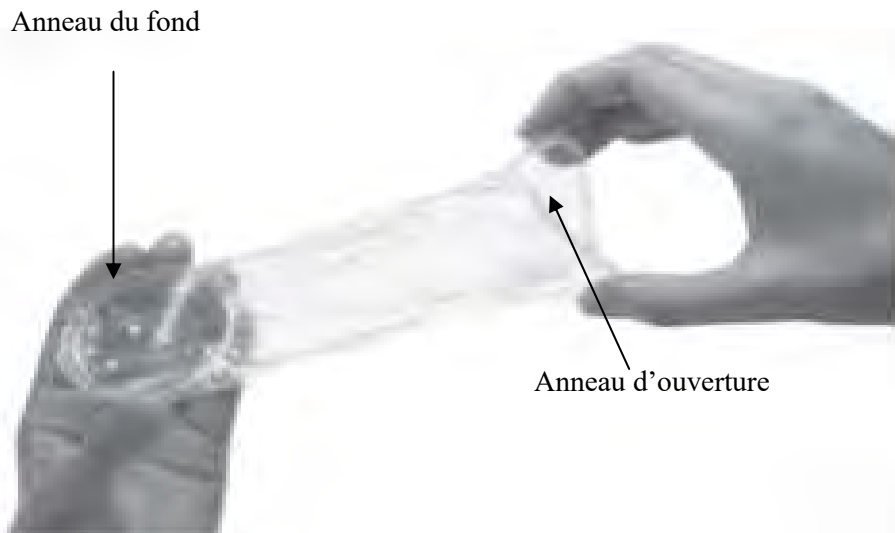


Figure 3: Préservatif féminin [26]

II.4.3. Diaphragme

Le diaphragme est généralement très peu utilisé. Ils existent en plusieurs modèles commercialisés en fonction de leur taille : 50 à 90 mm de diamètre.

Il se positionne entre le cul-de-sac postérieur et la fossette rétro-symphysaire. Il empêche le sperme d'accéder au col de l'utérus. Il présente des difficultés de pose et n'a pas l'avantage de protéger contre les infections sexuellement transmissibles.

Les 2 faces de la cupule doivent être imprégnées d'une crème spermicide, renouvelée lors de chaque rapport. Le diaphragme doit être placé 2 heures avant le rapport et retiré plus de 2 heures après [45, 64].

L'indice de Pearl est de 8 à 17%. Ce taux d'échec est corrélé à une mise en place défectueuse.

Dans le post-partum, il ne doit pas être utilisé avant six à huit semaines. Il existe en effet un risque de déplacement du fait de la tonicité différente du vagin et du col [45].

Les contre-indications sont : la cystocèle et une sexualité irresponsable [19].

II.4.4. Spermicides

Ce sont des produits tensio-actifs qui se déposent sur la muqueuse vaginale et qui ont une action spermicide et éventuellement bactéricide. La plupart des produits ont comme principe actif le chlorure de benzalkonium.

On peut citer :

- ✓ l'Alpagelle[®] : crème contraceptive, tube avec applicateur-doseur ou doses unitaires ;
- ✓ le Pharmatex[®] : ovules contraceptives, crème, unidose ;
- ✓ le chlorure de benzalkonium Thérax[®] : ovules contraceptives ;
- ✓ les tampons Pharmatex[®] : tampons imprégnés de crème contraceptive.

Le mode d'action est l'immobilisation de la queue et l'éclatement de la tête du spermatozoïde.

Les recommandations générales et le mode d'emploi sont d'éviter la toilette intime avec du savon et l'utilisation d'ovules antiseptiques après un rapport sexuel car ils détruisent le principe actif et l'action contraceptive du produit [7, 16].

Mode d'emploi en fonction des produits

➤ Crème et ovules

L'application se fait au fond du vagin (au moins 10 minutes avant le rapport pour l'ovule). La protection est de 4 heures et une nouvelle application doit se faire avant chaque rapport. Pas de toilette vaginale dans les 2 heures qui précèdent le rapport et dans les 2 heures qui le suivent.

L'indice de Pearl est de 6-8%. On note une innocuité totale et une tolérance vaginale excellente (moins de 2% d'effets indésirables : brûlure vaginale, picotements chez le partenaire) [19, 46].



Figure 4: Spermicide avec applicateur [26]

➤ **Tampons et éponges**

Le tampon doit être enfoncé profondément dans le vagin. Son efficacité est immédiate et se maintient pendant 24 heures. Il ne faut pas faire de toilette vaginale dans les 4 heures qui précèdent le rapport et dans les 2 heures qui le suivent. Ne jamais retirer moins de 2 heures après le rapport. L'indice de Pearl est de 3,5% [57, 64].

Les spermicides ont une action locale et ne passent pas dans la circulation sanguine ni dans le lait maternel (contrairement au monoxynol-9 contre-indiqué pendant l'allaitement). Il s'agit d'une contraception fréquemment utilisée dans le post-partum. Elle peut être associée au préservatif ou à la méthode MAMA pour améliorer l'efficacité contraceptive [19, 65].

II.4.5. Cape cervicale [26]

C'est une coupole en latex ou en silicone souple et profonde, qui couvre le col. De taille différente ; elle doit être ajustée par un prestataire formé spécifiquement. Elle est vendue sous différents noms de marques tels que FemCap® et Leah's Shield®. Elle doit être utilisée de pair avec les spermicides

pour améliorer l'efficacité. La cape cervicale empêche le sperme de pénétrer dans le col ; les spermicides tuent ou annihilent les spermatozoïdes.

C'est l'une des méthodes les moins efficaces dans le post-partum avec 32 grossesses pour 100 femmes utilisant la cape cervicale avec des spermicides pendant la première année.

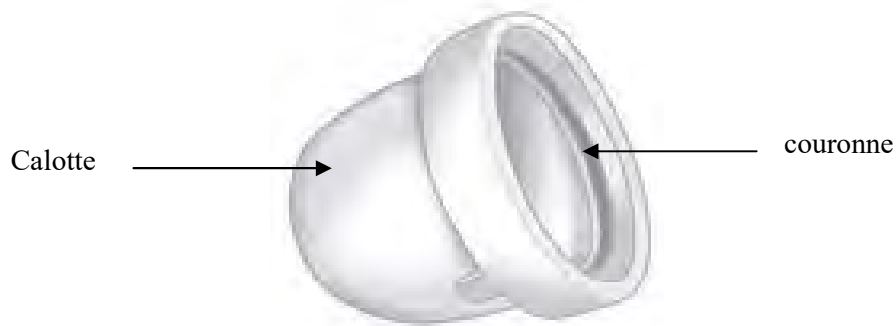


Figure 5: Cape cervicale [26]

II.5. Méthodes mécaniques : dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre

Il s'agit d'un petit objet en matière plastique (polyéthylène) en forme de T auquel est adjoint un fil de cuivre [1]. Les DIU au cuivre actuels, dits de 3^{ème} génération, présentent une surface de cuivre importante ($\geq 250 \text{ mm}^2$), la quantité minimale de cuivre nécessaire efficace étant estimée à 300 mm^2 [14].

Les modèles commercialisés sont : Nova-T 380[®] ; UT 380[®] ; TT 380[®] ; Multiload Cu 375[®] ; Multiload Cu Short[®] ; Gynelle 375[®].

Leur mode d'action est multiple, en particulier au niveau de l'endomètre (réaction inflammatoire) et de la glaire cervicale (diminution de la mobilité des spermatozoïdes) [25, 64, 65].

Un DIU au cuivre peut rester en place avec la même efficacité pendant une période de 5 à 10 ans selon les modèles [80].

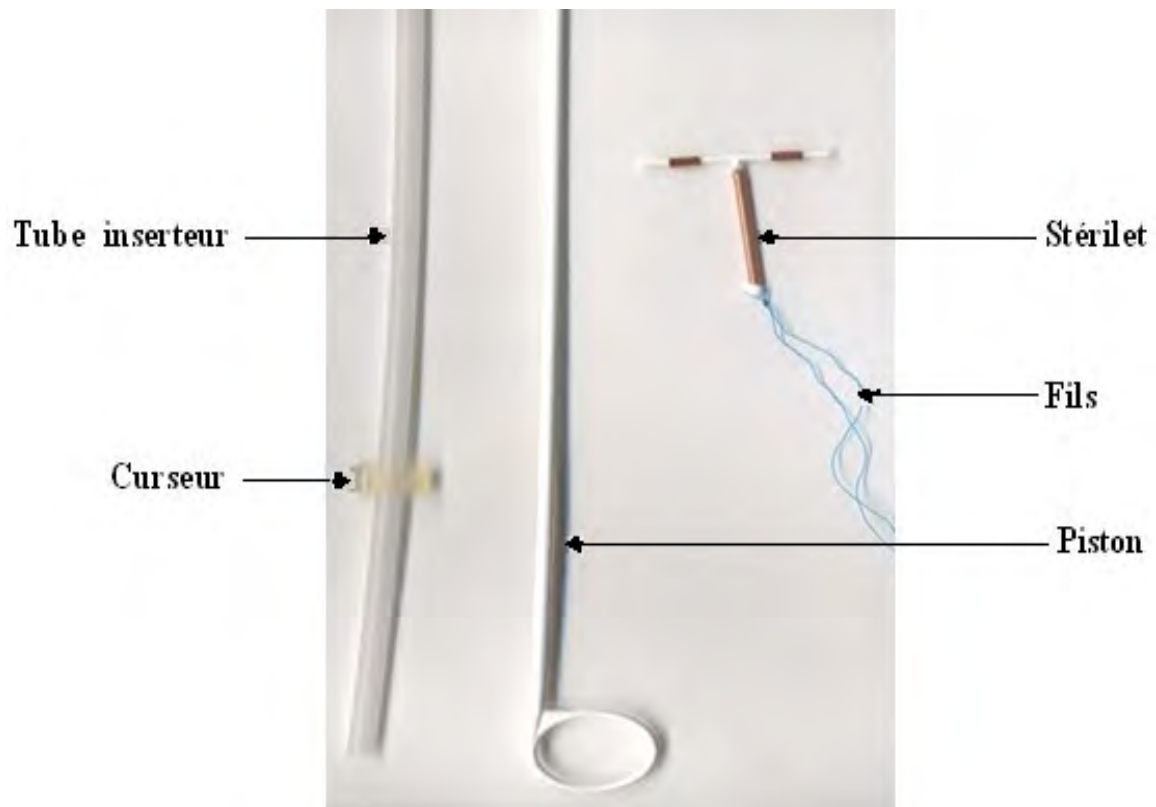


Figure 6: Dispositif intra-utérin au cuivre avec son inserteur [36]

II.5.1. Indications

Utilisé pendant le post-partum, le DIU offre plusieurs avantages importants :

- ✓ il est 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% [25].
- ✓ il n'a pas d'effet sur l'allaitement.
- ✓ c'est une méthode immédiatement réversible.

Une étude Cochrane au Brésil en septembre 2005 conclut que le DIU du post-partum est une méthode contraceptive sûre et faisable [54]. Selon l'OMS, en utilisation habituelle, on retrouve 0,6% de grossesse à un an [65].

II.5.2. Contre-indications

Les contre-indications absolues sont :

- la grossesse ;
- l'infection génitale haute ;
- le trouble de la crase sanguine (DIU au cuivre) ;
- les cardiopathies valvulaires (risque de greffe Oslérienne) ;
- le cancer du col de l'utérus.

Les contre-indications relatives sont :

- les anomalies de la cavité utérine (fibromes, malformations) ;
- les traitements anticoagulants ;
- les antécédents de grossesse extra-utérine, d'infections génitales hautes ;
- les partenaires multiples ;
- les maladies imposant une corticothérapie ou un traitement anti-inflammatoire au long cours ;
- la maladie de Wilson (DIU au cuivre) [20, 57, 73].

II.5.3. Technique de pose d'un DIU

Le choix du modèle dépend des conditions anatomiques (volume utérin, ouverture du col), du souhait exprimé par la patiente de diminuer le volume des règles et des habitudes du médecin.

II.5.3.1. Moment de l'insertion [20]

Durant le post-partum, il a longtemps été recommandé d'insérer les DIU deux mois après l'accouchement (moment de la visite post-natale) [23, 57, 76].

Aujourd'hui il est admis que le DIU peut être inséré au décours immédiat d'un avortement ou d'un accouchement, ou dans les 48 heures suivant celui-ci [1, 16, 50, 64].

L'insertion peut également être retardée jusqu'à l'involution complète de l'utérus, soit 6 semaines après un avortement ou un accouchement par voie basse et 12 semaines après une césarienne [1].

Tableau I: Taux d'expulsion du DIU en fonction du moment de la pose [11]

Moment de la pose	Définition	Taux d'expulsion	Observations
Phase post placentaire	Dans les 10 minutes suivant l'expulsion du placenta	9,5 – 12,5%	Moment idéal ; faible taux d'expulsion
Post-partum immédiat	Après 10 minutes et sous 48 heures après l'accouchement	25 – 37%	Sans danger
Post-partum tardif	Entre 48 heures et 4 semaines après l'accouchement	POSE NON RECOMMANDEE	Risque accru de perforation et d'expulsion
Intervalle / post-partum prolongé	Plus de 4 semaines après l'accouchement	3 – 13%	Sans danger

II.5.3.2. Technique d'insertion et incidents

L'insertion peut se faire à différents moments dans le post-partum : post-placentaire, post-partum immédiat, tardif ou prolongé.

II.5.3.2.1. Insertion pendant la phase post-placentaire

Qu'elle soit manuelle ou aidée d'une pince, l'insertion se fait dans les 10 minutes qui suivent la délivrance quelque soit la voie d'accouchement [72].

Il est à noter qu'il n'existe pas de grandes différences entre les deux techniques en terme de taux de complications ou de taux d'expulsion [82].

Néanmoins, la technique instrumentale est la plus appropriée pour les raisons suivantes [72] :

- ✓ l'insertion instrumentale est moins douloureuse, plus facile et fait courir moins de fautes d'asepsie que l'insertion manuelle ;
- ✓ le DIU peut accidentellement être déplacé dans la cavité utérine ou retiré lors de l'insertion manuelle. Cet incident est moins susceptible de se produire avec la technique instrumentale.

La technique d'insertion sera fonction de la voie d'accouchement.

➤ **Accouchement par voie basse**

Une fois la GATPA (gestion active de la troisième phase de l'accouchement) effectuée, le DIU est mis en place. Une révision utérine préalable n'est pas nécessaire.

▪ **Insertion à la pince**

Le DIU est tenu dans un instrument (pince de Kelly ou une autre longue pince approprié sans verrou). L'instrument est inséré au fond de l'utérus, et le DIU y est déposé. Cette technique exige que les instruments appropriés soient disponibles dans la salle d'accouchement.

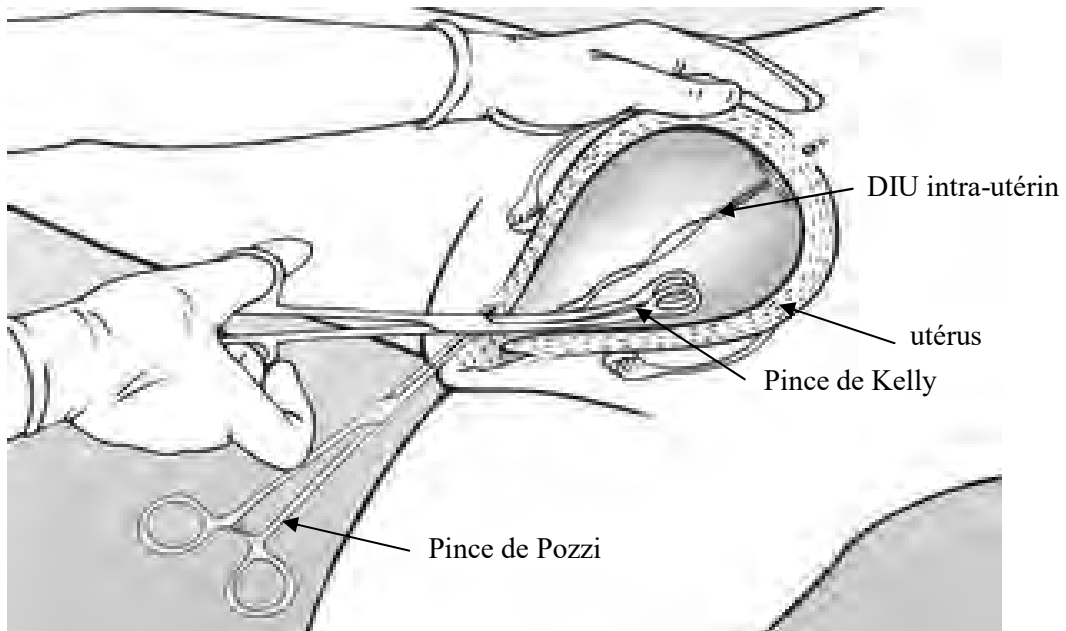


Figure 7: Insertion du DIU à la pince [72]

▪ **Insertion manuelle :**

Le DIU est tenu dans les mains du prestataire et inséré au fond de l'utérus par la main. Cette technique exige que le prestataire porte de longs gants atteignant la moitié du bras pour assurer aussi bien la protection du prestataire que celle de la femme.

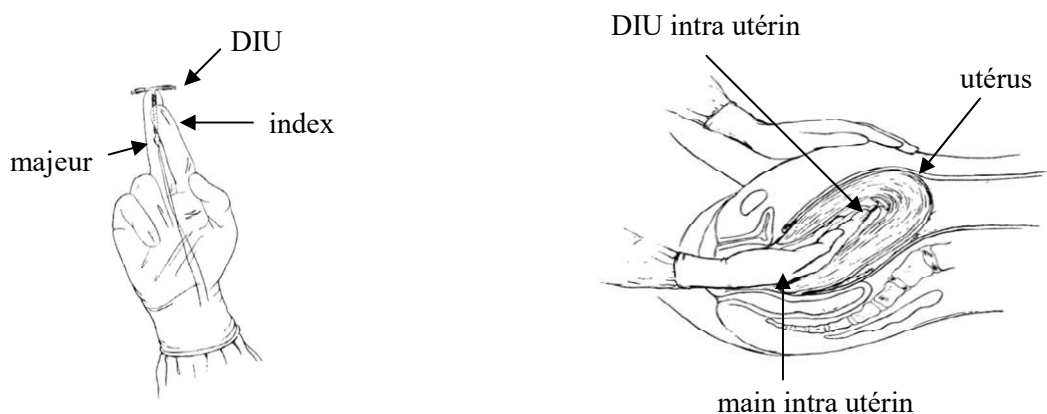


Figure 8: Insertion manuel du DIU [72]

➤ Accouchement par césarienne

Après la délivrance artificielle du placenta, la révision utérine et l'écouvillonnage de la cavité utérine par des compresses imbibées de bétadine, le chirurgien place la branche horizontale du DIU au fond de l'utérus manuellement ou à l'aide d'une pince. Les fils, saisis par une pince à disséquer sans griffe sont minutieusement introduits dans le canal cervical. Parfois, du doigt, l'opérateur parvient à placer les fils du DIU dans le canal cervical.

A défaut de les y placer, il rapprochera les extrémités des fils de l'orifice interne du col. Secondairement grâce à l'écoulement des lochies puis des règles, les fils descendront progressivement dans le canal cervical avant de franchir l'orifice externe du col et être visible à l'examen au spéculum [72].

Bien que les deux voies d'insertion du DIU soient valables, l'OMS recommande fortement l'insertion per-césarienne. Celle-ci est associée à un taux plus faible d'expulsion du dispositif comparée à la voie transvaginale [54]. Souvent, quand le DIU est placé en per-césarienne, le col de l'utérus n'est pas complètement dilaté, ce qui rend difficile son expulsion par le canal cervical. En outre, il est techniquement plus facile de placer un DIU par voie haute du fait que tout l'utérus peut être visualisé et manuellement exploré [47].

II.5.3.2.2. Insertion dans le post-partum immédiat

Le procédé est le même que l'insertion post-placentaire après un accouchement par voie basse. Cependant, le taux d'expulsion reste plus élevé qu'en cas d'insertion post-placentaire, malgré une formation de qualité des prestataires. Une étude signale des taux d'expulsion variant entre 9 et 12,5% à six mois [72].

II.5.3.2.3. Insertion dans le post-partum tardif

Cette période est fortement déconseillée quant-à la pose d'un DIU, vu le taux très élevé d'échec et le risque accru de complications [44, 72].

II.5.3.2.4. Insertion dans le post-partum prolongé

Les étapes à suivre sont les suivantes :

- ✓ toucher vaginal pour connaître l'orientation de l'utérus (antéversé ou retroversé) ;
- ✓ mise en place du spéculum et désinfection cervico-vaginale ;
- ✓ pose d'une pince de Pozzi sur la lèvre antérieure du col pour tracter l'utérus afin de mettre le col dans l'axe du corps utérin ;
- ✓ hystérométrie : l'insertion du diu n'est pas recommandée si la profondeur de l'utérus est inférieure à 6 cm ou supérieure à 9 cm [56];
- ✓ introduction douce de l'inserteur jusqu'au fond utérin (sensation de butée) et le déploiement du dispositif ;
- ✓ retrait de l'inserteur en fonction du modèle ;
- ✓ section des fils à 1 cm de l'orifice externe du col.

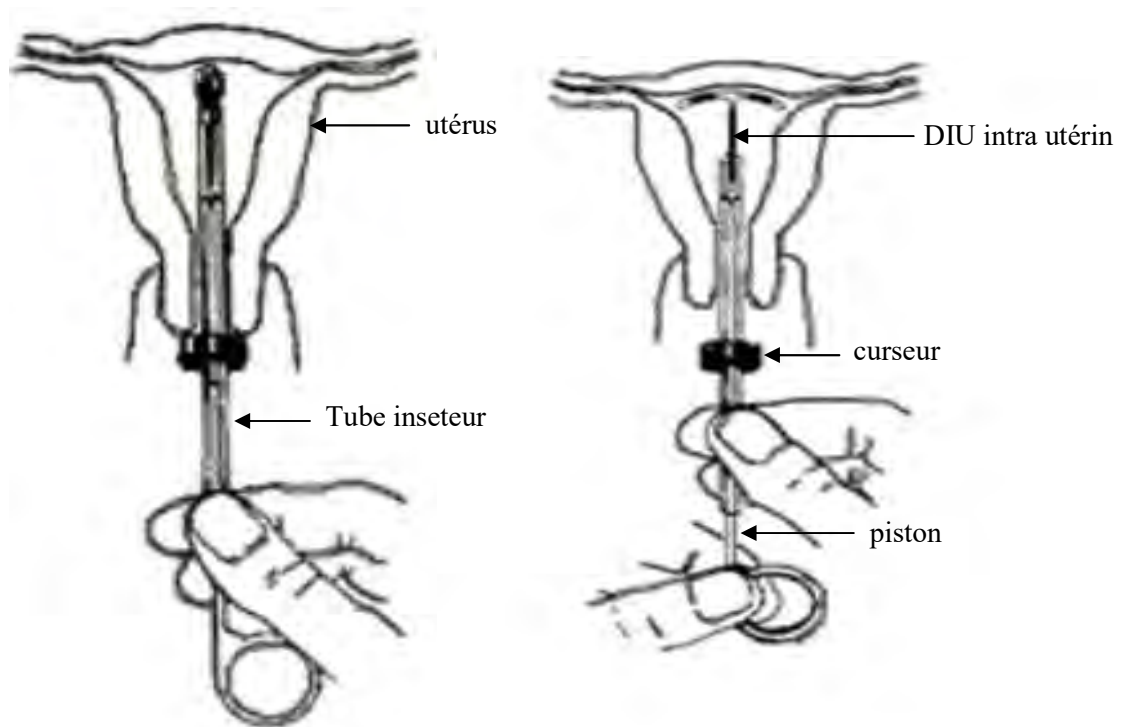


Figure 9: Insertion du Dispositif Intra-Utérin [36]

Les incidents possibles lors de la pose sont :

- des douleurs à type de crampes ou de contractions, surtout chez les femmes anxieuses ;
- un spasme du col ;
- un malaise vagal, surtout chez les femmes anxieuses.
- un accident rare est la perforation, souvent isthmique, engendrant une douleur vive et brutale [57, 64, 76].

II.5.4. Acceptabilité et complications

II.5.4.1. Inconvénients

Il s'agit :

- **des hémorragies** : c'est l'inconvénient le plus fréquent, responsable de 10 à 15% des motifs d'abandon du DIU. Il s'agit plus fréquemment des ménorragies ou des saignements inter-menstruels (spotting, métrorragies). En

cas de métrorragies inhabituelles, il faut penser à une infection et/ou une grossesse extra-utérine ;

- **des douleurs pelviennes** à type de contractions ;
- **des leucorrhées** exacerbées par la présence du DIU et de son fil ;
- **des dysménorrhées** : par concentration élevée en prostaglandines, avec les DIU au cuivre ; proposer des anti-inflammatoires non stéroïdiens. En cas d'échec, proposer un DIU au lévonorgestrel [23].

II.5.4.2. Complications

Elles sont représentées par :

❖ l'expulsion

Le taux d'expulsion est inférieur à 5% des femmes après 1 an d'utilisation. Elle survient le plus souvent dans les 3 premiers mois après la pose et passe inaperçue 1 fois sur 5.

Le diagnostic se fait par le constat de la disparition des fils repères ou par la présence d'un fil anormalement long dans le vagin (déplacement). La confirmation se fait par échographie [76].

❖ la perforation

Elle est rare (1,2‰) et liée à l'inexpérience de l'opérateur ; à l'introduction en force de l'inserteur ; à l'absence de traction sur le col et à des causes utérines telles que la fragilisation du myomètre par des grossesses multiples et des césariennes, un utérus très antéversé ou surtout retroversé, un utérus hypoplasique.

La perforation est généralement contemporaine de l'insertion. Elle provoque alors des douleurs vives. Elle peut s'effectuer à distance, elle est alors souvent asymptomatique.

Le diagnostic clinique repose sur la disparition des fils. L'échographie, voire la radiographie de l'abdomen sans préparation, est réalisée pour localiser le DIU.

Le traitement consiste en l'ablation du DIU sous hystéroscopie en cas de perforation incomplète, ou sous cœlioscopie voire laparotomie en cas de perforation complète [23, 64].

❖ **L'infection génitale**

C'est la complication la plus grave du fait du risque accru de stérilité. Elle a une fréquence de 3 à 9%. Les populations à risque sont les femmes jeunes (< 25 ans), les nulligestes, les femmes ayant des rapports sexuels avec des partenaires différents. Le moment le plus à risque est celui de la pose. Il peut s'agir d'une endométrite, d'une salpingite, d'un abcès tubo-ovarien ou d'une pelvipéritonite.

❖ **le risque de grossesse**

Il est faible mais non négligeable (0,3 à 2%) et la patiente doit être prévenue avant la pose du risque de grossesse intra-utérine et de grossesse extra-utérine, quel que soit le type de stérilet. Il faut lui recommander de consulter rapidement en cas de troubles du cycle (aménorrhée, métrorragies).

II.6. Méthodes hormonales

II.6.1. Œstroprogestatifs

Ils contiennent deux hormones de synthèse : un progestatif et un œstrogène (éthinyloestradiol).

II.6.1.1. Mécanisme d'action

Les œstroprogestatifs agissent par 3 verrous principaux [25, 47]:

- **Blocage de l'ovulation** par l'effet anti-gonadotrope du progestatif essentiellement. La prise hormonale assure un rétrocontrôle négatif sur *l'hypothalamus* (diminution des pulsations de la gonadolibérine, GnRH), *l'hypophyse* (diminution des sécrétions des gonadotrophines, FSH et LH, avec disparition du pic pré-ovulatoire de LH) et *l'ovaire* (absence de maturation folliculaire).
- **Atrophie de l'endomètre** le rendant impropre à la nidation.
- **Modification de la glaire cervicale** (qui s'appauvrit en acide sialique) la rendant inapte à l'ascension des spermatozoïdes dans le canal cervical.
- Diminution de la motilité tubaire sous l'action des progestatifs (moindre importance).

Les différents types de contraceptifs tiennent compte de la dose d'œstrogènes, la nature du progestatif et la dose des hormones réparties au cours du cycle.

II.6.1.2. Différentes formes

II.6.1.2.1. Formes orales

Les formes normodosées (50 µg) sont contre-indiquées en raison des risques thrombo-emboliques qu'elles font courir dans les suites de couches. Ces risques sont moindres avec les minidosées (30 µg).

Les œstroprogestatifs peuvent être débutés dès le 21^{ème} jour de post-partum en l'absence d'allaitement.

Pour celles qui ont choisi l'allaitement maternel, il n'est pas conseillé de débiter tout de suite une contraception œstroprogestative [37].

Une méta-analyse de la Cochrane Library en 2003, n'a pas permis de conclure que les œstrogènes n'affectaient pas la qualité et la quantité de lait. Ce type de contraception, ne touche pas les organes génitaux de l'enfant, ni sa fertilité [74].

II.6.1.2.2. Formes non orales

❖ Patch contraceptif

C'est un dispositif transdermique mince qui contient un œstrogène (20µg) et un progestatif de troisième génération [35, 64, 65]. Il peut s'appliquer sur la fesse, le haut du torse, l'abdomen ou le haut du bras. La seule zone contre-indiquée est le sein.

Il est mis en place pour une semaine et cela trois semaines sur quatre.

Des études ont montré que l'observance était plus élevée avec le patch qu'avec la contraception orale, et ce à tout âge. 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).

❖ Anneau vaginal

Il délivre pendant trois semaines des œstrogènes (15µg) et un progestatif de troisième génération. Il est enlevé au bout de trois semaines et un nouvel anneau est inséré sept jours plus tard [15].



Figure 10: Anneau vaginal [26]

L'efficacité contraceptive de l'anneau est comparable à celle des œstroprogestatifs oraux. Il n'existe pas d'études spécifiques concernant le post-partum, l'OMS émet donc les mêmes précautions que pour le patch [25, 35].

II.6.1.3. Prescription d'un œstroprogestatif

II.6.1.3.1. Consultation

L'objet de la consultation est triple :

- ❖ expliquer les avantages et les inconvénients de cette contraception et de la forme galénique choisie ;
- ❖ faire un examen général et gynécologique avec comme objectifs d'identifier d'éventuelles contre-indications et de réaliser le dépistage des infections sexuellement transmissibles, des dysplasies cervicales ou de toute pathologie sévère ;
- ❖ informer, éduquer et répondre aux questions sur la sexualité, la contraception, les infections sexuellement transmissibles et la grossesse.

Un interrogatoire de qualité complété par un examen clinique et éventuellement un bilan biologique permettront de dépister les contre-indications et de choisir le meilleur contraceptif [23, 76].

II.6.1.3.2. Bilan clinique

L'interrogatoire est le temps le plus important et permet de préciser :

- **l'âge**
- **les antécédents familiaux et surtout personnels** : maladie thromboembolique, tabac, diabète, hypertension artérielle, maladies cardiovasculaires ou hépatiques, hyperlipidémies, lupus, etc., tous les éléments pouvant être source de contre-indications ;
- **les antécédents obstétricaux** particuliers pouvant contre-indiquer les œstroprogestatifs : macrosomie, diabète gestationnel ; hypertension artérielle gravidique, prurit et/ou ictère récidivants de la grossesse, herpès gestationnel ;
- **les signes fonctionnels gynécologiques** (troubles du cycle...), pouvant justifier un bilan préalable.

L'examen physique comprend un examen général (tension artérielle, température, poids, taille, index de masse corporelle) ; un examen mammaire et gynécologique, avec réalisation éventuelle du premier frottis ou vérification de la date du dernier frottis ; et l'état veineux.

Il faut prescrire un bilan biologique non obligatoire comprenant : **une glycémie à jeun, une triglycémie, et le cholestérol total**. Ce bilan sera réalisé, en l'absence de facteurs de risque, au bout de 3 à 6 mois de prise d'œstroprogestatifs.

II.6.1.4. Contre-indications aux contraceptifs œstroprogestatifs

II.6.1.4.1. Contre – indications absolues

Les principales contre-indications sont :

- les antécédents thrombo-emboliques, les troubles du métabolisme des lipides, le cancer, l'hypertension artérielle, le lupus ;
- les antécédents d'ictère cholestatique dont l'équivalent est le prurit gravidique;
- la prise concomitante de tuberculostatiques (rifampicine), d'anticonvulsivants inducteurs enzymatiques (Gardénal, Tégretol, etc.), de millepertuis, du fait d'un risque d'inefficacité.

II.6.1.4.2. Contre – indications relatives

Elles sont représentées par les varices importantes, les antécédents psychiatriques, les antécédents de spanioménorrhée, les fibromes, les mastopathies bénignes, le diabète insulino-dépendant et l'obésité.

Quant au tabac, au-delà de 35 ans, l'association tabac-pilule est dangereuse pour les risques cardiovasculaires et doit figurer dans les contre-indications [2].

La pilule aux œstrogènes naturels (Qlaira) obéit aux mêmes règles de prescription que les pilules contenant des œstrogènes de synthèse (concernant en particulier les contre-indications), même si le remplacement des œstrogènes de synthèse par un œstrogène naturel permet d'entrevoir une réduction des risques, cardiovasculaires en particulier [57].

II.6.1.5. Que faire en cas d'oubli de pilule ?

L'oubli de la prise de pilule est responsable de 5 à 10% des interruptions volontaires de grossesse en France.

Le risque essentiel est pour les rapports ayant lieu après l'oubli de pilule : il faut se méfier et prendre toutes les précautions jusqu'aux règles suivantes.

Le risque est maximal au début de la plaquette car une croissance folliculaire peut déjà être en cours.

La contraception d'urgence (Norlevo[®] ou Ellaone[®]) est un bon recours s'il y a eu un rapport le jour de l'oubli.

Si l'oubli est de moins de 24 heures, compenser le comprimé oublié par la prise de 2 comprimés puis continuer jusqu'à la fin du pilulier.

Si l'oubli est de plusieurs comprimés, il y a souvent des métrorragies et le plus simple est de stopper puis de reprendre au 1^{er} jour des règles (en protégeant les rapports) [22, 37].

II.6.1.6. “Petits ennuis” sous pilule

La plupart de ces « petits ennuis » sont de courte durée. On peut citer :

- les métrorragies ou spotting par atrophie endométriale ;
- la prise de poids de 1 à 2 kg ou rétention hydrosodée minime ;
- l'oligoménorrhée ;
- les mastodynies ;
- les jambes lourdes ;
- la sécheresse vaginale ;
- la modification minime du système pileux ;
- la diminution de la libido.

II.6.1.7. Complications des contraceptions œstroprogestatives

Elles sont communes à tous les contraceptifs œstroprogestatifs : pilule, patch et anneau vaginal.

II.6.1.7.1. Maladies cardiovasculaires

Le risque vasculaire est le principal préjudice des œstroprogestatifs ; il est responsable d'un surcroît de mortalité, en forte diminution depuis la généralisation de la minipilule. Les principaux risques sont :

- **le risque thrombo-embolique** (il est estimé entre 2 et 4/10000) : il y a une nécessité de dépister les facteurs de risques cardiovasculaires par la clinique. Il semble exister un sur-risque modéré avec les pilules œstroprogestatives contenant un progestatif de 3^{ème} génération ; d'où la recommandation de prescrire en première intention une pilule de 2^{ème} génération [2, 22, 57,].
- **le risque coronarien** (deux fois plus importants), dépend de la dose et de la potentialisation par d'autres facteurs : âge, tabac, diabète, obésité, hypertension artérielle (lié à l'œstrogène plus qu'aux progestatifs) ;
- **le risque vasculaire cérébral** (qui est multiplié par 1,5 à 2) comprend les accidents ischémiques vertébro-basilaires et carotidiens ;
- **l'hypertension artérielle** représente 5%.

Le mécanisme des accidents tient plus aux troubles de l'hémostase (veineux) et à des spasmes vasculaires (artériels) qu'à des troubles métaboliques (cholestérol) [57, 64, 76].

II.6.1.7.2. Autres risques

Pour les cancers gynécologiques, les œstroprogestatifs augmentent discrètement le risque de dysplasie cervicale. Il y a une faible augmentation du risque de cancer du sein.

Pour les pathologies hépatiques, les œstroprogestatifs augmentent le risque d'ictère cholestatique ; de lithiase biliaire ; de tumeur bénigne du foie (hyperplasie nodulaire et adénome).

Pour les modifications métaboliques, les œstroprogestatifs ont en commun :

- ✓ de diminuer la tolérance au glucose chez les femmes normales et d'entraîner un hyperinsulinisme modéré ;
- ✓ de générer une hyperagrégabilité plaquettaire, une augmentation des facteurs VII, VIII, X ;

- ✓ d'augmenter les triglycérides et du cholestérol de haute densité (dose-dépendant) [2, 22, 63].

Les œstroprogestatifs diminuent significativement les risques de cancer de l'ovaire et de l'endomètre ; de kystes ovariens fonctionnels ; de salpingites ; de grossesse extra-utérine ; de dysménorrhée et d'anémie par hyperménorrhée [19, 57, 65].

II.6.2. Progestatifs

Ils sont indiqués en cas de contre-indications aux œstroprogestatifs et sont moins bien tolérés cliniquement par rapport aux œstroprogestatifs.

II.6.2.1. Contraception microdosée orale

Ce sont des progestatifs de synthèse, à très faible dose. On peut citer :

- **le désogestrel** : progestatif de troisième génération à la dose de 75 µg par jour (Cérazette®)
- **le lévonorgestrel** : progestatif de deuxième génération avec 30 µg par jour (Microval®).
- **l'acétate de noréthistérone** : progestatif de première génération avec 60 µg par jour (Milligynon®) [2, 9, 76].

Le **lévonorgestrel** et **l'acétate de noréthistérone** entraînent une atrophie de l'endomètre et un épaissement de la glaire cervicale. Pour ces progestatifs, il existe une légère augmentation du risque de grossesses extra-utérines car ils inhibent le péristaltisme tubaire sans bloquer l'ovulation. La prise des comprimés est quotidienne, un décalage de trois heures maximum est autorisé, ce qui rend son utilisation contraignante.

Le **désogestrel** entraîne une atrophie de l'endomètre, un épaissement de la glaire cervicale et une action anti-ovulatoire par effet anti-gonadotrope. Elle

nécessite aussi une prise quotidienne mais avec un décalage ne tolérant pas plus de douze heures.

La tolérance pour ces trois microprogestatifs est moyenne avec un risque de spottings, de syndrome prémenstruel, d'aggravation d'une acné préexistante, de kystes fonctionnels ovariens récidivants. Il est donc indispensable d'informer les patientes de ces éventuels effets secondaires qui peuvent disparaître avec le temps ou persister [22, 25].

Dans le post-partum, la contraception progestative est la méthode de référence, notamment en cas d'allaitement maternel. Cette contraception ne majore pas le risque thrombo-embolique et ne modifie pas la qualité et la quantité de lait maternel. Elle peut être débutée rapidement après l'accouchement [6, 64, 65].

II.6.2.2. Implant sous cutané [35, 37]

Avec un mode d'action identique à celui de Cérazette[®], il est mis en place pour une durée maximale de 4 à 5 ans. Sa tolérance clinique est variable selon les femmes. Il peut être prescrit dans le post-partum immédiat avec les mêmes recommandations que pour les progestatifs oraux.

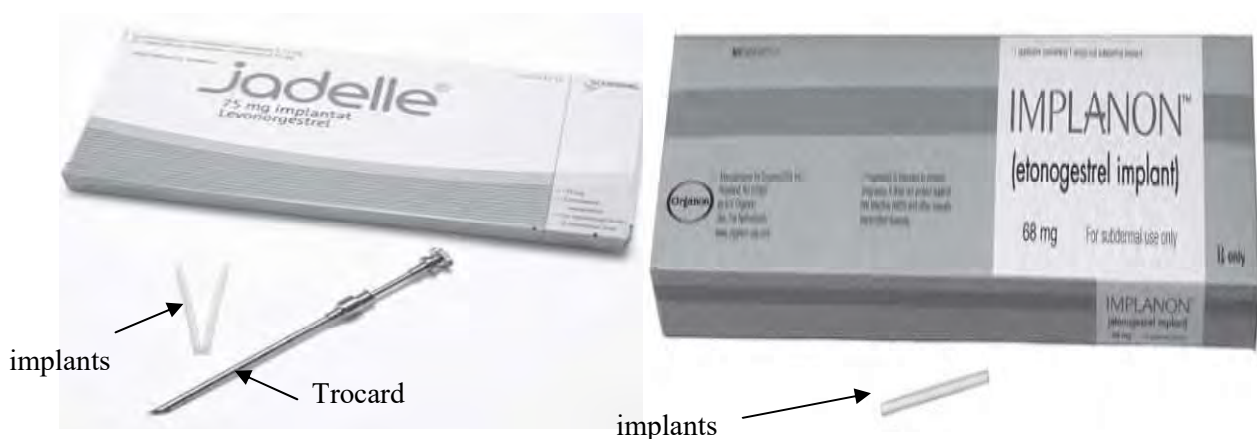


Figure 11: Différents types d'implants sous-cutanés [26]

Cette méthode est intéressante pour les femmes en situation précaire, peu suivies, risquant de ne pas revenir à la visite post-natale ou celles soumises à des problèmes d'observance. Il pourra alors dans certains cas être posé avant la sortie de la maternité.

Sa durée d'efficacité est réduite à deux ans en cas de surpoids (indice de masse corporelle supérieur à 25) [64].

II.6.2.3. Progestatifs injectables [26]

L'acétate de médroxyprogestérone (DMPA) et l'énanthate de noréthistérone (NET-EN) sont des contraceptifs injectables qui contiennent chacun un progestatif analogue à la progestérone, qui est une hormone naturelle que produit le corps féminin. (Par contre, les injectables mensuels contiennent un œstrogène et un progestatif).

Ils ne contiennent pas d'œstrogènes et peuvent donc être utilisés par les femmes qui allaitent et celles qui ne peuvent pas utiliser de méthodes avec des œstrogènes.

Le DMPA, qui est l'injectable progestatif le plus utilisé, est également connu sous le nom de « la piqûre » ou l'injection, Depo, Depo-Provera, Megestron et Petogen.

Le NET-EN est également connu sous le nom d'énanthate de noréthindrone, Noristerat et Syngestral.

Ils sont administrés par injection dans le muscle (injection intramusculaire). Ensuite, l'hormone est libérée lentement dans les vaisseaux sanguins. Une formulation différente du DMPA peut être injectée juste sous la peau (injection sous-cutanée).

Le SAYANA[®] PRESS est une présentation et formule à moindre dose du contraceptif Depo-Provera[®]. Il se présente dans le système d'injection Uniject[™],

un petit dispositif pré-rempli autobloquant. Il contient 104 mg d'acétate dépôt médroxyprogestérone (DMPA) par dose de 0,65 ml et s'administre par injection sous-cutanée.



Figure 12: Progestatif injectable [21]

II.6.2.4. Dispositif intra-utérin hormonal

Il est caractérisé par l'adjonction de lévonorgestrel, progestatif responsable d'une atrophie endométriale et d'une raréfaction de la glaire.

Indiqué surtout chez les patientes présentant des ménorragies ou une dysménorrhée (traitement de 1^{ère} intention des ménorragies fonctionnelles) [30].

Tableau II: Dispositifs intra-utérins libérant un progestatif [16, 48]

Nom	Structure	Durée	Taille
Mirena [®] (lévonorgestrel)	Réservoir de 52 mg de lévonorgestrel (20 µg/j)	5 ans	Unique
Progestasert [®] (progestérone)	Réservoir de 38 mg de progestérone naturelle	18 mois	Unique

Le modèle commercialisé : Mirena[®], durée d'utilisation 5 ans.

La tolérance clinique du DIU hormonal est meilleure comparée à celle du DIU au cuivre. En effet, les troubles du cycle sont moins fréquents mais il existe un risque d'aménorrhée, de spottings ou de métrorragies pendant le temps d'adaptation qui peut durer trois à six mois. Son efficacité contraceptive est proche de 100% et son taux de continuité est de 81% à un an [25].

L'OMS recommande d'attendre six semaines avant la pose du Mirena® en cas d'allaitement maternel [6, 64].

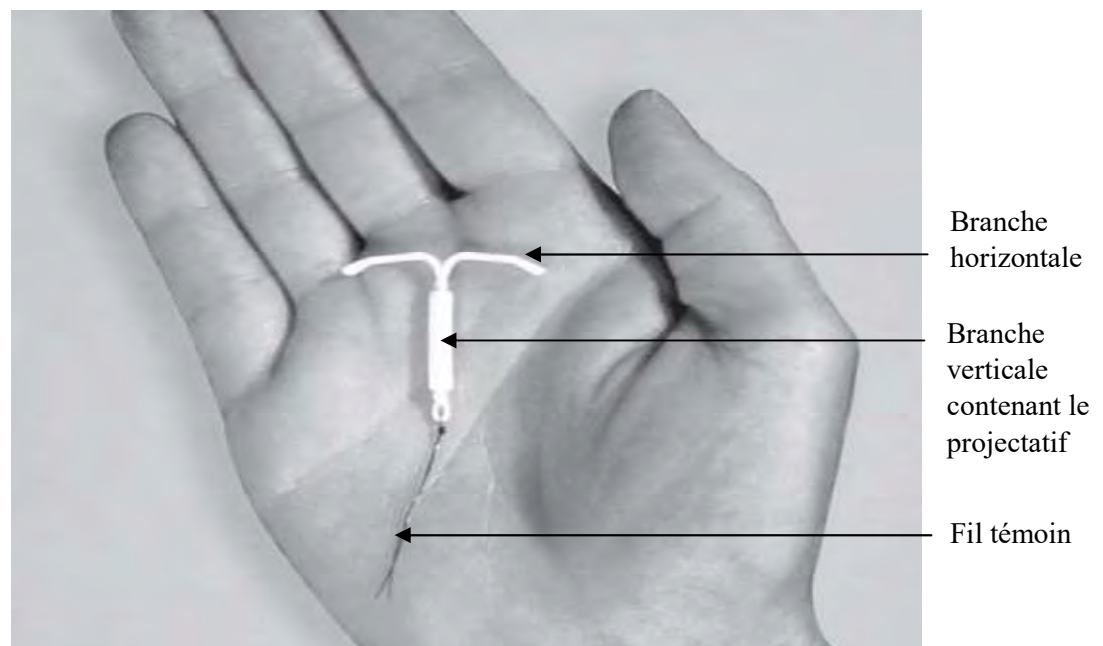


Figure 13: DIU hormonal [26]

II.6.3. Contraception hormonale masculine

Elle est en cours d'expérimentation et consiste en une mise au repos des cellules de Sertoli, inhibant ainsi la spermatogénèse. Les protocoles à l'essai concernent l'énanthate de testostérone sous forme injectable et l'association d'une pilule progestative à une testostérone par voie transcutanée.

L'efficacité (absence de spermatozoïdes dans le sperme) serait différée mais satisfaisante pour une catégorie de patients répondeurs. Les effets indésirables à long terme sont encore méconnus, et les effets à court terme relèveraient d'une

hyperandrogénie (diminution du cholestérol de haute densité, acné, agressivité, hypersexualité...) [66].

II.7. Méthode chirurgicale (stérilisation à visée contraceptive)

Elle consiste en une suppression délibérée et réfléchie de la fécondité sans atteinte des autres fonctions sexuelles ou endocrines.

II.7.1. Méthodes

II.7.1.1. Stérilisation tubaire

La stérilisation de la femme doit être considérée comme une intervention irréversible sur le plan de la restauration tubaire [2, 19, 62]. Plusieurs voies sont possibles :

- **mini-laparotomie** (dans le post-partum) ou **laparotomie** (au cours d'une autre intervention telle que la césarienne).
- **hystéroscopie** : insertion d'un implant métallique (dispositif Essure) dans la portion juxta-utérine de la trompe, par voie endo-utérine ; réalisable à partir de la 6^{ème} semaine après l'accouchement ou la césarienne [38].

Les critiques à l'encontre d'Essure vont des effets indésirables de ce dispositif [40], « douleurs, hémorragie, migration incontrôlable, perforation des organes, allergies... », au nombre important de deuxième opération nécessité par Essure (21 patientes sur 1 000 d'après l'étude du Weill Medical College [49]), en passant par le nombre important de patientes (19,7% dans l'étude du Weill Medical College [49]) développant d'autres troubles à la suite de la procédure tels que « anémie, dépression, problèmes cardiaques et rénaux, hypertension [40]... »

Les autres méthodes peuvent être réalisées soit dans les 7 jours après l'accouchement, soit à partir de 42 jours (6^{ème} semaine) après l'accouchement.

- **œlioscopie** : on réalisera de préférence la mise en place de clips ou d'anneaux de Yoon (importante destruction tubaire avec l'anneau qu'avec le clip) ou une électrocoagulation à la pince bipolaire avec résection tubaire ;
- **voie vaginale** (culdotomie postérieure).

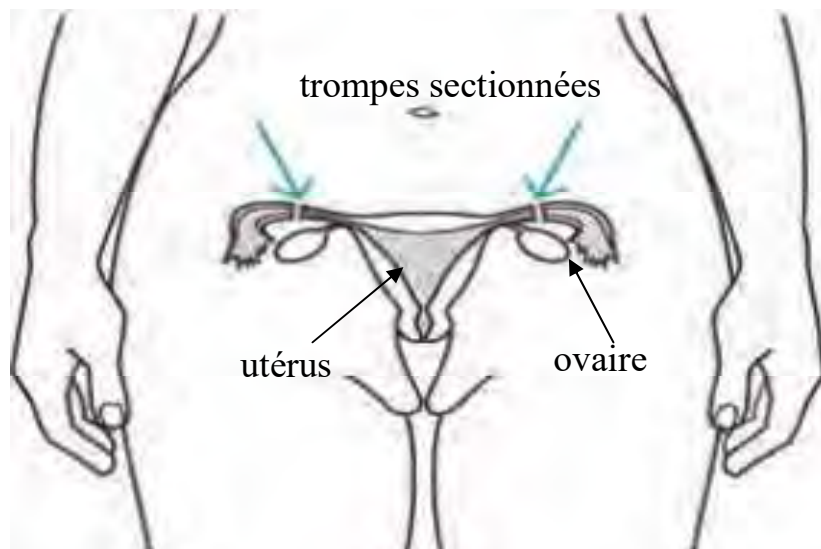


Figure 14: Ligature section des trompes (stérilisation tubaire) [26]

On note 0,5 à 1% de complications graves, principalement liées à l'abord œlioscopique. Les regrets (inférieurs à 10%) sont minimisés par le respect des bonnes pratiques recommandées par l'encadrement réglementaire. Ces deux conséquences potentielles doivent faire l'objet d'une information et de la signature d'un consentement. Un délai de réflexion de 4 mois doit être respecté entre la demande initiale et la réalisation de la stérilisation [38].

II.7.1.2. Vasectomie bilatérale

Chez l'homme la technique de stérilisation est la vasectomie bilatérale ou ligature des déférents [2, 57, 64] :

- section des canaux déférents, sans modifier la fonction endocrine du testicule

- efficacité non immédiate : seulement après 90 jours (délai correspondant à la période de maturation) ;
- reperméabilisation possible mais avec un taux de réussite inférieur à 70%.

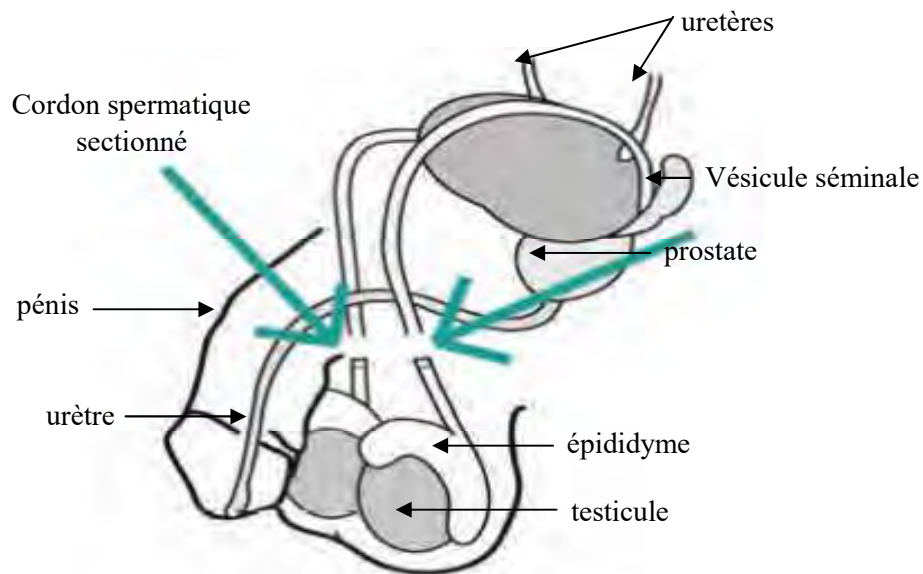


Figure 15: Vasectomie bilatérale [26]

II.7.2. Aspect juridique

La pratique des stérilisations est encadrée par des textes réglementaires.

La stérilisation est interdite chez les mineurs, et ne peut être pratiquée que si la personne intéressée a exprimé une volonté libre et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences.

Les personnes demandeuses d'une stérilisation :

- ❖ doivent faire l'objet d'une consultation médicale initiale, au cours de laquelle la personne sera informée des risques médicaux qu'elle encourt et des conséquences de l'intervention, et un dossier d'information écrite (servant de support à l'information orale) lui sera remis ;
- ❖ doivent disposer d'un délai de réflexion de 4 mois après la consultation médicale initiale, et confirmer leur volonté par écrit.

Tout médecin sollicité par une personne demandeuse d'une stérilisation dispose d'une clause de conscience, mais doit l'informer de son refus dès la consultation initiale [2].

II.8. Contraception d'urgence ou de rattrapage

L'objectif est d'utiliser une méthode empêchant la nidation de l'œuf. Deux possibilités sont envisagées :

II.8.1. Contraceptif hormonal

Deux molécules existent :

- **Le Norlevo[®]** qui contient 1,50 mg de lévonorgestrel présente les avantages suivants :
 - ✓ disponibilité sans autorisation médicale ;
 - ✓ un comprimé à prendre le plus tôt possible et avant 72 heures ;
 - ✓ bonne tolérance ;
 - ✓ taux d'échec est bas, < à 5%.
- **L'Ellaone[®]** : le principe actif est l'acétate d'ulipristal (1 cp blanc dosé à 30 mg) appartenant à la famille pharmacologique des modulateurs sélectifs des récepteurs à la progestérone. Ce médicament n'est délivré que sur ordonnance et présente comme avantages :
 - ✓ il doit être pris dans les 5 jours qui suivent un rapport sexuel non protégé ou en cas d'échec d'une méthode contraceptive (rupture du préservatif) ;
 - ✓ la tolérance est bonne (douleurs abdominales et troubles de la menstruation) ;
 - ✓ l'efficacité (supérieure à celle du Norlevo) est de plus de 97% jusqu'au cinquième jour [38, 64].

II.8.2. Dispositif intra-utérin (DIU)

Il est recommandé aux patientes qui envisagent ce mode de contraception pour l'avenir et doit être mis dans les 5 jours après le rapport non protégé. La tolérance est bonne et l'efficacité est proche de 100%.

III.RECOMMANDATIONS POUR LE CHOIX D'UNE METHODE CONTRACEPTIVE DANS LE POST-PARTUM

III.1. Eléments à prendre en compte dans le choix d'une méthode contraceptive

Le choix de la méthode contraceptive devra prendre en compte [46, 65, 77] :

- ❖ **l'allaitement** éventuel mis en place ;
- ❖ **le risque thrombo-embolique veineux**, qui est majoré pendant la grossesse et après l'accouchement, pendant une durée moyenne de six semaines ;
- ❖ **les pathologies survenues au cours de la grossesse** (hypertension artérielle gravidique, pré-éclampsie, diabète, phlébite...) ;
- ❖ **les antécédents médicaux, familiaux** de la patiente ainsi que ses addictions possibles (alcool, tabac, cocaïne...) ;
- ❖ **les désirs de la patiente** et/ou du couple.

Les patientes doivent être abordées et informées durant la grossesse afin de leur proposer une contraception dans le post-partum immédiat qui soit réfléchie et bien comprise. La visite postnatale aura, entre autres, pour but d'évaluer la contraception mise en place en post-partum (on abordera ainsi l'observance, la compatibilité de celle-ci avec le mode de vie de la patiente, les effets indésirables...) [34, 64].

Au cours de l'entretien sur utilisation d'une méthode contraceptive dans le post-partum, différentes informations devront être rappelées :

- ❖ la reprise de l'ovulation est possible au bout du 21^{ème} jour après l'accouchement ;
- ❖ les différentes méthodes contraceptives utilisables chez la femme qui allaite ou non ;
- ❖ les différentes modalités de rattrapage (en cas de rapport non ou mal protégé, de diarrhées et de vomissements), leur efficacité ainsi que leur moyen d'accès.

III.2. Cas particuliers des grossesses pathologiques

Il faut évaluer les contre-indications éventuelles, temporaires ou définitives, d'un mode de contraception en fonction des pathologies survenues pendant la grossesse.

III.2.1. Grossesse extra-utérine (GEU)

La prise d'un progestatif à faibles doses à titre contraceptif serait associé à une fréquence plus élevée de GEU, en partie dû au ralentissement de la motilité tubaire. Il est alors conseillé de rester prudent quant à la prescription d'un progestatif chez les femmes présentant des antécédents de salpingite ou de GEU. Le risque absolu de GEU est extrêmement faible étant donné la grande efficacité des DIU mais si une grossesse débute sous DIU, la probabilité relative d'une GEU est augmentée [2, 57].

III.2.2. Hypertension artérielle gravidique et ses complications

La survenue d'une hypertension artérielle gravidique, d'une pré-éclampsie ou d'un HELLP syndrome impose la réalisation deux mois après l'accouchement d'un bilan étiologique au cours duquel une thrombophilie constitutionnelle ou acquise sera recherchée.

On s'orientera donc dans le post-partum immédiat vers une contraception mécanique non hormonale ou vers une méthode progestative [63, 76].

III.2.3. Cholestase et cytolyses hépatiques

La survenue d'une cholestase ou d'une cytolysé importante pendant la grossesse contre indique la prescription de toute méthode hormonale de contraception dans les suites de couches immédiates.

Néanmoins, une fois le bilan hépatique normalisé, il est possible de prescrire certaines associations œstroprogestatives, en privilégiant les plus faiblement dosées ou celles contenant un œstrogène naturel.

Une surveillance clinique (prurit, ictère...) et biologique (transaminases, phosphatases alcalines, bilirubine libre et conjuguée, gamma-glutamyl transférase) régulière sera nécessaire tout au long du traitement.

La prescription d'une contraception progestative sera également envisageable selon les mêmes modalités de surveillance [9, 63].

III.2.4. Diabète gestationnel

Toutes les méthodes contraceptives sont indiquées à la suite d'un diabète gestationnel, excepté les œstroprogestatifs et les progestatifs injectables. Par la suite, une glycémie à jeun permettra de s'assurer du retour à la normale de la régulation glycémique. Si tel est le cas, il est alors possible de prescrire une contraception œstroprogestative minidosée [2, 63]. Sinon des examens complémentaires devront être réalisés et la contraception adaptée au diabète et aux pathologies associés.

III.2.5. Thrombose veineuse profonde

Un épisode thrombo-embolique veineux pendant la grossesse représente une contre-indication de tous les œstroprogestatifs, les macroprogestatifs et les progestatifs injectables de manière définitive. Les progestatifs seront prescriptibles trois mois après l'épisode thrombo-embolique. Les autres méthodes sont autorisées [9, 25, 77].

III.2.6. Chorioamniotite

La pose du DIU est contre-indiqué pendant au moins trois mois après le traitement de la chorioamniotite. Les autres méthodes sont autorisées [63].

III.2.7. Après une césarienne

Il s'agit d'une période où le risque thrombo-embolique est très élevé. Les moyens pouvant être utilisés par la patiente sont [2] :

- ✓ la contraception locale ;
- ✓ la pilule progestative ;
- ✓ le dispositif intra-utérin ;
- ✓ les œstroprogestatifs à 6 semaines, selon le choix de la patiente et en fonction de l'allaitement.

III.3. Entretien contraceptif

III.3.1. Définition

Un entretien médical est « une situation d'échange conversationnel où un interlocuteur, enquêteur ou clinicien, extrait une information d'un enquêté ou d'un patient ». Il permet d'obtenir à la fois des informations objectives et subjectives.

Dans le post-partum et avant la sortie de la maternité, une information et/ou une prescription d'un contraceptif est proposée aux patientes entre le 2^{ème} et le 3^{ème} jour.

La mère après l'accouchement est centrée sur le nouveau-né, peu réceptive à cette information car elle envisage mal une reprise immédiate de sa vie sexuelle. Cette réflexion semble cependant indispensable au couple 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 [25, 64].

III.3.2. Directives pour l'entretien contraceptif

Informatif, l'entretien [28] :

- ❖ Prévient la patiente du risque d'une possible ovulation avant le retour de couches. D'où l'importance d'une contraception si elle ne souhaite pas une nouvelle grossesse immédiatement.
- ❖ Vise à faciliter l'expression personnelle de chaque patiente. Il est personnalisé et prend en compte la patiente dans sa globalité. Il précise l'histoire de la patiente ; la contraception antérieure (observance et tolérance) ; les circonstances de survenue de la grossesse (désirée ou non, un oubli ou un échec de contraception) ; les pathologies de la grossesse, de l'accouchement, des suites de couches et l'allaitement ; sans oublier le mode de vie (conditions socio-économiques).

L'entretien doit être mené avec des outils comme le counseling ou la démarche éducative [28, 34 75, 76].

III.3.2.1. Counseling

Le counseling renvoie à une démarche de conseil et d'accompagnement de la femme favorisant l'expression libre de son choix. D'une part, il repose sur des bases d'empathie envers la patiente, respect de sa sexualité, de ses sentiments, de son attitude et de ses besoins. D'autre part, le professionnel de santé s'engage à conserver le maximum de neutralité concernant les démarches abordées et les informations fournies.

L'OMS préconise de diviser l'entretien en six étapes (avec l'acronyme **BERCER**) comprenant :

- 1. Bienvenue** : mise en place d'une relation de confiance et de confidentialité entre le soignant et la consultante. Le professionnel de santé explique les objectifs de la consultation.

2. **Entretien** : interactif, et permettant le recueil d'informations sur la femme, son état de santé, ses besoins, ses problèmes.
3. **Renseignements** : non stéréotypés, le soignant fournit une information hiérarchisée, claire et adaptée aux connaissances de la patiente. Il s'assure ensuite de sa compréhension. Un support écrit peut être utilisé en complément de l'information orale.
4. **Choix** : la décision finale appartient à la patiente seule. Le soignant peut cependant l'aider dans son choix en énonçant les bénéfices et les risques de chaque méthode.
5. **Explication** : elle donne des informations sur la méthode choisie et sur son emploi, les possibilités de rattrapage en cas d'oubli, ou que faire en cas d'évènements indésirables.
6. **Retour** : consultation de suivi afin de réévaluer la méthode et de vérifier qu'elle est toujours adaptée à la personne, qu'elle en est satisfaite. Peuvent être abordés des points non évoqués lors des consultations précédentes.

Enfin, l'entretien se termine par la programmation et la planification de la consultation suivante [2, 25, 34].

III.3.2.2. Démarche éducative

Elle renvoie quant à elle à une démarche de partenariat pédagogique, centrée sur la personne, et qui vise à promouvoir sa santé tout en la rendant autonome dans sa prise en charge. Cette démarche n'est pas stéréotypée mais individualisée sur la personne. Au cours de cet entretien sur la contraception, le professionnel de santé expliquera les différentes méthodes contraceptives que la femme peut choisir [5, 25].

III.3.3. 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.

Souvent, 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.

Des études ont montré que les supports écrits aident les femmes dans leur décision [42].

DEUXIEME PARTIE :
NOTRE ETUDE

I. OBJECTIFS

I.1. Objectif principal

L'objectif principal était de faire l'état des lieux des pratiques contraceptives dans le post-partum à Dakar (Sénégal).

I.2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques étaient :

- de déterminer la fréquence d'utilisation de la contraception dans le post-partum pour un échantillon donné ;
- d'apprécier la nature de l'offre contraceptive dans la post-partum ;
- d'évaluer les opinions et les perceptions des prestataires en matière de contraception dans le post-partum et ;
- de rechercher les facteurs susceptibles d'influencer la pratique contraceptive dans le post-partum.

II. METHODOLOGIE

II.1. Cadre d'étude

Notre étude avait pour cadre trois (3) maternités de référence de la région de Dakar au Sénégal :

- Centre Hospitalier National de Pikine (CHNP) ;
- Centre de Santé Nabil Choucair (CSNC) ;
- Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor (CSPMS).

Tableau III : Infrastructures, équipement et ressources humaines des trois maternités

	CHNP	CSNC	CSPMS
Situation géographique	Dans la ville de Pikine. Il a été inauguré le 26 décembre 2006	District Nord de la région de Dakar. Le centre a été créé en 1992	District Ouest de la région de Dakar
Infrastructures et Equipements de la Maternité	<ul style="list-style-type: none"> -1 salle de tri -2 tables en salle d'accouchement - 4 lits en salle de travail - 4 lits en grossesses pathologiques -8 lits en post-opératoire -20 lits en hospitalisation -1 bloc opératoire avec 3 salles 	<ul style="list-style-type: none"> -1 salle de tri -5 tables en salle d'accouchement -4 lits en salle de travail -2 lits en grossesses pathologiques -6 lits en suite de couches -10 lits en post-opératoire -1 bloc opératoire -3 lits en salle de réveil 	<ul style="list-style-type: none"> -1 salle de tri -3 tables en salle d'accouchement -3 lits en salle de travail -6 lits en grossesses pathologiques -6 lits en post-opératoire -16 lits en suite de couches -2 tables fonctionnelles au bloc opératoire -une table d'aspiration
Ressources Humaines au moment de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> -1 professeur titulaire -2 assistants -2 gynécologues obstétriciennes -1 ancien interne -4 internes -Des médecins inscrits au DES -3 médecins anesthésistes -4 techniciens supérieurs en anesthésie-réanimation -3 aides opérateurs -1 maitresse sage-femme -22 sages-femmes - 19 infirmiers 	<ul style="list-style-type: none"> -1 professeur titulaire -2 professeurs agrégés -1 assistant -2 gynécologues obstétriciens -2 internes -Des médecins inscrits au DES -4 techniciens anesthésistes -3 aides opérateurs -1 major de bloc -Une maitresse sage-femme -13 sages-femmes -4 infirmières 	<ul style="list-style-type: none"> -1 professeur agrégé -2 assistants -3 gynécologues obstétriciens -2 internes -Des médecins inscrits au DES -Un médecin anesthésiste -Deux techniciens anesthésistes -Une maitresse sage-femme -20 sages-femmes titulaires - 24 sages-femmes stagiaires diplômées

II.2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale, prospective et quantitative. Elle a été menée par le biais d'une enquête à l'aide d'un double questionnaire semi-structuré à questions ouvertes ou fermées, à choix unique ou à choix multiple adressé aux prestataires d'une part et aux patientes d'autre part.

II.3. Période d'étude

La période d'étude était d'un mois, allant du 1^{er} au 30 septembre 2016.

II.4. Population d'étude

II.4.1. Les patientes

Le choix des patientes à interviewer s'est fait selon un tirage aléatoire simple de dossiers parmi celles ayant accouchées dans la structure hospitalière durant notre période d'étude (1^{er} au 30 septembre 2016).

Les dossiers étant sélectionnés, les critères d'inclusion étaient :

- ✓ être accessible par téléphone ;
- ✓ avoir donné son consentement à participer à l'étude.

Les patientes qui étaient dans l'impossibilité de donner leurs consentements n'ont pas été incluses dans l'étude ; de même que celles dont les barrières linguistiques ne facilitaient pas la communication.

❖ Echantillonnage

La proportion de femme ayant reçu une méthode contraceptive pendant le post-partum n'étant pas connue, la proportion de 50% a été utilisée afin d'optimiser les chances de faire une bonne estimation. Pour déterminer la taille de l'échantillon, nous avons utilisé la formule suivante :

$$n = \frac{Z^2 p(1-p)}{e^2}$$

- n = taille de l'échantillon,

- e = niveau de précision choisie = 5%
- p = degré de variabilité observée (proportion estimative de clientes ayant reçu une méthode dans le post-partum)
- Z = valeur type associée au niveau de confiance requis (95% et $Z=1,96$)

La taille de l'échantillon souhaitée était de 385 patientes.

La population étant de petite taille, nous avons appliqué la correction pour les populations de taille finie

- Soit
$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0 - 1}{N}}$$

✓ N = taille de la population

✓ n_0 = taille de l'échantillon obtenue par la formule précédente :

On obtient $n = 287$ patientes

En tenant compte du taux de non réponse (10%), la taille finale était :

$n = 287 \times 1,1 = 316$ patientes

Cet échantillon a été réparti proportionnellement aux volumes d'activité des 3 structures de l'étude, en termes d'accouchement. Le tableau suivant donne la répartition de l'échantillon selon les structures.

Tableau IV : Echantillon des patientes selon les structures sanitaires

	Taux d'accouchements mensuel	Taille échantillon
Centre hospitalier national de Pikine	30%	95
Centre de santé Nabil Choucair	34%	107
Centre de santé Philippe Maguilen Senghor	36%	114
TOTAL	100%	316

II.4.2. Les prestataires

Nous avons ciblé pour notre étude les prestataires intervenant dans le suivi de la grossesse, la prise en charge de l'accouchement et/ou la surveillance de post-partum et officiant dans l'une des maternités retenues. Les critères d'inclusion étaient :

- ✓ être à son poste de travail et disponible pour l'interview au moment de notre passage ;
- ✓ avoir donné son consentement à participer à l'étude.

Les prestataires ayant refusé d'être interviewés ou n'étant pas disponible n'ont pas été inclus dans l'étude.

❖ Echantillonnage

Dans un premier temps, tout le personnel de la maternité intervenant dans le suivi prénatal, la prise en charge de l'accouchement et/ou la surveillance du post-partum a été identifié.

Dans un second temps, nous avons procédé à un choix opportuniste des prestataires à inclure dans notre étude sur la base de la présence au moment de l'enquête, de la disponibilité et de l'accord d'y participer.

Au total, nous avons pu interviewer 39 prestataires issus des trois structures sanitaires comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau V : Echantillon des prestataires selon les structures sanitaires

	n	%
Centre hospitalier national de Pikine	11	28,2%
Centre de santé Nabil Choucair	12	30,8%
Centre de santé Philippe Maguilen Senghor	16	41%
Total	39	100%

II.5. Collecte des données

II.5.1. Les patientes

II.5.1.1. Interview

Après avoir sélectionné les dossiers à inclure dans notre étude, l'interview s'est faite par téléphone avec remplissage de la fiche de collecte des données pour les questions dont nous ne pouvions pas avoir de réponse dans le dossier.

II.5.1.2. Durée de l'interview

La durée moyenne de l'interview était de quinze (15) minutes par patiente.

II.5.1.3. Items

La fiche de collecte des données comportait les items suivants :

- caractéristiques générales (âge, statut matrimonial, profession, gestité, parité...) ;
- données de la dernière grossesse et de l'accouchement :
 - suivi prénatal (profil du prestataire ayant effectué le suivi prénatal, complétude du suivi, bilan de grossesse, échographie, prévention du tétanos, pathologie pendant le grossesse) ;
 - terme de la grossesse ;
 - accouchement (voie d'accouchement, complication) ;
 - nouveau-né (état à la naissance, poids, sex ratio, allaitement) ;
- contraception :
 - prévalence parmi les accouchées interviewées ;
 - moment d'information sur la contraception du post-partum ;
 - avis du conjoint ;
 - respect du choix contraceptif ;
 - information sur les effets secondaires.

II.5.2. Les prestataires

II.5.2.1. Interview

L'interview consistait à un entretien direct avec le prestataire suivi du remplissage du questionnaire.

II.5.2.2. Durée de l'interview

La durée moyenne de l'interview était de trente (30) minutes par prestataire.

II.5.2.3. Items

Les items du questionnaire étaient les suivants :

- caractéristiques générales :
 - profession (profil professionnel) ;
 - sex ratio ;
 - expérience professionnelle ;
 - champ d'activité ;
 - formation en contraception.
- connaissances, attitudes et perception vis-à-vis de la contraception du post-partum :
 - connaissances des méthodes contraceptives utilisables dans le post-partum ;
 - préférence par rapport aux méthodes contraceptives ;
 - critères de choix d'une méthode ;
 - canaux de communication ;
 - moment approprié pour l'information (ou counseling) ;
 - moyens de communication appropriés pour la planification familiale ;
 - acteurs appropriés pour la communication sur la planification familiale.

II.6. Traitement des données

Les données collectées ont été d'abord codifiées puis saisies, en utilisant le logiciel Epidata. Celles-ci ont été ensuite corrigées avant d'être analysées à l'aide du logiciel SPSS. Cette correction consistait à faire des analyses univariées sur chaque variable afin de vérifier qu'il n'existait pas des codes inattendus et des valeurs aberrantes au niveau des modalités des variables.

Le test du khi-deux a été effectué pour rechercher les facteurs susceptibles d'influencer la pratique contraceptive dans le post-partum. Le seuil de signification retenu pour évaluer les tests est fixé à 0,05 ($\alpha = 5\%$). Dès lors, si :

- $p \leq 0,05$ alors, le degré de liaison est significatif ;
- $p < 0,001$ alors, le degré de liaison est considéré très significatif ;
- $p > 0,05$ alors, le degré de liaison n'est pas significatif.

II.7. Limites de l'étude

Les limites de notre étude étaient :

- ✓ manque de disponibilité de certains prestataires ;
- ✓ injoignabilité de certaines patientes suite à la suppression des numéros de téléphone non enregistrés par la compagnie téléphonique ;
- ✓ refus de répondre au questionnaire pour des raisons personnelles aussi bien par certaines patientes que certains prestataires ;
- ✓ données incomplètes dans certains dossiers des patientes.

III.RESULTATS

III.1. Résultats descriptifs

III.1.1. Effectifs

III.1.1.1. Patientes

Nous avons interviewé 95 patientes (soit 30,3%) ayant accouché au Centre Hospitalier National de Pikine, 107 (soit 33,9%) ayant accouché au Centre de Santé Nabil Choucair et 114 (soit 35,8%) ayant accouché au Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor pour un total de 307 patientes (figure 16).

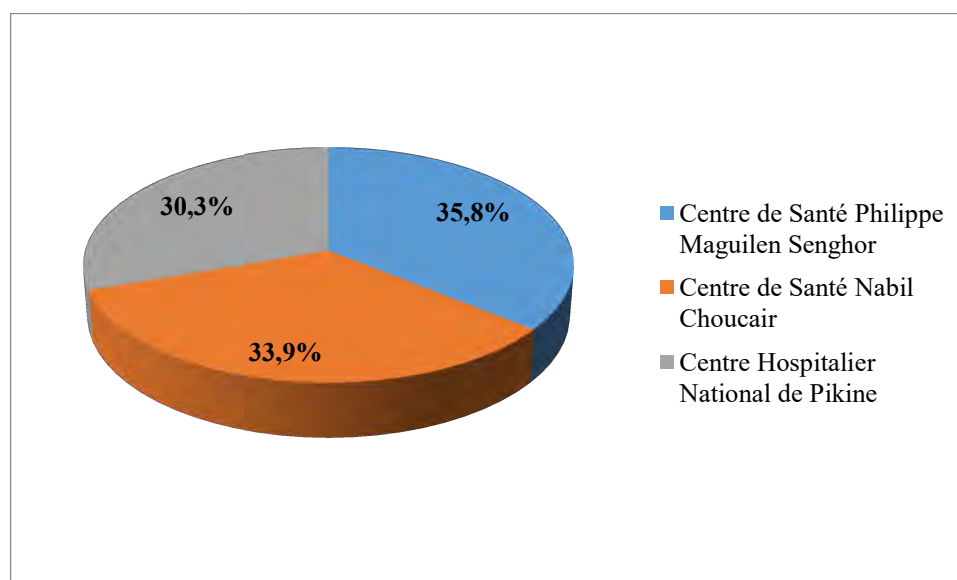


Figure 16: Répartition des patientes selon les structures sanitaires

III.1.1.2. Prestataires

Comme le montre la figure 17, parmi les 39 prestataires interviewés, 11 (soit 28,2%) travaillaient au Centre Hospitalier National de Pikine ; 12 (soit 30,8%) au Centre de Santé Nabil Choucair et 16 (soit 41%) au Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor.

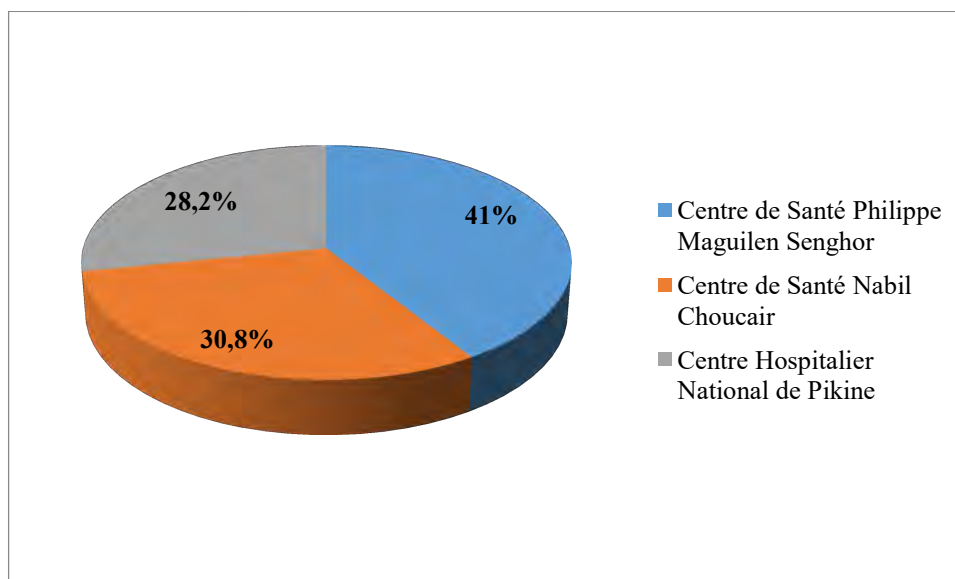


Figure 17: Répartition des prestataires selon les structures sanitaires

III.1.2. Patientes

III.1.2.1. Caractéristiques générales

III.1.2.1.1. Âge

L'âge moyen des patientes enquêtées était de 28,5 ans avec des extrémités de 17 et 45 ans. La distribution selon les tranches d'âge révèle que notre échantillon était essentiellement constitué de femmes jeunes. La figure 18 montre que dans 99 cas (soit 32,2%), l'âge était compris entre 25 et 29 ans. Une proportion de 27% (soit 83 cas) avait moins de 25 ans.

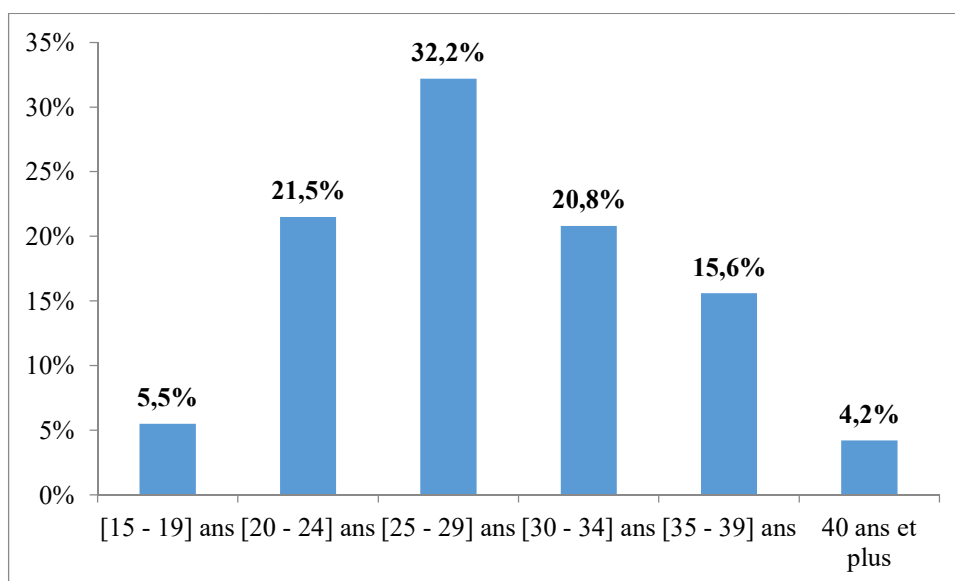


Figure 18: Répartition des patientes selon l'âge

III.1.2.1.2. Statut matrimonial

En ce qui concerne leur statut matrimonial, 296 patientes sur les 307 (soit 96,4%) étaient mariées. Les patientes en régime monogame étaient au nombre de 240 (soit 78,2%). Les veuves, les divorcées et les célibataires représentaient moins de 4% de l'échantillon (figure 19).

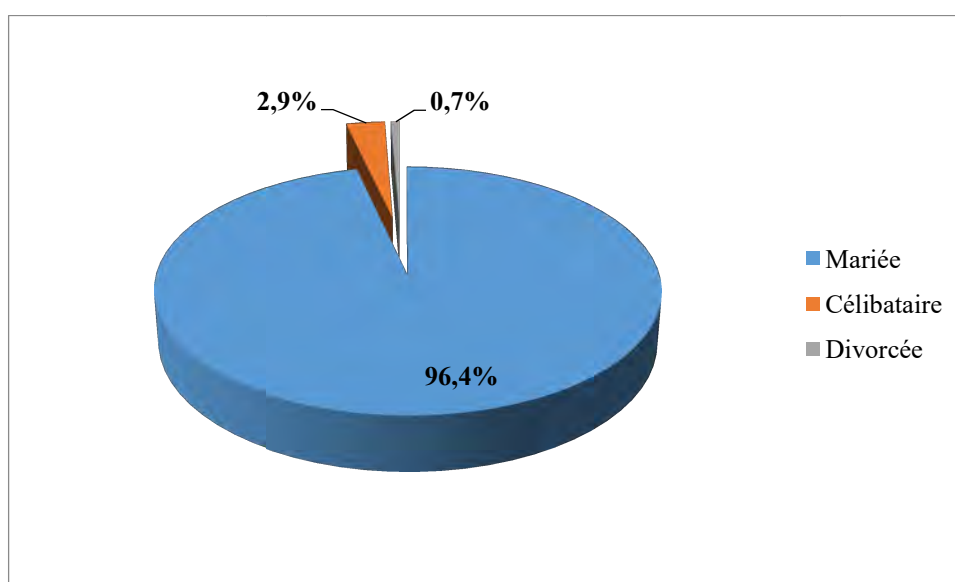


Figure 19: Répartition des patientes selon le statut matrimonial

III.1.2.1.3. Profession

Dans notre effectif, 137 patientes interrogées (soit 44,6%) n'avaient aucune activité professionnelle. Nous avons noté par ailleurs que 82 (26,7%) d'entre elles exerçaient des « petits métiers » (coiffeuse, ménagère...) et que 34 (11,1%) étaient des élèves ou des étudiantes comme le montre la figure 20.

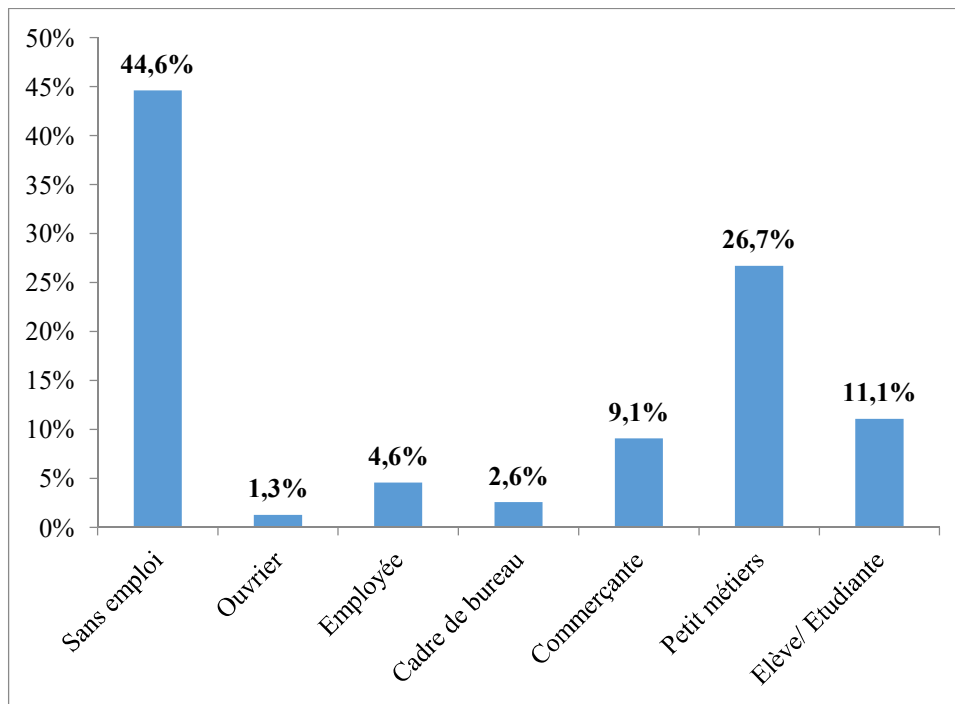


Figure 20: Répartition des patientes selon la profession

III.1.2.1.4. Niveau d'instruction

Dans notre échantillon, 81 patientes (26,4%) n'ont reçu aucune éducation formelle et 108 (35,2%) n'ont fréquenté que l'école primaire. Celles qui ont atteint le niveau secondaire étaient au nombre de 85 (27,7%) soit une femme sur quatre environ comme rapporté par la figure 21.

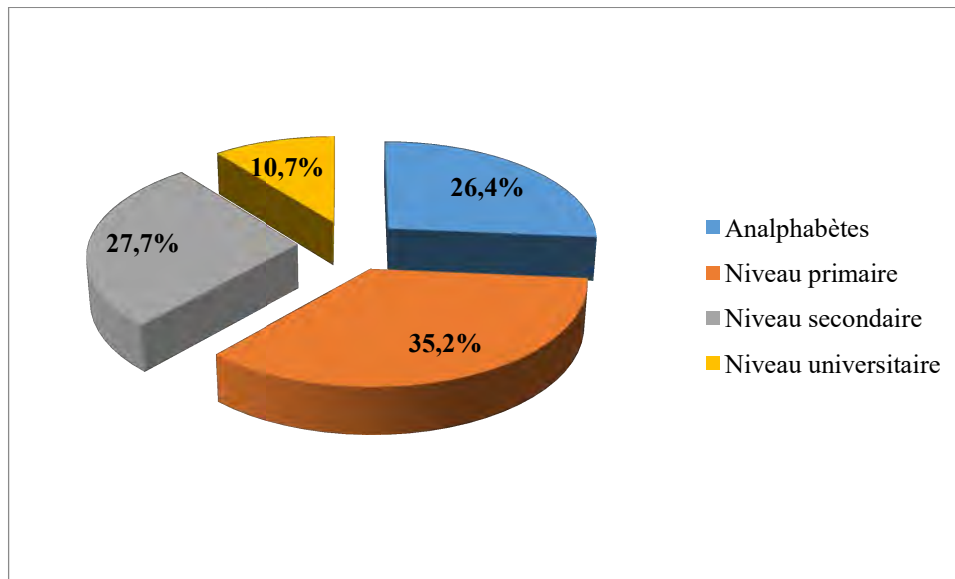


Figure 21: Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

III.1.2.1.5. Gestité et parité

Les patientes primipares étaient au nombre de 116 (37,8%) contre 128 (41,7%) paucipares. Ces deux groupes représentant l'essentiel de notre échantillon (soit 79,5%). Nous avons également dénombré 48 multipares (15,6%) et 15 grandes multipares (4,9%) (Figure 22).

La gestité moyenne était de 5,6 avec une parité moyenne de 2,4. En moyenne le nombre d'enfants vivants pour chaque femme était de 2,2.

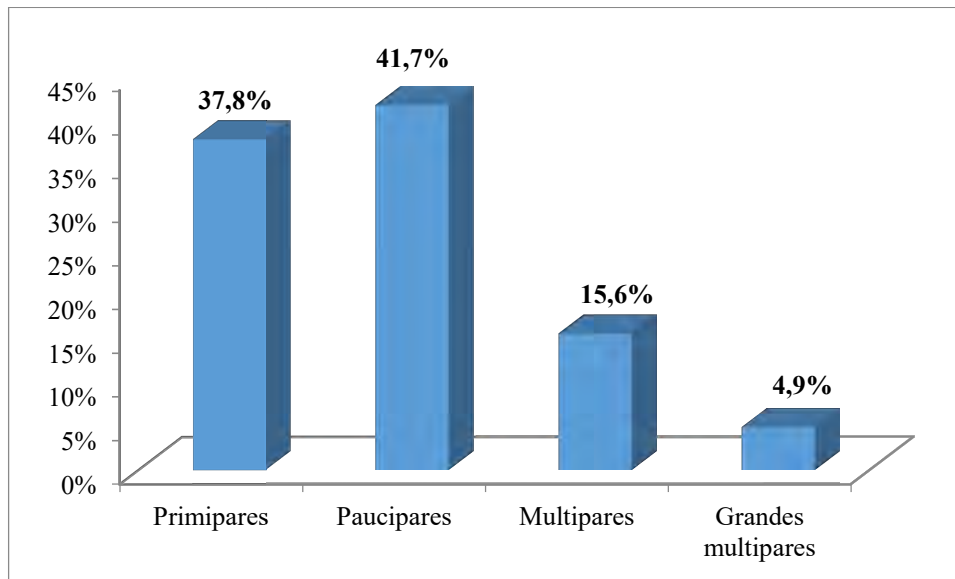


Figure 22: Répartition des patientes selon la parité

III.1.2.1.6. Passé contraceptif

Dans notre échantillon, 205 patientes (soit 66,8%) avaient déclarées n'avoir jamais utilisé de méthodes contraceptives dans le passé. Pour celles qui en avaient bénéficiées, la méthode la plus utilisée était la pilule, déclarée par 43 patientes (14,1%) sur les 307 enquêtées. Les utilisatrices de Dépoprovéra[®] étaient au nombre de 29 (9,4%) contre 24 (7,8%) pour l'implant contraceptif. Pour toutes les autres méthodes la proportion d'utilisatrices était inférieure à 2% comme le montre le tableau VI.

Tableau VI : Répartition des patientes selon le passé contraceptif

Méthodes utilisées par le passé	N= 307	
	n	%
Aucune méthode contraceptive	205	66,8
Pilule	43	14,1
Injectables (Dépoprovéra [®])	29	9,4
Implant	24	7,8
Stérilet	4	1,3
Méthode naturelle	1	0,3
Préservatif	1	0,3

III.1.2.2. Données de la dernière grossesse et de l'accouchement

III.1.2.2.1. Suivi prénatal

❖ Profil du prestataire ayant effectué le suivi prénatal

La figure 23 nous montre que 256 patientes (83,4%) étaient suivies par les sages-femmes. Les gynécologues avaient suivi 67 grossesses (soit 21,8% des patientes). Une grossesse, soit 0,3% n'avait pas été suivie du tout.

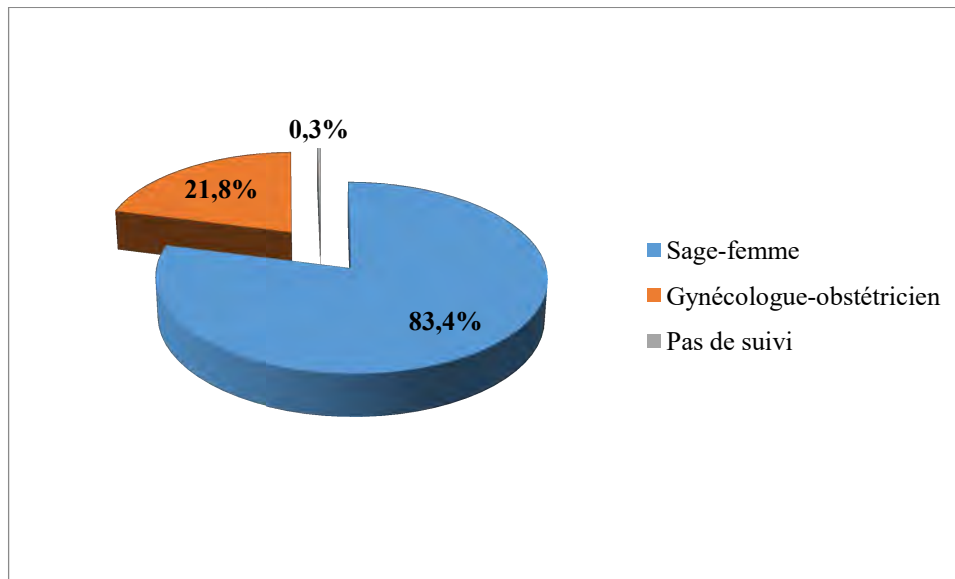


Figure 23: Répartition des patientes selon le suivi de la grossesse

❖ Complétude du suivi de la grossesse

Dans plus de sept cas sur dix (74,6%), les femmes avaient effectué une consultation prénatale au cours du premier trimestre. Elles l'avaient effectué au cours du deuxième trimestre dans 92,2% des cas, au cours du troisième trimestre dans 97,4% et celle du 9^{ème} mois dans 96,7% des cas.

❖ Bilan biologique de grossesse

Pour ce qui est du bilan de la grossesse, elle a été effectuée dans 9 cas sur 10 environ (90,6%).

❖ Échographie

En ce qui concerne l'échographie, 130 patientes (42,3%) ont effectué celle du premier trimestre et 86 (28%) celle du deuxième trimestre et 95 (30,9%) celle du troisième trimestre.

❖ Prévention du tétanos

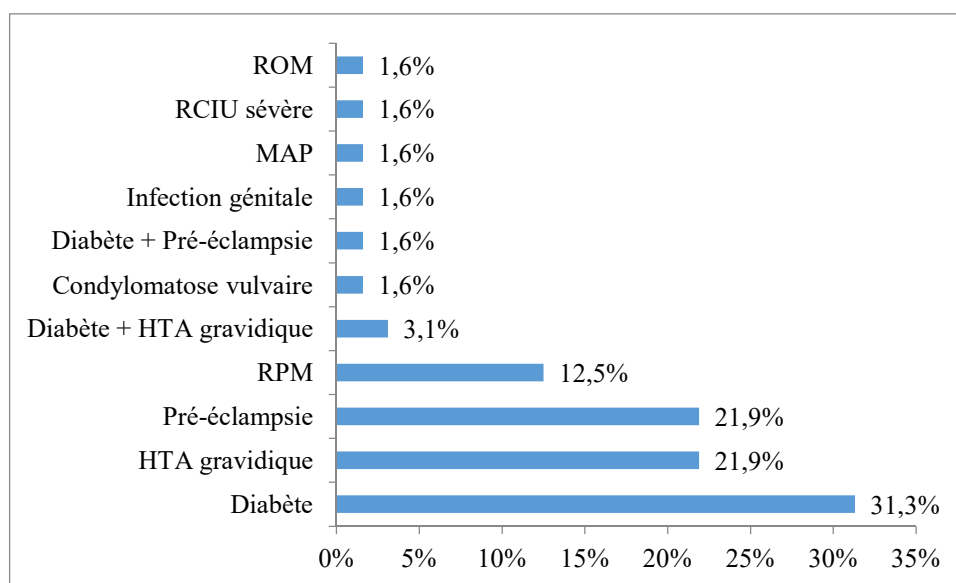
Dans 97,7% des cas (soit 300 patientes), les femmes avaient reçu la 1^{ère} dose du vaccin antitétanique et la 2^{ème} dose dans 95,8% des cas (soit 294 patientes). Près de la moitié des patientes (46,3%) avaient reçu la 3^{ème} dose et le quart

(25,1%) d'entre elles avaient reçu la 4^{ème} dose. Celles qui avaient reçu la 5^{ème} dose étaient au nombre de 44 (soit 14,3% de notre échantillon).

❖ Pathologie pendant le grossesse

Une femme sur cinq (20,8%) déclarait avoir eu au moins une pathologie au cours de sa grossesse.

Les pathologies signalées étaient représentées par 20 cas de Diabète (31,3%), 14 cas d'hypertension artérielle gravidique (21,9%), 14 cas de pré-éclampsie (21,9%) et 8 cas de rupture prématurée des membranes (12,5%). On retrouvait deux cas de diabète associé à l'hypertension artérielle gravidique (3,1%) et un seul cas pour chacune des autres pathologies survenues au cours de la grossesse, soit 1,6% comme le montre la figure 24.



ROM : rétention d'œuf mort ; RCIU : retard de croissance intra-utérin ; MAP : menace d'accouchement prématuré ;

HTA : hypertension artérielle ; RPM : rupture prématurée des membranes.

Figure 24: Répartition des pathologies survenues au cours de la grossesse

III.1.2.2.2. Terme de la grossesse

Le tableau VII ci-dessous rapporte que 268 patientes sur les 307 qui constituaient notre échantillon (87,3%) étaient porteuses d'une grossesse à terme.

Tableau VII : Terme de la grossesse au moment de l'accouchement

	n	%
Accouchement prématuré	28	9,1
Accouchement à terme	268	87,3
Accouchement au delà du terme	11	3,6
Total	307	100

III.1.2.2.3. Accouchement

❖ Voie d'accouchement

L'accouchement par voie basse avait été pratiqué dans 71,6% des cas (soit 220 patientes sur les 307). Une césarienne avait été faite dans 28,4% des cas (soit 87 patientes). La césarienne était programmée dans 3,6% des cas.

❖ Complications au cours de l'accouchement

Les complications au cours de l'accouchement étaient survenues chez 7 patientes (soit 2,3%). Celles-ci étaient dominées par l'hématome rétro-placentaire (3 cas) et l'hémorragie du post-partum (2 cas) comme le montre le tableau VIII.

Tableau VIII: Complications survenues au cours de l'accouchement

	n	%
Hématome rétro-placentaire	3	42,8
Hémorragie du postpartum	2	28,6
Eclampsie	1	14,3
Placenta Prævia hémorragique	1	14,3
Total	7	100

III.1.2.2.4. Nouveau-né

❖ État du nouveau-né à la naissance

Les enfants étaient vivants et bien portants à la naissance dans 294 cas (soit 95,8%). Les mort-nés macérés étaient au nombre de 9 (soit 2,9%) et les Mort-nés frais au nombre de 4 (soit 1,3%).

❖ Poids de naissance des nouveau-nés

Le poids des nouveau-nés était compris entre 530 et 4900 g, avec une moyenne de 2979,2g.

❖ Sex ratio

Les enfants étaient de sexe féminin dans 52,6% des cas.

❖ Allaitement

En ce qui concerne leur allaitement, 4 nouveau-nés (1,4%) ont bénéficiés d'un allaitement artificiel et 65 (22,1%) d'un allaitement mixte. L'allaitement maternel a été pratiqué dans 225 cas (soit 76,5% des nouveau-nés).

III.1.2.3. Contraception

III.1.2.3.1. Fréquence d'utilisation chez les accouchées interviewées

La fréquence d'utilisation de la contraception du post-partum parmi les patientes enquêtées était de **31,3%** avec un intervalle de confiance à 95% compris entre 26,12% et 36,78%

Cette fréquence était plus élevée pour les patientes du Centre Hospitalier National de Pikine (59,1%) avec IC à 95% = [48,46 – 69,23]. Au niveau du Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor et du Centre de Santé Nabil Choucair, les fréquences trouvées étaient comparables. Elles étaient respectivement de 19,1% et 19,2%.

III.1.2.3.2. Moment d'information sur la contraception du post-partum

En ce qui concerne le moment pendant lequel les patientes avaient été informées sur la nécessité de pratiquer une méthode de contraception après l'accouchement, 161 patientes (soit 52,4%) déclaraient avoir reçu l'information dans les suites de couches et 54 patientes (soit 17,6%) au cours des consultations prénatales. Il est à noter que 97 patientes (soit 31,6%) disaient n'avoir jamais été informées sur la contraception du post-partum comme le rapporte le tableau IX.

Tableau IX: Moment d'information des patientes sur la PF du post-partum

	N = 307	
	n	%
Suites de couches	161	52,4
Consultation prénatale	54	17,6
Préparation à l'accouchement	12	3,9
Salle d'Accouchement	12	3,9
Pas d'information reçue	97	31,6

III.1.2.3.3. Avis du conjoint

Dans 7 cas sur 10 (70%), les patientes estimaient que l'accord du conjoint ou d'une tierce personne est nécessaire dans la prise de décision pour l'utilisation d'une méthode contraceptive.

III.1.2.3.4. Respect du choix contraceptif

Comme le montre le croisement réalisé dans le tableau X ci-dessous, 25 patientes (soit 8,1% de notre échantillon) déclaraient n'avoir pas choisi librement la méthode qu'elles avaient reçue :

- ✓ Une patiente avait reçu la pilule alors qu'elle ne l'avait pas choisi ;
- ✓ Il en est de même pour le Dépo ;
- ✓ Sur les 46 patientes qui ont reçu l'implant contraceptif, 19 déclaraient ne l'avoir pas choisi ;
- ✓ De même, 4 patientes ont reçu le stérilet alors qu'elles ne l'avaient pas choisi.

Tableau X: Croisement entre méthode prescrite et méthode choisie

Méthode Prescrite		Méthode choisie par la cliente							Total
		Aucun choix	Dépo	Implant	LST	Pilule	Préservatif	Stérilet	
Pilule	n	0	0	1	0	14	0	0	15
	%	0%	0%	6,7%	0%	93,3%	0%	0%	100%
Implant	n	12	4	27	0	3	0	0	46
	%	26,1%	8,7%	58,7%	0%	6,5%	0%	0%	100%
Stérilet	n	3	0	1	0	0	0	14	18
	%	16,7%	0%	5,6%	0%	0%	0%	77,8%	100%
Dépo	n	0	11	0	0	1	0	0	12
	%	0%	91,7%	0%	0%	8,3%	0%	0%	100%
LST	n	0	0	0	1	0	0	0	1
	%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	100%
Préservatif	n	0	0	0	0	0	1	0	1
	%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Aucune méthode	n	214	0	0	0	0	0	0	214
	%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	100%

III.1.2.3.5. Information sur les effets secondaires

Globalement, 223 patientes (soit 72,6%) estimaient n'avoir pas été informées sur les effets secondaires de certaines méthodes contraceptives (figure 25) et 289 patientes (soit 94,1% de notre échantillon) disaient n'avoir pas reçu de fiche d'information. Pourtant, au cours des interviews, 171 patientes (soit 60,6%) avaient exprimé leur désir de recevoir une fiche d'information.

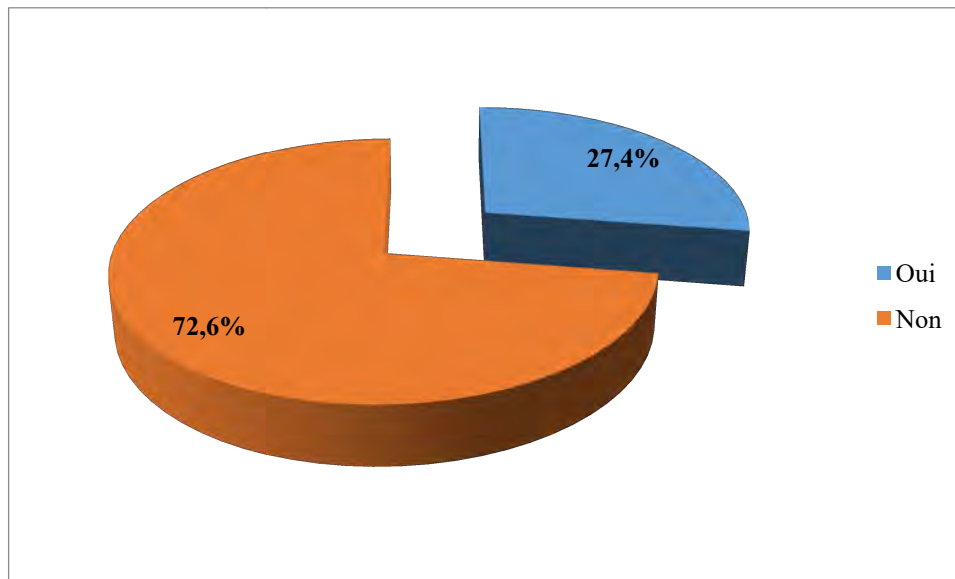


Figure 25: Information reçue sur les effets secondaires de certaines méthodes contraceptives

III.1.3. Prestataires

III.1.3.1. Caractéristiques générales

III.1.3.1.1. Profil professionnel

Les sages-femmes étaient au nombre de 25 (64,1%) ; les internes et D.E.S. au nombre de 8 (20,5%) et les gynécologue-obstétriciens au nombre de 6 (15,4%) (Figure 26).

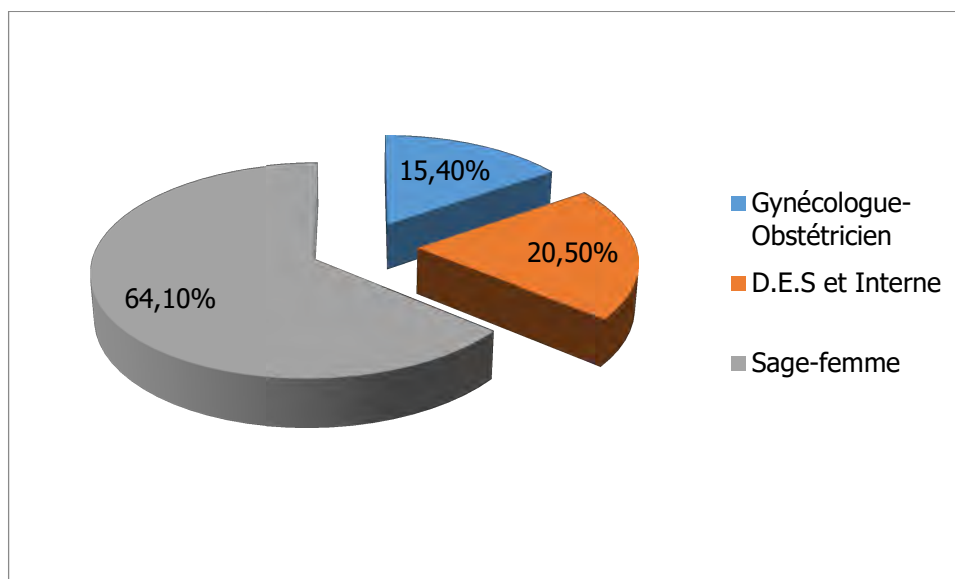


Figure 26: Répartition des prestataires selon la catégorie professionnelle

III.1.3.1.2. Sex ratio

Les prestataires étaient de sexe féminin dans 31 cas sur 39 (soit 79,5%).

III.1.3.1.3. Expérience professionnelle

Parmi les 39 prestataires enquêtés, 23 (soit 59%) avaient plus de 5 ans d'exercice. Le figure 27 ci-dessous révèle également que 12 d'entre eux (30,8%) exerçaient leurs activités professionnelles depuis au moins 3 ans.

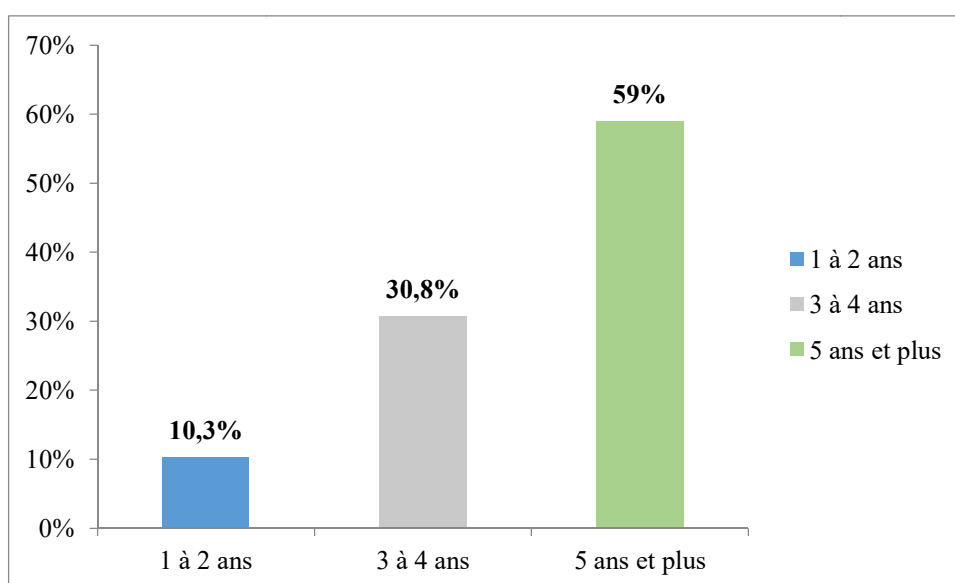


Figure 27: Répartition des prestataires selon l'ancienneté

III.1.3.1.4. Champ d'activité

Les prestataires intervenaient dans la prise en charge des accouchements pour 76,9% d'entre eux ; dans la préparation des patientes à l'accouchement pour 59% ; la consultation prénatale pour 71,8% ; la planification familiale pour 64,1% et dans le suivi post-natal pour 48,7% d'entre eux (Figure 28).

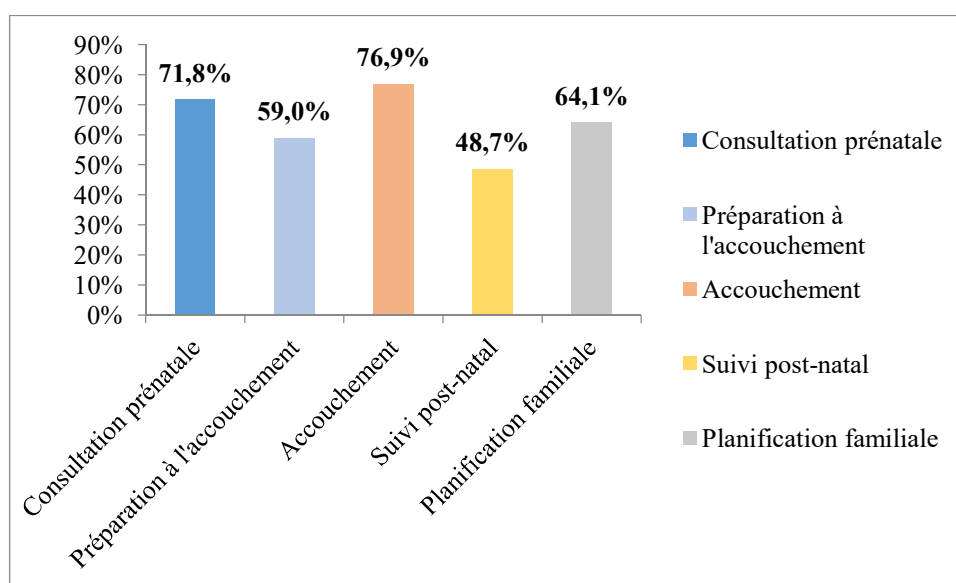


Figure 28: Répartition des prestataires selon l'activité quotidienne

III.1.3.1.5. Formation en contraception

Près de 8 prestataires sur 10, soit 79,5% d'entre eux ont déclaré avoir reçu une formation spécifique à l'offre de méthodes de contraception ; et plus de 6 sur 10, soit 64,1%, ont estimé être suffisamment outillés pour l'offre de méthodes contraceptives.

III.1.3.2. Connaissances, attitudes et perception vis-à-vis de la contraception du post-partum

III.1.3.2.1. Connaissances des méthodes contraceptives utilisables dans le post-partum

De l'avis des prestataires, les méthodes utilisables dans le post-partum restent celles qui sont hormonales ou mécaniques comme l'indique le tableau XI ci-dessous. Les méthodes chirurgicales ont été citées par 3 prestataires (7,7%).

Tableau XI: Méthodes les plus adaptées dans le post-partum selon les prestataires

	n	%
Méthodes hormonales	39	100%
Méthodes mécaniques	37	94,9%
Méthodes de barrières	16	41%
Méthodes naturelles	13	33,3%
Méthodes chirurgicales	3	7,7%

III.1.3.2.2. Préférence par rapport aux méthodes contraceptives

Parmi les prestataires, 4 (soit 10,3% de notre échantillon) avaient déclaré n'avoir aucune préférence pour les méthodes de planification familiale offertes aux patientes, 25 (64,1%) prestataires avaient cité l'implant contraceptif, 23 (59%) le stérilet et 18 (46,2%) la pilule comme rapporté au tableau XII.

Tableau XII : Préférences des prestataires en matière PFPP

	n	%
Aucune préférence	4	10,3
Implant	25	64,1
Stérilet	23	59
Pilule	18	46,2
Méthode naturelle	6	15,4
Préservatif	5	12,8
Spermicides	2	5,1
Anneau vaginal	2	5,1
Autres méthodes	3	7,7

III.1.3.2.3. Critères de choix d'une méthode

Selon les mêmes prestataires, les raisons essentielles dans le choix de la méthode contraceptive devraient être l'efficacité citée par 28 (71,8%) d'entre eux, la facilité d'emploi citée par 25 (64,1%), le coût cité par 21 (53,8%) et la réduction du risque d'oubli citée par 20 (51,3%) comme le montre le tableau XIII.

Tableau XIII : Critères de choix d'une méthode contraceptive selon les prestataires

	n	%
Efficacité	28	71,8
Facilité d'emploi	25	64,1
Coût	21	53,8
Pas d'oubli possible	20	51,3
Eviter les maladies sexuellement transmissibles	11	28,2
Innocuité	11	28,2
Pas d'hormones	4	10,3

III.1.3.2.4. Canaux de communication

Le tableau XIV ci-dessous nous indique que plus des 2/3 des prestataires interviewés utilisaient préférentiellement le counseling comme moyen de communication pour faire adhérer les patientes à la planification familiale. Les autres moyens de communication étaient peu usités.

Tableau XIV: Canaux de communication utilisés par les prestataires

	n	%
Counseling (Boite à image, Présentoir)	36	92,3
Affiches	9	23,1
Radio et télévision	9	23,1
Information, Education et Communication / Causerie	8	20,5
Réseaux sociaux	4	10,3
Chefs religieux	3	7,7
Visite à domicile	2	5,1
Entretien avec le mari	1	2,6

III.1.3.2.5. Moment approprié pour l'information (ou counseling)

En ce qui concerne le moment de l'information, 56,4% des prestataires (soit 22 sur 39) estimaient que le suivi post-natal est le moment le plus approprié pour le counseling sur la planification familiale. Les consultations prénatales et la préparation à l'accouchement avaient également été citées comme des moments appropriés pour la communication sur la contraception du post-partum. Ils avaient été cités respectivement par 13 (33,3%) et 9 (23,1%) des prestataires enquêtés. Un nombre de 5 prestataires (12,8%) estimaient le moment de la vaccination du bébé comme étant approprié (Figure 29).

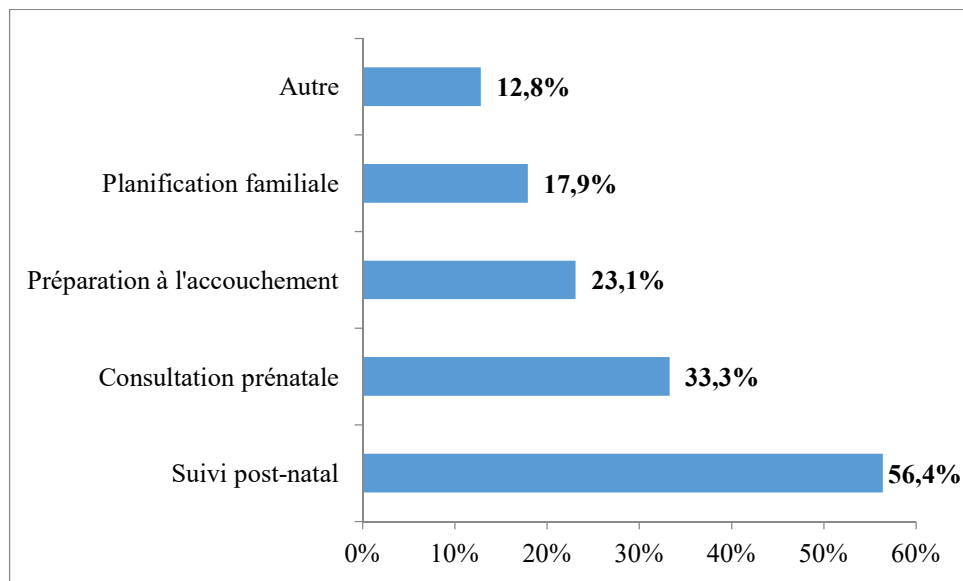


Figure 29 : Moment le plus approprié pour le counseling selon les prestataires

III.1.3.2.6. Moyens de communication appropriés pour la planification familiale

En ce qui concerne le moyen le plus fiable pour sensibiliser sur la planification familiale, 56,4% des prestataires avaient cités la communication interpersonnelle (soit 22 prestataires sur 39) ; 35,9% avaient cités les mass-médias (soit 14 sur 39) et 33,3% avaient cités la mobilisation sociale (soit 13 sur 39) comme le montre la figure 30.

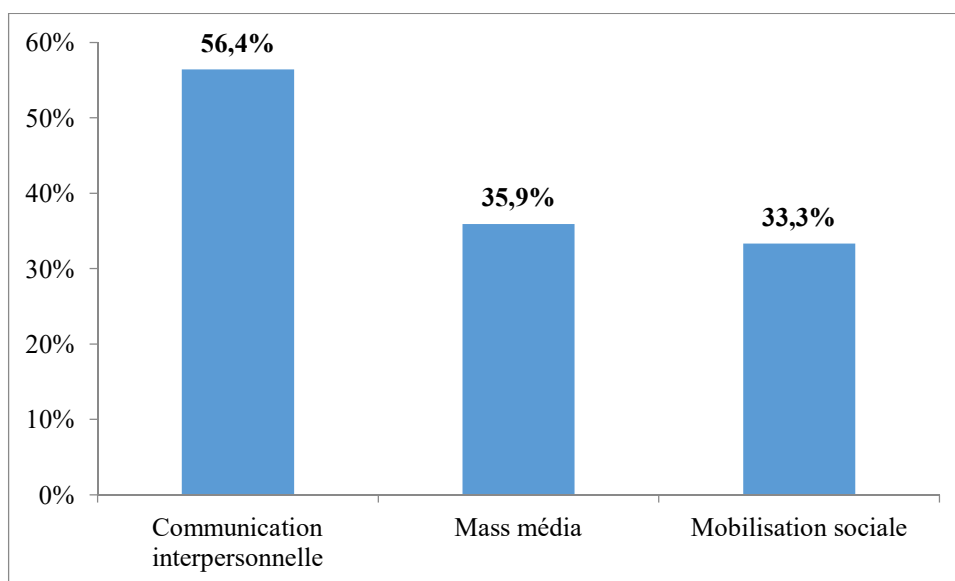


Figure 30 : Moyen le plus fiable pour la sensibilisation selon les prestataires

III.1.3.2.7. Acteurs appropriés pour la communication sur la planification familiale

Parmi prestataires interrogés, 37 (94,9%) affirmaient que les sages-femmes sont les acteurs les plus appropriés pour communiquer sur la planification familiale, suivi des médecins pour 27 (69,2%), des médias pour 22 (56,4%), des religieux pour 20 (51,3%) et des infirmiers pour 18 (46,2%) d'entre eux.

Un des prestataires (2,6%) estimait que les agents de santé communautaire sont également appropriés pour sensibiliser sur la planification familiale (figure 31).

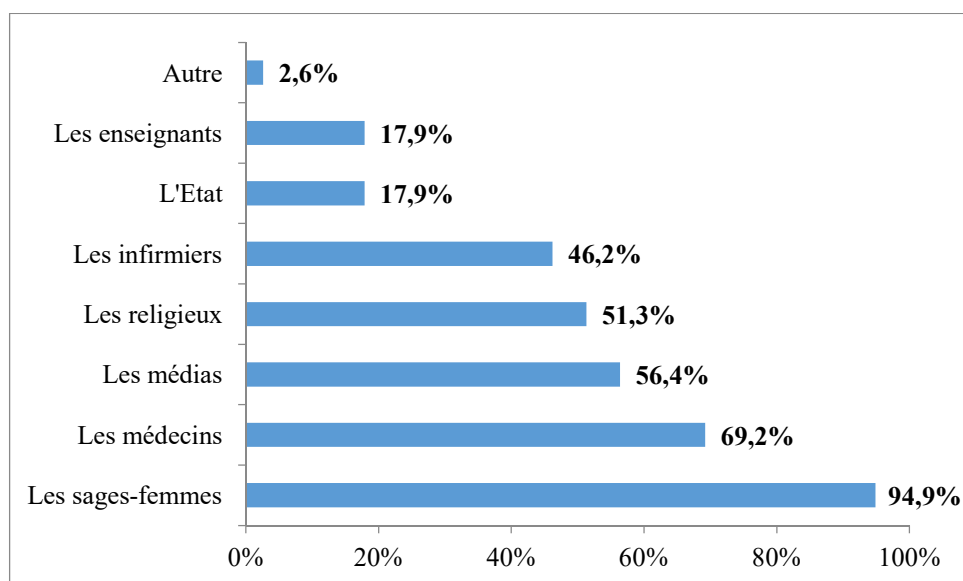


Figure 31: Acteurs les plus appropriés pour communiquer sur la planification familiale selon les prestataires

III.2. Résultats analytiques

Nous avons essayé d'identifier les facteurs susceptibles d'influencer la pratique contraceptive dans le post-partum.

III.2.1. Âge

Il n'existait pas de différences significatives du point de vue de l'âge chez les patientes ayant acceptées ou non une méthode de planification familiale. Le tableau XV ci-dessous nous montre que la moyenne d'âge était la même chez les utilisatrices et les non utilisatrices.

Tableau XV: Relation entre la contraception du post-partum et l'âge

Contraception post-partum	Moyenne	Ecart-type	P_value
Oui	28,50	5,789	0,947
Non	28,45	6,171	
Total	28,47	6,045	

III.2.2. Parité

Les proportions d'acceptantes suivant les différentes tranches de parité étaient comparables ($p = 0,358$). Cette proportion était de 28,4% chez les primipares, 36,7% pour le paucipares, 25,0% pour les multipares et 26,7% chez les grandes multipares comme le rapporte le tableau XVI.

Tableau XVI: Relation entre la contraception du post-partum et la parité

		Contraception post-			
		partum		Total	
		Oui	Non		
Parité	Primipare	n	33	83	116
		%	28,4%	71,6%	100%
	Paucipare	n	47	81	128
		%	36,7%	63,3%	100%
	Multipare	n	12	36	48
		%	25%	75%	100%
	Grande multipare	n	4	11	15
		%	26,7%	73,3%	100%
	Total	n	96	211	307
		%	31,3%	68,7%	100%

III.2.3. Statut marital

Le tableau XVII nous montre que la proportion d'acceptantes de méthodes contraceptives chez les femmes mariées (31,8%) était comparable avec celle des femmes qui n'étaient pas mariées (18,2%) car la différence n'était pas significative ($p = 0,340$).

Tableau XVIII: Relation entre la planification familiale du post-partum et le statut marital

		Contraception post-partum		Total
		Oui	Non	
Mariée	Oui	n	94	296
		%	31,8%	100%
	Non	n	2	11
		%	18,2%	100%
Total		n	96	307
		%	31,3%	100%

III.2.4. Lieu d'accouchement

Concernant le lieu d'accouchement, le tableau XVIII révèle que la proportion de femmes ayant reçu une méthode de contraception au centre hospitalier national de Pikine (59,1%) était plus élevée par rapport à celles du centre de santé Nabil Choucair (19,2%) et du centre de santé Philippe Maguilen Senghor (19,1%). La différence était significative ($p < 0,001$).

Tableau XVIII: Relation entre la contraception du post-partum et le lieu d'accouchement

		Contraception post-partum		Total	
		Oui	Non		
Structure	CSPMS	n	21	89	110
		%	19,1%	80,9%	100%
	CSNC	n	20	84	104
		%	19,2%	80,8%	100%
	CHNP	n	55	38	93
		%	59,1%	40,9%	100%
Total	n	96	211	307	
	%	31,3%	68,7%	100%	

III.2.5. Niveau d'instruction

Le taux d'acceptantes ne présentait aucun lien avec le niveau d'instruction des femmes ayant accouché dans les structures ciblées ($P = 0,324$). En effet, le tableau XIX ci-dessous montre que ce taux était de 33,3% pour les femmes qui n'avaient pas dépassé le niveau primaire contre 28,0% pour celles qui ont atteint au moins le niveau secondaire.

Tableau XIX: Relation entre la contraception du post-partum et le niveau d'instruction

			Contraception post-partum		Total
			Oui	Non	
Niveau d'instruction	Primaire /	n	63	126	189
	Aucun	%	33,3%	66,7%	100%
	Secondaire	n	33	85	118
	/ Supérieur	%	28%	72%	100%
Total		n	96	211	307
		%	31,3%	68,7%	100%

III.2.6. Désir de grossesse

Le tableau XX nous laisse constater que dans le cas des grossesses non programmées, la proportion de patientes ayant reçu une méthode de contraception (37,7%) était supérieure à celle dont la grossesse était programmée (24,8%). La différence était significative ($p = 0,0015$). Ce qui traduit une association entre l'utilisation d'une méthode de planification familiale dans le post-partum et le désir de grossesse.

Tableau XX: Relation entre la contraception du post-partum et le désir de grossesse

			Contraception post-partum		Total
			Oui	Non	
Grossesse non programmée	Oui	n	58	96	154
		%	37,7%	62,3%	100%
	Non	n	38	115	153
		%	24,8%	75,2%	100%
Total		n	96	211	307
		%	31,3%	68,7%	100%

III.2.7. Caractère spontané ou induit de la grossesse

Le caractère spontané ou induite de la grossesse n'avait pas d'incidence sur le choix d'une méthode contraceptive. Le tableau XXI ci-dessous permet de constater que 31,5% des patientes seulement avait reçu une méthode de contraception lorsque la grossesse était spontanée contre 25% lorsque la grossesse était induite. La différence n'était pas significative ($p = 0,760$).

Tableau XXI: Relation entre la contraception du post-partum et caractère spontanée de la grossesse

		Contraception post-partum		Total	
		Oui	Non		
Grossesse	Oui	n	3	9	12
		%	25,0%	75,0%	100%
Induite	Non	n	93	202	295
		%	31,5%	68,5%	100%
Total		n	96	211	307
		%	31,3%	68,7%	100%

III.2.8. Pathologie pendant la grossesse

Le tableau XXII montre que le nombre de patientes ayant reçu une méthode de contraception est presque 2 fois plus élevé chez celles ayant présenté une pathologie au cours de la grossesse (49,2% versus 26,6%). La différence était significative ($p = 0,001$). Ce résultat met en évidence une relation entre la planification familiale du post-partum et l'existence de pathologies au cours de la grossesse.

Tableau XXII: Relation entre la contraception du post-partum et existence de pathologies au cours de la grossesse

		Contraception post-partum		Total
		Oui	Non	
Pathologies gravidiques	Oui	n	31	63
		%	49,2%	100%
	Non	n	65	244
		%	26,6%	100%
Total		n	96	307
		%	31,3%	100%

III.2.9. Voie d'accouchement

Sur le tableau XXIII, nous pouvons remarquer que le taux de patientes ayant reçu une méthode contraceptive était plus élevé lorsqu'elles avaient bénéficiées d'une césarienne. Ce taux était de 54% contre 22,3% pour les accouchements par voie basse et la différence était significative ($p= 0,001$).

Tableau XXIII: Relation entre la contraception et la voie d'accouchement

		Contraception post-partum		Total
		Oui	Non	
Voie d'accouchement	voie basse	n	49	220
		%	22,3%	100%
	Césarienne	n	47	87
		%	54%	100%
Total		n	96	307
		%	31,3%	100%

III.2.10. Moment du counseling

III.2.10.1. Consultation prénatale

On peut lire sur le tableau XXIV que 37% des patientes informées pendant la consultation prénatale avaient reçu une méthode de planification familiale. Lorsque les patientes avaient été informées à un autre moment que pendant cette période, 30% d'entre elles avaient reçu une méthode de planification familiale après l'accouchement et la différence n'était pas significative ($p = 0,314$).

Tableau XXIV: Association entre l'utilisation d'une méthode contraceptive et l'information pendant les consultations prénatales

		Contraception post-		Total	
		partum			
		Oui	Non		
Entretien au moment des consultations prénatales	Oui	n	20	34	54
		%	37,0%	63,0%	100%
	Non	n	76	177	253
		%	30,0%	70,0%	100%
	Total	n	96	211	307
		%	31,3%	68,7%	100%

III.2.10.2. Préparation à l'accouchement

Nous remarquons sur le tableau XXV que dans plus de 8 cas sur 10 (83,3%), les patientes informées pendant la préparation de l'accouchement avaient accepté de prendre une méthode de planification familiale pendant le post-partum. Dans le cas contraire la proportion d'acceptantes était de 29,2%. La différence est significative ($p < 0,001$).

Tableau XXV: Association entre l'utilisation d'une méthode contraceptive et l'information pendant la préparation à l'accouchement

		Contraception post-			Total
		partum			
		Oui	Non		
Entretien au moment de la préparation à l'accouchement	Oui	n	10	2	12
		%	83,3%	16,7%	100%
	Non	n	86	209	295
		%	29,2%	70,8%	100%
Total		n	96	211	307
		%	31,3%	68,7%	100%

III.2.10.3. Salle d'accouchement

On peut noter sur le tableau XXVI ci-dessous que 50% des patientes qui ont reçu l'information pendant l'accouchement avait accepté d'utiliser une méthode de planification familiale dans le post-partum. Par contre cette proportion était de 30% pour celles n'ayant pas reçu l'information en ce moment. La différence n'était pas significative ($p = 0,153$).

Tableau XXVI: Association entre l'utilisation d'une méthode contraceptive et l'information en salle pendant l'accouchement

		Contraception post-partum		Total
		Oui	Non	
Entretien en salle pendant l'accouchement	Oui	n	6	12
		%	50%	100%
	Non	n	90	295
		%	30,5%	100%
	Total	n	96	307
		%	31,3%	100%

III.2.10.4. Suite de couches

La proportion d'acceptantes était plus importante lorsque la parturiente avait reçu l'information dans les suites de couches comme le révèle le tableau XXVII. Cette proportion était de 37,3% versus 24,7% lorsque l'information avait été donnée à un autre moment ($p = 0,017$).

Tableau XXVII: Association entre l'utilisation d'une méthode contraceptive et l'information dans les suites de couches

		Contraception post-partum		Total
		Oui	Non	
Entretien dans les suites de couches	Oui	n	60	161
		%	37,3%	100%
	Non	n	36	146
		%	24,7%	100%
	Total	n	96	307
		%	31,3%	100%

III.2.11. Synthèse

Dans notre série, les facteurs susceptibles d'influencer la pratique contraceptive dans le post-partum étaient représentés par le lieu d'accouchement, le caractère non désiré de la grossesse, l'existence de pathologies pendant la grossesse, la voie d'accouchement et le moment de l'entretien contraceptif au cours de la gravidité-puerpéralité.

IV. DISCUSSION

IV.1. Fréquence d'utilisation de méthodes de PF post-partum

La fréquence d'utilisation de la contraception du post-partum parmi les patientes que nous avons enquêtées était de 31,3%. Ces résultats sont différents de ceux retrouvés dans la littérature.

Dans les pays développés, la prévalence de la contraception est beaucoup plus élevée (même si la taille de l'échantillon est plus importante). Ainsi, Cowman [23] retrouvait une prévalence de 62% aux États Unis entre 2006 et 2010, similaire à l'étude de Blangis faite en France et qui retrouvait 66,6% [13].

Dans les pays en développement, la littérature met en évidence une chute globale du taux de prévalence de la contraception probablement due au retard accusé dans la mise en place des stratégies de sensibilisation. Ainsi, Syed Esam retrouvait 13,8% en Inde en 2011 [69].

En Afrique, la prévalence contraceptive est très variable selon les pays en termes d'intensité et de méthodes utilisées. Les collections du CEPED (Centre Population et Développement) en France dans leur publication de 2004 révélait que les niveaux de prévalence, toutes méthodes confondues [4] :

- ❖ étaient supérieurs à 50% dans 9 pays seulement, essentiellement des pays d'Afrique du Nord (Algérie, Maroc, Tunisie, Égypte), et l'Île Maurice ainsi qu'à la Réunion, au Cap Vert, au Zimbabwe et en Afrique du Sud. Ces pays ont adopté très tôt des programmes de maîtrise de leur fécondité.
- ❖ étaient compris entre 25 et 50% dans 8 pays (Tanzanie, Zambie, Namibie, Malawi, Gabon, Botswana, Kenya et Lybie).
- ❖ variaient entre 10% et 25% dans 14 pays (Sénégal, Togo, Ouganda, Ghana, Comores, Madagascar, Cameroun, Benin, Nigéria, cote d'ivoire, Centrafrique, Rwanda, Burkina et Gambie).

- ❖ étaient inférieure à 10% dans les 12 pays restants, essentiellement des pays d'Afrique de l'Ouest (Soudan, Burundi, Niger, Ethiopie, Mali, Mauritanie, Erythrée, République démocratique du Congo, Libéria, Guinée).
- ❖ étaient plus faibles au Tchad et au Mozambique où elles n'excèdent pas 6%.

Au Sénégal : l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) continue de 2014 retrouve une prévalence contraceptive de 20% [3]. La comparaison avec les résultats des enquêtes précédentes montre que la prévalence contraceptive moderne n'a cessé d'augmenter. Ainsi, la prévalence est passée de 5% en 1993 (EDS-II) à 10% en 2005 (EDS-IV), à 16% en 2013 (EDS-Continue 2012-2013) pour atteindre 20% en 2014. En particulier, on constate, au cours des cinq dernières années, une accélération de la tendance à l'augmentation, la prévalence contraceptive étant passée de 12% en 2010-2011 à 20% en 2014. Ceci pouvant se justifier par cet engagement des autorités au plus haut niveau d'adresser ces questions avec l'adoption durant les dernières décennies de plusieurs mesures sur le plan législatif, politique et programmatique directement liées à la Santé de la Reproduction et à la Planification Familiale. Cette prévalence contraceptive pour l'ensemble des méthodes est deux fois plus élevée en milieu urbain (31%) qu'en milieu rural (14%) [3]. Ces résultats concordent avec ceux obtenues dans notre étude (31,3%) qui s'est effectuée dans la région de Dakar.

IV.2. Caractéristiques générales des patientes et leurs influences sur la planification familiale

IV.2.1. Age

La distribution selon les tranches d'âge révèle qu'il s'agissait essentiellement de femmes jeunes dont la plupart (32,2%) avait un âge compris entre 25 et 29 ans, ce qui est supérieure aux 17,8% retrouvés dans la population générale [3]. La différence pourrait s'expliquer par le fait notre étude s'est faite

essentiellement en zone urbaine. Cette population jeune sous-entend que les femmes devraient être informées et au courant des moyens de contraception qui s'offrent à elle ; cependant nos résultats démontrent qu'il n'existe pas de différences significatives du point de vue de l'âge chez les patientes ayant acceptées ou non une méthode de planification familiale. La moyenne d'âge des utilisatrices était de 28,50 ans contre 28,45 chez les non utilisatrices.

IV.2.2. Statut marital

La quasi-totalité des patientes interrogées dans notre étude étaient mariées. Ces femmes pour la plupart en couple avaient donc à priori une activité sexuelle pouvant être reprise rapidement ce qui justifierait un recours plus fréquent à une méthode de contraception. Cependant, il n'existait pas de différence significative dans la proportion d'acceptantes de méthodes contraceptives entre les femmes mariées et celles qui n'étaient pas mariées.

IV.2.3. Niveau d'instruction

L'utilisation des méthodes modernes de contraception progresse avec le niveau d'instruction des femmes ; les femmes les plus instruites étant les premières à s'inscrire dans un processus de maîtrise de leur fécondité par un recours à la contraception moderne. De plus, la diffusion de la contraception est toujours plus rapide chez les groupes les plus éduqués et résidant en zone urbaine.

Dans notre échantillon, le niveau d'instruction des femmes interrogées est relativement bas. En effet, plus du quart d'entre elles n'avait reçu aucune éducation scolaire et le tiers avait atteint le niveau primaire. Un dixième seulement des femmes interrogées avait accédé aux études universitaires.

Cette proportion de patientes ayant un bas niveau d'études laisse croire à une mauvaise compréhension des informations transmises ; cependant, le taux d'acceptantes ne présentait aucun lien avec le niveau d'instruction des femmes

($P = 0,324$). En effet, ce taux était de 33,3% pour les femmes qui n'avaient pas dépassé le niveau primaire contre 28,0% pour celles qui avaient atteint au moins le niveau secondaire.

IV.2.4. Parité

Au Sénégal durant ces 25 dernières années, l'indice synthétique de fécondité a baissé lentement mais régulièrement, passant de 6,4 enfants par femme en 1986, à 6,0 en 1992, 5,7 en 1997, 5,3 en 2005 et 5,0 en 2010-11. À partir de 2010, la tendance est moins régulière et il semble que le niveau de fécondité se stabilise autour de 5 enfants par femme en moyenne. L'utilisation de la contraception augmente régulièrement avec le nombre d'enfants passant de 3% chez les femmes nullipares à 23% parmi les femmes ayant 1-2 enfants et à 27% parmi celles ayant 5 ou plus [3].

Dans notre échantillon, la fécondité était évaluée à 2,23 enfants par femme, ce qui est inférieure à la population générale, probablement pour deux raisons : notre étude était restreinte au post-partum et elle a été faite en milieu urbain où la fécondité est plus faible. La majorité de ces femmes était primipares ou paucipares, suivies par les multipares et il existait une corrélation entre la parité et le choix d'une méthode contraceptive.

IV.2.5. Passé contraceptif

Dans notre étude, presque 7 patientes sur 10 avaient déclaré n'avoir jamais eu recours à une méthode contraceptive dans le passé. Ce taux est largement supérieur à ceux retrouvés dans la littérature. En France, Pourtier retrouvait 19,9% en 2013[61], tandis que Froger révélait 10,9% en 2014 [31]. L'accès limité à l'information et la présence d'une certaine réticence vis-à-vis de la contraception pourraient expliquer nos résultats. Les femmes ayant une contraception antérieure avaient une préférence pour la pilule.

IV.2.6. Désir de grossesse

Le mode de survenue de la grossesse influe sur l'acceptation d'une méthode de contraception. Ainsi, dans le cas des grossesses non prévues, la proportion de patientes ayant reçu une méthode de contraception était supérieure à celle dont la grossesse était programmée. La différence était significative ($p = 0,0015$).

IV.2.7. Pathologie pendant la grossesse

Une femme sur cinq avait déclaré avoir eu au moins une pathologie au cours de sa grossesse. Les pathologies signalées étaient entre autres le diabète, l'hypertension artérielle gravidique et la pré-éclampsie.

Le nombre de patientes ayant reçu une méthode de contraception était presque 2 fois plus élevé chez celles ayant présenté une pathologie au cours de la grossesse (49,2% Vs 26,6%). La différence était significative ($p = 0,001$). Ce résultat met en évidence le fait qu'une femme qui a eu une grossesse compliquée a plus recours à la contraception probablement lié à cette expérience douloureuse.

IV.2.8. Voie d'accouchement

L'accouchement par voie basse était pratiqué dans plus de 7 cas sur 10. Une césarienne était faite dans presque 3 cas sur 10, ce qui est cinq fois plus élevé que dans l'enquête de périnatalité de 2015 au Sénégal [3]. Le taux de femme ayant reçu une méthode contraceptive était plus élevée lorsque la femme avait bénéficié d'une césarienne. Ce taux était de 54% contre 22,3% pour les accouchements par voie basse. La différence était significative ($p = 0,001$). Ceci pourrait être expliqué par la peur lié à l'intervention et éventuellement l'existence en post-partum d'une plaie opératoire qui prolonge la période de convalescence constituant des facteurs encourageant la limitation des naissances.

IV.2.9. Allaitement

La plupart des femmes de notre enquête (76,5 %) ont choisi d'allaiter leur enfant. Ce taux est plus bas que celui retrouvé dans la population générale sénégalaise soit 99% [3]. Ceci pourrait être justifié par le fait que l'étude ait été effectuée en zone urbaine ; la physionomie des occupations étant différente entre la ville et la campagne. Par exemple, à la grande diversité des emplois urbains s'opposent une concentration des populations rurales dans le secteur agricole.

IV.2.10. Lieu d'accouchement

La proportion de femmes ayant reçu une méthode de contraception au Centre Hospitalier National de Pikine (59,1%) était plus élevée par rapport à celles du Centre de Santé Nabil Choucair (19,2%) et du Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor (19,1%). La différence était significative ($p < 0,001$). Ces résultats pourraient être dus au fait que l'Hôpital de Pikine soit un Centre Hospitalier Universitaire avec plus de ressources humaines disponibles pour sensibiliser sur la planification familiale avec un plateau technique plus développé.

IV.3. Contraception et perceptions des prestataires

IV.3.1. Acteurs appropriés pour le counseling

Dans la plupart des études, il est admis que les sages-femmes sont les acteurs les plus appropriés pour communiquer sur la planification familiale. Ainsi dans notre étude, elles étaient représentées à 64,1% ; résultats similaires obtenus en 2013 par Pourtier (64,5%) et Flaux (65%) en France [34, 53, 60].

IV.3.2. Moment d'information dans le post-partum

A l'heure où les séjours en maternité deviennent de plus en plus courts, il est difficile d'entreprendre une démarche éducative en termes de contraception du

post-partum. Idéalement, il est souhaitable d'aborder le problème de la contraception en période anténatale et si possible en couple. Cet élément est particulièrement important pour les méthodes à longues durées d'action comme l'implant sous-cutané, les dispositifs et systèmes intra-utérins.

Il est donc important d'aborder la contraception et d'informer les femmes sur les méthodes possibles au cours de la grossesse et de les proposer en post-partum immédiat. Ainsi, pour toute femme qui le désire, une prescription pourra être rédigée avant la sortie de la maternité, encadrée des recommandations nécessaires pour permettre de débiter la contraception dans les délais garantissant son efficacité. La consultation du post-partum (6 à 8 semaines après l'accouchement) doit permettre de confirmer le choix contraceptif, son renouvellement éventuel, sa surveillance ou la pose d'un dispositif de longue durée (DIU, implants) [61, 64].

Dans notre étude, seules 17,6% des femmes avaient été informé sur la contraception pendant la grossesse ; la majorité l'ayant été pendant les suites de couches (52,4%). De plus, un nombre élevé de femmes (31,6%) disent n'avoir reçu aucune information sur la contraception du post-partum, ce qui met en évidence un véritable défaut dans la communication.

Nos résultats permettent de convenir avec la littérature qui recommande l'information pendant la grossesse car 100% des femmes ayant reçu l'information pendant les consultations prénatales avaient adhérees à une méthode contraceptive ; ce pourcentage diminue au fur et à mesure que le counseling est tardif, ainsi 83,3% des femmes informées pendant le préparation à l'accouchement adopteront une méthode contraceptive contre 50% informées pendant l'accouchement et seulement 37,3% pendant les suites de couches.

Les prestataires quant à eux estimaient pour la plupart (56,4%) que le suivi post-natal est le moment le plus approprié pour communiquer sur la

planification familiale ; seuls 33,3% des prestataires évoquent les consultations prénatales comme moment idéal du counseling.

Dans la littérature, la plupart des auteurs s'accordent à dire que le moment idéal pour informer sur la contraception est la consultation prénatale. L'étude de Glasier menée aux États Unis en 1996 a montré que pour délivrer une information de qualité et efficace sur la contraception, il fallait que celle-ci soit répétée [34]. Cela permet de retrouver des femmes en post-partum déjà sensibilisées.

En France, Genton révèle en 2015 que 47% des patientes avaient reçu une information sur la contraception durant leur grossesse, 33,3% durant les consultations de suivi et 43,1% lors des séances de préparation pour les patientes qui y participaient. A leur sortie de la maternité, 64,6% des patientes ont eu une ordonnance pour un moyen de contraception [33]. Pourtier en France retrouvait des résultats similaires car 45,7% des patientes interrogées avaient bénéficié d'une information lors d'une consultation prénatale et 40,4% au cours de la préparation à la naissance et à la parentalité [60].

Cependant, Froger en 2014 en France révélait plutôt que la plupart des femmes (77,1%) avaient été informées en suites de couches, 40,6% pendant la préparation à la naissance, 17,2% pendant les consultations prénatales et 2,6% en salle de naissance [31].

Une étude anglaise de 2008 [67] suggère d'avancer la consultation postnatale à 3 semaines du post-partum à la place des 6 à 8 semaines en vigueur. Cela permettrait d'effectuer une meilleure prévention des grossesses rapprochées, de mettre en place une contraception efficace tout en revoyant les patientes à 3 mois pour s'assurer du bon suivi contraceptif (réaliser les suivis biologiques) et compléter l'examen clinique du post-partum.

IV.3.3. Nécessité de l'accord du conjoint

La majorité des femmes de notre échantillon estiment que l'accord du conjoint ou d'une tierce personne est nécessaire dans la prise de décision pour l'utilisation d'une méthode contraceptive. Ceci met en évidence l'influence des époux dans le choix d'une méthode contraceptive et l'importance d'un entretien en couple si possible.

Dans la littérature, le conjoint est également mis en exergue, ainsi : 68,1% des patientes avaient discuté du sujet avec leur conjoint préalablement au choix de la méthode contraceptive dans l'étude de Pourtier en 2013 ; celui-ci considère que la participation du conjoint est liée à une augmentation de l'observance de la contraception. Ce doit être un choix commun du couple accepté par les deux partenaires. On note un meilleur taux d'efficacité de la méthode contraceptive si le mari est présent et impliqué [55].

Philippe en France retrouvait dans son étude de 2014 que 44% des femmes estimaient que leur partenaire a participé au choix de la contraception du post-partum [60] tandis que Flaux retrouve 42,3% [53]. Le counseling avait été fait en couple dans 27,1% des cas dans l'enquête de Froger [31]. En Inde, Syed Esam reconnaît également cette influence du conjoint dans le choix de la contraception mais ne retrouve pas d'association significative [69].

IV.3.4. Méthodes contraceptives dans le post-partum

Nos résultats mettent en évidence que la méthode de contraception la plus utilisée est l'implant (49,5%) suivi du stérilet (19,35%). La pilule micro-progestative et le Depo-Provera sont respectivement de 16,12% et 12,9%. La méthode contraceptive choisie dans notre contexte diffère de celle retrouvée dans la plupart des études où la première place est donnée à la pilule progestative. Ainsi, Froger retrouve l'utilisation de la pilule dans 54,2% des cas suivi du stérilet (13,5%) et de l'implant (9,4%) [31] tandis que dans l'étude de

Genton, 43,3 % des femmes étaient sous pilule progestative et 10% des femmes ont bénéficié d'une contraception progestative par implant sous-cutané mise en place dans le service avant leur retour à domicile [33].

Dans l'étude Française de Blangis, les femmes avaient choisis les micro-progestatifs oraux en grande majorité soit 63,5% [13] et 65,1% dans l'échantillon de Morgane [53].

En ce qui concerne les barrières mécaniques, Powell en Australie considère que le préservatif masculin est un excellent premier choix ; c'est une méthode peu chère, sans effets indésirables et qui avec la complaisance du partenaire peut éviter à 95% la survenue d'une grossesse tout en protégeant contre les infections transmissibles [61]. Flaux retrouve l'utilisation du préservatif masculin dans 22% des cas [53] et Blangis dans 14,5% des cas [12].

Les méthodes naturelles étaient le choix de 4% des femmes dans l'étude de Mégane à savoir le coït interrompu, la méthode ogino et la méthode MAMA malgré que ces méthodes n'aient jamais été évoquées par les sages-femmes [52].

Les contraceptifs choisis par les femmes de notre échantillon coïncident avec les préférences des prestataires en matière de contraception ; ainsi, 64,1% ont une préférence pour l'implant, 59% pour le stérilet, 46,2% pour la pilule ; seuls 10,3% des prestataires étaient neutres. Ceci permet d'émettre l'hypothèse que le choix de la méthode de contraception par les femmes pourrait être influencé non pas par leurs convictions personnelles mais par la préférence du prestataire qui leur fait face, ou que certaines méthodes sont systématiquement proposées alors que d'autres le sont peu.

De même dans la littérature, Pourtier retrouvait 7 femmes (4,2%) qui avaient eu le sentiment de ne pas participer au choix de leur contraception [60].

IV.3.5. Choix de la méthode de contraception

Selon les prestataires interrogés dans notre travail, les raisons essentielles dans le choix de la méthode devraient être l'efficacité (71,8%), la facilité d'emploi (64,1%), le coût (53,8%) et la réduction du risque d'oubli (51,3%). Les critères basés sur l'innocuité et l'aspect hormonal semblaient être moins importants. Ils étaient exprimés respectivement dans 28,2% et 10,3%. Nos résultats concordent avec les critères retrouvés par Pourtier en 2014 soit : facilité d'emploi (67,2%) ; pas d'oubli possible (42,7%) ; cout (33,3%) [60].

L'efficacité de la contraception part du fait qu'elle ait d'abord été librement choisie ; cependant dans notre enquête, nous retrouvons 25 (27%) patientes qui déclarent avoir reçu une contraception imposée. C'est le cas dans l'étude de Froger en France (2014) qui avait retrouvé un pourcentage beaucoup plus faible (4,7%) de femmes qui relevaient que la contraception prescrite en suites de couches n'était pas celle qu'elles avaient envisagé [31]. Ceci alors que pour plus d'efficacité, la stratégie contraceptive doit tenir compte des desiderata de la patiente, des contraceptions antérieures et de leur tolérance, des contre-indications antérieures à la grossesse et potentiellement acquises au décours de celle-ci [64]. De plus, la meilleure contraception n'est pas la plus efficace théoriquement, mais celle que la femme a vraiment choisie [7].

IV.3.6. Information sur les effets secondaires

Plus de 7 patientes sur 10 dans notre étude estimaient n'avoir pas été informé sur les effets secondaires de certaines méthodes contraceptives alors que la survenue de ces effets indésirables est la principale cause d'arrêt de la contraception.

Dans la littérature, Stein montre qu'au Sénégal, les centres de prestations déployaient un effort insuffisant pour répondre aux besoins spécifiques des femmes allaitantes et désireuses de services de planification [68].

Dans son étude, les prestataires ne leur demandaient d'abord pas toujours si elles allaitaient avant de les assister dans leur choix de contraception. Ils n'adaptaient ensuite pas adéquatement leurs conseils à l'état d'allaitement courant des femmes, par manque de connaissances, défaut de communication ou divergence entre connaissances et pratiques. Enfin, ils n'avaient pas été formés à proposer la méthode de l'aménorrhée de la lactation durant les premières semaines de la période du post-partum. La question de l'allaitement n'avait dès lors pas été intégrée à la discussion des options contraceptives, qui aurait sinon tenu compte de l'état de lactation des femmes.

Ainsi, Stein indique que plus du tiers des femmes qui allaitaient (35,7%) ont déclaré lors de leur interview de sortie avoir accepté des contraceptifs oraux combinés. Environ un huitième seulement avaient l'intention d'utiliser la pilule à base de progestérone seule. Il en ressort que les femmes qui allaitaient, et les prestataires aussi peut-être, étaient insuffisamment informés sur l'importance de ne pas utiliser de contraceptifs à base d'œstrogène en cours de lactation [68].

IV.3.7. Canaux de communication utilisés

Dans le post-partum, les patientes n'ont pas reçu de fiche d'information et pourtant, au cours des interviews, plus de la moitié d'entre elles ont exprimé leur désir de recevoir une information écrite, ce qui contraste avec l'interview des prestataires qui disent avoir recours principalement au counseling mais en plus d'autres moyens tels que l'affichage (23,1%), la radio/télévision (23,1%), et l'information, l'éducation et la communication (IEC)/causerie (20,5%). D'autres moyens ont été tout de même utilisés, mais dans une moindre mesure. Il s'agissait de la boîte à image (12,8%), des réseaux sociaux (10,3%), des présentoirs (10,3%), des rencontres avec des chefs religieux (7,7%) et des visites à domicile (5,1%).

Dans la littérature, les femmes sont en manque d'information : Froger découvre que 12,7% des femmes ont reçu un support écrit mais 40,6% l'auraient souhaité ; cependant, la prescription de contraception se faisait par le biais d'ordonnances informatisées très riches en informations. En effet, pour la méthode prescrite, était rappelé son mode d'utilisation et une ressource internet « choisirscontraception.fr » à laquelle les femmes pouvaient se référer en cas de questions à domicile [31]. Pourtier en France ne retrouve que 4,8% des patientes qui avaient bénéficié de supports écrits (plaquettes d'information) pour étayer l'entretien [60].

Le recours au support écrit reste donc globalement insuffisant quand on sait que la majorité des patientes aurait aimé recevoir un support écrit pour pouvoir s'y référer plus tard en cas de doute ou de questions et que, quand l'information orale est associée à une information écrite, 61% des patientes retiennent la totalité des informations données contre 36% sans support écrit. La remise d'une information écrite en plus de l'information orale permet donc de mieux mémoriser et d'intégrer les conseils et informations donnés par le professionnel de santé [33, 52, 55].

Ceci étant dit, nous gardons bien à l'esprit le fait que le niveau d'instruction de nos patientes n'était pas élevé et donc probablement différent de celui des patientes décrit dans la littérature.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Au Sénégal, selon l'Enquête Démographique de Santé faite en 2005, environ 32% des femmes mariées ont un besoin non satisfait en planification familiale [3]. Sachant que les autorités Sénégalaises s'étaient fermement engagées dans la réduction de ces besoins non satisfaits à travers l'adoption du Plan National d'Action pour la Planification Familiale (PNAPF) et bien d'autres mesures sur le plan législatif, politique et programmatique qui sont directement liées à la Santé de la Reproduction et à la Planification Familiale, nous nous étions posé la question de savoir quelle est l'impact de cette grande mobilisation depuis plusieurs décennies sur la situation actuelle de la contraception du post-partum ?

Pour répondre à cette question, nous nous sommes proposé de faire une enquête sur les pratiques contraceptives dans trois maternités de références de la ville de Dakar. Cette enquête a été menée à l'aide d'un double questionnaire semi-structuré à questions ouvertes ou fermées, à choix unique ou à choix multiple adressé d'une part aux prestataires selon un choix opportuniste et d'autre part aux patientes selon un tirage aléatoire de leurs dossiers d'accouchement.

Au terme de notre enquête, 307 patientes et 39 prestataires ont été interrogés avec une prévalence contraceptive dans le post-partum calculé à 31,3%. Il s'agissait essentiellement de femmes jeunes dont la plupart avait un âge compris entre 25 et 29 ans ; mariées dans 96,4% des cas dont 78,2% de monogame.

Le counseling qui se faisait surtout dans les suites de couches était généralement réalisé par les sages-femmes. Malgré cela, un défaut dans la communication a été observé car 31,6% des patientes disent n'avoir reçu aucune information sur la nécessité d'une contraception après leur accouchement. La majorité des femmes de notre échantillon estimaient que l'accord du conjoint est nécessaire dans la prise de décision pour l'utilisation d'une méthode contraceptive. Globalement, 72,6% des patientes ont estimé n'avoir pas été informé sur les effets secondaires de certaines méthodes contraceptives. Dans le

post-partum, les patientes n'ont pas reçu de fiche d'information et pourtant, au cours des interviews, plus de la moitié d'entre elles ont exprimé leur désir de recevoir une information écrite, ce qui contraste avec l'interview des prestataires qui disent avoir recours principalement au counseling.

Nos résultats mettent en évidence que la méthode de contraception la plus utilisée dans le post-partum est l'implant (49,5%) suivi du stérilet (19,4%). La pilule micro-progestative et le Depo-Provera sont respectivement de 16,1% et 12,9%. Selon les prestataires interrogés dans notre travail, les raisons essentielles dans le choix de la méthode devraient être l'efficacité, la facilité d'emploi, le coût et la réduction du risque d'oubli. Les critères basés sur l'innocuité et l'aspect hormonal semblaient être moins importants. Les facteurs susceptibles d'influencer la pratique contraceptive dans le post-partum étaient représentés par le lieu d'accouchement, le caractère non désiré de la grossesse, l'existence de pathologie pendant la grossesse, la voie d'accouchement et le moment de l'entretien contraceptif au cours de la gravidité-puerpéralité.

Nos résultats nous amènent à formuler des recommandations en vue de l'amélioration des pratiques et de la qualité de l'offre contraceptive au niveau de nos structures sanitaires.

❖ **A l'endroit du Ministère de la Santé et l'Action Sociale du Sénégal :**

- ✓ Créer des modules de formation continue afin de renforcer les capacités des prestataires dans le domaine des technologies contraceptives et le counseling en particulier la contraception du post-partum (*33,3% des prestataires interrogés ont fait cette recommandation*) ;
- ✓ Intégrer le module sur la préparation à l'accouchement dans la formation des sages-femmes afin qu'elles puissent pendant ce moment aborder le sujet sur la contraception après l'accouchement ;

- ✓ Produire des fiches d'information sur les différentes méthodes contraceptives et les rendre disponible dans toutes les formations sanitaires sur tout l'étendu du territoire national.
- ✓ Renforcer les capacités des médecins et des sages-femmes sur l'administration des méthodes longues durées (implant et DIU) ;
- ✓ Former les médecins à la pratique de la ligature section des trompes ;

❖ **A l'endroit des administrateurs hospitaliers :**

- ✓ Assurer aux couples, qui désirent espacer ou limiter les naissances, un accès à des services de qualité et à une large gamme de produits contraceptifs efficaces et accessibles financièrement ;
- ✓ Renforcer la participation des communautés pour promouvoir les bienfaits de la planification familiale ;
- ✓ Intégrer la planification familiale dans toutes les structures de santé y compris dans les services péri- et postnatales ;
- ✓ Assurer le counseling dans toutes les structures sanitaires.

❖ **A l'endroit des prestataires :**

- ✓ Insister sur le counseling pendant la consultation prénatale pour planification familiale du post-partum ;
- ✓ Mettre les fiches d'information à la disposition de toutes les femmes qui fréquentent la maternité ;
- ✓ Respecter le choix contraceptif si compatible avec l'état de santé ;
- ✓ Prendre en compte le souci des femmes et leur crainte des effets secondaires ;

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Abbara A.** Stérilet (dispositif intra-utérin DIU, intrauterine device). Bulletin médical de l'IPPF. 2003; 37.
2. **Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de Santé.** Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Décembre 2004, p47.
3. **Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie, Sénégal.** Enquête démographique et de santé continue (EDS- continue). Dakar, Sénégal, 2014 : p 17-60.
4. **Agnès G. et Myriam K.** Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique. Les collections du CEPED ; sept 2004 ; Paris ; p 56- 71.
5. **Akman M., Tüzün S., Uzuner A. et Al.** The influence of prenatal counselling on postpartum contraceptive choice. J Int Med Res. 2010 Jul-Aug; 38(4):1243-9.
6. **ANAES Allaitement maternel.** Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Mai 2002, [consulté en ligne en mars 2016]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf;
7. **Aubeny E.** « Actualités en contraception. 14^{ème} journées nationales d'études sur l'avortement et la contraception » ANCIC 2001 (s. d.): 207-209.
8. **Barrett G., Pendry E., Peacock J., et al.** Women's sexual health after childbirth. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2000; 107: 186–195.
9. **Bernuau J.** Foie et grossesse. In : Traité d'obstétrique. Médecine-Sciences-Flammarion, 2004, Paris : 609-616.
10. **Bibliothèque de l'OMS.** Stratégies de programmation pour la planification familiale du post-partum. Organisation mondiale de la Santé 2014. Disponible en ligne sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/99116/1/9789242506495_fre.pdf ; consulté le 26 janvier 2016.
11. **Blanchard H. et McKaig C.** Le DIU : une option contraceptive pendant le postpartum et le post-abortum. USAID, August 2006.
12. **Blangis F.** La contraception du post-partum : état des lieux dans le service des suites de couches et visites post-partum. Mémoire de fin d'études ; Université de Nantes, France, 2011 ; p 17-40

13. **Blangis F., Lopes P., Branger B. et al.** La contraception du post-partum : à propos de 600 patientes dont 129 revues à la consultation postnatale. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité* ; vol 41 (2013) 499–504.
14. **Bonacho I., Pita S. and Gomez-Besteiro M.I.** Eight Years With the Same IUD. *Contraception* 1999; 59:233-6.
15. **Bonnar J., Flynn A., Freundl G. et al.** Personal hormone monitoring for contraception. *Br J Fam Plann.* 2000 Jul; 26(3): 178-9.
16. **Boudineau M., Multon O. et Lopes P.** Contraception par DIU. *Encyclopédie médicochirurgicale* 2009. p. 738-09.
17. **Buisson P., Tomikowski J., Santarelli J. et al.** Étude clinique et échographique de l'involution utérine dans le post-partum physiologique. *Rev Fr Gynécol Obstet* 1993; 88:12-18
18. **Cabrol D., Pons J.C. et Goffinet F.** *Traité d'obstétrique.* 1^{ère} éd. Paris : Médecine sciences Flammarion ; 2005.
19. **Centers for Disease Control and Prevention (CDC).** U S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive. *Recomm Rep.*, 2010 Jun, 18(59): 1-86.
20. **Chen B.A.** Postplacental or delayed insertion of the levonorgestrel intrauterine device after vaginal delivery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2010; 116: 1079-1087.
21. **Colombo B., Mion A., Passarin K., et al.** Cervical mucus symptom and daily fecundability: first results from a new database. *Stat Methods Med Res.* 2006 Apr; 15(2):161-80.
22. **Comeau D.** Quand ça saigne. *Le médecin du Québec.* 2006 ; 41(5) : 69-71.
23. **Cowman W., Hardy-Fairbanks A., Endres J. et al.** A select issue in the postpartum period: contraception. *Proceedings in Obstetrics and Gynecology*, 2013; 3(2):1.
24. **DeMeeus J.B., Pourrat O., Gombert J. et al.** C-reactive protein levels at the onset of labour and at day 3 postpartum in normal pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1998; 25:9-11
25. **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.

26. **Département Santé et Recherche génésiques de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS/RHR) et l'Ecole de santé publique de l'Université Johns Hopkins/Centre pour les programmes de communication (CCP), projet Knowledge for Health. (Mise à jour 2011).** Planification familiale : un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier. Baltimore et Genève : OMS, 2011.
27. **Dinç H., Esen F., Demirci A. et al.** Pituitary dimensions and volume measurements in pregnancy and postpartum. MR assessment. *Acta Radiol* 1998; 39:64-69
28. **Fanello S., Parat-Pateu V., Dagorne 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.
29. **Floquet A.** La sexualité du post-partum. Être mère et rester femme... Mémoire ESF, Nancy, 2003, pp 32-34.
30. **Fowler P.A., Evans L.W., Groome N.P. et al.** A longitudinal study of maternal serum inhibin-A, inhibin-B, activin-A, activin-AB, pro-alpha A and follistatin during pregnancy. *Hum Reprod* 1998; 13:3530-3536
31. **Froger A.** La contraception du post-partum : information de contraception en suites de couches : sommes-nous dans le pertinent? Mémoire de fin d'études ; Université d'Angers, France, 2014 ; p 15-37.
32. **Garagiola D.M., Tarver R.D., Gibson L. et al.** Anatomic changes in the pelvis after uncomplicated vaginal delivery: a CT study on 14 women. *AJR Am J Roentgenol* 1989; 153:1239-1241
33. **Genton E.** Etat des lieux de l'information reçue par les femmes sur la contraception du post-partum lors du séjour en suites de couches. Mémoire de fin d'études ; Université Joseph Fourier, France, 2015 ; p 09-21.
34. **Glasier A.F., Logan J. and McGlew T.J.** Who gives advice about postpartum contraception? *Contraception.* 1996; 53(4): 217-20.
35. **Graesslin O., Dedegker F., Grolier F. et al.** Patch, anneau, implants... : les nouvelles contraceptions hormonales. Mise à jour en gynécologie obstétricale. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, vigot, 2004, p 209-232.
36. **Habib A.** La contraception par dispositif intra-utérin. Service de gynécologie obstétrique EPS Hédi Chaker de Sfax. Disponible en ligne et consulté le 30 Janvier 2017. http://www.dematice.org/ressources/DCEM2/gynecologie%20obstetrique/D2_genobs_006/co/document.pdf.

37. **Haute Autorité de Santé.** Contraception chez la femme en post-partum. La Revue Sage-femme ; volume 12 numéro 4 pages 186-189 (septembre 2013)
38. **Haute Autorité de Santé.** Contraception chez la femme en post-partum. Fiche mémo ; juillet 2013 ; p 1-4.
39. **Horovitz J., Guyon F., Roux D., et al.** « Suites de couches normales et pathologiques (hors syndromes neuroendocriniens) ». Encycl. Méd. Chir., Obstétrique 6, no 1 (janvier 2011): 1-14.
40. **Horvath L.** « Essure, une méthode de contraception irréversible qui fait débat », *Sciences et Avenir*, consulté en ligne le 23 décembre 2016. http://www.sciencesetavenir.fr/sante/grossesse/essure-une-methode-de-contraception-irreversible-qui-fait-debat_102198
41. **Hordé P.** Courbe de température - Déterminer la date de l'ovulation. Journal des femmes. Disponible en ligne et consulté le 19 Janvier 2017. <http://sante-medecine.journaldesfemmes.com/faq/1154-courbe-de-temperature-determiner-la-date-de-l-ovulation>
42. **Johnson L.K., Edelman A. and Jensen J.** Patient satisfaction and the impact of written material about postpartum contraceptive decisions. *Gynecol Obstet. Paris*: 2003; 188(5): 1202-1204.
43. **Kamina P.** Anatomie opératoire : gynécologie et obstétrique. Edition Maloine, 2000, p 267-270.
44. **Kapp N. and Curtis K.M.** Intrauterine device insertion during the postpartum period : a systematic review. *Contraception*. 2009; 80:327-36.
45. **Kulczycki A., Qu H., Bosarge P.M. et al.** Barriers to diaphragm use: the views of advanced practice nurses. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2010; 36(2): 79-82.
46. **Lansac J., Berger C. et Magnin G.** Les suites de couches et leurs pathologies. In *Obstétrique*, 5^{ème} éd. Pour le praticien. Masson, 2008 ; p 413.
47. **Levi E., Cantillo E., Ades V. et al.** Immediate postplacental IUD insertion at cesarean delivery : a prospective cohort study. *Contraception*. 2012; 86:102-5.
48. **Lopes P. et Mensier A.** Contraception : méthodes, contre-indications, surveillance. *Rev. Prat.*, 2000 ; 50:451-60.
49. **Mao J., Pfeifer S., Schlegel P., et al.** « Safety and efficacy of hysteroscopic sterilization compared with laparoscopic sterilization: an observational cohort study », *British Medical Journal*, n° 351, 2015, h5162.

50. **Marret H., Wagner-ballon J., Guyot H. et al.** Abrégés : 120 questions en gynécologie obstétrique. 2^e ed. Masson, editor.
51. **Mbow F.B., Mané B., et RamaRao S.** “L’offre des anneaux vaginaux contraceptifs— La planification familiale post-partum : expérience du Sénégal.” Dakar 2015 : Population Council.
52. **Mégane L.** L’entretien de contraception lors du séjour de suites de couches. Enquête de satisfaction auprès de 183 patientes et évaluation des pratiques professionnelles auprès de 13 sages-femmes à la maternité régionale. Mémoire de fin d’études, Université de Lorraine France, 2014 ; p 43-51.
53. **Morgane F.** Observance de la contraception du post-partum : causes de non-observance ; satisfaction de l’information reçue sur la contraception. Archives ouvertes gynécologie et obstétrique, 2013 ; p 28 – 31.
54. **Muller A.L.L., Ramos J.G.L., Martins-Costa S.H. et al.** Transvaginal ultrasonographic assessment of the expulsion rate of intrauterine devices inserted in the immediate postpartum period : a pilot study. Contraception. 2005; 72:192-5.
55. **Nciri M.** La communication dans la relation médecin-malade. Espérance médicale, 16(164) : 582-585.
56. **OMS editor.** Les dispositifs intra-utérins (DIU) et la planification familiale. Genève 1983.
57. **Ouzounian S. et Christian-maitre S.** Contraception du post-partum. Rev. Prat., Gynéco et Obst ; 2008, N° 122, p 17-21.
58. **Peters A., Jansen W. and Van Driel F.** The female condom: the international denial of a strong potential. Reprod Health Matters. 2010; 18(35) : 119-128.
59. **Philippe S.** La contraception, une affaire de couple ? Archives ouvertes gynécologie et obstétrique, 2014 ; p 25-28.
60. **Pourtier E.** La contraception du post-partum : satisfaction des patientes sur l’entretien contraceptif en suites de naissances. Mémoire de fin d’études ; Université d’Auvergne-clermont 1, France, 2013 ; p 27-44.
61. **Powell L.** Postnatal contraception in a South Auckland setting. Obstetricians and Gynaecologists magazine; Vol 13 No 2 Winter 2011, p 60-61.
62. **Proust A.** La stérilisation contraceptive dans le post-partum. La stérilisation à visée contraceptive, Masson, 2004, pp 99-103.
63. **Robin G., Graizeau F., Massart P et al.** Les contraceptions difficiles du post-partum. Réalités en gynécologie-obstétrique ; N° 159, janvier 2012.

64. **Robin G., Massart P., Graizeau F., et al.** La contraception du post-partum : état des connaissances. *Gynécologie, Obstétrique et Fertilité*, juin 2008), vol 36, no 6: 603-615.
65. **Serfaty D.** Contraception. 3^{ème} éd. Belgique. Masson 2007 ; 543:1-21 ; 368-373.
66. **Soufir J.C.** La contraception hormonale masculine : une faisabilité immédiate ? *Médecine thérapeutique / Médecine de la reproduction, gynécologie et endocrinologie*, vol. 15, N°1, janvier-février- mars, p 52-63.
67. **Speroff L. and Mishell D.R.J.** The postpartum visit : it's time for a change in order to optimally initiate contraception. *Contraception*, 2008; 78 (2): 90-98.
68. **Stein K., Measham D. et Winikoff B.** Qualité des services de planning familial offerts aux Sénégalaises qui allaitent. *Perspectives Internationales sur le Planning Familial*, numéro spécial, 1999, p 31-33.
69. **Syed E.M., Anurag S., Ved P.S. et al.** Post-partum contraceptive use in rural bareilly. *Indian Journal of Community Health*, Vol. 23, No. 2, July 2011- Dec. 2011.
70. **Tekay A. and Jouppila P.** A longitudinal Doppler ultrasonographic assessment of the alterations in peripheral vascular Resistance of uterine arteries and ultrasonographic findings of the involuting uterus during the puerperium. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168:190-198
71. **The Guttmacher Institute and the International Planned Parenthood Federation (IPPF).** Demystifying Data : A Guide to Using Evidence to Improve Young People's Sexual Health and Rights. Country Tables, May 2013.
72. **The United States Agency for International Development (USAID).** The Postpartum Intrauterine Device : A Training course for service providers. Engender Health, editor 2008.
73. **Tommaseli G.A., Guida M., Palomba S., et al.** Breastfeeding and lactational amenorrhoea as birth spacing methods. *Contraception*, 2000 Apr; 61 (4): 253-7.
74. **Truitt S.T., Fraser A.B., Grimes D.A. et al.** Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003; (2).
75. **Van der Wijden C., Kleijnen J. and Van den Berk T.** Lactational amenorrhea for family planning. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003; (4).
76. **Vanderstichele S., Roumilhac M., Letaltec A. et al.** La contraception du post-partum. *La lettre du gynéco*. N° 253 ; juin 2000.
77. **Virkus R.A., Lokkegaard E.C.L., Bergholt T., et al.** Venous thromboembolism in pregnant and puerperal women in Denmark 1995-2005. A national cohort study. *Thromb. Haemost.* 2011, 106(2) : 304-309.

78. **Wachsberg R.H. and Kurtz A.B.** Gas within the endometrial cavity at postpartum US: a normal finding after spontaneous vaginal delivery. *Radiology* 1992; 183:431-433
79. **WHO Media centre.** Family planning / Contraception. Geneva: World Health Organization ; available at : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/en/> ; Visit online in may 2016.
80. **Wildemeersch D., Batár I., Affandi B. et al.** « The ‘frameless’ intrauterine system for long-term, reversible contraception: A review of 15 years of clinical experience » *J Obstet Gynaecol Res.* 2003; 29/3:160–9.
81. **Willms A.B., Brown E.D., Kettritz U.I. et al.** Anatomic changes in the pelvis after uncomplicated vaginal delivery: evaluation with serial MR imaging. *Radiology* 1995; 195:91-94
82. **Xu J.X., Rivera R., Dunson T.R. et al.** A Comparative Study of Two Techniques Used in Immediate Postplacental Insertion (IPPI) of the Copper T-380A IUD in Shanghai People’s. Republic of China *Contraception.* 1996; 54:33-8.

ANNEXE

FICHE D'ENQUETE A L'INTENTION DES PATIENTES

Fiche N° _____ Initial patiente _____ Téléphone _____

Date _____ Nom de la formation sanitaire : _____

I. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES PATIENTES

1) Age :

2) Statut marital :

☐ Célibataire ☐ Mariée ☐ Monogamie ☐ Polygamie ☐ Veuve ☐ Divorcée

3) Profession :

☐ Sans emploi ☐ Agricultrice ☐ Ouvrière ☐ Employée
☐ Cadre (chef d'entreprise, médecin, professeur...) ☐ Commerçante
☐ Petits métiers (coiffeuse, ménagère...) ☐ Elève/Etudiant(e) ☐ Autre _____

4) Niveau d'instruction :

☐ Aucun ☐ Primaire ☐ Secondaire ☐ Universitaire

5) Niveau de revenu mensuel :

☐ Aucun ☐ < 50 000 Fcfa ☐ 50 000 à 100 000 Fcfa
☐ 100 000 à 200 000 Fcfa ☐ > 200 000 Fcfa

II. GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT DES PATIENTES

6) Gestité : _____ Parité : _____ Nombre d'enfants vivants : _____

7) Cette grossesse était : (question à choix multiples)

☐ Spontanée ☐ Induite (Procréation médicalement assistée)
☐ Prévüe ☐ Non prévüe

8) Quel(s) professionnel(s) de santé a effectué le suivi de cette grossesse (plusieurs réponses possibles):

☐ Une sage-femme ☐ Un gynécologue-obstétricien
☐ Un médecin généraliste ☐ Pas de suivi

9) Suivi de la grossesse :

Nombre de CPN : ☐ CPN₁ ☐ CPN₂ ☐ CPN₃ ☐ CPN₄

Vaccin antitétanique : ☐ VAT₁ ☐ VAT₂ ☐ VAT₃ ☐ VAT₄ ☐ VAT₅

Echographie : ☐ Echo T₁ ☐ Echo T₂ ☐ Echo T₃

Bilan de grossesse : ☐ Oui ☐ Non

10) Durant votre grossesse, avez-vous eu une ou plusieurs pathologies ? (diabète, HTA, MAP...)

☐ Oui ☐ Non

☐ Si oui, la ou lesquelles ?.....

11) Voie d'accouchement :

☐ Voie Basse ☐ Extraction instrumentale

☐ Césarienne d'urgence ☐ Césarienne prophylactique

12) Terme d'accouchement : ☐ Prématuro ☐ Terme ☐ Post-terme

13) Etat du nouveau-né à la naissance :

Poids..... Sexe..... Vivant..... Mort-né frais..... Mort-né macéré.....

14) Complications survenues au cours de l'accouchement :

☐ Oui ☐ Non

☐ Si oui, la ou lesquelles ?.....

15) Quel type d'allaitement avez-vous mis en place ?

☐ Artificiel (biberon) ☐ Maternel ☐ Mixte (biberon et seins)

III. CONTRACEPTION CHEZ LA PATIENTE

16) Quelle contraception utilisiez-vous avant d'être enceinte ?

☐ Aucune ☐ Méthode naturelle ☐ Spermicides

☐ Pilule ☐ Préservatif ☐ Anneau vaginal

☐ Stérilet ☐ Cape cervicale ☐ Patch

☐ Implant ☐ Diaphragme ☐ Autre:.....

17) Avez-vous besoin de l'accord de votre conjoint ou d'un tiers personne pour le choix de la contraception ?

- ☐ Oui ☐ Non

18) A quel moment, vous a-t-on parlé de la contraception à envisager après la grossesse?

(question à choix multiples)

- ☐ Consultation prénatale
☐ Préparation à l'accouchement
☐ Salle d'Accouchement
☐ Suites de couches
☐ Autre:

19) Quelle méthode avez-vous choisi ? _____

20) Quelle contraception vous a-t-on prescrite ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pilule (nom:.....) | <input type="checkbox"/> Stérilet |
| <input type="checkbox"/> Implant | <input type="checkbox"/> Conseils uniquement |
| <input type="checkbox"/> La pilule du lendemain | <input type="checkbox"/> Aucune |

21) Avez-vous été informé des précautions à prendre et des effets secondaires de certaines méthodes de contraception ?

- ☐ Oui ☐ Non

22) Est-ce qu'une fiche d'informations sur la contraception vous-a été donnée?

- ☐ Oui ☐ Non

Si non, auriez-vous aimé en avoir une?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Sans opinion

FICHE D'ENQUETE A L'INTENTION DU PERSONNEL SOIGNANT

Fiche N° _____ Nom de la formation sanitaire : _____ Sexe _____

I. CARACTERISTIQUES PROFESSIONNELLES DU PERSONNEL SOIGNANT

1) Profession :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gynécologue-Obstétricien | <input type="checkbox"/> D.E.S et Interne |
| <input type="checkbox"/> Sage-femme titulaire | <input type="checkbox"/> Sage-femme contractuelle |

2) Ancienneté

- ☐ 1 à 2 ans ☐ 3 à 4 ans ☐ 5 ans et plus

3) En quoi consiste votre activité quotidienne ? (question à choix multiples)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Consultation prénatale | <input type="checkbox"/> Préparation à l'accouchement |
| <input type="checkbox"/> Accouchement | <input type="checkbox"/> Suivi post-natal |
| <input type="checkbox"/> Planification familiale | <input type="checkbox"/> Autre: |

II. CONTRACEPTION DU POST-PARTUM

4) Quelles sont vos préférences en matière de contraception du post-partum ? (Question à choix multiples)

- | | | |
|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aucune | <input type="checkbox"/> Méthode naturelle | <input type="checkbox"/> Spermicides |
| <input type="checkbox"/> Pilule | <input type="checkbox"/> Préservatif | <input type="checkbox"/> Anneau vaginal |
| <input type="checkbox"/> Stérilet | <input type="checkbox"/> Cape cervicale | <input type="checkbox"/> Patch |
| <input type="checkbox"/> Implant | <input type="checkbox"/> Diaphragme | <input type="checkbox"/> Autre:..... |

5) Parmi les éléments suivants, le(s)quel(s) vous semble(nt) indispensable(s) dans le choix d'une contraception du post-partum ? (Question à choix multiples)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Coût | <input type="checkbox"/> Pas d'oubli possible | <input type="checkbox"/> Facilité d'emploi |
| <input type="checkbox"/> Pas d'hormones | <input type="checkbox"/> Eviter les maladies sexuellement transmissibles | |
| <input type="checkbox"/> Efficacité | <input type="checkbox"/> Innocuité | <input type="checkbox"/> Autre: |

6) Quels sont les canaux de communication que vous utilisez en matière de contraception

A. _____

C. _____

B. _____

D. _____

7) A votre avis, quel est le moment approprié pour la communication en matière de PF?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Consultation prénatale | <input type="checkbox"/> Préparation à l'accouchement |
| <input type="checkbox"/> Accouchement | <input type="checkbox"/> Suivi post-natal |
| <input type="checkbox"/> Planification familiale | <input type="checkbox"/> Autre: |

8) Combien de méthodes de contraception connaissez-vous qu'on peu utiliser après un accouchement ?

- ☐ Un ☐ Deux ☐ Trois ☐ Quatre ☐ Autre.....

Lesquelles.....

9) Quel est le moyen le plus fiable pour faire passer des messages de PF ?

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mobilisation sociale | <input type="checkbox"/> Mass média |
| <input type="checkbox"/> Communication interpersonnelle | <input type="checkbox"/> Autre |

10) Quels sont les acteurs les plus appropriés pour communiquer sur la PF ? (Question à choix multiples)

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> L'Etat | <input type="checkbox"/> Les médias | <input type="checkbox"/> Les religieux |
| <input type="checkbox"/> Les enseignants | <input type="checkbox"/> Les médecins | <input type="checkbox"/> Les sages-femmes |
| <input type="checkbox"/> Les infirmiers | <input type="checkbox"/> Autre:..... | |

11) Avez-vous été informé des précautions à prendre et des effets secondaires de certaines méthodes de contraception ?

- ☐ Oui ☐ Non

12) Avez-vous reçu une formation en matière de Contraception ?

- ☐ Non ☐ Oui (Depuis combien de temps ?)

13) Pensez-vous être suffisamment formé pour travailler dans le secteur de la PF ?

- ☐ Oui ☐ Non

14) Quelles sont vos recommandations à suivre en matière de Planification familiale ?

.....

**LA CONTRACEPTION DU POST-PARTUM : *ETAT DES LIEUX DES PRATIQUES*
*DANS TROIS MATERNITES DE REFERENCE DE DAKAR (SENEGAL)***

RÉSUMÉ

La contraception du post-partum est définie comme la prévention des grossesses non désirées et des grossesses très rapprochées durant les 12 premiers mois qui suivent l'accouchement

L'objectif de notre travail était de faire l'état des lieux des pratiques contraceptives dans le post-partum dans trois maternités de références à Dakar (Sénégal). Les objectifs spécifiques étaient de déterminer la fréquence d'utilisation de la contraception dans le post-partum, d'évaluer l'offre contraceptive dans la post-partum, de d'apprécier des l'opinions et perceptions des prestataires en matière de contraception dans le post-partum et enfin de rechercher les facteurs susceptibles d'influencer la pratique contraceptive dans le post-partum.

Au terme de notre enquête, 307 patientes et 39 prestataires ont été interrogés avec une fréquence d'utilisation d'une méthode contraceptive dans le post-partum calculé à 31,3%. Il s'agissait essentiellement de femmes jeunes dont la plupart avait un âge compris entre 25 et 29 ans ; mariées dans 96,4% des cas dont 78,2% de monogame.

Le counseling qui se faisait surtout dans les suites de couches était généralement réalisé par les sages-femmes. Malgré cela, un défaut dans la communication a été observé car 31,6% des patientes disent n'avoir reçu aucune information sur la nécessité d'une contraception après leur accouchement. La majorité des femmes de notre échantillon estimaient que l'accord du conjoint est nécessaire dans la prise de décision pour l'utilisation d'une méthode contraceptive. Globalement, 72,6% des patientes ont estimé n'avoir pas été informé sur les effets secondaires de certaines méthodes contraceptives. Dans le post-partum, les patientes n'ont pas reçu de fiche d'information et pourtant, au cours des interviews, plus de la moitié d'entre elles ont exprimé leur désir de recevoir une information écrite, ce qui contraste avec l'interview des prestataires qui disent avoir recours principalement au counseling.

Nos résultats mettent en évidence que la méthode de contraception la plus utilisée est l'implant (49,5%) suivi du stérilet (19,4%). La pilule micro-progestative et le Depo-Provera sont respectivement de 16,1% et 12,9%. Selon les prestataires interrogés dans notre travail, les raisons essentielles dans le choix de la méthode devraient être l'efficacité, la facilité d'emploi, le coût et la réduction du risque d'oubli. Les critères basés sur l'innocuité et l'aspect hormonal semblaient être moins importants. Les facteurs susceptibles d'influencer la pratique contraceptive dans le post-partum étaient représentés par le lieu d'accouchement, le caractère non désiré de la grossesse, l'existence de pathologie pendant la grossesse, la voie d'accouchement et le moment de l'entretien contraceptif au cours de la gravidopuerpéralité.

Au terme de notre étude, il ressort que la fréquence d'utilisation de méthodes de PFPP doit être améliorée par le renforcement de la consultation post-natale et l'organisation des services pour réduire les besoins non satisfaits en ce qui concerne la PF du post-partum.

Mots clés : Contraception – Post-partum – Dakar – Sénégal.

Dr Eric Armand KAMGUE

Email: eakamgue@hotmail.com